

MARIA AUGUSTA BOLSANELLO

**INTERAÇÃO MÃE-FILHO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:
CONCEPÇÕES E MODO DE ATUAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Paschoal Rodolpho Agatti.

SÃO PAULO

1998

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais Humberto e Tereza e à minha irmã Vera,
por me terem proporcionado uma família amorosa,
no seio da qual aprendi o valor do amor, do respeito e da confiança.

Aos meus filhos Patrícia e Aurelino,
que me impulsionam para a luta,
pois por eles tem valido a pena lutar.

Às vinte e duas profissionais, que com seus depoimentos,
carregados de amor e angústia,
tornaram possível a realização desta tese.

E, em especial, ao meu esposo Aurélio,
por seu estímulo constante, sua solidariedade e amor incondicional,
o que o torna o meu aconchego nesse vasto mundo.

AGRADECIMENTOS

- Ao meu orientador, Prof. Dr. **Antonio Paschoal Rodolpho Agatti**, idealista do saber que, repleto de sensibilidade às lições da realidade, raciocina sobre elas como um grande poeta o faz.
- Ao meu primeiro e sempre orientador, Prof. **Lauro da Silva Becker**, para quem o mais importante não é o brilhantismo dos argumentos, a feitura de uma tese ou o calor da exposição, mas as premissas sobre as quais os argumentos de uma tese se fundamentam.
- À querida amiga e Mestra, Profa. **Gilda Moreira Weiss**, por ter nela buscado juízo e experiência, tendo ela consentido abrir gentilmente o seu ilimitado conhecimento e seu intenso coração em benefício da minha formação.
- À Profa. Mestra **Mariléa Grein Almeida**, que me chamou muito tempo atrás, para que juntas cuidássemos da dignidade e dos direitos do portador de deficiência, sempre e não apenas quando conveniente ou oportuno.
- Aos meus professores do doutorado, Doutores **Ceme Ferreira Jordy**, **Eda Marconi Custódio**, **Lígia Assumpção Amaral**, **Maria Helena Souza Patto** e **Maria Lucia Toledo M. Amiralian**, por me revelarem que a qualidade de um trabalho científico reflete a qualidade de quem ensinou e ajudou a fazê-lo: souberam repartir comigo o seu imenso conhecimento, saber e amizade.
- E, em especial, às professoras doutoras **Elce Salzano Masini**, **Lígia Assumpção Amaral** e **Maria Lucia Toledo M. Amiralian**, que me trouxeram contribuições fundamentais na elaboração desta tese e no alargamento de minha visão a respeito da pessoa portadora de deficiência.
- Às funcionárias do Instituto de Psicologia, entre elas a **Angélica** da Biblioteca, a **Miriam** do Departamento de Psicologia Escolar e também **Arlete**, **Clarice** e **Glaudênia** da Pós-Graduação, cuja atitude sorridente e solidária levam-nas a ter sempre no fio dos lábios o verbo “servir” em sua maior expressão.
- Às vinte e duas profissionais da estimulação precoce, que dia-a-dia dão a mão ao bebê portador de deficiência para que possa caminhar na luz de sua fé, convictas que o ser humano é o único ser potencialmente capaz de se superar.

- Às responsáveis pelas instituições visitadas e investigadas, certas de que quando desaparecem as traves das barreiras, desaparecem as dificuldades do crescimento ético e profissional.
- Aos colegas do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação, do Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, que usaram de muita consideração e lealdade, ao assumirem parte de minhas obrigações em benefício da realização de meu doutorado.
- À **Gertrudes Campregher**, por ter conseguido moldar as exigências diárias em minha casa, às disposições de todos os seus ocupantes.
- Aos meus filhos, **Patrícia** e **Aurelino**, para os quais algumas coisas são importantes e outras, fundamentais: encararam o meu trabalho como muito importante e fundamental.
- Ao meu esposo, **Aurélio**, que por acreditar que nada é mais forte do que a determinação do ser humano, sempre me estimula e me ajuda a ir cada vez mais além.
- Àqueles todos, que de uma forma ou de outra, me auxiliaram a realizar o doutorado e a elaborar a presente tese.

SUMÁRIO

<u>LISTA DE QUADROS</u>	vii
<u>RESUMO</u>	ix
<u>ABSTRACT</u>	x
<u>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO</u>	01
1.1 JUSTIFICATIVA	01
1.2 ABORDAGEM DO PROBLEMA	03
1.3 OBJETIVOS	08
1.4 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS	08
<u>CAPÍTULO 2 - SUPORTE TEÓRICO DA PESQUISA</u>	10
2.1 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E O ENFOQUE CENTRADO NA CRIANÇA	10
2.2 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E O ENFOQUE CENTRADO NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ	13
2.2.1 <u>Considerações sobre a interação mãe-bebê</u>	14
2.2.1.1 As competências do feto e do recém-nato	15
2.2.1.2 A interação mãe-filho e sua importância no desenvolvimento infantil	18
2.2.2 <u>Considerações sobre a interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência</u>	26
2.2.2.1 O impacto do nascimento do bebê com deficiência	26
2.2.2.2 Reações e sentimentos maternos que interferem na interação com o filho	28

2.2.2.3 As vicissitudes na interação mãe-bebê portador de deficiência	31
2.2.3 <u>Considerações sobre a estimulação precoce como facilitadora da interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência</u>	37
<u>CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA</u>	42
3.1 CAMPO DE ESTUDO	42
3.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	45
3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	48
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	51
3.5 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS	53
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	53
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	56
<u>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES</u>	121
5.1 RETROSPECTIVA DO ESTUDO	121
5.2 CONCLUSÕES	123
5.3 PROPOSTAS E SUGESTÕES	127
ANEXOS	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134

LISTA DE QUADROS

1	Distribuição das instituições segundo o tipo de deficiência que atendem e o número de profissionais nelas investigado	47
2	Distribuição das profissionais segundo a idade	48
3	Distribuição das professoras segundo a formação acadêmica.....	48
4	Distribuição das profissionais segundo os cursos de especialização realizados	49
5	Distribuição das profissionais segundo a formação em estimulação precoce	50
6	Distribuição das profissionais segundo o tempo de atuação na educação especial	50
7	Distribuição das profissionais segundo o tempo de atuação na estimulação precoce	51
8	Distribuição das profissionais segundo a escolha em trabalhar na área da deficiência	58
9	Distribuição das profissionais segundo a razão da escolha em trabalhar na estimulação precoce ...	61
10	Distribuição das profissionais segundo o que consideram objetivos da estimulação precoce	63
11	Distribuição das profissionais segundo o que consideram fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce	66
12	Distribuição das profissionais segundo a elaboração de um plano de intervenção	69
13	Distribuição das profissionais segundo o tipo de trabalho que desenvolvem com a criança	75
14	Distribuição das profissionais segundo o que se baseiam para o exercício de seu trabalho	80
15	Distribuição das profissionais segundo a forma de avaliar a criança	83
16	Distribuição das profissionais segundo a participação ou não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce	86
17	Distribuição das profissionais segundo a forma de participação da mãe na estimulação precoce	88

18	Distribuição das profissionais segundo a razão da não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce	91
19	Distribuição das profissionais segundo o que as mães costumam ajudar na estimulação precoce	94
20	Distribuição das profissionais segundo o que as mães costumam atrapalhar na estimulação precoce	96
21	Distribuição das profissionais segundo como percebem o relacionamento da mãe com a criança	99
22	Distribuição das profissionais segundo as principais características que destacam para a mãe de um filho com deficiência	102
23	Distribuição das profissionais segundo as informações e orientações fornecidas para a mãe	105
24	Distribuição das profissionais segundo o comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas	109
25	Distribuição das profissionais segundo o que fazem quando a mãe lhes coloca os seus sentimentos	113

RESUMO

BOLSANELLO, M. A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce.** São Paulo, 1998. 146 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

A pesquisa investiga as concepções e modo de atuação das profissionais envolvidas no atendimento em estimulação precoce, com bebês de zero a um ano completo de idade e verifica como elas visualizam a interação mãe-filho no referido atendimento. Foram entrevistadas vinte e duas profissionais (sete professoras, seis fonoaudiólogas, cinco fisioterapeutas e quatro psicólogas), em seis escolas de ensino especial, da cidade de Curitiba, Paraná. Após análise qualitativa dos dados, observa que as profissionais: a) seguem um modelo de atuação com enfoque tecnicista, focalizado na criança e em sua deficiência, com ênfase em atividades e exercícios terapêuticos; b) desconhecem a facilitação da interação mãe-filho como importante na promoção do desenvolvimento infantil, relegando a presença da mãe no atendimento a um segundo plano; c) sentem falta de mais formação na área em que atuam e reconhecem que não estão preparadas para lidar com a família. Conclui propondo uma mudança do enfoque atual do atendimento em estimulação precoce, por outro focalizado na criança e na mãe, a fim de facilitar a interação entre ambos e dessa forma promover o desenvolvimento infantil. Sugere que a atuação direta com o bebê seja feita por um único profissional, especializado em estimulação, embora essa participação única não deva excluir a equipe de trabalho. Propõe também, entre outras medidas, a mobilização da universidade para que participe ativamente na melhoria do ensino especial, propiciando tanto cursos em estimulação precoce como inserindo-a como disciplina nos cursos de educação especial, levando em conta o enfoque proposto na presente pesquisa.

ABSTRACT

BOLSANELLO, M. A. **Interaction of mother-child with disability: a conception approach to professionals in early intervention.** São Paulo, 1998. 146 p. Thesis (Doctorate) - Institute of Psychology, University of São Paulo.

The research examines conceptions and approaches of professionals attending babies with disabilities in early intervention during ages 0 to 1 year old, while verifying the interaction of mother-child during sessions. Twenty two professionals were interviewed (seven teachers, six speech-language therapists, five physiotherapists and four psychologists), in six different institutions in the city of Curitiba, Paraná. After qualitative analysis of the data, the following has been observed in the professionals: a) they have put emphasis on a technical approach, aiming at the disability and the child, with emphasis in several activities and therapeutic exercises; b) they do not consider or it is unknown to them the benefits of the interaction mother-child in promoting the infantile development, therefore not taking into consideration the presence of mother in the first plan but at the second; c) they have lack of know-how and understanding in the specific area they are acting and recognize that they are not prepared to deal with the family issues. Therefore, the conclusion is to propose a change in the actual emphasis in dealing with early intervention, by taking into consideration the mother-child interaction with the objective to facilitate the interaction of both and thus promoting development of the child. It is recommended that only one specialized professional acts on the child. Although this does not mean that a team-work approach is excluded in the early intervention. Also, it is recommended, among other measures, the involvement of the universities in improving the quality of this specialised field of early intervention, as well as offering courses with special education and emphasis in this thesis.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema do presente estudo pode ser considerado como a confluência de alguns fatores. Por um lado, surgiu da perspectiva e da inquietação da pesquisadora em explicitar a importância de se facilitar a interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência, no atendimento em estimulação precoce, levando-se em conta a condição do bebê em desenvolvimento. De outro, está ligado às suas atividades profissionais e acadêmicas desenvolvidas nas áreas da Psicologia e da Educação.

A estimulação precoce consiste em um programa de atendimento, inserido na Educação Especial, que visa essencialmente promover o desenvolvimento de crianças com deficiências, em seus primeiros anos de vida, mais especificamente dos zero aos três anos de idade. A pesquisadora concorda com Jerusalinsky et al. (1988, p. 65), que para se atingir esse objetivo é importante que a estimulação tenha como ponto de partida a “função materna, entendida como uma estruturação interna, que proporciona inconscientemente o guia para que os intercâmbios decisivos entre mãe e filho ocorram de maneira espontânea”.

Por outro lado, também concorda com esses autores, quando criticam os métodos utilizados no atendimento em estimulação precoce. Esses são frequentemente de

ordem tecnicista, reduzindo a estimulação das funções psicológicas a roteiros, em que as atividades são pré-organizadas (muitas vezes com predomínio de exercícios físicos) e impostas à criança e à mãe.

A pesquisadora observou também que a inserção da mãe em programas de estimulação precoce, como parte atuante, é bastante precária, sendo que não raro a mãe é obrigada a permanecer na sala de espera, enquanto o seu bebê é “trabalhado”. Segundo alguns profissionais, a mãe “atrapalha”, se permanecer junto ao filho, durante as sessões.

Outro ponto importante a destacar reside no fato de não se encontrar um número significativo de pesquisas e publicações relacionado aos programas de estimulação precoce existentes, destinados às crianças portadoras de deficiência, especialmente no âmbito da realidade brasileira, fato esse que ficou evidenciado no levantamento bibliográfico efetuado para a presente pesquisa, onde poucos estudos foram encontrados, inclusive no nível internacional, que visualizem a estimulação precoce como facilitadora da interação mãe-bebê.

Outras razões, mencionadas abaixo, também foram importantes na escolha do tema.

A pesquisadora, em suas atividades na área da psicologia clínica, na atuação junto às mães de recém-natos e de bebês com deficiência, observou que essas mães apresentam reações intensas de dor, angústia e desespero e possuem dificuldades em exercer a função materna. Essas dificuldades se manifestam de várias maneiras, incluindo as ações que envolvem o amamentar, o tocar, o cuidar do filho.

Por outro lado, em pesquisa anterior, mais especificamente na sua dissertação de mestrado, que envolveu um estudo teórico-prático no qual buscou evidenciar a importância da educação da gestante como medida de prevenção da deficiência da

criança, a pesquisadora verificou que a maioria das parturientes estudadas consideravam a deficiência do bebê como um castigo de Deus. Esse fato pode explicar os fortes sentimentos de culpa que as mães deixam transparecer frente ao nascimento de um filho portador de deficiência, inferindo-se que tais sentimentos podem vir a interferir na interação mãe-bebê.

Na condição de professora universitária, atuando em cursos de formação de professores e técnicos em Educação Especial, a pesquisadora verificou também que esses profissionais (a maioria deles já trabalhando no ensino especial) se apresentam desinformados sobre questões referentes à interação mãe-filho e sua importância para o desenvolvimento psicológico da criança.

Deve-se também ressaltar que, na condição de aluna do curso de doutorado em Psicologia, as informações, as discussões e outras atividades nas disciplinas relacionadas à problemática da pessoa portadora de deficiência, forneceram subsídios valiosos para a escolha do presente tema.

As considerações acima justificam a necessidade de se continuar a estudar a importância da facilitação da interação mãe-filho como fio condutor do atendimento em estimulação precoce. É essa perspectiva que orientou a formulação e execução da presente pesquisa. Para tanto, buscou-se investigar as concepções e o modo de atuação dos profissionais envolvidos no referido atendimento, bem como verificar se os mesmos levam em consideração a facilitação da interação mãe-bebê no trabalho que desempenham na estimulação precoce.

1.2 **ABORDAGEM DO PROBLEMA**

Uma importante evolução da pesquisa contemporânea referente ao desenvolvimento psicológico foi a compreensão de que mãe e filho formam um sistema interacional, cujos comportamentos são afetados reciprocamente. É importante realçar que o interesse por estudos relacionados à interação mãe-bebê é relativamente recente, remontando ao final da década de 40.

No curso do desenvolvimento, os elementos inatos e do meio combinam-se para formar uma organização estável das estruturas psíquicas, um processo geralmente denominado de “organização psíquica”, em que a interação mãe-bebê fornece o contexto inicial. Fatores relevantes na formação da estrutura psíquica são, entre outros, a diferença entre o funcionamento psíquico da mãe e o da criança, bem como os conflitos que ocorrem normalmente nessa interação (Sander, 1983).

Segundo Spitz (1979), a reciprocidade mãe-bebê é um processo não-verbal, complexo e significativo, de influência mútua, incluindo um diálogo afetivo de duas vias, indo além da ligação do filho à mãe e desta ao filho. A contribuição materna é diferente daquela do bebê, e ainda, de acordo com Spitz (1979, p. 97), “ cada um deles é o complemento do outro e, enquanto a mãe fornece o que o filho necessita, esse por sua vez, fornece o que a mãe necessita”.

Portanto, a criança tem uma profunda influência sobre a mãe e sua capacidade em engajar-se com ela ou a falha em fazer isso, influencia o curso de seu desenvolvimento. A gratificação da mãe ao satisfazer as necessidades do filho, bem como sua frustração quando isso não acontece, afeta a vida emocional de ambos.

Já Winnicott (1975a, p. 99) considera que “não existe tal coisa chamada bebê”, significando que qualquer formulação teórica sobre o lactente deve incluir necessariamente formulações sobre a mãe. Segundo esse autor, as considerações da

ligação do bebê devem ser balanceadas com considerações do investimento emocional “suficientemente bom” por parte da mãe.

A mãe “suficientemente boa” é aquela que exerce a função materna, podendo ser definida como a mãe boa comum que, com sua habilidade em fazer uma adaptação ativa às necessidades do bebê, produzida por sua dedicação e por meio da identificação, sabe quais as necessidades do mesmo. Dessa forma, uma provisão ambiental adequada permite que “o bebê comece a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, dominar as pulsões e enfrentar as dificuldades inerentes à vida” (Winnicott, 1978, p. 497). Tudo isso é sentido como real pela criança que, em consequência, pode tornar-se capaz de desenvolver um self verdadeiro.

Por outro lado, quando a mãe não é suficientemente boa, isso é, não consegue adaptar-se ativamente às necessidades do filho e, portanto, não percebe as necessidades do mesmo, acaba prejudicando o desenvolvimento do self verdadeiro do bebê. De acordo com Winnicott (1978), nessas circunstâncias, surge um falso self (que oculta o self verdadeiro), havendo poucas probabilidades de que o desenvolvimento emocional seja alicerçado de modo tal que a criança, em sua vida posterior, possa ostentar uma personalidade rica e estável, suscetível não só de adaptar-se ao mundo, mas também de participar de um mundo que exige adaptação.

É importante ressaltar que a mãe suficientemente boa e dedicada não é perfeita e deve inevitavelmente falhar com o bebê, o qual é complacente com as falhas maternas (Winnicott, 1978).

O desenvolvimento emocional depende também da capacidade da mãe para um “espelhar afetivo”. Quando está deprimida ou incapaz de refletir para o filho o encanto e o prazer que tem em relação a ele, o desenvolvimento da criança pode ser influenciado

de várias formas patológicas. Winnicott (1975b, p.154) descreve o papel vital do “espelhar”, indagando: “o que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe?”, sugerindo que é a si próprio que ele enxerga. Essa é a maneira de o autor dizer que o orgulho e a alegria da mãe com o filho serão refletidos em seu rosto e a vivência desse reflexo forma a base para os sentimentos de bem-estar e segurança do bebê.

Um fator que pode comprometer seriamente o vínculo mãe-filho é o nascimento de um bebê portador de deficiência. Esse fato desperta nas mães sentimentos intensos de dor, desapontamento, culpa, confusão mental, medo e uma sensação geral de incapacidade e impotência, o que geralmente a faz afastar-se da criança, não se adaptando ativamente às suas necessidades.

Concorda-se com Amiralian & Becker (1992, p. 54), quando afirmam que com o bebê portador de deficiência, a mãe tem dificuldades em descobrir as pistas que expressam as suas necessidades e também, por outro lado, “ela é pouco realimentada pelas respostas muitas vezes limitadas de uma criança com falhas constitucionais”. É provável que ocorra então um desencontro entre mãe e filho, o que coloca em perigo a qualidade do vínculo entre ambos.

Jerusalinsky & Coriat (s.d.) enfatizam que é justamente nesse desencontro que a estimulação precoce assume um papel importante, auxiliando na reconstrução dos aspectos prejudicados da função materna e assim ajudando a mãe a assumir a sua posição de mulher disposta a cuidar e a criar um filho. Deve a estimulação precoce auxiliá-la, gradualmente, a lidar com a imaturidade e os aspectos deficitários da criança, levando-a, inclusive, a aprender a manusear adequadamente o corpo do bebê e também a dominar o manejo das atividades de vida diária do mesmo.

É também função da estimulação precoce auxiliar a mãe a interpretar de forma adequada o comportamento e as expressões do bebê, para que, como afirma Brandão (1991), se sinta encorajada a cuidar dele com confiança e, em vez de focalizar-se na deficiência, comece a “enxergar” o filho e, em consequência, passe a construir novas expectativas a respeito do mesmo. Segundo esse autor, por mais contraditórios que sejam os sentimentos da mãe, ela deve ser encorajada a visualizar a sua criança para além da máscara da deficiência (sem contudo deixar de percebê-la), a fim de despertar o desejo de investir no próprio filho. Deve chegar a entender que um defeito não é impedimento para que o indivíduo se torne psicologicamente sadio.

Winnicott (1989) concorda que mesmo sendo possuidor de um déficit constitucional, o bebê amado e desejado pela mãe poderá ter assegurado um adequado desenvolvimento emocional. Assim sendo, a estimulação precoce, tendo em vista facilitar o estabelecimento satisfatório do vínculo mãe-filho, deve visar essencialmente construir “a denegação necessária para [a mãe] poder tolerar as diferenças e os aspectos deficitários da criança e, assim mesmo, sentir-se capaz de investir afeto nesse bebê” (Brandão, 1991, p. 03).

Evidencia-se, portanto, que o fio condutor de um atendimento em estimulação precoce deve se constituir no estabelecimento de condições que facilitem a interação mãe-filho, uma vez que essa interação é a mola propulsora do desenvolvimento infantil.

Essas reflexões permitiram levantar, no presente estudo, as seguintes questões específicas que nortearam a pesquisa:

- **Quais são as concepções e o modo de atuação dos profissionais que trabalham em estimulação precoce, no atendimento de bebês de zero a um ano completo de idade?**

- **A facilitação da interação entre a mãe e o filho é levada em consideração na atuação desses profissionais?**

1.3 **OBJETIVOS**

1.3.1 Investigar as concepções e o modo de atuação dos profissionais envolvidos no atendimento em estimulação precoce, com bebês de zero a um ano completo de idade.

1.3.2 Verificar se a facilitação da interação mãe-filho é levada em consideração na atuação desses profissionais.

1.4 **DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS**

A presente definição de termos visa esclarecer o significado que se desejou imprimir a determinados conceitos utilizados nesse trabalho, uma vez que alguns termos geralmente podem acumular diferentes acepções.

Criança de alto risco: criança que devido a causas pré-natais, perinatais ou pós-natais, de origem biológica ou ambiental, pode vir a apresentar distúrbios no seu desenvolvimento.

Deficiência: perda ou alteração que pode ser temporária ou permanente e que inclui a existência ou a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental (Amaral, 1995, p. 63).

Denegação: desejo da mãe em investir afetivamente na criança, mesmo percebendo a sua deficiência (Brandão, 1991).

Educação Especial: educação que visa o desenvolvimento global das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências, condutas típicas ou de altas habilidades e que abrange os diferentes níveis e graus do sistema de ensino (Brasil, 1994).

Estimulação: o mesmo que Estimulação Precoce.

Estimulação Precoce: “procedimento de intervenção, com o objetivo básico de impulsionar o desenvolvimento de crianças portadoras de deficiências, possibilitando-lhes um processo evolutivo o mais harmonioso possível” (Jerusalinsky et al., 1988, p. 65).

Interação mãe-bebê: processo complexo e significativo, ao longo do qual mãe e filho se influenciam e se estimulam mutuamente, incluindo um diálogo de ação e resposta contínuo e recíproco, motivado afetivamente (Spitz, 1979).

Intervenção precoce: o mesmo que Estimulação Precoce.

Mãe: a pessoa que exerce a função materna (portanto não necessariamente a mãe biológica).

Vínculo mãe-filho: o resultante da interação mãe-bebê.

CAPÍTULO 2 – SUPORTE TEÓRICO DA PESQUISA

2.1 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E O ENFOQUE CENTRADO NA CRIANÇA

A estimulação precoce se constitui no primeiro programa de atendimento, inserido no âmbito da educação especial, destinado a atender sobretudo crianças de alto risco ou portadoras de deficiências (auditiva, física, mental, visual, múltipla), na faixa etária de zero a três anos.

Embora haja questionamentos sobre o uso do termo “precoce”, as diretrizes educacionais sobre estimulação precoce (Brasil, 1995), preconizam o uso da expressão “estimulação precoce”, justificando que: -o termo já é consagrado pelo uso, internacionalmente; -o significado etimológico preserva a natureza preventiva que é o objetivo principal desse atendimento; -o sentido de “precoce” adjetiva ações suficientemente antecipadas, com o fim de atenuar ou compensar a deficiência infantil e/ou suas consequências.

Nessa justificação salientam-se os fundamentos que têm regido o atendimento em estimulação precoce, a saber: a) fundamentos neurológicos, que se baseiam na literatura neuropediátrica atual, com ênfase na plasticidade neuronal, que concordam que é de vital importância para o desenvolvimento, a qualidade de estímulos aplicados à criança nos três primeiros anos de vida. Se a oferta de estímulos é variada e abundante poder-se-á contar com uma condição de desenvolvimento favorável para o estabelecimento ou restabelecimento das sinapses neuronais, mesmo sendo a criança

portadora de uma deficiência (Heese, 1986); b) princípio de prevenção secundária, que apregoa procedimentos de diagnóstico precoce e tratamento ou intervenção imediatos a fim de reverter uma condição já instalada e que deve se iniciar a partir do momento da constatação de uma deficiência (Batista & Enumo, 1996).

Assim, o objetivo do atendimento em estimulação precoce tem sido o de promover ações que visem prevenir, sanar ou minimizar os efeitos adversos do processo evolutivo da criança portadora de deficiência, por meio dos processos de avaliação e intervenção. Com esse enfoque, essas ações têm-se estruturado em currículos (Brasil, 1995) centrados eminentemente na criança, pois visam essencialmente o que a criança deverá atingir no desenvolvimento. O conteúdo e as atividades compreendem as mudanças que vão sendo realizadas pela criança, especificadas por áreas, tais como áreas física, motora, cognitiva, sensório-perceptiva, de linguagem, socioafetiva. As estratégias de intervenção envolvem a atuação profissional e se referem ao modo pelo qual essas intervenções são aplicadas para estimular o desenvolvimento infantil e podem ser classificadas em função das áreas desse desenvolvimento.

Dessa forma, as técnicas de avaliação e intervenção se constituem basicamente em escalas de desenvolvimento e maturação, sendo muitas vezes transformadas em metas que o bebê deverá ir cumprindo para se desenvolver e que se estabelecem nos objetivos a atingir ao longo do atendimento (Coriat, 1997).

Jerusalinsky & Coriat (1983, p. 437) consideram esses procedimentos “uma verdadeira tautologia”, uma vez que o sistema nervoso central do ser humano tem tanta flexibilidade (quando não está profundamente afetado), que resulta quase impossível não se obter algum resultado a nível de comportamento, ao se introduzir alguma estimulação. Para esses autores, medir e estimular áreas do desenvolvimento não

revelam como essas áreas estão ou não integradas no sistema de significação e, portanto, de comunicação, que é o que constitui o núcleo fundamental do ser humano.

No que condiz ao papel da família na estimulação precoce, essa também acaba ficando circunscrita ao processo de intervenção, pois segundo as diretrizes educacionais sobre estimulação precoce, “os pais deverão receber apoio e orientação sistemática dos profissionais envolvidos, individualmente ou em grupo, como forma de assegurar a continuidade do trabalho no lar” (Brasil, 1995, p. 22).

Evidencia-se, assim, que a família, sobretudo a mãe, é vista como “auxiliar” dos profissionais envolvidos no atendimento, sendo chamada para “aprender” intervenções que esses profissionais julgam necessárias para o desenvolvimento da criança (Dunst et al., 1991).

Cabe salientar que esses profissionais devem, idealmente, fazer parte de uma equipe multiprofissional, cada um com suas funções específicas, dentro dos processos de avaliação e intervenção do desenvolvimento infantil, já referidos anteriormente (Brasil, 1995). Na prática, constata-se que geralmente os profissionais que atuam sistematicamente e diretamente com a criança são o professor, o psicólogo, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta, sendo que essa atuação acaba por se limitar na estimulação de um determinado órgão, membro ou função deficitários da criança, não os levando a visualizar a criança em sua totalidade (Coriat & Jerusalinsky, 1975).

Por outro lado, a nível internacional, constata-se uma forte tendência em se substituir, no atendimento em estimulação precoce, o modelo centrado na criança pelo modelo centrado na família, uma vez que esse se tem evidenciado de maior eficácia e significado para o desenvolvimento infantil, como evidenciam os estudos de Bailey,

Palsha e Simeonsson (1991), Dunst et al. (1991), Guralnick (1991) e Björck-Akesson & Grandlund (1995).

Já no Brasil, o atendimento em estimulação parece ainda se caracterizar por uma abordagem centrada eminentemente na criança, priorizando os fundamentos neurológicos e princípios preventivos e ignorando praticamente os fundamentos psicológicos que devem se constituir, segundo Heese (1986), no fio condutor desse atendimento.

Tal fato talvez se deva às escassas pesquisas e publicações brasileiras no que se refere à estimulação precoce, o que acaba não permitindo uma visualização de como realmente ocorrem as práticas, tanto avaliativas como de intervenção, no âmbito desse atendimento, bem como as concepções que direcionam a atividade dos profissionais nele envolvido.

2.2 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE E O ENFOQUE CENTRADO NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Estudiosos como Coriat & Jerusalinsky (s.d.), Jerusalinsky & Coriat (1983), Jerusalinsky et al. (1988), Brandão (1991) e Coriat (1997), têm abordado e defendido a estimulação como um atendimento importante na facilitação da interação mãe-filho. Esses autores partem do princípio de que o nascimento de um bebê portador de deficiência afeta profundamente a função materna podendo prejudicar o estabelecimento do vínculo mãe-filho, condição *sine qua non* para o desenvolvimento infantil. Entendem que a estimulação precoce deve auxiliar na reconstrução da função

materna, podendo até substituí-la parcialmente ou totalmente, durante a crise pela qual passa geralmente a mãe.

No sentido de melhor esclarecer essa abordagem, procurar-se-á explicitar a importância da interação mãe-bebê para a promoção do desenvolvimento infantil bem como caracterizar a interação entre a mãe e o filho portador de deficiência e de que maneira o atendimento em estimulação precoce pode facilitar essa interação.

2.2.1 Considerações sobre a interação mãe-bebê

O estudo das relações precoces entre os bebês e suas mães suscitaram um grande número de pesquisas, destacando-se inicialmente as de origem psicanalítica e, mais tarde, surgindo a valiosa contribuição de estudos etológicos e outras abordagens do desenvolvimento na compreensão dessas relações.

Muitos autores, entre eles Sigmund Freud e Melanie Klein, de há muito já faziam referências sobre o bebê e ressaltavam a importância do seu estudo. Mas a pesquisa envolvendo a observação direta e a análise da interação mãe-bebê é bastante recente, iniciando no final da década de 40 e tornando-se realmente expressiva somente a partir das décadas de 60-70.

Supunha-se que tanto o recém-nato como o bebê eram seres vegetativos e passivos, que não enxergavam nem ouviam, desprovidos de qualquer competência. Essa visão é evidenciada em Fortes (1955, p. 17) que afirma: “No primeiro ano a criança se caracteriza pela vida vegetativa; suas funções mais importantes são as de nutrição e respiração. Nos primeiros meses passa a maior parte do dia dormindo, seus movimentos são involuntários, isto é, são reflexos. No segundo ano de vida começa a

mostrar sinais de vida consciente”. Também Gesteira (1957, p. 20) afirma: “Mesmo quando chega ao mundo nas condições de completa normalidade ..., a criança que acaba de nascer é um conjunto de imperfeições anatômicas e fisiológicas, que se traem já no desgracioso aspecto exterior”.

Observa-se que o próprio pensamento psicanalítico inicial enfatizava a total dependência da criança, sendo que o êxito ou o fracasso na interação eram considerados êxito ou fracasso da mãe. A relação mãe-filho era apresentada como sendo uma via de mão única e a ação de retorno do bebê sobre a figura materna não constituía um elemento maior na descrição dessa relação. Porém, mais recentemente é que a criança vai aparecer como “um ser capaz de influenciar a sua circunstância humana, ao mesmo tempo em que ele é ele-mesmo sob a influência dessa circunstância” (Lebovici, p.86).

A ênfase deixa então de ser colocada somente na natureza das condutas da mãe ou somente na natureza das condutas do filho, mas sim sobre “o *elo* existente entre o comportamento do bebê e a resposta da mãe, e vice-versa” (Lebovici, 1987, p. 146).

2.2.1.1 As competências do feto e do recém-nato

Pesquisas contemporâneas revisadas por alguns autores, entre eles Bettelheim (1987), Lebovici (1987), Bowlby (1989) e Klaus & Kennell (1992), sobre as capacidades e competências do recém-nato e do bebê, contribuíram para que o conceito de interação tomasse uma nova dimensão com a introdução da reciprocidade na relação mãe-filho e evidenciaram que o bebê nasce equipado com numerosas capacidades, sendo que sua maturação sensorial é melhor do que se pensava. Condon & Sander

(1974) assinalam que o bebê vê, ouve e se move ao ritmo da voz da mãe, nos primeiros minutos e horas de vida, resultando em uma ligação recíproca. Também apontam que a aparência da criança juntamente com seu amplo repertório de habilidades sensoriais e motoras, provocam respostas na mãe e proporcionam vários canais de comunicação, que são de muita utilidade no processo de vinculação e na iniciação de uma série de interações recíprocas.

Por outro lado, estudos atuais citados por Relier (1994) demonstram que as competências do bebê já têm o seu início no útero materno. Esse autor evidencia que as trocas efetuadas por meio da placenta entre a mãe e o feto também podem se dar no âmbito sensorial e das emoções, inclusive permitindo explicar a existência de uma relação entre mãe e filho durante a gravidez. Aponta resultados científicos que mostram, de modo preciso, as diferentes etapas de instalação das grandes funções sensoriais do feto, a saber:

- Sensibilidades cutâneas e vestibular, que levam a pensar que o feto pode reagir a cada mudança da posição da mãe. O líquido amniótico surge para o feto como uma verdadeira pele, graças à sensibilidade cutânea. A liberação dessa “pele”, no nascimento, se constitui na primeira etapa de separação feto-mãe e também fragiliza a pele do bebê, o que deve ser levado em consideração pelo obstetra e pelas pessoas que o acolhem.

- Sensibilidades gustativas e olfativas, que levam o feto perceber uma quantidade de substâncias ingeridas pela mãe e isso é válido em relação ao cheiro dos alimentos, aos temperos e às drogas. O colostro e o leite parecem possuir um gosto semelhante ao do

líquido amniótico, os que o tornam mais acessíveis e reconfortantes para o recém-nato. Assim, a sensorialidade gustativa, mas sobretudo a olfativa, se constituem num dos aspectos importantes da relação mãe-filho durante a gestação e permitem ao bebê reconstituir muito mais facilmente seu ambiente sensorial e afetivo, pois reconhece o cheiro da pele da mãe, a delicadeza do seu tato, o gosto do seu leite. Donde o interesse fundamental pele-a-pele nos primeiros momentos de vida extra-uterina.

- Sensibilidade auditiva, que faz com que o feto perceba tanto ruídos endógenos (que se originam do funcionamento do corpo da mãe e da placenta) como ruídos exógenos (sons do meio ambiente), que são atenuados pelo líquido amniótico.

Relier (1994) assinala que é sobretudo no domínio da sensorialidade auditiva que as observações mais significativas foram feitas, tanto antes como depois do nascimento, tendo sido possível demonstrar as capacidades de memorização, de habituação, de reconhecimentos e de preferências. Esse autor cita as experiências de Decasper & Fiffer com recém-nascidos, que permitiram demonstrar as capacidades de preferência pela voz materna, pela língua materna e mesmo por uma sequência lida ou cantada pela mãe. Essas capacidades de memorização e reconhecimento permitem assegurar, após o parto, a continuidade da relação entre mãe e filho, facilitando o desenvolvimento das interações e laços de aproximação.

Pode-se concluir que o surgimento dos sistemas sensoriais tornam o feto um ser eminentemente perceptivo, vindo complementar a troca biológica entre mãe e filho, fazendo dessa dupla uma verdadeira díade simbiótica bio-afetiva. Pode-se inferir também que o nascimento se constitui em uma modificação importante das estruturas

dessa díade e é importante que se restabeleça o mais rapidamente possível, a fim de não interromper a interação mãe-bebê, cuja qualidade é indispensável na evolução harmoniosa do ser em desenvolvimento.

2.2.1.2 A interação mãe-filho e sua importância no desenvolvimento infantil

Segundo Spitz (1979), embora o equipamento inato exista no bebê desde o momento do nascimento, o mesmo só é ativado por meio de uma relação recíproca mãe-bebê, na qual os afetos desempenham o papel principal. As funções psíquicas desenvolver-se-ão a partir dos fundamentos fornecidos pela troca afetiva.

De acordo com o autor, uma necessidade do bebê provoca nele um afeto, conduzindo a mudanças em seu comportamento, as quais produzem uma atitude e uma resposta afetiva da mãe

Essa reciprocidade existente na interação mãe-filho constitui-se em um fluxo contínuo, no qual ambos satisfazem mutuamente as próprias necessidades. As ações maternas agem como estímulos para as respostas do bebê. A mãe, por sua vez, facilita as ações da criança que lhe são prazerosas. Dessa forma, suas preferências, seus afetos, seu prazer, suas próprias ações conscientes ou inconscientes propiciarão inúmeras e várias ações do filho e influenciarão o seu desenvolvimento.

Spitz (1979) considera que o bebê, ao nascer, encontra-se em um estágio de não-diferenciação, onde ele não percebe a mãe como separada dele mesmo. A construção gradual da realidade será proporcionada pela reciprocidade mãe-filho, geradora do “diálogo”, que consiste no ciclo da ação-reação-ação sequencial, no quadro de referência da interação mãe-bebê. É esse ciclo de ação-reação-ação que fará com que

o lactente seja capaz de transformar, de forma gradual, os estímulos sem significado em signos significativos.

Quando os olhos do bebê seguem cada movimento da mãe; quando ele consegue isolar e estabelecer um sinal gestáltico na face materna – então, através da instrumentalidade da mãe, ele isolou uma entidade significativa no caos de “coisas” sem significado do ambiente. Devido às contínuas trocas afetivas, esta entidade - a face materna, assumirá para a criança um significado cada vez maior (Spitz, 1979, p. 97).

O afeto materno gera, na relação mãe-filho, um clima emocional favorável a todos os aspectos do desenvolvimento infantil. A afeição que a mãe sente pelo bebê o torna um objeto de contínuo interesse para ela, fazendo com que ela lhe ofereça uma rica e variada gama de estímulos e experiências vitais. Assim, os afetos e atitudes maternas orientam os afetos do filho e conferem a qualidade de vida à experiência do mesmo.

Nossos filmes mostram, de modo marcante, como o peito da mãe, seus dedos, oferecem ao bebê que está sendo amamentado inúmeros estímulos táteis; como estes estímulos lhe dão a oportunidade de aprender e praticar a percepção e a orientação; como o bebê experimenta o toque superficial, a sensibilidade profunda e o equilíbrio sobre o corpo materno, reagindo aos movimentos dela; e é quase desnecessário acrescentar que é a voz materna que oferece ao bebê estímulos acústicos vitais, que são os pré-requisitos para o desenvolvimento da fala. (Spitz, 1979, p. 97).

O autor citado confirma também que frustrações normais são importantes para o desenvolvimento adaptativo, proporcionando ao bebê um crescente grau de independência, tornando-o cada vez mais ativo em suas relações com o meio ambiente.

Assim, tanto experiências de prazer como de desprazer têm um papel decisivo na formação da personalidade infantil.

Por outro lado, as observações de Winnicott (1988) levaram-no a concluir que a saúde mental do indivíduo é construída por um ambiente facilitador fornecido por uma mãe suficientemente boa, isto é, por uma mãe que reconhece a dependência inicial do filho e se adapta ativamente às suas necessidades.

As mães, geralmente a partir dos últimos meses da gravidez até alguns meses após o nascimento, desenvolvem uma identificação projetiva com o bebê, obtendo uma percepção sensível do que o mesmo necessita. Essa identificação, referida por Winnicott (1983) como preocupação materna primária, faz com que a mãe seja capaz de colocar-se no lugar do filho, provendo exatamente o que ele necessita, numa adaptação ativa às suas necessidades. Desse relacionamento especializado da mãe, que o referido autor chama de devoção, emerge o self verdadeiro da criança, tornando-a capaz de ter uma existência pessoal.

Segundo Winnicott (1993), a mãe suficientemente boa exerce simplificadaamente três funções: a) o segurar (holding): que se refere ao modo como a mãe segura ou carrega o filho; b) o manipular (handling): que se refere ao modo como a mãe manuseia e cuida do filho; c) o apresentar objetos (object-presenting): que se refere ao modo como a mãe apresenta o mundo dos objetos ao filho.

Ao segurar adequadamente a sua criança, a mãe atua como um ego auxiliar, dotando o bebê de um ego inicial, frágil e pessoal, mas importante na construção do self verdadeiro. Nessa fase, o lactente possui uma dependência absoluta da capacidade da mãe em adaptar-se às suas necessidades. Mais tarde, já consegue perceber e

relacionar os detalhes do cuidado materno (dependência relativa) e por fim caminhar rumo à independência (Winnicott, 1983).

O segurar e o manipular, que incluem todo o manejo físico satisfatório, fornecem o contexto de confiança que capacitam à criança atravessar adequadamente as fases do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1988). É também função da mãe apresentar o mundo e a realidade externa ao bebê. Após ela ter dado ao filho a ilusão de que o mundo pode ser criado a partir da necessidade e da imaginação, tendo ela estabelecido a crença em coisas e pessoas, cabe a ela também levar o bebê ao processo de desilusão, a fim de habilitá-lo a aceitar a realidade externa, que prevê inclusive a tolerância às frustrações (Winnicott, 1975a).

Adaptando-se ativamente às necessidades do filho, a mãe lhe fornece um sentimento de confiança. Essa confiança na fidedignidade materna e, portanto, na de outras pessoas e coisas, é que torna possível o processo de integração da personalidade (Winnicott, 1975b).

É também a mãe suficientemente boa quem vai fornecer o contexto no qual a criança tem a oportunidade de se tornar um indivíduo, sendo capaz de identificar-se com as outras pessoas, animais e objetos do meio ambiente, bem como com a sociedade e sua contínua auto-organização (Winnicott, 1988).

Por outro lado, os estudos de Mahler et al. (1977) evidenciam que o desenvolvimento psicológico é um processo de separação-individuação, precedido primeiro por uma fase autística e depois por uma fase simbiótica, ambas consideradas normais.

A fase autística ocorre após o nascimento e se caracteriza pela falta de consciência da figura materna. Na fase simbiótica, o bebê se comporta e funciona como um sistema onipotente, onde ele e a mãe formam uma unidade dual dentro de uma fronteira

comum, que vai formar a base de todos os relacionamentos futuros e na qual o “eu” não é ainda diferenciado do “não eu”. A seguir, advém o processo de separação-individuação, que se caracteriza por dois desenvolvimentos complementares: a criança separa-se da fusão simbiótica com a mãe e desenvolve uma personalidade distinta e única, adquirindo e mantendo um sentido de identidade.

Mahler et al. (1977, p. 17) consideram que “o bebê forma-se em estilo e contraponto aos hábitos e estilos da mãe” e, desde muito cedo, é estabelecido um processo circular de interação entre ambos, por meio do qual “lêem ‘empaticamente’ os signos e sinais um do outro e reagem reciprocamente”. Assim, o processo de desenvolvimento psicológico da criança parece ser facilitado por um envolvimento emocional previsível por parte da mãe, assim como a atitude da mesma em encorajar a independência do filho é uma condição essencial para uma individuação saudável e normal. A atenção do bebê gradualmente vai se expandindo e combinando-se com um estoque crescente de memórias das idas e vindas da figura materna, de experiências “boas” e “más”, estabelecendo uma imagem de confiança na mãe.

As pesquisas de Brazelton & Cramer (1992) levam a concluir que o recém-nascido possui uma organização surpreendente, pronta para remeter sinais ao seu ambiente, tanto em condições favoráveis como em condições adversas. Ao receber cuidados e respostas de quem os cuida, os bebês começam a controlar suas reações de modo a participar e a responder aos eventos ambientais, o que os incentiva a aprender sobre si mesmos.

Da mesma forma, a mãe também aprende sobre si mesma como pessoa que proporciona o desenvolvimento do filho à medida que aprende sobre o lactente, o qual reagindo favoravelmente aos cuidados maternos, recompensa a mãe pelo seu êxito. A

afeição e o amor pelo bebê consistem em um processo de aprendizagem, onde a mãe aprende a conhecer a si mesma bem como o filho (Brazelton, 1988).

Klaus & Kennel (1992, p. 22) conceituam o apego como “um relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo”. Segundo eles, o apego é fundamental para o desenvolvimento infantil, uma vez que a ligação mãe-filho influenciará na qualidade de todas as relações futuras do bebê, bem como lhe fornecerá um senso de identidade. Destacam que tanto a aparência como as habilidades sensoriais e motoras do recém-nato, as quais denominam de capacidades surpreendentes, provocam respostas maternas, gerando canais de comunicação que facilitam o processo de interação mãe-filho.

Para Bowlby (1990), há inúmeras evidências da forte correlação entre o padrão de apego apresentado por bebês e o padrão de cuidados maternos recebidos. De acordo com esse autor, duas formas de comportamento são altamente favoráveis ao apego: a) o comportamento de assinalamento, que conduz a mãe até o bebê (quando esse chora, sorri, balbucia, emite sinais sociais); b) o comportamento de abordagem, que guia o bebê até a mãe (seguir a mãe, agarrar-se a ela, manipular o seu corpo). Algumas formas de comportamento podem ser consideradas como mediadoras do apego. Por exemplo, o equipamento perceptual do bebê que permite orientá-lo para a figura materna; o equipamento efetor (cabeça, boca, mãos, pés) que propiciam o contato com a mãe; o equipamento de sinalização (chorar, sorrir, balbuciar, gesticular) que influenciam os movimentos da mãe e o tratamento dispensado ao filho.

Bowlby (1990, p. 367) considera que a vinculação é facilitada pelas condições comportamentais da mãe e cita essas condições esquematizadas por Ainsworth, a saber: a) contato corporal frequente e demorado entre o bebê e a mãe, sobretudo

durante os primeiros meses, juntamente com a capacidade materna para acalmar o filho aflito levando-o ao colo; b) sensibilidade da mãe para os sinais do bebê, sendo capaz de ajustar suas intervenções em harmonia com os ritmos dele; c) um meio ambiente que permita ao lactente deduzir o significado das consequências de seus próprios atos; d) prazer recíproco entre mãe e filho quando juntos. Por outro lado, as trocas recíprocas com a mãe são facilitadas se a criança sentir que suas iniciativas sociais são bem-sucedidas, com resultados previsíveis. Assim, tanto as características infantis como as características maternas sofrem influências recíprocas.

Bowlby (1990) afirma que a mãe estimulante, que apoia e colabora, fornece ao filho um senso de dignidade, de confiança e de competência, além de lhe prover uma base favorável para a formação de futuros relacionamentos, bem como leva a capacitá-lo frente a situações adversas. Aponta para o fato de que o bebê de aproximadamente 3 meses responde à mãe de forma diferenciada, pois ao avistá-la, lhe sorri e emite vocalizações mais profundas, além de segui-la com um olhar mais demorado do que quando vê outra pessoa. Evidencia portanto o comportamento visual como um fator importante na promoção da interação mãe-filho.

Lebovici (1987) aponta para o fato de que interferências de vários bebês (bebê fantasmático, bebê imaginário, bebê real), podem facilitar ou prejudicar a interação mãe-filho. O bebê fantasmático corresponde ao filho do desejo de maternidade; o bebê imaginário é o filho desejado e idealizado; o bebê da realidade é o filho vivo, concreto, possuidor de competências próprias, com o qual a mãe interage e enriquece com sonhos e fantasias.

Para o autor, a interação mãe-bebê consiste num processo no qual a mãe se comunica com o bebê por meio de “mensagens” tanto verbais como extraverbais,

enquanto o bebê “responde” à mãe, utilizando-se sempre de mensagens extraverbais (sorrisos, vocalizações, gestos). A comunicação inicial entre mãe e filho é representada sobretudo por afetos mútuos, a cada momento da interação. Os modos de comunicação utilizados por ambos (gestos, olhares, vozes, toques) destinam-se essencialmente a comunicar o afeto, o estado emocional de cada um, muito mais do que representações ou pensamentos.

Lebovici (1987, p. 209) também ressalta que nos primeiros meses de vida, a mãe e o bebê realizam um diálogo essencialmente afetivo, constituindo-se os afetos e sua expressão, nas primeiras formas da linguagem humana. Considera que “os afetos não são a consequência da interação social, mas ... a acompanham ou mesmo a determinam e a complementam”. De acordo com o autor, a tarefa da mãe não é somente livrar o bebê das sensações de desprazer mas também provocar prazer nos momentos de troca. Quando procura o olhar do bebê, busca comunicar-lhe seu afeto por meio de palavras carinhosas e sorrisos, o acaricia, o acomoda nos braços, o exhibe aos amigos, acolhe com alegria as suas respostas, está favorecendo a abertura para o mundo humano e para as relações interpessoais. Ao responder favoravelmente aos estímulos maternos, como por exemplo, aconchegar-se ao colo, acalmar-se quando consolado, corresponder ao olhar, o bebê eleva a mãe à verdadeira condição de mãe do filho, confirmando-a nessa identidade.

Brazelton & Cramer (1992) salientam que no transcorrer da gravidez, paralelamente ao desenvolvimento do feto, a mãe vai construindo uma imagem do futuro bebê, baseada em seus desejos e fantasias bem como na percepção da própria atividade fetal. Dessa forma, três crianças diferentes vão se reunir no instante do nascimento: o bebê imaginário, o feto invisível e o recém-nato real, o qual se pode olhar, ouvir e pegar

nos braços. Assim, a construção do apego pelo bebê real é baseada em relacionamentos preliminares com uma criança imaginária e com o feto.

Segundo esses autores, é no transcurso da gestação que a mãe vai se preparando: a) para superar o choque da separação com o bebê no momento do parto; b) para ajustar-se a um determinado bebê; c) para estar disposta a iniciar uma nova relação. Contudo, uma das grandes tarefas psicológicas que se impõe à mãe após o nascimento é a de chorar a perda do bebê imaginário e perfeito e reconciliar-se com o bebê real, adaptando-se às suas características específicas.

Essas situações exigem uma intensa reorganização psicológica por parte da mãe, a qual resultará em uma identificação maternal profícua, uma concentração do afeto e a capacidade de reconhecer e adaptar-se a uma realidade nova e inevitável (Brazelton, 1988).

2.2.2 **Considerações sobre a interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência**

Como visto anteriormente, quando a mãe se vincula ao filho, ela estabelece com ele um compromisso emocional, o qual irá estimulá-la a exercer a função materna. Sem esse compromisso, a vinculação fica comprometida, gerando perturbações que podem se constituir em ocasiões que levam a criança a ser negligenciada e a não se investir na promoção de seu desenvolvimento.

Uma situação que pode comprometer seriamente a interação mãe-filho consiste no nascimento de um bebê com deficiência, fato que geralmente desencadeia reações, sentimentos e comportamentos que podem afetar profundamente a função materna.

2.2.2.1 O impacto do nascimento do bebê com deficiência

O maior receio enfrentado pela mãe no período gestacional é gerar um filho possuidor de uma deficiência. Não é de admirar, portanto, que o nascimento de um bebê com alguma anormalidade cause um choque avassalador não só na mãe, mas em todas as pessoas envolvidas no acontecimento, como demonstram os estudos de Minde et al. (1972); Omote (1980); Tomko (1983); Korkowski (1992); Klaus & Kennell (1992).

Segundo Soifer (1980, p. 88), o nascimento de uma criança deficiente gera uma circunstância trágica, frustrando todos os anseios, fantasias e devaneios maternos, dando a sensação de haver “engendrado um monstro”, produzindo uma dor insuportável e ocasionando “uma profunda ferida narcisista, de difícil e lenta recuperação”.

Esse fato é referendado por Arias (1988), que afirma que a mãe não só enxerga na criança a corporização de um monstro como vê a si própria como tal. Relata que ao entrevistar a mãe de uma menina com síndrome de Down, a mesma se referia às pessoas do hospital, como olhando-a com desprezo, como se fosse ela um monstro.

Brazelton & Cramer (1992) apontam que a maior problemática causada pelo nascimento de um bebê com deficiência consiste justamente no colapso da auto-estima da mãe, pois o filho acaba refletindo o fracasso maternal, o que coloca em perigo o processo de vinculação. É importante lembrar mais uma vez que o bebê é gerado no interior da mãe, representando de modo visível a parte mais íntima do seu self.

Lebovici (1987) também concorda que o nascimento de uma criança fragilizada quase sempre causa muita ansiedade e lembra que dificilmente a mãe recebe felicitações de amigos e familiares nessa ocasião. A mesma sente-se ferida em seu narcisismo, sentindo-se geradora de um ser “imperfeito”, “incompleto” e ainda mais, considera ter uma parte de si mesma perigosa e maléfica, sentindo-se responsável pela anormalidade do filho, o que pode gerar fortes sentimentos de culpa. Dessa forma, a interação sofre perturbações imediatas e às vezes é suprimida momentaneamente, quando exige a hospitalização do lactente. O autor acima citado estudou sobretudo as consequências da prematuridade na interação mãe-filho, mas infere-se que essas podem ser aplicadas, inclusive de forma intensificada, no âmbito da deficiência.

Herren & Herren (1986) salientam que o filho deficiente cria uma série de conflitos nos pais, sobretudo na mãe: ferida narcísica e culpa por não ter gerado uma criança de acordo com os modelos culturais do bebê belo e sadio, ambivalência entre a repulsa da deficiência e a atração pela vida a ser confortada.

Nessas circunstâncias, o luto materno demonstrado após o nascimento é uma reação pela perda do bebê perfeito e também reflete a dor e a culpa pelos defeitos os quais a mãe se julga responsável, de forma consciente ou inconsciente. Esses sentimentos, para serem superados, requerem tempo e um penoso empenho pessoal (Brazelton, 1988).

Bruce & Schultz (1992) chamam a atenção para o fato que não é só a expectativa do filho perfeito que é perdida, mas a mais fundamental expectativa da mãe é perdida, isso é, de que a criança será um dia normal.

2.2.2.2 Reações e sentimentos maternos que interferem na interação com o filho

Segundo Telford & Sawrey (1978), entre as reações mais comuns da mãe frente ao bebê com deficiência destacam-se a negação dessa deficiência, a projeção, a depressão, os sentimentos de culpa, de vergonha ou de pena de si mesma, as lamentações, o comportamento ambivalente ou de rejeição ao filho, além de padrões de mútua dependência.

Blacher (1984) revisando 24 estudos sobre reações emocionais maternas, verificou que mães de filhos portadores de deficiência geralmente passam por três períodos no processo de luto da perda do bebê perfeito. A partir do diagnóstico, apresentam uma reação de choque, seguindo-se um período de desorganização emocional (manifestada na forma de raiva ou depressão) e finalmente podem chegar a um período de organização emocional, em que procuram aceitar a criança como realmente é. O autor verificou que os estudos frequentemente combinam, dentro de um único grupo, os pais de crianças com uma variedade de condições incapacitantes, incluindo diferentes tipos de retardo mental, paralisia cerebral, malformações congênitas e prematuridade.

Philip & Duckworth (1982) em suas pesquisas no âmbito da adaptação parental, concluem que mães de crianças com deficiências, em geral são mais propensas a sofrer de estresse, ansiedade e depressão. Esses dados levam a pensar que a dificuldade de percepção da mãe em cumprir as expectativas relativas à criança, a dimensão de não ter prazer no filho, de percebê-lo como diferente dos outros bebês e lamentar o desvio da normalidade podem se constituir, efetivamente, num importante foco de estresse maternal.

Sloper & Turner (1993), investigando 107 pais e mães de crianças afetadas de deficiência física severa, evidenciaram altos níveis de angústia e sofrimento psicológico, particularmente nas mães. Essas, anteriormente desejosas em investir nos filhos, experimentam um desapontamento doloroso, podendo isolar-se emocionalmente ou desenvolver intensos sentimentos de ansiedade.

Viana, Giacomoni e Rashid (1994, p. 98), em entrevistas efetuadas com mães de 60 crianças afetadas de fissuras lábio-palatais, verificaram que as mesmas eram portadoras de sentimentos de culpa e apresentavam reações intensas de impotência, tristeza e ambivalência. O nascimento do filho malformado desperta sentimentos de depressão e fracasso e, segundo as autoras, “mobiliza nas mães a voz interna do medo, culpa e vergonha: ‘o que fiz por merecer’ ”?

Costa (1989) verificou que mães de crianças portadoras de deficiência consideram-se “diferentes”, mais tristes e preocupadas e tendo que dar mais atenção ao filho do que as mães de crianças não deficientes.

Brazelton (1988) considera perfeitamente normal que, nessas condições, a mãe tente fugir, esconder-se ou proteger-se na depressão ou alienar-se para não ter que cuidar do filho.

Estudos como os de Breslau & Davis (1986) e Gowen et al. (1989) mostram que mães de bebês com deficiência geralmente apresentam mais sintomas depressivos, altos níveis de angústia e desordens afetivas do que mães de crianças normais. Em contrapartida, Downey & Coyne (1990) afirmam que a depressão materna constitui um potente fator de risco no desenvolvimento de psicopatologias na criança.

É importante destacar que a mãe deprimida não fornece os estímulos necessários ao filho, como também sua sensibilidade aos sinais emitidos pelo bebê é diminuída.

Inclusive, esses sinais podem ser interpretados erroneamente, como por exemplo, o afastamento da cabeça do bebê como resposta a um afago da mãe pode ser traduzido pela mesma como uma rejeição, o que pode empobrecer mais ainda a interação (Stern, 1974).

Mahler et al. (1977) observaram que no caso da mãe depressiva, o reconhecimento da mesma pelo bebê como pessoa especial se dá de forma tardia, o mesmo acontecendo com a resposta específica de sorriso.

Spitz (1979) concorda que a mãe depressiva, ao afastar-se emocionalmente do filho, muda também os signos que a identificavam como objeto “bom” o que acaba evitando e negando as oportunidades para trocas de ação recíprocas. O autor considera a perda da mãe que entra em depressão como uma perda emocional e sugere que a indiferença, a falta de empatia e a falta de imaginação maternas fazem o bebê sofrer e esse sofrimento pode deixar muitas cicatrizes psicológicas, com manifestações tardias.

Cox et al. (1987), observando mães depressivas em comparação com mães não depressivas, concluíram que os bebês das primeiras apresentam mais distúrbios emocionais e de comportamento, além de atraso expressivo no desenvolvimento da linguagem. As mães depressivas também são menos responsivas com suas crianças e menos hábeis em sustentar uma interação social.

Para Mannoni (1991, p. XVIII), a solidão envolta em fantasias sobre as quais não pode falar, constitui um dos dramas da mãe do bebê com deficiência. Por outro lado, “a criança não tem que fazer face apenas a uma dificuldade inata, mas ainda à maneira como a mãe utiliza esse defeito num mundo fantasmático, que acaba por ser comum às duas”.

2.2.2.3 As vicissitudes na interação mãe-bebê portador de deficiência

Como ficou evidenciado, o nascimento de um bebê portador de deficiência pode ocasionar reações, sentimentos e comportamentos maternos que podem levar a uma dificuldade de adaptação recíproca entre mãe e filho, gerada por um relacionamento inadequado ou insuficiente entre ambos, por uma maternagem não suficientemente boa, por falhas no exercício da função materna.

Ackerman (1986) aponta algumas maneiras pelas quais a mãe pode se defender de tensões dolorosas e que levam à inadequação materna. Uma delas é estabelecer a convicção de que o filho nasceu assim e ela não pode fazer nada em relação a isso. Também pode isolar-se emocionalmente ou mesmo sentir-se compelida a afastar-se fisicamente da criança. Outra forma, é “vingar-se” do bebê, desenvolvendo uma atitude agressiva para com ele. Pode também, ao contrário, submeter-se desmedidamente aos seus cuidados.

Segundo Spitz (1979), relações inadequadas ou insuficientes podem ocasionar uma quebra na sintonia da interação mãe-bebê, acarretando influências psicológicas prejudiciais à criança, interferindo em sua capacidade de descobrir e partilhar os intrincados vínculos das relações sociais e, portanto, dificultando a sua adaptação à sociedade.

Winnicott (1993) demonstrou ser por meio de uma mãe suficientemente boa que a criança inicia um processo de desenvolvimento pessoal e real. Infere-se que a chegada de um bebê com deficiência pode comprometer profundamente a função materna e se essa não transcorrer de forma adequada, a mãe não vai complementar a onipotência do filho e esse será reduzido à submissão, reagindo às exigências do meio e construindo

um conjunto de relacionamentos falsos (Winnicott, 1983). Nessa conjuntura “o self verdadeiro da criança não consegue formar-se, ou permanece oculto por trás de um falso self que a um só tempo quer evitar e compactuar com as bofetadas do mundo” (Winnicott, 1993, p. 24). Da mesma forma, segundo esse autor, se o apoio do ego da mãe não existe, é fraco ou intermitente, a criança não consegue desenvolver-se numa trilha pessoal e tende a apresentar reações ambientais como inquietude, estranheza, apatia, inibição e complacência.

A mãe não suficientemente boa falha no exercício de suas funções (o holding, o manipular e o apresentar objetos, já vistos anteriormente), que se refletem em negligenciar o filho, gerando nele um sentimento geral de insegurança e falta de confiança. As reações a esses maus-tratos fragmentam a linha contínua da criança e retardam o processo de seu desenvolvimento (Winnicott, 1988).

“Um holding deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte: da sensação de despedaçamento, da sensação de estar caindo num poço fundo, de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno, e de outras ansiedades ...” (Winnicott, 1993, p. 27). O autor salienta também que a manipulação deficiente priva a criança de gozar da experiência de vivenciar o seu próprio corpo e de SER, bem como a mãe que apresenta o mundo de forma confusa ao bebê bloqueia a sua capacidade de sentir-se real ao relacionar-se com o mundo dos objetos e dos fenômenos.

Bell & Ainsworth (1972) observaram que bebês que não tiveram da mãe um holding satisfatório no final do primeiro ano de vida, evidenciaram ambivalência em relação aos contatos físicos, reagindo desfavoravelmente quando colocados no chão, não manifestando muita independência.

Para Mahler et al. (1977), experiências positivas ou negativas aliadas à constituição do psiquismo individual da criança é que irão determinar a saúde mental ou as patologias. A mãe que se mostra incapaz de ter disponibilidade adequada em relação ao filho, reduz severamente os sentimentos de confiança e de segurança do mesmo, afetando-lhe o desenvolvimento emocional.

Como já visto anteriormente, Klaus & Kennell (1992) consideram que o maior trabalho da mãe após o parto consiste em reconciliar o bebê perfeito imaginado com o bebê real, de carne e osso, por ela gerado. Contudo, frente ao filho portador de deficiência, a tarefa de conciliar a imagem idealizada e a real se torna muito mais complicada e exigirá da mãe um esforço muito maior para a devida e necessária vinculação.

Deve-se levar em conta que quando o bebê não responde favoravelmente aos estímulos da mãe, pode ela entender esse comportamento como sendo uma mensagem crítica a seu respeito, o que lhe gera angústia e ao mesmo tempo o filho não a confirma como sua mãe (Lebovici, 1987).

Mitchell (1987) discute os estudos comparativos do desenvolvimento normal e deficiente de crianças, na interação com suas mães. O autor afirma que mães com expectativas negativas contribuem para os déficits linguísticos, cognitivos e competências sociais dos filhos.

Bowlby (1990) também concorda que uma deficiência da criança pode prejudicar a interação e provocar um significativo atraso no desenvolvimento do apego. Assim, um bebê apático e hipotônico, que chora pouco e responde debilmente, corre riscos de ser negligenciado uma vez que fornece pouca gratificação à mãe. Por outro lado, um bebê excitável, de comportamento imprevisível, que chora facilmente, pode causar irritação,

ansiedade e desespero na mãe, levando-a a rejeitá-lo. O relacionamento que resulta em constante conflito provoca, em ambos os casos, manifestações ocasionais de ansiedade e infelicidade, sobretudo frente à rejeição do outro. Isso sem levar em consideração que uma mãe emocionalmente perturbada tende a afastar-se do filho, o que interfere seriamente em seus cuidados.

Segundo Jerusalinsky & Coriat (s.d.), quando a mãe abraça, toca, olha para o filho, vai construindo o perímetro de sua imagem e o bebê pode facilitar esses contatos ou opor-se involuntariamente a eles, se por exemplo, for acometido de alguma deficiência. Os autores concordam que a comunicação inicial mãe-bebê é fornecida pela intersecção da atividade materna com a atividade da criança, sendo que a atividade do recém-nato influencia sobremaneira as características dessa relação. Estudaram 985 lactentes que apresentavam alguma forma de anormalidade: a) na atividade reflexa arcaica; b) na gestualidade reflexa; c) no tônus muscular; d) na atividade postural e espontânea; e) nos ritmos biológicos. Tinham por objetivo constatar a influência de tais alterações frente a atividade materna e conseqüentemente na relação mãe-filho. Observaram 4 grupos de crianças. O primeiro, envolvia crianças de resposta instável ante a atividade materna; o segundo, crianças de resposta inadequada; o terceiro, de crianças de resposta nula; e o quarto, de crianças de resposta diminuída ou débil. Os resultados evidenciaram que no primeiro grupo, as mães apresentavam reações de confusão, sentimento de impotência ante o filho, além de ressentimento e raiva, sendo que a excessiva demora em encontrar uma via de conexão satisfatória terminava gerando um círculo vicioso de irritação mútua entre os pares. No segundo grupo, sentimentos de confusão faziam com que a mãe estabelecesse uma formação reativa de abandono ou então assinalasse constantemente a deficiência do bebê, inibindo-lhe

a própria atividade. No terceiro grupo, havia um verdadeiro desenlace afetivo ou de reação melancólica. No quarto grupo, surgia uma tendência de dissolução da conexão com o filho. Concluíram que a atividade inicial do lactente tem uma marcada influência no estabelecimento da relação mãe-bebê. As alterações dessas atividades iniciais e constitucionais do bebê aumentam significativamente o risco de um desencontro com a mãe.

Também Rogers (1988) constatou que as interações maternas com crianças portadoras de deficiências diferem daquelas de mães de não deficientes quando envolvem atividade materna e afeto positivo. Evidencia que os déficits sociais observados em pré-escolares e crianças mais velhas podem ter sido originados na infância, sugerindo intervenções e estratégias para o fortalecimento da interação mãe-bebê.

Capuzzi (1989), por sua vez, observou significativa diminuição de comportamentos interativos entre mães de bebês com deficiência, que apresentavam um mês de idade. Tipos de deficiência incluíam deficiência ortopédica, visual, retardo mental, fibrose cística e deformidade facial.

Sarimski (1983), baseando-se em 17 estudos de caso envolvendo crianças com síndrome de Down e suas mães, observou que a frequência do olhar, expressões faciais e tentativas verbais de comunicação encontravam uma recepção passiva por parte das crianças (até um ano de idade), revelando uma hipoatividade desfavorável para uma efetiva interação. Enfatiza a importância da dinâmica de interações entre a criança com deficiência e a sua mãe na estimulação de seu desenvolvimento.

Conclui-se, portanto, que a mãe do bebê portador de deficiência necessita de apoio familiar e profissional intensificado a fim de recompor o seu papel de mulher com

disposição para cuidar de um filho. É importante ressaltar que se um bebê nestas condições permanecer distanciado por muito tempo da mãe (uma vez que a mãe tem dificuldades em entender o filho e também é pouco realimentada pelo seu comportamento), esse afastamento pode provocar sérios distúrbios no processo de interação.

2.2.3 **Considerações sobre a estimulação precoce como facilitadora da interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência**

Concorda-se com Jerusalinsky & Coriat (1983) que a estimulação precoce constitui-se em um atendimento valioso, desde que tenha por função prover suporte e apoio à mãe, a fim de reconstruir a função materna ou substituí-la quando necessário, e assim facilitar a promoção da interação mãe-bebê, a ponto da mãe desejar investir no desenvolvimento do filho.

Quando a mãe tem dificuldades em adaptar-se ativamente às necessidades do bebê, é necessário que os profissionais envolvidos em seu atendimento sejam capazes de entender, tratar ou mesmo prevenir esse comportamento, buscando fortalecer a confiança da mãe em si própria e em sua capacidade de perceber o filho no processo de seu desenvolvimento (Winnicott, 1988). Esse apoio é fundamental para fazer com que a mãe fique “apta a encontrar o seu bebê e a habilitar o bebê a encontrá-la” (Winnicott, 1975a, p. 121).

Brazelton (1988) concorda que um programa de estimulação deve ajudar a mãe a focalizar sua atenção e interesse no lactente de forma mais produtiva, o que pode lhe gerar um sentimento de valorização, de sentir-se capaz de promover o desenvolvimento

do filho. Também considera que um programa dessa natureza deve fazer a mãe enxergar o que a criança é capaz de realizar, bem como fazer com que pratique brincadeiras com a criança. Segundo o autor, no início a mãe possui uma expectativa de fracasso em relação ao filho com deficiência. O sucesso de um programa de estimulação está justamente em fazer com que essa expectativa não se incorpore no desempenho do bebê e, em consequência, na mente da mãe, pois se isto acontecer, ela pode desistir de esperar sucesso do filho e pode transmitir-lhe isso, inconscientemente. Essas duas situações levam a mãe, por um lado, a não promover o desenvolvimento infantil, e por outro, prejudicar a criança em seus desempenhos.

A fim de que o bebê portador de deficiência deixe de ser um objeto temido, indesejado e evitado, é necessário que os profissionais envolvidos em seu atendimento ajudem a mãe a formar uma identidade positiva e realista do filho. Isso pode ser facilitado por abordagens que incluam a sua presença e onde, por exemplo, seja o bebê manuseado pelo profissional, que deve chamá-lo pelo nome, enfatizar os aspectos saudáveis do seu desenvolvimento (não deixando de delinear os desvios), além de encorajar e compreender as expressões dos sentimentos maternos (Klaus & Kennell, 1992).

Brandão (1991) também concorda que o profissional envolvido na estimulação precoce, em vez de se ocupar em realçar o defeito, deve evidenciar para a mãe as capacidades do filho e salientar, frente às dificuldades, as maneiras de como poderá ajudá-lo. Segundo o autor, cabe ao profissional quebrar a visão fragilizada do bebê por outra, humanizada e valorizada.

Brazelton & Cramer (1992) citam resultados de programas de intervenção precoce, em que demonstrações das características individuais infantis frente à mãe, bem como

a apresentação de um modelo de interação com o bebê portador de uma deficiência, podem facilitar a interação mãe-filho e ajudar a combater a depressão materna.

Jerusalinsky & Coriat (1983) compararam 50 bebês com síndrome de Down, submetidos ao procedimento de estimulação precoce, baseado na reconstituição, sustentação e ou substituição da função materna, com outros 50 bebês sindrômicos de Down que não receberam tal tipo de estimulação. Encontraram diferenças marcantes entre os dois grupos, nos campos relacionados com a comunicação, socialização e inteligência, bem como nos aspectos psicomotores, sempre favorecendo os bebês que receberam a primeira forma de estimulação.

Mahoney & Powell (1988) observaram 41 crianças com deficiências (com idade de dois a 32 meses) e seus pais, inseridos em um programa de intervenção precoce baseado na interação pais-filhos. Concluíram que a interação pais-filhos é uma importante e autêntica referência para a intervenção precoce, uma vez que mudanças no comportamento parental tem um impacto positivo no desenvolvimento infantil.

Baseando-se em dados resultantes de um programa de estimulação precoce desenvolvido em creches de Santa Catarina (Projeto Mocotó), centrado na interação mãe-criança, Oliveira (1979) concluiu que os profissionais em estimulação precoce devem utilizar modelos de estimulação flexíveis que reproduzam um modelo mãe-filho adequado.

Em um estudo longitudinal, tendo por objetivo examinar a eficácia de um programa de intervenção precoce delineado para promover a qualidade de interação mãe-bebê em famílias de baixa-renda, Wendland-Carro et al. (1994) observaram 36 díades mãe-bebê. Verificaram que as mães do grupo experimental comparadas ao grupo controle, apresentavam mais frequentemente os comportamentos de “vocalizar para o bebê”,

“embalar”, “aconchegar”, “acariciar”, “estimular” e “posicionar o bebê face-a-face”. Os bebês do grupo experimental também “vocalizaram” e “olharam” mais para as suas mães. Os autores apontam para os efeitos positivos da intervenção precoce para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Autores como Seitz et al. (1985), Heese (1986), Shonkoff & Hauser-Cram (1987), Brinker et al. (1994) e Eiserman et al. (1995) concordam que a inclusão de pais, sobretudo mães, é um fator necessário na eficácia de programas de estimulação.

Com o exposto acima, observa-se que estudos e pesquisas evidenciam que a presença da mãe no atendimento em estimulação precoce é de primordial importância no estabelecimento da interação mãe-bebê.

Contudo, como já visto anteriormente, a estimulação é ainda vista, na maioria dos casos, de uma maneira mecanicista, que visa essencialmente proporcionar à criança exercícios e atividades objetivando o desenvolvimento de habilidades e excluindo a presença da mãe, a qual, segundo Brandão (1991, p. 10), fica sem “ter uma idéia de conjunto sobre ela e o bebê, ... perpetuando uma imagem desvalorizada e debilitada do filho”.

Para Coriat & Jerusalinsky (s.d.), os estímulos e reforços só adquirem sentido, na estimulação precoce, se estiverem inscritos em uma cadeia significativa na qual os afetos mútuos se constituem na força propulsora do desenvolvimento infantil.

Branco (1987) defende a troca de programas pré-definidos de estimulação por um trabalho de “sensibilização”, em que pais e profissionais trabalhem juntos e estabeleçam interações que lhes permitam perceber os sinais transmitidos pela criança e com ela constituir uma comunicação recíproca cada vez mais reforçadora.

Por outro lado, Buscaglia (1981) aponta o fato de que a mãe, quando não é excluída, fica em segundo plano nos programas destinados ao filho com deficiência e geralmente é considerada uma adversária, uma “intrometida desinformada”. Brandão (1983) acredita que os motivos para a não inclusão de pais nos programas são vários, desde a situação em que a mãe atrapalha até o medo de um maior envolvimento emocional com a criança.

Entretanto, Brazelton (1988) ressalta que um programa de estimulação que exclui a mãe pode ser mais maléfico do que benéfico. Para ele, um programa que só se concentra na criança, dilui seriamente a interação e desvaloriza a mãe, podendo afastá-la ou mesmo fazer com que retire o filho do programa. Em seus estudos e observações, verificou que em programas que excluem a mãe, os resultados obtidos com os bebês ou são nulos ou são mínimos e transitórios.

Pelo exposto acima, concorda-se plenamente com Marfo (1990), quando afirma que uma significativa mudança da ênfase tradicional do ensino de habilidades em vários domínios do desenvolvimento infantil para uma ênfase na interação mãe-filho, deve ser reconhecida como uma nova e importante direção no trabalho em estimulação precoce.

3.1 CAMPO DE ESTUDO

O cadastro das escolas especiais, fornecido pelo Departamento de Educação Especial da Secretaria de Estado de Educação do Paraná, indicou a existência de quarenta e cinco escolas especializadas, situadas em Curitiba, Paraná. Dentre elas, verificou-se onze instituições que oferecem atendimento em estimulação precoce, a saber: a) duas escolas que atendem crianças com deficiência física; b) duas escolas que atendem crianças com deficiência visual; c) três escolas que atendem crianças portadoras de deficiência da audio-comunicação; d) quatro escolas que atendem crianças com deficiência mental.

Visitas a essas onze escolas permitiram selecionar as que apresentavam as características julgadas mais adequadas para a presente pesquisa:

- a) atendimento estruturado e regular em estimulação precoce;
- b) atendimento a crianças de zero a um ano completo de idade (12 meses e 29 dias).

Cinco instituições deixaram de fazer parte desse estudo. Duas instituições por não possuírem um atendimento regular e estruturado em estimulação precoce (uma da área da deficiência mental e outra da deficiência visual) e três por atenderem crianças com faixa etária acima de um ano completo (duas da área da deficiência da audio-comunicação e uma da área da deficiência física).

Dessa forma, o campo de estudo para a realização da pesquisa se concentrou em seis escolas de ensino especial, que fornecem atendimento regular e estruturado em estimulação precoce, se ocupando de crianças na faixa etária de zero a um ano completo de idade, na cidade de Curitiba, Paraná.

Cinco dessas escolas são particulares, mas mantêm convênio com as Secretarias de Educação do Estado do Paraná e da Prefeitura Municipal de Curitiba, que lhe cedem, inclusive, alguns profissionais. Uma das escolas é municipal autorizada, isso é, é mantida pelo município, mas necessita da autorização da secretaria de educação estadual para funcionar como escola especial, com contrato renovável de dois em dois anos.

As seis instituições investigadas possuem as seguintes características:

Instituição A : Centro de estimulação destinado ao portador de deficiência mental. Particular conveniada, atende crianças na faixa etária de zero a seis anos. As crianças de zero a três anos de idade são atendidas em estimulação precoce, de forma individual, duas ou três vezes por semana, em sessões de duas horas. As duas horas são distribuídas da seguinte forma: por trinta minutos são atendidas pela fisioterapeuta, trinta minutos pela fonoaudióloga, trinta minutos pela professora e trinta minutos de hidroterapia.

Instituição B : Centro municipal de educação especial destinado ao portador de deficiência mental. Municipal autorizada, atende a alunos na faixa etária de zero a vinte e cinco anos, que apresentam deficiência moderada ou severa. Também oferece ensino

profissionalizante a partir dos quatorze anos, às crianças advindas de classes especiais. As crianças de zero a três anos de idade são atendidas em estimulação precoce, de forma individual, uma ou duas vezes por semana, em sessões de uma hora e trinta minutos, que são distribuídas da seguinte forma: trinta minutos de atendimento com a fisioterapeuta, trinta minutos com a fonoaudióloga e trinta minutos com a professora.

Instituição C : Escola de ensino especial destinada ao portador de deficiência mental. Particular conveniada, atende crianças na faixa etária de zero a vinte e um anos, oferecendo, inclusive, ensino profissionalizante. As crianças de zero a três anos de idade são atendidas em estimulação precoce, de forma individual, duas ou três vezes por semana, em sessões de uma hora e trinta minutos, que são distribuídas da seguinte forma: trinta minutos de atendimento com a fisioterapeuta, trinta minutos de atendimento com a fonoaudióloga e trinta minutos com a professora.

Instituição D : Centro de estimulação destinado ao portador de deficiência física ou múltipla deficiência (outras deficiências associadas à deficiência física). Particular conveniada, atende a crianças na faixa etária de zero a seis anos. As crianças frequentam a escola regularmente, por meio período (três horas e meia por dia). Permanecem a maior parte do tempo com a professora (uma professora para cada cinco crianças). Recebem atendimento em fisioterapia durante sessenta minutos todos os dias e em fonoaudiologia e psicologia duas vezes por semana, em sessões de trinta minutos. As mães dos bebês de zero a três anos de idade permanecem na instituição

também por meio período, mas ficam em local separado, não mantendo contato com os filhos.

Instituição E : Escola de ensino especial destinada ao portador de deficiência da audio-comunicação. Particular conveniada, atende crianças na faixa etária de zero a dezoito anos. As crianças de zero a três anos de idade são atendidas em estimulação precoce, de forma individual, uma ou duas vezes por semana, em sessões de sessenta minutos, que são distribuídas da seguinte forma: quarenta e cinco minutos de atendimento com a professora e quinze minutos com a fonoaudióloga.

Instituição F: Centro de estimulação precoce destinado ao portador de deficiência visual. Particular conveniada, atende crianças na faixa etária de zero a três anos. As crianças são atendidas de forma individual, pela professora, duas ou três vezes por semana, em sessão de quarenta minutos por atendimento. Quando da realização desse estudo, as crianças não recebiam atendimento em fisioterapia e fonoaudiologia por falta de verba para contratar esses profissionais.

3.2 **SELEÇÃO DOS SUJEITOS**

Visitas nas seis instituições selecionadas como campo de estudo permitiram que fosse efetuado o levantamento do número de profissionais que realizam atendimento em estimulação precoce, em bebês de zero a um ano completo de idade.

Optou-se por trabalhar com profissionais que atendem crianças nessa faixa etária, por:

- ser esse o período em que, na maioria das vezes, a mãe ainda está vivenciando o impacto do nascimento do filho portador de deficiência;
- ser essa uma fase crucial tanto para o estabelecimento do vínculo mãe-filho como para o desenvolvimento infantil.

Verificou-se que os profissionais envolvidos no atendimento em estimulação precoce são todos do sexo feminino. Na maioria das instituições há três profissionais que atuam diretamente com o bebê, a saber: fisioterapeuta, fonoaudióloga e professora. Verificou-se que o trabalho da psicóloga restringe-se, na maioria das vezes, a uma supervisão esporádica e direciona-se mais à realização da anamnese inicial da criança. Devido a essa forma de atuação, resolveu-se incluir o profissional de psicologia como sujeito a ser investigado.

Uma vez selecionadas as profissionais, entrou-se em contato pessoal com cada uma delas a fim de explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a participação das mesmas, o que foi obtida de forma unânime.

Dessa forma, os sujeitos da presente investigação se constituem em vinte e duas profissionais (cinco fisioterapeutas, seis fonoaudiólogas, sete professoras e quatro psicólogas) que atuam com bebês portadores de deficiência na idade de zero a um ano completo de idade, em atendimento regular e estruturado em estimulação precoce, ofertado por escolas de ensino especial da cidade de Curitiba, Paraná.

No Quadro 1, a título de ilustração, observam-se as instituições e o número de profissionais que nelas foram investigados.

QUADRO 1 – Distribuição das instituições segundo o tipo de deficiência que atendem e o número de profissionais nelas investigado.

INSTI-TUIÇÃO	Tipo de Deficiência que atende	Fisioterapeutas	Fonoaudiólogas	Professoras	Psicólogas	Total
		f	f	f	f	f
A	Deficiência Mental	02	02	02	01	07
B	Deficiência Mental	01	01	01	-	03
C	Deficiência Mental	01	01	01	01	04
D	Deficiência Física	01	01	01	01	04
E	Deficiência da audio-comunicação	-	01	01	01	03
F	Deficiência visual	-	-	01	-	01
Total		05	06	07	04	22

Na instituição A, foram pesquisadas duas fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, duas professoras e uma psicóloga.

Na instituição B, foram investigadas uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma professora. Não há psicóloga, no momento, na instituição.

Na instituição C, foram pesquisadas uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma professora e uma psicóloga.

Na instituição D, foram investigadas uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma professora e uma psicóloga.

Na instituição E, foram pesquisadas uma fonoaudióloga, uma professora e uma psicóloga. A escola não oferece atendimento em fisioterapia.

Na instituição F, foram investigadas uma professora. A escola não possui os demais profissionais.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Selecionadas as profissionais, foram levantadas algumas características das mesmas, no que tange à idade, escolaridade, cursos de especialização realizados, formação em estimulação precoce, tempo de atuação em educação especial e tempo de atuação em estimulação precoce.

QUADRO 2 – Distribuição das profissionais segundo a idade.

IDADE	f	%
24-29 anos	06	28
30-35 anos	08	36
36-41 anos	02	09
42-47 anos	04	18
48-54 anos	02	09
Total	22	100

As idades das profissionais estão compreendidas entre 24 e 54 anos (Quadro 2), sendo que a maioria (64%) se situa na faixa etária entre 24 e 35 anos.

QUADRO 3 – Distribuição das professoras segundo a formação acadêmica.

Formação das professoras:	f	%
Curso de Pedagogia (nível superior)	03	44
Curso Educação Especial (nível superior)	01	14
Curso História/Geografia (nível superior)	01	14
Curso Jornalismo/História (nível superior)	01	14
Somente curso de magistério (nível ensino médio)	01	14
Total	07	100

Em relação à escolaridade, a totalidade das fisioterapeutas, fonoaudiólogas e psicólogas possuem curso de graduação dentro de sua área específica de atuação. No que diz respeito às professoras, todas elas possuem curso de magistério ao nível de segundo grau, sendo que 86% também possuem curso superior, com ênfase no curso

de Pedagogia. Apenas uma delas possui curso superior em Educação Especial (Quadro 3).

QUADRO 4 – Distribuição das profissionais segundo os cursos de especialização realizados.

Cursos de Especialização realizados pelas profissionais	Nível	No. de profissionais	
		f	%
EDUCAÇÃO ESPECIAL:			
-área: geral	pós-graduação	02	10
-área: deficiência visual	pós-graduação	02	10
-área: deficiência mental	pós-graduação	01	04
-área: deficiência da audiocomunicação	pós-graduação	01	04
MÉTODO BOBATH	pós-graduação	02	10
ESTIMULAÇÃO PRECOCE	pós-graduação	01	04
CÁRDIO-RESPIRATÓRIA	pós-graduação	01	04
FONOAUDIOLOGIA	pós-graduação	01	04
METODOLOGIA DO ENSINO DE 1 ^o /2 ^o Grau	pós-graduação	01	04
MOTRICIDADE ORAL	pós-graduação	01	04
PSICANÁLISE	pós-graduação	01	04
TERAPIA COMPORTAMENTAL	pós-graduação	01	04
EDUCAÇÃO ESPECIAL:			
-área: deficiência mental	cursos adicionais	03	15
-área: deficiência da audiocomunicação	cursos adicionais	01	04
Não realizou nenhum curso	-	03	15
TOTAL		22	100

Em relação aos cursos de especialização efetuados pelas profissionais (Quadro 4), constatou-se que a maioria (66%) realizou cursos de especialização, em nível de pós-graduação lato-sensu, sendo uma parte deles (28%) na área da Educação Especial.

Essa área também foi cursada por 19% das profissionais, só que em nível de cursos adicionais (cursos que complementam a formação do curso normal de ensino médio).

Duas fonoaudiólogas e uma fisioterapeuta são as profissionais que não realizaram nenhum curso de especialização.

QUADRO 5 – Distribuição das profissionais segundo a formação em estimulação precoce.

Formação específica em estimulação	Fisioterapeutas	Fonoaudiólogas	Professoras	Psicólogas	Total
	f	f	f	f	f
Sem formação	04	05	06	04	19
Cursos de até 200 horas	-	01	01	-	02
Curso de especialização, nível pós-graduação	01	-	-	-	01
Total	05	06	07	04	22

Por outro lado, a maioria das profissionais não fez nenhum curso específico na área da estimulação precoce, como se evidencia no Quadro 5. A única profissional que realizou curso de especialização em estimulação precoce, a nível de pós-graduação lato-sensu, o fez em outro país.

QUADRO 6 -Distribuição das profissionais segundo o tempo de atuação na educação especial.

TEMPO DE ATUAÇÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL	Profissionais	
	f	%
3 meses	01	10
1 – 3 anos	04	36
6 – 9 anos	02	18
11 – 13 anos	02	18
14 – 16 anos	02	18
Total	11	100

Onze profissionais alegam que trabalhavam em outras áreas do ensino especial, antes de serem designadas para a estimulação precoce. Esse tempo de atuação se situa entre 3 meses e 16 anos. Na visualização do Quadro 6, observa-se que um bom número delas já possuía um tempo expressivo na área.

QUADRO 7-Distribuição das profissionais segundo o tempo de atuação na estimulação precoce.

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE	Profissionais	
	f	%
3 – 6 meses	02	10
2 – 4 anos	09	40
5 – 8 anos	06	27
9 – 10 anos	03	13
14 anos	01	05
19 anos	01	05
Total	22	100

No que concerne ao tempo de atuação das profissionais na estimulação precoce, verifica-se que as mesmas trabalham na área por tempo que varia de 3 meses a 19 anos (Quadro 7), destacando-se o período que vai de 2 a 4 anos.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Tendo em vista que o presente estudo visou colher informações sobre uma determinada realidade, a partir dos relatos de profissionais que atuam na estimulação precoce e, portanto, podem pronunciar-se a respeito dessa realidade, optou-se pela entrevista estruturada como técnica a ser utilizada no levantamento de dados.

Por entrevista estruturada entende-se a entrevista que segue um roteiro previamente estabelecido, onde as perguntas são predeterminadas (Lakatos & Marconi, 1985). A entrevista foi elaborada por questões abertas, isso é, sem prever respostas e também dando ao entrevistado a liberdade de se expressar, de formular à sua maneira as respostas às questões colocadas (Mucchielli, 1991). A premissa é a de que todas as respostas devem partir do mesmo conjunto de perguntas e que as possíveis diferenças encontradas devem refletir, em princípio, diferenças entre os respondentes (Lodi, 1991).

De acordo com Lodi (1991), há entrevistas estruturadas em que o entrevistador pode formular as perguntas no momento em que achar apropriado. Concorde-se com esse autor, uma vez que na aplicação do instrumento, verificou-se que uma sequência fixa de perguntas nem sempre é satisfatória para todos os respondentes. Assim, embora se tivesse conseguido as respostas para todas as perguntas efetuadas, essas, algumas vezes, não foram formuladas na sequência programada, mas no momento em que se considerava oportuno, de acordo com a disposição do entrevistado.

Assim, por meio da entrevista estruturada, elaborou-se o instrumento de coleta de dados para a presente pesquisa (Anexo 1), levando-se em consideração a literatura pertinente bem como a experiência profissional da pesquisadora.

O instrumento foi inicialmente submetido à apreciação de três professores universitários, especialistas na área da educação especial. Como consequência dessa apreciação, sofreu alterações e ajustes considerados necessários.

Em seguida, foi aplicado em três profissionais envolvidas diretamente no atendimento de bebês na estimulação precoce (duas professoras especializadas e uma fisioterapeuta), configurando-se em um estudo piloto (Anexo 2). Após esse procedimento, procurou-se estudar as questões com o objetivo de verificar se deviam ser reformuladas de modo a facilitar a comunicação entre entrevistadora e informantes. Essas providências preliminares visaram a elaboração do instrumento mais adequado à coleta de dados. É importante esclarecer que esse instrumento é composto de duas partes: na primeira, estão as perguntas que permitiram caracterizar os sujeitos investigados; na segunda, estão as perguntas condizentes às questões norteadoras da presente pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e tiveram uma duração média de trinta minutos. Foram marcadas com antecedência e foram realizadas no próprio âmbito da escola, em sala privativa. Foram gravadas em fita cassete com o prévio consentimento das profissionais investigadas. Ao término de sua aplicação, as entrevistas foram transcritas em sua íntegra.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se por analisar e interpretar os dados por meio de uma abordagem qualitativa, envolvendo, portanto, dados descritivos obtidos do contato da pesquisadora com a situação estudada, buscando-se enfatizar o processo e com a preocupação de retratar as perspectivas dos sujeitos pesquisados (Lüdcke & André, 1986).

Como os dados das entrevistas se constituíram eminentemente em mensagens (as “falas” das profissionais) elegeu-se a técnica da análise de conteúdo, baseada em Bardin (1979), como a mais apropriada para analisar os dados coletados. Segundo essa autora, a análise de conteúdo consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1979, p. 42). Assim, por meio da análise de conteúdo buscou-se inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o

seu meio, utilizando para isso a descrição (enumeração das características do texto) e a interpretação (a significação concedida a essas características).

Uma vez que os dados foram trabalhados qualitativamente, isso é, por meio da compreensão e não da quantificação das informações coletadas e uma vez que a técnica de análise dos dados escolhida foi a análise de conteúdo, foram adotados os seguintes passos:

3.6.1 Primeiramente, após terem sido transcritas, as entrevistas foram lidas, na sua íntegra, sem qualquer tentativa de seleção de informações. Em seguida, procedeu-se a uma leitura minuciosa e atenta das respostas a cada pergunta de cada entrevista.

3.6.2 Como segundo passo, procedeu-se à codificação dos dados, isso é, procurou-se transformar os dados brutos das respostas de cada ítem das entrevistas, agregando-os em unidades, a fim de se obter uma descrição e representação das características pertinentes ao conteúdo. Para se atingir esse objetivo, elegeu-se o tema, como unidade de registro e a proximidade conceitual como regra de enumeração. O tema, segundo Bardin (1979, p. 105), pode ser uma afirmação ou uma alusão e sua análise visa descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação, sendo que sua presença ou frequência de aparição podem ser significativas para o objetivo analítico escolhido.

3.6.3 Como terceiro passo, procurou-se reagrupar os temas obtidos na codificação, procedendo-se a um trabalho de definição e classificação de categorias. Esse

procedimento resultou no levantamento de um conjunto de categorias e sub-categorias representativas da totalidade das comunicações.

3.6.4 Finalmente, a classificação e a categorização levou a uma descrição das características relevantes do conteúdo investigado e permitiu gerar inferências sobre todo o processo de comunicação, que resultaram na interpretação dos dados, envolvendo o cruzamento de todas as informações obtidas. A síntese interpretativa apoiou-se nos dados levantados, na revisão de literatura e na experiência profissional da pesquisadora. Foi realizada também uma análise de frequência e percentual visando essencialmente estabelecer quadros de resultados que colocassem em relevo as informações fornecidas pela análise.

Os passos descritos foram aplicados em cada item sequencial do instrumento de coleta de dados.

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente capítulo se refere à análise e discussão dos dados e vale recordar que foram entrevistadas, em sala privativa, no próprio local de trabalho, vinte e duas profissionais (sete professoras, seis fonoaudiólogas, cinco fisioterapeutas e quatro psicólogas), que atuam em atendimento estruturado e regular em estimulação precoce, envolvendo crianças de zero a um ano completo de idade.

Nesse capítulo, procura-se focar os dados levantados, seguindo alguns procedimentos, que podem ser assim definidos:

- Apresentação do dado

Aqui são reunidas as respostas referentes a cada item do instrumento de coleta de dados. Levantam-se as respostas da melhor forma de compreensão possível, seja por categorias, seja por profissionais.

- Tradução do dado

Aqui se busca uma explicação mais compreensiva a respeito desse dado. Em outras palavras, tenta-se explicar o que o dado significa.

- Exemplificação do dado ou categoria

Nesse ítem, toma-se como base as respostas consideradas mais significativas, com base nas respostas das profissionais.

- Quadro-Resumo

Apresentação e análise dos dados de acordo com a ordem sequencial dos ítems da entrevista, isso é, da primeira à última questão, formando um quadro sintético. Entretanto, quando o ítem ou as respostas não contemplam um esclarecimento mais pertinente ao tema da tese, são analisados de forma mais topográfica ou superficial, não obedecendo rigorosamente aos procedimentos acima.

- Síntese inferencial

No final da apresentação de cada ítem do instrumento de coleta de dados é organizada uma síntese inferencial conclusiva a respeito das diferentes respostas.

A seguir, enfocam-se os vinte e cinco ítems da entrevista realizada, de acordo com os procedimentos descritos acima.

4.1 Porque você escolheu trabalhar na área da deficiência?

Em relação à indagação da razão da escolha em trabalhar na área da deficiência, os dados levantados (Quadro 8) mostram que tal escolha está ligada ao interesse pessoal, ao acaso, ao gosto por crianças e à necessidade de emprego das entrevistadas.

QUADRO 8 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a escolha em trabalhar na área da deficiência.

Razão da escolha em trabalhar na área da deficiência:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Interesse pessoal (Identificação com a área. Sentimentos de realização pessoal. Interesse por crianças portadoras de deficiência).	03	60	04	66	03	43	03	75	13	60
-Acaso (Convite inesperado. Designação de instância superior. Oportunidade de trabalho)	01	20	01	17	03	43	01	25	06	27
-Gosto por crianças (Melhor entrosamento e afinidade)	01	20	01	17	01	14	-	-	03	13
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A maioria das profissionais (60%) alega razões de interesse pessoal ao trabalhar na área da deficiência. Esse interesse evidencia-se por identificação com a área da deficiência, interesse por crianças portadoras de deficiência ou sentimentos de realização pessoal.

De fato, algumas das entrevistadas declaram se sentir identificadas com a área e é curioso notar que essa identificação foi proporcionada por alguma disciplina cursada na sua vida acadêmica.

Alguns exemplos caracterizam melhor as respostas:

“ Na faculdade, me identifiquei com a educação especial. (...) Então decidi por esta área, gostei e nunca mais saio”. (fisioterapeuta).

“No magistério, eu me identifiquei muito com a área da excepcionalidade. Então decidi cursar fonoaudiologia para trabalhar com excepcionais”. (fonoaudióloga)

“Olha, eu tive aula na faculdade, na parte da educação especial ... Eu me entusiasmei pela área, fiquei com vontade de trabalhar, passei a trabalhar e estou nela até hoje”. (psicóloga)

Por outro lado, uma necessidade pessoal, a busca de uma realização existencial, também parece ter levado algumas entrevistadas a trabalhar na área da educação especial:

“Eu perdi minha mãe e daí comecei a me questionar que deveria ter alguma coisa a mais para eu fazer na educação. Daí pensei, vou fazer um curso para trabalhar com pessoas deficientes. E estou aqui, muito feliz, acho que realmente encontrei uma coisa que me completou, que era realmente o que eu queria”. (professora)

“Em meus estágios percebi que estas crianças necessitavam muito do toque, muito de estímulo, de atenção ... E são crianças que te dão carinho à medida que você transmite carinho para elas. Acho que nesta parte assim, Deus me escolheu para ter o dom nas mãos, para favorecer estas crianças, isso me deixa muito realizada”. (fisioterapeuta)

Também se destaca o interesse por crianças portadoras de deficiência, como se pode verificar pelo seguinte relato:

“Quando eu fazia magistério, minha casa ficava perto de uma escola especial e sempre estas crianças me chamavam a atenção, eu sempre gostei muito delas. Pedi que meu estágio fosse feito nesta escola ... E eu adorei este estágio. Quando terminei o magistério e a faculdade, escolhi fazer uma especialização e trabalhar com crianças deficientes ... Eu adoro, sempre adorei estas crianças”. (professora)

O acaso foi a razão que levou 27% das profissionais a optarem por trabalhar no ensino especial.

Algumas receberam inesperadamente um convite para atuarem nessa área e aceitaram, sem antes deixarem de experimentar um certo receio em um trabalho desconhecido para elas:

“Encontrei a M., que tinha sido minha professora ... Ela me convidou para trabalhar com crianças deficientes. Eu me assustei ... Nunca havia trabalhado ... Casei e fui cuidar de filhos. Mas fui conhecer a instituição e no outro dia já estava lá trabalhando”. (professora)

“Trabalhei uns tempos no ensino regular, depois eu casei e fiquei 15 anos sem lecionar. Um dia uma professora me indicou uma escola de paralisados cerebrais. Eu pensei: nossa, trabalhar com aleijados, babados ... Mas fui e lá me trataram muito bem e pensei: vou encarar”. (professora)

Outras foram designadas por instância superior, a lecionarem em escola especial:

“... quando fiz o concurso na prefeitura eu não sabia nem o local em que iria trabalhar nem em que área. Daí me chamaram e me disseram que eu iria trabalhar num centro de educação especial”. (fisioterapeuta)

Para outras ainda, foi a necessidade do emprego que as levou a ingressarem no trabalho com pessoas portadoras de deficiência:

“O meu primeiro emprego foi na área da deficiência e nem foi uma escolha, foi a necessidade de emprego”. (psicóloga)

Já 13% das respondentes revelam que a razão da escolha não foi propriamente em trabalhar na área da deficiência, mas sim trabalhar com crianças, com as quais se entrosam melhor e sentem muita afinidade:

“Na verdade, eu não sabia muito bem o que era trabalhar em escola especial, para mim era trabalhar com crianças. O meu objetivo não era uma escola especial, mas trabalhar onde tivesse crianças, pois eu adoro criança, e daí surgiu. a oportunidade de vir trabalhar aqui e gosto muito”. (fonoaudióloga)

A partir do quadro e dos relatos acima, pode-se observar que o interesse pessoal e o gosto por crianças parecem ter sido razões suficientes para que algumas das entrevistadas buscassem trabalhar na área da deficiência. Em contrapartida, evidencia-se que o acaso acabou levando outras profissionais a ingressarem no ensino especial. Contudo, é importante salientar que todas as entrevistadas, independentemente de suas razões, demonstram estar motivadas em seu exercício profissional, uma vez que

se declaram satisfeitas com o trabalho que realizam, gostam do que fazem e não pretendem deixá-lo. Segundo Aschcroft (1971) essa motivação é considerada fundamental na atuação em educação especial.

Evidencia-se também que a maioria das profissionais se mostra interessada em crianças portadoras de deficiência, sendo que esse interesse se constitui em um dos requisitos essenciais para a atuação na área, como demonstram Romaine, Williams & Dunn, citados por Mazzotta (1993, p. 48).

4.2 Por que você escolheu trabalhar na estimulação precoce?

Quanto à escolha em trabalhar em estimulação precoce, as entrevistadas alegam razões ligadas ao interesse por bebês, à visualização do progresso do bebê e ao acaso (Quadro 9).

QUADRO 9- Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras psicólogas), segundo a razão da escolha em trabalhar na estimulação precoce.

Razão da escolha em trabalhar na estimulação:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Interesse por bebês (Afinidade e entrosamento com bebês)	03	60	03	50	04	57	02	50	12	55
-Visualização do progresso do bebê	01	20	02	33	02	28	01	25	06	27
-Acaso (Designação superior)	01	20	01	17	01	15	01	25	04	18
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A maioria das profissionais (55%) alega possuir um interesse pessoal por bebês, fato que as levou a trabalhar em estimulação precoce. Declara possuir grande afinidade e

um melhor entrosamento com crianças pequenas, o que se evidencia nos relatos abaixo:

“... Trabalhei com os grandes, mas me adapto muito melhor com os pequenos ... Parece que quanto menor a criança, mais me atrai”. (fisioterapeuta)

“... Adoro criança pequena, me sinto muito à vontade com elas. Já com os maiores ... não me entroso. Eu não sei explicar ... mas eu tenho uma afinidade grande com neném e eles comigo”. (professora)

“... Eu me entroso bem com os pequenos e eles comigo”. (fonoaudióloga)

“... Sempre me interessei sobre os temas ligados com criança pequena e sempre tive afinidade de trabalhar com bebês”. (psicóloga)

Por outro lado, 27% das respondentes apontam a visualização de progressos no desenvolvimento dos bebês como a principal razão de terem escolhido trabalhar em estimulação precoce:

“Acho que é porque a gente vê um resultado quase que diário no trabalho, o que não acontece com os maiores ... Você vai trabalhando e vai vendo as coisas acontecendo ... A gente vê resultados ...”. (fonoaudióloga)

“Porque acho que eles têm um desenvolvimento mais rápido, eles te dão respostas mais rápidas ... Isso se torna mais estimulante para você, tanto na parte pessoal como na profissional ...” (professora)

Já 18% das entrevistadas não tiveram opção de escolha, foi o acaso que as levou a trabalhar em estimulação precoce, como a designação de instância superior para a atuação na área.

“Eu vim trabalhar aqui na escola e me designaram para trabalhar justamente com os pequeninhos ... então não foi uma escolha ... “. (fonoaudióloga)

“Eu arrumei emprego aqui ... Olha, no começo eu nem sabia como pegar uma criança no colo, sabe? Não era uma coisa que fazia parte da minha vivência, pois sempre trabalhei em outra área e com adultos. Mas comecei a aprender ... e acho que estou me saindo bem” (psicóloga).

Uma vez que Romaine, Williams & Dunn, citados por Mazzotta (1993, p. 48), apontam que um dos requisitos essenciais para o professor de educação especial é o interesse pelos sujeitos com os quais vai atuar, pode-se inferir que a maioria das informantes possui tal requisito, pois escolheu trabalhar em estimulação precoce justamente pelo interesse que possui por bebês.

Contudo, é motivo de preocupação o fato de que esse requisito não é levado algumas vezes em consideração pelos responsáveis das instituições que simplesmente designam os profissionais para o atendimento que julgam necessário, sem levar em conta a motivação e o interesse dos mesmos.

4.3 Para você, quais são os objetivos da estimulação precoce?

A totalidade das profissionais considera como objetivo da estimulação precoce, o fornecimento de estímulos variados ao bebê (Quadro 10).

QUADRO 10 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o que consideram objetivos da estimulação precoce.

Objetivos da estimulação precoce:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Professoras (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a) Fornecimento de estímulos variados ao bebê para:										
- Sanar / atenuar déficits do desenvolvimento	05	100	06	100	04	58	04	100	19	87
- Promover o desenvolvimento	-	-	-	-	03	42	-	-	03	13
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A maioria delas (87%) entende que esses estímulos devem ser utilizados para sanar ou atenuar déficits do desenvolvimento que a criança apresenta desde o nascimento:

“... com o problema da deficiência, você deve atuar o mais cedo possível naquilo que a criança perdeu, que não tem condições de fazer e que você tem que fazer a criança adquirir, a chegar no seu tempo certo.” (professora)

“Os objetivos consistem em interceder o mais precocemente possível numa defasagem, que pode ser leve ou grave.” (fisioterapeuta)

“... é estimular para que as dificuldades dela não se instalem totalmente, mas que fiquem minimizadas.” (fonoaudióloga)

“... seriam fornecer estímulos à criança para que o desenvolvimento dela se aproxime o mais próximo do normal possível.” (psicóloga)

Já 13% das respondentes, todas professoras, consideram que o fornecimento de estímulos deve visar a promoção do desenvolvimento do bebê:

“ Os objetivos ... como posso dizer ... quanto mais cedo a criança entrar na estimulação melhor para ela ... é como um caminho que você abre, e quanto mais cedo este caminho for aberto para esse bebê, mais oportunidades, mais chances de se desenvolver ele terá”.

“... é fornecer todos os estímulos possíveis para que esta criança se desenvolva bem, se adapte e se integre bem”.

“... é tudo o que se faz com a criança, desde você aceitar ela. Acho que é uma relação, uma relação em que você vai colaborar para um bom desenvolvimento deste bebê, para inserir esse bebê no mundo ...”

É interessante notar que quando consideram como objetivo da estimulação precoce, o fornecimento de estímulos variados ao bebê, com ênfase tanto no sanar/atenuar déficits como na promoção do desenvolvimento infantil, as profissionais se detêm num modelo de intervenção focalizado eminentemente na criança, onde em nenhum momento é considerada a facilitação da interação mãe-filho.

Parece que as respondentes não percebem a estimulação como facilitadora de tal interação, no sentido de fornecer suporte e apoio à mãe, com a meta de reconstruir ou, quando necessário, substituir a função materna, conforme preconizam Jerusalinsky et al. (1988).

Por outro lado, essa forma de pensar das entrevistadas é provavelmente influenciada pelo que é proposto pelas próprias Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce, da Secretaria de Educação Especial, do Ministério de Educação e do Desporto, que afirma que o objetivo da Estimulação Precoce não “é de ‘transformar’ em ‘normais’ as crianças com necessidades especiais, mas prevenir, detectar, minimizar, recuperar ou compensar as deficiências e seus efeitos” (Brasil, 1995). Inclusive, Mazzotta (1993) chama a atenção para essa posição marcadamente terapêutica nas políticas nacionais.

4.4 O que você considera fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce?

Quando indagadas sobre o que consideram fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce, as profissionais ressaltam a interação profissional-bebê, a orientação da mãe, o amor do profissional e a competência profissional (Quadro 11).

Algumas das entrevistadas (32%) consideram a interação profissional-bebê, enfatizando o entrosamento com a criança e o estabelecimento de um vínculo afetivo, como condição fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce, como se pode perceber nos relatos abaixo:

“É a relação que você estabelece com o bebê. (...) Eu acho que esta parte da interação, do afeto é fundamental, tem que existir ou tem que se trabalhar ou se tem que trabalhar para que as atividades levem a isto. Porque senão não vou conseguir trabalhar com uma criança chorando, irritada, que não se agrada comigo e que não me agrado com ela ...”. (professora)

“É fundamental o profissional ter uma empatia com o bebê e vice-versa. (psicóloga)

“... muitas vezes a gente percebe que tem profissionais que têm dificuldades em lidar com a criança. Acredito que uma boa interação entre profissional e bebê é coisa fundamental para um bom trabalho”. (fisioterapeuta)

“Acho essencial para um bom trabalho, a interação do profissional com a criança. Tem que ter um bom vínculo para que a criança possa progredir, que o trabalho realmente aconteça”. (fonoaudióloga)

QUADRO 11 - Distribuição das profissionais, segundo o que consideram fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce.

Consideram fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Interação profissional-bebê (entrosamento, vínculo afetivo)	-	-	03	50	02	28	02	50	07	32
-Orientação da mãe (repasse de informações)	02	40	03	50	01	15	01	25	07	32
- Amor do profissional (vocação, dedicação, sensibilidade, disponibilidade)	01	20	-	-	03	42	01	25	05	23
-Competência profissional (conhecimento técnico, embasamento teórico, experiência)	02	40	-	-	01	15	-	-	03	13
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Por sua vez, outras 32% das entrevistadas consideram a orienta o da m e como condi o fundamental na estimula o precoce, destacando sobretudo o repasse de informa es a essas m es sobre as atividades a serem desenvolvidas em casa com a crian a:

“... Dar uma boa orienta o   m e   fundamental, pois o atendimento aqui   meia hora e o resto do tempo   a m e quem vai ter que fazer as atividades com a crian a”. (professora)

“Para mim o elemento fundamental   a orienta o   m e ... se a m e n o ajudar o nosso trabalho n o vai para a frente ... ent o a gente orienta as m es para que elas continuem o trabalho em casa ...” (fonoaudi loga)

“Fundamental ...   a orienta o da m e, acompanhando a m e para que ela d  continuidade  s atividades em casa do trabalho que a gente faz aqui, que   muito pequeno para o que a crian a necessita”. (fisioterapeuta)

Fundamental   a orienta o  s m es e que elas continuem o trabalho em casa”. (psic loga)

As entrevistadas (23%) também alegam como condição mais importante na estimulação, o amor do profissional, envolvendo sensibilidade, dedicação, disponibilidade e vocação.

“... é necessário você ter amor no que faz, não pensar em remuneração, não trabalhar por assistencialismo, mas porque gosta, ama a criança. Assim, a dedicação do profissional é fundamental”. (professora)

“... acho fundamental você ter amor no que faz, tem que amar realmente a criança ... estar de corpo e alma voltada para fazer o melhor possível”. (professora)

“Eu considero fundamental na estimulação, o amor. O amor tudo pode, tudo crê, tudo sofre. (...) A criança não é um objeto frio na sua mão ... ela tem que receber a tua energia, o teu toque ...” (fisioterapeuta)

“Eu acho que o amor é fundamental. Eu procuro passar isso para a equipe, tratar a criança com muito carinho, muito amor, muita dedicação ... porque ela já foi negada uma vez”. (psicóloga)

Já 13% das respondentes consideram a competência profissional como fundamental no atendimento em estimulação precoce. Algumas enfatizam, dentro dessa competência, o embasamento teórico, outras a competência técnica e outras ainda salientam a experiência do profissional, como se evidencia nos relatos abaixo:

“É fundamental o profissional possuir um bom conhecimento do desenvolvimento da criança, ter conhecimento de todas as patologias e das teorias que possam ajudar a criança se desenvolver”. (fisioterapeuta).

“É fundamental ... não é só ter um curso ... mas ter experiência e vivência com um bebê. Eu que já lido com bebês há muitos anos, muitas vezes nem preciso pegar a criança, só olho e já sei o que ela tem, como está”. (professora).

“É muito importante o profissional ter experiência na área, não ficar só na teoria, mas também dominar as técnicas da estimulação, a parte prática mesmo ...”. (professora)

Como se pode observar pelos depoimentos acima, ao eleger a interação profissional-bebê como condição fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce, as entrevistadas mais uma vez enfatizam um modelo de estimulação focalizado na

criança, só que agora com a participação do profissional. O profissional deve ter um vínculo e entrosamento com o bebê, para que o mesmo fique em condições de receber os estímulos de que necessita.

Da mesma forma, o modelo acima mencionado está implícito nas colocações das profissionais que consideram a orientação da mãe como condição fundamental no atendimento em estimulação precoce, uma vez que essa orientação se constitui no repasse de informações à mãe do que ela deve “estimular” em casa, a fim de complementar o trabalho realizado pelo profissional.

Essa ênfase num modelo de atuação focalizado no profissional-criança também surge nos depoimentos das profissionais que escolheram o amor e a competência do profissional como fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce. O profissional deve amar e ser competente para justamente ter condições de bem atuar e fornecer os estímulos necessários ao desenvolvimento infantil.

É provável que as profissionais, em suas respostas, justamente por centrarem-se em um modelo de atuação que privilegia a relação profissional-bebê, nem sequer cogitam a facilitação da promoção da interação mãe-bebê como condição fundamental no atendimento em estimulação precoce. É como afirma Brazelton (1988), que em seu desvelo em beneficiar o bebê, os profissionais acabam ignorando a relação mãe-filho e acabam obtendo resultados apenas mínimos e transitórios em sua atuação. Dessa forma, elegem justamente a sua figura como o elemento fundamental na estimulação precoce, em contraponto com a figura da mãe, que é considerada num plano bastante secundário.

**4.5 No atendimento ao bebê, é elaborado um plano de intervenção?
Se sim, como é elaborado? Você costuma seguir esse plano?**

Inicialmente perguntou-se às entrevistadas se era elaborado um plano de intervenção para o atendimento do bebê, envolvendo os procedimentos a serem desenvolvidos. Em caso afirmativo, de que forma esse plano era elaborado.

QUADRO 12 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a elaboração de um plano de intervenção.

É elaborado um plano de intervenção? Se sim, como é elaborado?	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a) Sim, de modo individual, com atividades correspondentes ao nível de desenvolvimento do bebê, baseadas:										
- na experiência profissional	05	100	06	100	04	57	01	25	16	72
- em apostila previamente elaborada					02	28			02	09
b) Não, as atividades são desenvolvidas durante a sessão, de acordo com o interesse da criança.	-	-	-	-	01	15	-	-	01	05
c) Não elaboram plano de intervenção e não interferem nos planos elaborados pelas outras profissionais.	-	-	-	-	-	-	03	75	03	14
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Como se pode observar no Quadro 12, a maioria das respondentes (81%) costuma elaborar um plano de intervenção e o faz individualmente. O plano envolve as atividades a serem realizadas com o bebê, de acordo com o nível de seu desenvolvimento.

É importante destacar que 72% das entrevistadas, na elaboração do plano, baseiam-se na própria experiência, ou seja, no que observam e apreendem no dia a dia, no contato com a criança, com o respaldo de sua formação.

“Cada profissional faz o seu próprio planejamento. O meu é eu quem faço. Para cada criança eu tenho um. Por exemplo, se ela tem seis meses de idade, mas está fazendo coisas de três meses, eu faço atividades de três a seis meses. Ela vencendo etapas, eu passo adiante. Nas coisas que ela ainda está para trás, eu permaneço. (...) Para montar o meu planejamento, uso a minha própria experiência e o que aprendi na faculdade”. (professora)

“Sim, faço um plano para cada criança. (...) Eu vou estimular o rolar, o engatinhar e o andar ... as passagens do desenvolvimento motor. (...) Monto o plano seguindo a escala do desenvolvimento motor que aprendi em minha formação e minha própria experiência profissional, o que eu observo no dia a dia ...”. (fisioterapeuta)

Já 9% das profissionais elaboram o seu plano, baseando-se em apostilas fornecidas pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná ou pela instituição em que trabalham, contendo um roteiro de atividades a serem desenvolvidas em cada faixa etária da criança.

“Um plano de trabalho é feito de forma individual. Nós temos uma apostila fornecida pela Secretaria da Educação com atividades que podem ser trabalhadas e dentro das faixas de idade ... e assim nós trabalhamos as atividades”. (professora)

Somente uma professora relatou que não prefere elaborar um plano de intervenção, mas desenvolver atividades durante a sessão, de acordo com o interesse da criança, como ficou evidenciado em seu relato:

“... quando você trabalha individualmente com o bebê, é muito difícil você seguir um plano, pois às vezes ... a criança dorme ou é hora de mamar ou chora ... eu respeito aquele soninho ou aquela irritação mesma ... assim, desenvolvo atividades que despertem o interesse da criança, naquele momento do atendimento”.

Por outro lado, a maioria das psicólogas (75%), por não atuarem diretamente com a criança, não elaboram plano de intervenção e também não interferem nos planos elaborados pelas outras profissionais, só o fazendo quando solicitadas.

Em relação à questão formulada às respondentes, se costumam seguir o plano de intervenção, a totalidade das profissionais, dentre as que elaboram o plano, relatou que frequentemente não costuma segui-lo, como se verifica nos seguintes depoimentos:

“Eu monto um planejamento semestral, só que acabo não usando muito ... eu fico sempre com o meu planejamento à mão, olho ali antes o que eu vou trabalhar com a criança, mas na verdade com menores de três anos eu mudo muito, ... porque às vezes a criança chega dormindo, eu acordo a criança e ela não fica bem disposta ...”. (professora)

“Eu faço o meu planejamento, mas acabo modificando de terapia em terapia. Como as crianças variam muito de comportamento ... uso também a própria atividade e interesse dela”. (fisioterapeuta)

“Eu faço o meu planejamento ... mas trabalho mais ou menos de acordo com ele, quer dizer, sigo o ritmo da criança, no dia a dia”. (fonoaudióloga)

“Eu tenho o meu planejamento, mas nem sempre sigo, vai depender da criança”. (psicóloga)

Um primeiro aspecto que se destaca nas falas das respondentes é a forma fragmentada de elaboração do plano de intervenção. O plano é feito de forma individualizada, sem discussão com as demais colegas que também atendem a criança, e muito menos com a participação da mãe. Essa fragmentação não passa despercebida pelas profissionais, como se nota no seguinte relato:

“Cada profissional faz o seu [plano] ... Temos a equipe multidisciplinar, tudo bonitinho ... mas na prática, que cada um fique no seu lugar. Assim, o professor fica no mundinho dele, o fisio no mundinho dele, o fono no mundinho dele ... sabe, fica uma coisa truncada”. (professora)

Observa-se também que as profissionais utilizam o que sabem sobre o desenvolvimento infantil, não como parte daquilo que devem conhecer amplamente para a sua própria referência, mas sim para organizar roteiros de atividades que se

constituem em objetivos a serem alcançados pelo bebê, a fim de promover o seu desenvolvimento ou corrigir os déficits que possa apresentar, o que caracteriza mais uma vez um modelo de atuação focalizado eminentemente na criança.

Esse modo de proceder parece advir tanto da própria formação acadêmica das entrevistadas, que aliam o que aprenderam nos cursos que efetuaram com as experiências que vão adquirindo no exercício profissional, como também é enfatizado pela própria instituição em que trabalham, que lhes fornecem apostilas já prontas com um rol de atividades a serem desenvolvidas com o bebê.

Constata-se, outrossim, que em nenhum momento as profissionais levam em conta a promoção da interação mãe-bebê, na elaboração do plano de intervenção, uma vez que se preocupam em trabalhar a deficiência propriamente dita, em vez de se ocuparem em evidenciar para a mãe as capacidades do filho e salientar, frente às dificuldades, as maneiras de como ela poderá ajudá-lo, como bem preconiza Brandão (1991). Infelizmente, as entrevistadas não concebem o plano de intervenção como um guia em que atividades simples e cotidianas devem ser capazes de garantir a comunicação entre a mãe e o filho, uma vez que é sobre esse alicerce que se constrói o desenvolvimento infantil (Páez, s.d.).

Outro ponto a ressaltar, é a atuação das psicólogas nessa elaboração. Ou se limitam a repassar às profissionais uma apostila já pronta ou se colocam à disposição das mesmas “só quando solicitadas” ou “só quando tiverem alguma dificuldade”. Observa-se que ao mesmo tempo em que as psicólogas se colocam um papel bastante secundário na participação da feitura do plano, por outro lado parecem se posicionar em um nível de superioridade, de quem está disponível para “resolver” e não participar das questões. Evidencia-se também que os profissionais de psicologia, a quem

justamente caberia elucidar a importância da promoção da interação mãe-filho, uma vez que é essa quem delinea os caminhos do desenvolvimento do indivíduo, parecem, ao contrário, reforçar práticas tecnicistas no âmbito da estimulação precoce, uma vez que as repetem e as reproduzem, o que leva também a um questionamento sobre a qualidade da formação desses profissionais.

Verifica-se, também, que as entrevistadas têm dificuldades em aplicar o plano de intervenção, só o utilizando de forma eventual. É bem provável que justamente por elaborarem um plano centrado na “deficiência” da criança, perdem de vista o bebê como um ser de carne e osso, que dorme, acorda, chora, se movimenta. E é esse bebê que acaba contrariando o roteiro estabelecido, o levando ao insucesso e evidenciando a sua falta de significado.

4.6 O plano de intervenção é apresentado à mãe? Quem o apresenta?

Das profissionais que elaboram um plano de intervenção (Quadro 12), nenhuma delas costuma apresentar o plano à mãe do bebê. Acentuam o fato de que mais importante do que apresentar o plano, é repassar orientações às mães, como se pode evidenciar pelos relatos abaixo:

“Não, não apresento. Acho mais importante orientar a mãe, quando necessário”. (fisioterapeuta)

“Não, sabe por quê? São muitas atividades e assim acho mais interessante orientar a mãe de acordo com o momento em que desenvolvo uma ou outra atividade”. (fonoaudióloga)

“Não, não apresento, só dou orientações ...”. (professora)

Mais uma vez evidencia-se, pelas respostas das entrevistadas, que o papel da mãe é considerado secundariamente, uma vez que não participa nem da elaboração do plano de intervenção e nem toma conhecimento do teor do mesmo. Esse modo de proceder somente reafirma o já visto nas questões anteriores, em que as profissionais ignoram a estimulação precoce como um atendimento valioso na promoção da interação mãe-filho. Parecem não perceber que a existência de procedimentos terapêuticos e educacionais só têm sentido com o conhecimento e a participação da mãe, uma vez que os cuidados e o interesse maternos têm um impacto decisivo no estabelecimento da interação mãe-bebê e na organização interna do bebê como pessoa (Brandão, 1983).

Por sua vez, quando as profissionais destacam as orientações à mãe como mais importantes do que a apresentação do plano, reforçam as suas posições colocadas anteriormente (ver questão 4.4), em que consideram a mãe uma receptora passiva de orientações, uma agente que tem por função “complementar” o trabalho do profissional.

Pode-se inferir também que se as atividades do plano de intervenção não são ministradas regularmente pelas entrevistadas (ver questão 4.5), apresentá-lo e depois não cumprí-lo poderia levar a um descrédito profissional junto à mãe.

4.7 Que tipo de trabalho você desenvolve com a criança?

Em relação ao tipo de trabalho que cada profissional desenvolve com o bebê, verifica-se que cada uma se preocupa em ministrar atividades que considera específicas de sua área de formação (Quadro 13).

QUADRO 13 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o tipo de trabalho que desenvolvem com a criança.

Tipo de trabalho desenvolvido com a criança:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Estimulação do desenvolvimento motor	05	100	-	-	-	-	-	-	05	23
-Estimulação oro-facial, auditiva e da linguagem	-	-	06	100	-	-	-	-	06	27
-Estimulação da coordenação viso-motora e esquema corporal	-	-	-	-	06	85	-	-	06	27
-Brincadeiras e massagens	-	-	-	-	01	15	-	-	01	05
-Anamnese, atendimento à família, reunião com os pais	-	-	-	-	-	-	03	75	03	13
-Estimulação do esquema corporal, anamnese, atendimento à família.	-	-	-	-	-	-	01	25	01	05
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A totalidade (100%) das fisioterapeutas procura estimular o desenvolvimento motor da criança, como se pode observar pelos relatos abaixo:

“... sigo a escala de desenvolvimento motor normal, estimulando a criança em virar de barriga para baixo, ambos os lados ... aproveitando os reflexos e usando materiais como carpet, bolinhas ... pois é pela terapia das posições que ela vai sentindo todo um sistema neuro-evolutivo ...”

“Faço uma estimulação motora. Se quero que ela controle a cabeça, coloco em várias posições, coloco estímulos visuais ao alcance da criança ... tento também, em quadros patológicos, inibir comportamentos inadequados e estimular os adequados”.

“A minha função é estimular o desenvolvimento motor e grosso propriamente dito. Estimular o rolar, o engatinhar, todas as etapas que o bebê precisa atingir até a posição em pé e marcha independente”.

Por outro lado, a totalidade das fonoaudiólogas desenvolve atividades para estimular a região oro-facial do bebê, a audição e a linguagem.

“Basicamente faço uma estimulação oro-facial. Trabalho muito a amamentação, a alimentação, pois é pelo sugar e mastigar que se trabalha a musculatura facial de modo natural ...”

“Principalmente estimulo a parte oral, nesta interação oro-facial, para ajudar principalmente os problemas de sucção, mastigação, e a hipotonia que a criança geralmente tem. Também estimulo a audição e linguagem”.

“O meu trabalho se constitui principalmente em levar a criança a adquirir a fala. Então trabalho com sucção, mastigação, deglutição, respiração ...”

“Primeiro trabalho a sucção, a deglutição, a mastigação, brincadeiras na frente do espelho, fazer caretas, massagens a nível facial e depois vou oferecendo brinquedos sonoros para a estimulação auditiva ...”

Em relação às professoras, a maioria delas (85%) desenvolve um trabalho com o bebê envolvendo estimulação da coordenação viso-motora e esquema corporal.

“... faço uma estimulação visual, auditiva, com brinquedos coloridos, com som, mudo muito de posição esta criança, trabalho atenção visual, espelho, imagem desta criança ...”

“Eu trabalho todas as percepções, visuais, auditivas, os movimentos, a parte do esquema corporal”.

“Procuro desenvolver todas as percepções, percepção tátil, auditiva, visual, ... Com o bebêzinho, trabalho a coordenação viso-motora ... cada vez mais colocando um pouco de dificuldade, o mais longe, o mais perto, o mais pesado, o som fraquinho, o som mais forte”.

Somente uma professora afirma desenvolver brincadeiras e massagens com a criança:

“De zero a um ano, geralmente são brinquedos e massagens. Eu deixo a criança só de fraldinha e vou massageando o corpinho todo dela e também vou conversando. Às vezes, ela até dorme. E a fisio e a fono ficam loucas, porque atrapalho o trabalho delas. Na verdade, não é uma massagem, mas um carinho. Eu trabalho muito as crianças pegarem em mim, até tiro a minha blusa, aconchego bem junto ao coração, só o ouvir bater já é importante, pele contra a pele. Acho que é dessa forma que elas vão entender que eu quero bem a elas, quero que elas progridem. Sabe, geralmente nesta fase, a criança é muito rejeitada. Eu noto isso. E sinto que ela precisa se identificar com uma pessoa que goste dela, sabe ...”.

Quanto às psicólogas, 75% delas fazem anamnese, dão atendimento à família e realizam reuniões com os pais.

“Eu faço uma anamnese inicial da criança, quando ela ingressa na instituição. Não faço atendimento individual, atendo as mães e pais quando necessário ou quando solicitada”.

“Faço uma anamnese quando a criança entra na escola e desenvolvo um trabalho de apoio para a família, um acompanhamento da família, quando necessário”.

“Olha, a função do psicólogo na estimulação é trabalhar com a família. Realizo atendimento com a família e também eventuais reuniões com as mães, onde propicio um espaço onde se possa discutir as questões trazidas pela família”.

Somente uma psicóloga (25%) trabalha diretamente com a criança. Também realiza anamnese e atendimento aos pais:

“Faço um trabalho de estimulação, envolvendo sobretudo atividades para desenvolver o esquema corporal. Também realizo anamnese inicial da criança e presto atendimento aos pais, quando necessário”.

Observa-se que no trabalho efetuado pelas profissionais predomina a realização de exercícios terapêuticos e atividades destinadas a desenvolver as diferentes áreas do desenvolvimento infantil, o que caracteriza uma estimulação de cunho mecanicista, e como bem aponta Masini (1994), guiada sob um referencial compensatório ou de recuperações.

Por outro lado, o tipo de trabalho desenvolvido pelas entrevistadas vem consolidar as percepções advindas das questões anteriores, de que a atuação destas se baseia

eminentemente num modelo focalizado na criança, com destaque para a figura do profissional.

O que mais chama a atenção, na atuação das informantes, é a fragmentação do sujeito chamado bebê, o que dá a impressão que não se está lidando com uma pessoa mas com um objeto manipulável. A criança não é vista como um conjunto de potencialidades a desenvolver, mas é encarada como um determinado órgão, membro ou função, como bem salientam Coriat & Jerusalinsky (1975).

Cada profissional, em sua meia hora de atuação, estimula uma determinada área do desenvolvimento, e dessa forma o bebê não é visto como um ser completo. Ao contrário, a fisioterapeuta o vê como braços e pernas; a fonoaudióloga o vê como rosto e boca; o professor o vê como olhos e movimentos; o psicólogo, quando o vê, o faz da mesma forma que o professor; e a mãe que devia ser estimulada a enxergar o “filho”, acaba enxergando o “deficiente”.

É ainda provável, como bem aponta Buscaglia (1993) que em algumas ocasiões, cada profissional veja o seu retalho como o mais importante da colcha, o que acaba fazendo com que não se veja mais o bebê enquanto ser humano.

Observa-se também que as profissionais, ao procederem a uma estimulação mecanicista, atuam no sentido de justamente sanar e/ou atenuar déficits do desenvolvimento, como já foi evidenciado no Quadro 10. Parecem não perceber que o estímulo em si mesmo carece de sentido e somente o adquire em função da cadeia significativa no qual se inscreve, como bem salientam Coriat & Jerusalinsky (1975).

Por outro lado, não é de se estranhar que em um atendimento em que tantos profissionais se preocupam em cumprir satisfatoriamente sua função, não haja lugar para a mãe. Ao contrário, suas figuras podem tornar-se uma cortina que não deixa a

mãe visualizar o filho, como bem aponta Coriat (1997). Inclusive, em vez de quebrar a visão fragilizada que a mãe possui do bebê, por outra mais humanizada e valorizada, o modo de atuação das profissionais pode acabar realizando justamente o contrário.

Uma vez que Winnicott (1988) considera o segurar e o manipular (que incluem todo o manejo satisfatório da criança), como os elementos que fornecem o contexto de confiança para a criança atravessar adequadamente as fases do seu desenvolvimento, pode-se supor que o modo de atuação das profissionais não leva em conta uma adaptação às necessidades básicas do bebê e por essa razão acaba, como afirma o autor, inflingindo maus tratos à criança, uma vez que ela é segurada e manuseada de forma insatisfatória. Inclusive, muitas vezes os bebês mesmo chorando são “trabalhados” pelas profissionais, trazendo ansiedade e desconforto para as mães, como se pode observar no seguinte relato:

“Tem mães que com o choro da criança ficam muito ansiosas, mas quando eu estou manuseando a criança, nenhuma mãe até hoje interferiu. Mas algumas tentam justificar o porquê do choro, ficam angustiadas ao verem o bebê chorando. Daí eu explico que se o bebê está chorando não tem problema nenhum, não está acontecendo nada de agressivo nem nada, e eu estou acostumada com o choro”. (fisioterapeuta)

Ressalta-se também a atuação da maioria das psicólogas, que se limitam a fazer a anamnese inicial da criança e prestam atendimento à família, seja de forma individual ou em reuniões eventuais. O atendimento à família é feito, segundo os depoimentos das entrevistadas, somente quando necessário ou solicitado. Evidencia-se, portanto, que o trabalho do psicólogo não se diferencia do realizado pelos outros profissionais, cada um executando funções específicas, em uma “equipe” dividida. O que chama a atenção é de que os psicólogos não realizam nenhum trabalho efetivo e de consequência com a mãe, o que leva a inferir que desconhecem a importância de

facilitar a interação mãe-filho nos anos iniciais da criança, o que provavelmente revela falhas graves em sua formação.

Vale destacar que o tipo de trabalho desenvolvido pelas profissionais tem o aval das próprias Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce, da Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação e do Desporto (Brasil, 1995, p.23), que prega que o currículo de intervenção deve centralizar-se nas áreas do desenvolvimento global da criança, quais sejam, física, motora, cognitiva, sensório-perceptiva, socioafetiva, de linguagem.

4.8 No que você se baseia para o exercício do seu trabalho?

Ainda que a totalidade das profissionais entrevistadas afirme basear o seu trabalho em cursos e leituras efetuadas, observa-se que acabam enfatizando o exercício profissional na prática diária e em apostilas (Quadro 14).

QUADRO 14 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o que se baseiam para o exercício de seu trabalho.

Baseiam-se para o exercício do seu trabalho:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Em cursos realizados e leituras efetuadas:										
- na prática do dia a dia	05	100	06	100	04	58	04	100	19	87
- em apostilas contendo a Escala do Desenvolvimento do bebê	-	-	-	-	03	42	-	-	03	13
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

De fato, 87% das profissionais enfatizam a prática profissional do dia a dia, ao desenvolverem as suas atividades:

“Executo meu trabalho baseada no curso de graduação que fiz e também nos outros cursos que frequentei. Acho que uma parte teórica faz falta para a gente. Porque a gente fica envolvida com o trabalho e se baseia muito na prática que a gente vai adquirindo do dia a dia ...”. (professora)

“Me baseio nos cursos que fiz até agora ... porque na estimulação não fiz ainda nenhuma especialização em métodos. Mas me baseio, principalmente em termos da evolução do desenvolvimento, na minha própria experiência. Já sei, por exemplo, quando tais ou tais comportamentos surgem na evolução da criança Down. Isso me facilita”. (fisioterapeuta)

“Eu me baseio na minha prática do dia a dia mesmo. Não sigo nenhuma escala ou teórico em particular. Sigo algumas coisas da faculdade, mas não exatamente o que estudei no caderno ou no livro. É mais na prática diária mesmo. (fonoaudióloga)

“A gente pegou a escala de Gesell e alguma coisa de Piaget, mas prefiro me basear mais no concreto, no que eu estou vendo ali. Tem crianças que devido a grandes dificuldades nunca vão atingir as etapas mesmo, então tenho que trabalhar com o que eu consigo. A gente tem embasamento teórico, mas no momento o que a gente usa é mais a prática mesmo”. (fonoaudióloga)

“Eu me baseio um pouco em Lacan e algumas pinceladas num autor e outro, nos cursos que a gente faz de reciclagem, então a gente sempre está somando os nossos conhecimentos ... Porém, não me baseio em nenhuma escala de desenvolvimento, mas sim na capacidade da criança e na minha própria prática”. (psicóloga)

Já 13% das profissionais se baseiam em alguma escala de desenvolvimento do bebê, para o exercício de seu trabalho:

“Me baseio na escala de desenvolvimento de Gesell, um pouco de Piaget. Eu tenho lido bastante Dr. De Lamare, que não é da área pedagógica, mas tem algumas coisas boas referentes ao desenvolvimento motor. Mas sigo mesmo a escala de Gesell”. (professora)

“Nós temos aqui uma escala do desenvolvimento em que baseamos o nosso trabalho. A criança com tal idade tem que fazer isso. Eu fico centrada nesta escala. Sei que, por exemplo, de 0 a 6 anos a criança tem que fazer tais coisas. Mas as atividades para atingir estas coisas, eu uso a minha criatividade. Trabalho muito com estímulos sonoros, eu canto muito, falo bastante e uso muito a minha experiência que eu tive com meus três filhos ...”. (professora)

“Nós, há algum tempo, nós em equipe de trabalho, montamos uma apostila com todas as atividades, que pesquisamos em livros da época. Não me lembro em que livros ou autores nos baseamos. Mas a utilizamos até hoje”. (professora)

Embora a maioria das entrevistadas afirme embasar o exercício profissional em cursos e leituras que efetuou, pode-se observar por meio de seus relatos, que nessa formação se destaca a escala do desenvolvimento infantil. É nessa escala, inclusive, que uma porcentagem menor de respondentes afirma basear o exercício de seu trabalho.

Considerando-se também que a totalidade das profissionais elegeu o fornecimento de estímulos variados ao bebê, como os objetivos da estimulação precoce (ver Quadro 10) e que o tipo de trabalho desenvolvido pela maioria delas com a criança se constitui basicamente na estimulação das diferentes áreas do desenvolvimento (ver Quadro 13), pode-se supor que esses procedimentos lhes foram transmitidos pelos cursos e leituras que efetuaram e que, por conseguinte, vêm a embasar o exercício profissional das mesmas.

Por outro lado, as entrevistadas não apontam nenhuma abordagem teórica específica que fundamente o seu trabalho. Tal fato se evidencia sobretudo na ênfase que dão ou à prática do dia a dia ou ao seguimento de uma escala de desenvolvimento no desempenho profissional. Pode-se inferir portanto que os cursos e leituras por elas efetuados não lhes forneceram uma definição teórica mais adequada e condizente com a realidade dos processos e relações envolvidos na estimulação precoce, o que sugere graves deficiências na formação desses profissionais. O fato fica agravado ao se considerar que um bom número das respondentes possui curso de especialização na área ou em área correlata à Educação Especial (ver Quadro 4). E parece que os poucos cursos em estimulação precoce frequentados por algumas profissionais (Quadro 5) reforçam a prática de uma estimulação tecnicista, focalizada na criança e embasada na promoção do desenvolvimento infantil por áreas.

Ainda merece uma atenção especial, o fato que parece que a própria instituição acaba mecanizando o trabalho do profissional, não lhe permitindo ampliar a sua formação e refletir sobre a própria prática, como bem evidencia o relato abaixo:

“Aqui não temos um espaço para se fazer um estudo de caso, isso falta aqui. Já falamos sobre isso com a direção, mas a direção acha que qualquer problema a gente tem que falar entre a gente, estudar em casa, ler um livro ... Falta um trabalho em conjunto para se estudar as nossas crianças, o seu desenvolvimento”. (psicóloga)

4.9 Como é feita a avaliação da criança?

Como se pode observar no Quadro 15, 86% das profissionais avaliam a criança por meio da observação, verificando se atingiu ou não os objetivos propostos no que concerne à evolução do desenvolvimento infantil.

“Toda sessão, escrevo no meu caderno o que a criança atingiu ou não atingiu”. (professora)

“No dia a dia, vou observando e anotando a evolução da criança”. (fisioterapeuta)

“À medida que vou observando que a criança vai cumprindo os objetivos determinados, vou passando para outros”. (fonoaudióloga).

QUADRO 15 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a forma de avaliar a criança.

Como é feita a avaliação da criança?	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Por meio de observação (atingimento ou não dos objetivos propostos)	05	100	06	100	07	100	01	25	19	86
-Não é feita a avaliação da criança	-	-	-	-	-	-	03	75	03	14
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Cabe ressaltar que o resultado dessa avaliação se expressa periodicamente (bimestral, trimestral ou semestralmente) em um relatório, que é feito pela profissional, de forma individual.

“Cada profissional faz o seu relatório, a fisio faz um, a fono faz outro, a psicóloga outro, a professora outro. Até uma professora levantou, no ano passado, que deveria ser feito um só, porque eu vou escrever coisas que a outra também vai escrever, ficando uma coisa repetitiva, que não cresce em nada”. (professora)

“De dois em dois meses fazemos um relatório para ver se a criança atingiu os objetivos. Se ela não atingiu, você tem que permanecer, reforçar enquanto for necessário, para a criança vencer, porque o trabalho é individual”. (professora)

Em relação às profissionais que não realizam a avaliação, trata-se de três psicólogas. É importante lembrar que essas três profissionais não atuam diretamente com a criança.

“No atendimento individual eu não intervenho”. (psicóloga)

“Não realizo avaliação da criança, só entrevistas com as mães, quando necessário”. (psicóloga)

Considerando-se que a maioria das profissionais trabalha com a criança com o objetivo de estimular uma determinada área do seu desenvolvimento (Quadro 13), não é de admirar que a avaliação do bebê também seja realizada tendo como referência a evolução desse desenvolvimento. Assim, infere-se que essa forma de avaliar é baseada num modelo focalizado eminentemente na criança.

Por outro lado, constata-se que a avaliação é feita de forma fragmentada, pois as profissionais se limitam a observar se a criança atingiu ou não determinados comportamentos. Não percebem que o progresso dos comportamentos dela só tem importância quando se integram em um sistema de significação e, portanto, de comunicação, que é o que constitui o núcleo fundamental do sujeito, como bem lembram Jerusalinsky & Coriat (1983).

Essa fragmentação também é ressaltada na avaliação final, que toma a forma de diferentes relatórios nos quais aparecem reunidas as informações fornecidas pelos profissionais individualmente. Observa-se que há coerência nessa forma de avaliação com o tipo de trabalho realizado pelas profissionais pois, retomando Buscaglia (1993), os retalhos da colcha que constituem a criança não chegam a se transformar em colcha.

Verifica-se também que as psicólogas que não atuam diretamente com o bebê, colocam-se à margem do processo de avaliação, atribuindo às demais profissionais a responsabilidade pela mesma. Já a psicóloga que trabalha com a criança, executa o mesmo tipo de avaliação que as demais colegas. Levanta-se aqui novamente um sério questionamento sobre a formação desses profissionais de Psicologia, os quais em vez de intervir no processo avaliativo em questão, acabam ou se omitindo ou reforçando as práticas existentes.

4.10 A mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce?

Em relação à indagação se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce (Quadro 16), 45% das profissionais responderam afirmativamente. As demais (55%) responderam que a mãe não costuma participar do referido atendimento.

QUADRO 16 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a participação ou não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce.

Participação ou não participação no atendimento:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Não, não costuma participar	03	40	03	50	04	58	02	50	12	55
Sim, costuma participar	02	60	03	50	03	42	02	50	10	45
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Os dados acima levam à suposição que não existe um consenso entre as instituições e as profissionais no que concerne à participação ou não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce, sendo adotadas as posições julgadas mais convenientes.

4.11 Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, qual o objetivo de sua participação?

Às profissionais que responderam que a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, perguntou-se qual é o objetivo dessa participação. A totalidade das profissionais respondeu que o objetivo é o da mãe observar e aprender as atividades e os exercícios realizados pela profissional, a fim de fazê-los em casa, com a criança.

Os relatos abaixo exemplificam as suas respostas:

“Para a mãe observar e aprender a fazer um trabalho em casa com a criança. Eu digo para a mãe ... que a estimulação não está em um livro, mas na própria casa dela, na hora do banho do

filho ela tem que conversar, mostrar e nomear o pé, a mão, a barriga, a cabeça, tudo. É para a mãe entender que a estimulação é o dia a dia na casa da criança”. (professora)

“Que ela veja e aprenda os exercícios que faço aqui, para ela fazer em casa. Não adianta nada vir meia hora por semana aqui e não trabalhar nada em casa”. (fonoaudióloga)

“Ela ver como deve proceder em casa com essa criança, porque o nosso tempo aqui é pouco. Assim, o objetivo é a mãe aprender para fazer em casa”. (psicóloga)

Os dados acima levam à suposição de que a participação da mãe na estimulação precoce se dá de forma passiva, na qual cabe a ela observar e aprender. Por conseguinte, as profissionais se consideram possuidoras da competência em dizer à mãe o que ela “deve” fazer e assim terminam em dar-lhes instruções que se restringem à realização de exercícios e atividades em casa. Como bem aponta Winnicott (1988), ter uma noção pré-concebida daquilo que deve ser feito pela mãe é uma prática desaconselhável para os profissionais e se torna perniciosa no relacionamento mãe-filho. As entrevistadas parecem não compreender que a mãe, em vez de conselhos e orientações, necessita de recursos ambientais que fortaleçam a confiança em si própria, a fim de que possa perceber o filho no processo de desenvolvimento e dessa forma adaptar-se ativamente as necessidades dele. Assim, a apresentação pelo profissional de um modelo de interação com o bebê pode facilitar a interação entre mãe e filho e ser de muito mais valia do que o simples repasse de “orientações” (Brazelton, 1992).

4.12 Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, de que forma ela participa?

Perguntou-se às profissionais que atuam diretamente com o bebê, de que forma a mãe participa no atendimento em estimulação precoce. A maioria das profissionais

(75%) relatou que a mãe participa tanto observando o trabalho feito com a criança como interferindo no trabalho (Quadro 17). Essas interferências podem ser ocasionais ou frequentes, como se pode evidenciar nos seguintes relatos:

“Ela assiste, fica quietinha observando. Se ela tem dúvidas para me contar durante o atendimento, ela me pergunta”. (professora)

“Elas ficam prestando atenção e às vezes comentam o que a criança faz ou não em casa”. (fonoaudióloga)

“Elas ficam observando o que a gente faz com a criança, mas algumas são ansiosas, interferem, ficam perguntando: - isso é ginástica, o que é isso?” (fisioterapeuta)

QUADRO 17 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a forma de participação da mãe na estimulação precoce.

Forma de participação da mãe:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Observando o trabalho, com interferências ocasionais ou constantes	01	50	03	100	02	66	-	-	06	75
-Observando e participando do atendimento	01	50	-	-	01	34	-	-	02	25
TOTAL	02	100	03	100	03	100	-	-	08	100

Por outro lado, 25% das profissionais responderam que a mãe observa e participa do atendimento:

“Eu vou trabalhando com a criança e vou mostrando para a mãe e depois eu envolvo a mãe também. Eu faço com ela e depois eu digo: -‘trabalhe também isto com ela, olhe mãe, ... me ajude aqui ...’. Sabe, a mãe tem que ser envolvida também”. (professora)

“Peço que a mãe fique próxima ajudando e vou perguntando se ela está fazendo em casa, como está fazendo em casa, se ela tem percebido alguma diferença ... A mãe vai contando as coisas e a gente vai explicando também quando vai fazendo um exercício ou uma brincadeira ...”. (fisioterapeuta)

De acordo com o relato das entrevistadas, a maioria das mães que participa do atendimento em estimulação precoce, costuma observar o trabalho e interferir com comentários ou perguntas.

Verifica-se, entretanto, que a mãe, mesmo aquela que participa diretamente do atendimento, é submetida à dependência dos exercícios realizados com o filho e suas interferências também são limitadas ao âmbito dessas atividades.

É importante voltar-se ao cenário em que um profissional “trabalha” com a criança em uma determinada área do desenvolvimento e a mãe “observa” para aprender como deve estimular em casa; na meia hora seguinte, essa mãe está à frente de outro profissional e deve ter o mesmo posicionamento anterior; e assim por diante (Quadro 13).

Nesse modo de participação, a mãe acaba provavelmente por visualizar o filho, não como um conjunto de potencialidades a desenvolver, mas como um ser fragmentado, em partes, cada uma com um defeito a ser reparado e são nesses defeitos que ela deve concentrar a sua atenção, uma vez que em casa cabe a ela a tarefa de “repará-los”. Tal situação pode induzir a mãe a temer e evitar interagir com o filho e também contraria Brandão (1991), que preconiza que a estimulação precoce deve ter por função encorajar a mãe a cuidar de sua criança confiantemente e em vez de enxergá-lo como o “deficiente”, seja incentivada a visualizá-lo como o “filho”, no qual vale a pena investir afetivamente.

4.13 Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, de que modo ela costuma se comportar?

As profissionais que atuam diretamente com o bebê portador de deficiência relatam que a mãe costuma se comportar no atendimento em estimulação precoce, de modo variado, dependendo do tipo de mãe.

Algumas somente observam o trabalho das profissionais, outras observam e fazem comentários ocasionais, outras ainda observam e interferem constantemente nas atividades e há também as que lêem ou dormem durante o atendimento, como se verifica nos relatos abaixo:

“Algumas mães são muito ansiosas e interferem muito no trabalho, distraindo a criança. Mães assim costumam atrapalhar. Mas outras ficam sentadas, olhando e comentando de vez em quando algumas coisas da criança”. (professora)

“Algumas ficam sentadas, quietinhas, prestando muita atenção. Outras olham para a janela e outras até dormem. Outras interferem muito, chamam a atenção da criança para si. Então varia muito”. (fisioterapeuta)

“A forma delas se comportarem é bem variável. Tem mães que pegam um livro e ficam lendo, outras só observam ou fazem alguma pergunta, mas logo se afastam. Agora tem mãe que não fica quieta, ela vem, mexe, interrompe”. (fonoaudióloga)

“Algumas só observam, mas outras são muito ansiosas, muito curiosas”. (psicóloga)

É interessante observar que as mães que costumam participar do atendimento, acabam por comportar-se de modo variado, mas a atuação delas no atendimento é sempre unilateral, elas de um lado e a profissional e o filho de outro. Esse fato leva à suposição que as profissionais delimitam a sua função e a função da mãe. Na instituição deve trabalhar o profissional e em casa deve trabalhar a mãe e um não deve interferir na atuação do outro. Pelos seus depoimentos, observa-se que as mães que interferem na atividade são tidas como as que “atrapalham”. Já as que dormem ou lêem

parecem não incomodar as entrevistadas. Inclusive, no atendimento, o bebê é mantido à distância da mãe, sendo que qualquer tentativa de interação dela com o filho é vista de uma forma não apropriada, como bem evidencia o seguinte relato:

“Algumas mães não sabem colocar limites. É só a criança fazer uma gracinha que a mãe já dá risada, se diverte”. (fonoaudióloga)

Esse depoimento contraria a posição de Brazelton (1988), que ressalta que um atendimento em estimulação precoce deve incentivar a mãe a praticar brincadeiras com o bebê, a focalizar sua atenção no lactente de forma produtiva e prazerosa, pois isso lhe gera inclusive um sentimento de valorização.

4.14 Se a mãe não costuma participar do atendimento em estimulação precoce, qual a razão?

Às profissionais cujas mães não costumam participar do atendimento em estimulação precoce, indagou-se a razão desse comportamento.

QUADRO 18 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo a razão da não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce.

Razão da não participação da mãe no atendimento em estimulação precoce:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Atrapalhar o atendimento (interferir com conversas)	02	67	02	67	01	25	-	-	05	45
-Ser contra as normas da instituição	01	33	01	33	02	50	01	100	05	45
-Promover a socialização da criança	-	-	-	-	01	25	-	-	01	10
TOTAL	03	100	03	100	04	100	01	100	11	100

Algumas profissionais (45%) alegam que a mãe não costuma participar porque atrapalha o atendimento (Quadro 18), sobretudo por interferir com atitudes e conversas constantes, como se pode observar nos relatos abaixo:

“A mãe interfere no atendimento, conversa e assim desvia a atenção do filho ...”. (fonoaudióloga)

Outras 45% das entrevistadas declaram que a mãe não participa do atendimento devido às normas vigentes da instituição, fiscalizadas pela direção e/ou coordenação.

“É filosofia da direção da escola que a mãe não deve entrar ...”. (psicóloga)

“São normas da coordenação de que a mãe não deve entrar nos atendimentos ...”. (professora)

É interessante apontar o fato de que em uma das instituições, que exige a frequência do bebê, todos os dias, em meio período, a mãe costuma permanecer na escola nesse tempo inteiro, mas fica em uma sala separada, distante da do filho. Em nenhum momento é convidada a interagir com ele, nem mesmo para lhe dar a alimentação ou trocar suas fraldas, o que é feito por uma atendente.

Já para 10% das informantes, a mãe não costuma participar do atendimento a fim de se promover a socialização da criança:

“A gente trabalha a questão de afastar a mãe um pouco. Isso é necessário para a socialização da criança. A criança precisa interagir com outras pessoas, longe da mãe”. (professora)

Em um modelo de atendimento focalizado na criança, em que a função do profissional é priorizada, não é de se estranhar que a mãe venha a incomodar com suas conversas e portanto não deva participar do atendimento em estimulação precoce. As entrevistadas não percebem que essa exclusão materna é bastante nefasta,

contribuindo para afastar e desvalorizar a mãe, interferindo negativamente em sua interação com o filho (Brazelton, 1988).

Também é interessante observar que algumas profissionais tentam promover o afastamento da mãe, em um momento em que é imprescindível a sua presença e o seu engajamento com o bebê.

Aponta-se também o fato que essa não participação é reforçada inclusive por algumas instituições, que no afã de seguirem as suas próprias normas, esquecem de olhar tanto a mãe como o filho e inclusive o próprio profissional, como seres de carne e osso, e acabam inflingindo sofrimento emocional aos mesmos, como se pode verificar no depoimento abaixo:

“Logo que eu entrei aqui tive uma briga com a coordenadora ... porque ela disse que eu não podia trazer a mãe junto para a sala. Eu alertei que era um bebêzinho de meses e que chorava muito na sala. Eu dizia: 'eu não posso ficar sozinha com esta criança chorando durante quarenta minutos. Como é que eu vou ficar assim sem trazer a mãe junto para a sala?' 'Então a equipe se reuniu e discutimos muito isso mas concluíram que não podia'”. (professora)

Esse relato ilustra bem as palavras de Winnicott (1988), quando afirma que o mau trato é a palavra que melhor expressa o efeito que tem sobre um bebê o fato de o segurarem mal e isso é feito geralmente pelos profissionais que não se preocupam com a mãe e nem com a sua adaptação às necessidades do filho.

4.15 Em que as mães costumam ajudar na estimulação precoce?

O resultado da indagação feita às entrevistadas sobre o que as mães costumam ajudar na estimulação precoce pode ser evidenciado no Quadro 19.

QUADRO 19 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o que as mães costumam ajudar na estimulação precoce.

As mães costumam ajudar na estimulação precoce:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
- quando cumprem em casa as orientações dadas	05	100	05	83	07	100	04	100	21	95
- não ajudam	-	-	01	17	-	-	-	-	01	05
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A quase totalidade das profissionais (95%) considera que a mãe ajuda quando cumpre em casa as orientações dadas no atendimento, como se pode observar nas seguintes falas:

“Fazendo em casa o que eu ensino para elas. Trabalhando com a criança o que observam no nosso trabalho”. (professora)

“Quando é interessada no processo do que os profissionais estão fazendo com o filho e principalmente para poder fazer em casa o que aprende aqui”. (fisioterapeuta)

“Quando ela trabalha em casa, quando a gente ensina um exercício e ela faz em casa, quando aceita nossas orientações”. (fonoaudióloga)

“Aprendendo as atividades e colocando-as em prática em casa, a fim de ajudar no desenvolvimento do filho”. (psicóloga)

Apenas uma profissional acredita que a mãe não costuma ajudar na estimulação precoce:

“Olha, não sei se elas ajudam ... para dizer a verdade, não ajudam”. (fonoaudióloga)

Quando as entrevistadas ressaltam que a mãe que costuma ajudar na estimulação precoce é a que cumpre em casa as orientações dadas, na verdade estão priorizando uma mãe que se comporta como receptora passiva de “ensinamentos”, se submetendo

às orientações de quem “sabe” o que deve ser feito com o filho. Por outro lado, ao enfatizar uma mãe submissa aos seus “ensinamentos”, as profissionais a relegam a um plano secundário no atendimento, o que pode gerar nela um sentimento de incapacidade em cuidar do bebê, além de trazer implícita a idéia da submissão do filho, que acaba tornando-se um mero receptor de atividades executadas pela mãe. Todas essas condições são suscetíveis de causar um desencontro entre mãe e filho e interferir na vinculação entre ambos, gerando no bebê um sentimento de insegurança e falta de confiança, não lhe permitindo a formação do “self verdadeiro” (Winnicott, 1993). Esse relacionamento unidirecional entre mães e profissionais as impedem de trabalhar juntas, estabelecendo interações que lhes permitam perceber os sinais transmitidos pelo bebê e com ele constituir uma comunicação recíproca cada vez mais reforçadora (Branco, 1988).

4.16 Em que as mães costumam atrapalhar na estimulação precoce?

As entrevistadas consideram que as mães costumam atrapalhar a estimulação precoce quando interferem no atendimento, não praticam em casa as orientações dadas, são ansiosas quanto ao futuro da criança, faltam ao atendimento ou rejeitam o filho (Quadro 20).

QUADRO 20 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o que as mães costumam atrapalhar na estimulação precoce.

As mães costumam atrapalhar na estimulação precoce ao:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Interferir no atendimento (atitudes, conversas com a profissional, conversas com a criança)	02	40	04	66	02	29	01	25	09	41
-Superproteger a criança:										
. não colocando limites	01	20	-	-	01	14	01	25	03	14
. fazendo tudo pela criança	01	20	01	17	02	29	01	25	05	23
-Não praticar em casa, as orientações dadas	-	-	01	17	01	14	-	-	02	10
-Serem ansiosas quanto ao futuro da criança	-	-	-	-	01	14	-	-	01	04
-Faltar ao atendimento	01	20	-	-	-	-	-	-	01	04
-Rejeitar a criança	-	-	-	-	-	-	01	25	01	04
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Pode-se observar que a maior parte das entrevistadas (41%) considera que a mãe costuma atrapalhar quando interfere no atendimento. Essa interferência se manifesta pelas atitudes da mãe, principalmente quando conversa ou com a profissional ou com o filho, como se pode observar nos relatos abaixo:

“Quando a mãe conversa muito com a gente, quando levanta da cadeira e a criança fica olhando para a mãe para ver o que ela está fazendo”. (professora)

“É quando fica falando com a criança, em vez de observar. Algumas até dizem: - ah, coitadinho ...”. (fisioterapeuta)

“Quando as mães chegam aqui, com algum problema e parecem querer descarregar o problema delas. Então falam com a gente, falam, falam, nem prestam atenção no filho. O que querem é conversar, desabafar, contar as histórias delas. Isso me atrapalha. Quando a coisa é demais eu deixo falar, mas procuro desviar do assunto, me centro na atividade e a mãe por si só percebe isso”. (fonoaudióloga)

Por outro lado, 37% das profissionais consideram que a superproteção materna costuma prejudicar o atendimento. Para algumas dessas entrevistadas, a superproteção materna se manifesta em fazer tudo pelo filho:

“É a mãe superprotetora, que não permite a autonomia da criança, tenta fazer tudo pela criança, nem espera a criança pedir ou apontar, já vai dando tudo na mão da criança” . (professora)

“Bom, eu acho que é dando tudo na mão da criança, não deixando que ela faça por ela mesma, superprotegendo porque é uma criança deficiente, dando muito mimo” . (fisioterapeuta)

Já para outras das informantes, essa superproteção se manifesta na falta de limites à criança, como se evidencia no relato abaixo:

“ Quando a mãe tem dificuldades em colocar limites. Por exemplo: compra todos os doces para o filho, deixa ele fazer tudo. Na anamnese, as mães trazem as crianças junto, as crianças viram a sala e a mãe não sabe dizer não, aqui não” . (psicóloga)

Para 10% das profissionais, a mãe costuma atrapalhar o atendimento quando não pratica em casa, as orientações dadas:

“Quando a gente passa orientações, elas dizem que sim, mas a gente percebe que elas não vão fazer, sabe, isso costuma atrapalhar” . (professora)

Em contrapartida, 4% das profissionais consideram que a mãe atrapalha o atendimento, quando é ansiosa em relação ao futuro do filho:

“É a ansiedade, elas tem um nível de ansiedade muito grande em relação ao futuro ... tipo assim: -vai ficar para sempre nesta escola? –mais tarde, vai aprender alguma coisa, vai se alfabetizar? Também perguntam: - quando ele vai engatinhar, andar, tirar as fraldas?” (professora)

As mães que costumam faltar também comprometem o atendimento segundo a opinião de outras 4% das respondentes:

“É justamente as faltas. Faltam muito” . (fisioterapeuta)

A mãe que rejeita o filho costuma atrapalhar a estimulação precoce segundo a opinião de mais 4% das profissionais:

“É aquela mãe que rejeita o filho, deixa a criança jogada, não dá muita atenção, não dá carinho, não se envolve no trabalho ... isto vem atrapalhar”. (psicóloga)

Justamente por visualizarem a estimulação precoce como um atendimento eminentemente centralizado na relação profissional-bebê (Quadro 11), não é de estranhar que as profissionais considerem a interferência de uma terceira figura, no caso a mãe, passível de atrapalhar o referido atendimento.

Por outro lado, ao considerar as interferências da mãe no atendimento como um “atrapalho”, as profissionais acabam por não prover suporte e apoio à mãe, além de não encorajar e tentar compreender os seus sentimentos.

É interessante observar também que a superproteção, a ansiedade, a rejeição e a não colaboração maternas são comportamentos vistos como passíveis de atrapalhar o atendimento em estimulação precoce, quando na verdade deveriam merecer uma especial atenção e porque não dizer, deveriam se constituir na preocupação central do atendimento, pois revelam que essa mãe ainda se encontra sob o impacto do nascimento de um filho portador de deficiência, fato que pode levar a relações inadequadas ou insuficientes com o filho, ocasionando uma quebra na sintonia da interação mãe-bebê (Spitz, 1979), vindo a comprometer seriamente o desenvolvimento infantil. Também causa profunda preocupação o relato acima feito por uma psicóloga, que contrariando o âmbito da própria formação, visualiza os comportamentos e sentimentos inadequados da mãe, como condições que atrapalham o “trabalho” realizado na estimulação.

4.17 Como você percebe o relacionamento da mãe com a criança?

A totalidade das profissionais (Quadro 21) percebe o relacionamento da mãe com o filho como um relacionamento de apego.

QUADRO 21 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo como percebem o relacionamento da mãe com a criança.

Percebem o relacionamento da mãe com a criança como:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
-Relacionamento de APEGO:										
a) Inadequado (envolvendo superproteção, ansiedade, medo, rejeição, obrigação, negação da deficiência)	04	80	06	100	06	86	04	100	20	90
b) Adequado (amoroso, interativo)	01	20	-	-	01	14	-	-	02	10
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Contudo, para 90% das entrevistadas, esse relacionamento de apego se dá de forma inadequada, envolvendo superproteção, ansiedade, medo, rejeição, obrigação ou negação da deficiência, como se pode observar nos seguintes relatos:

“Noto um excesso de apego, um excesso de dedicação, mais pela mãe se sentir obrigada em cuidar do filho, como se ela fosse culpada pela deficiência. Sempre me dizem: -eu tenho uma carga para carregar, meu filho tem problema e eu tive que assumir”. (fisioterapeuta)

“ A mãe é muito apegada, muito superprotetora ..., eu percebo a dificuldade que a mãe tem de soltar esta criança, não deixar que esta criança cresça, fazer tudo pela criança”. (professora)

“De muito apego, é só ver a mãe de longe, logo estende os bracinhos. É muito apego. Um apego de medo, medo que a criança morra. Realmente ela é muito sensível, de saúde frágil, adoece facilmente ..., então a mãe vive com medo, pois uma gripe vira ligeirinho uma pneumonia”. (professora)

“Principalmente quando a criança é muito pequena eu noto um tipo de apego ..., uma preocupação muito grande da mãe e a gente nota que por trás disso está na verdade uma rejeição, uma falta de amor pelo filho” (fisioterapeuta)

“Olha, quando a criança é bem bebêzinho, as mães demoram para aceitar que o filho tem problema. Ontem mesmo eu tive uma mãe que me disse: -‘mas, meu bebê é normal, não vejo nada nela, ela é igualzinha ao meu outro filho’. Então tem essa coisa de tapar o sol com a peneira, colocar uma máscara”. (fonoaudióloga)

“A mãe geralmente é muito apegada à criança, mas é um apego cheio de ansiedade, uma ansiedade muito grande em que a criança dê respostas logo ou insistindo que se coloque o aparelho [auditivo] logo, pensando que ela vai ouvir, que não vai mais precisar de atendimento”. (fonoaudióloga)

“A mãe se apega ao filho de uma forma simbiótica, em que você percebe a superproteção e a rejeição presentes. (...) É um apego que chega a ser patológico ...”. (psicóloga)

Já para 10% das respondentes, esse relacionamento de apego se dá de forma adequada, sendo amoroso e interativo:

“Os meus bebês têm um relacionamento maravilhoso com as mães. Eles têm a mãe assim como toda criança tem ... aquele ídolo, aquela proteção, aquele carinho, aquele apego. E as mães também transmitem isso para os filhos: amor, proteção ...”. (fisioterapeuta)

“Acho que existe um relacionamento sincero, de amor e carinho, mesmo nas mães mais simplisinhas”. (professora)

É interessante observar que a maioria das profissionais percebe inadequações no relacionamento entre mãe e filho, embora a mãe apresente um comportamento denominado por elas como de “apego”. Os seus depoimentos revelam a percepção de um relacionamento inadequado entre mãe e filho, onde prevalecem o medo, a culpa, a ansiedade, a rejeição, a superproteção. Essas reações são suscetíveis de afetar profundamente a função materna, como revelam diversos estudos, entre eles os de Winnicott (1993), Bowlby (1990), Spitz (1979) e Mahler et al. (1977). Contudo, as profissionais parecem não se dar conta de que esses sentimentos maternos podem

tornar a mãe menos receptiva e com menos habilidade em sustentar uma interação profícua com o filho e assim fazê-lo sofrer. Não possuindo essa percepção, as entrevistadas não conseguem refletir criticamente sobre a própria prática profissional, não visualizando a necessidade de se levar em consideração, no atendimento em estimulação, justamente esse relacionamento inadequado.

4.18 Que características você destaca na mãe de um filho com deficiência?

Ao serem indagadas sobre as características que destacariam na mãe de um filho portador de deficiência, as entrevistadas apontam a ansiedade e o medo, a introversão, a tristeza, o sentimento de vergonha, o estresse e a revolta (Quadro 22).

A ansiedade e o medo foram as características salientadas por 42% das profissionais. Contudo, algumas (32%) definem ansiedade e medo como a preocupação exagerada em relação ao desenvolvimento futuro do filho, como se observa nos depoimentos abaixo:

“... é a ansiedade, aquele medo do que o filho vai conseguir fazer, do que será capaz no futuro ... o que vai ser do futuro do filho”. (professora)

“... é aquela ansiedade muito grande em relação ao futuro do filho. Um medo do filho não se desenvolver. Perguntam sempre: - quando vai andar, quando vai falar, vai aprender alguma coisa?” (fisioterapeuta)

Já em outras (10%), a ansiedade se expressa em dúvidas relativas à deficiência do filho:

“Ela está assim sempre ansiosa, com muitas dúvidas sobre a deficiência ... a gente tem que explicar tudo, desde o que é uma deficiência auditiva”. (fonoaudióloga)

QUADRO 22 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo as principais características que destacam para a mãe de um filho com deficiência.

Destacam como principais características da mãe de um filho com deficiência:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
- Ansiedade e medo:										
a) preocupação exagerada com o desenvolvimento futuro do filho	02	40	01	16	04	57	-	-	07	32
b) dúvidas em relação à deficiência	-	-	01	16	-	-	01	25	02	10
- Introversão (Comportamento pouco comunicativo)	01	20	01	16	02	28	02	50	06	27
- Tristeza (demonstração de mágoa e sofrimento)	-	-	02	36	-	-	-	-	02	09
- Sentimento de vergonha	01	20	-	-	01	15	-	-	02	09
- Estresse (sobrecarga de obrigações)	01	20	-	-	-	-	01	25	02	09
- Revolta	-	-	01	16	-	-	-	-	01	04
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

A introversão, evidenciada pelo comportamento pouco comunicativo das mães, foi a característica apontada por 27% das respondentes, como se evidencia nos seguintes relatos:

“Elas têm uma tendência a se fechar, sabe? Principalmente quando estão no início do trabalho, elas são muito caladas, fechadas, ficam sentadas aqui, entram mudas e saem caladas, eu até digo: - ‘fale, mãe, fale alguma coisa’”. (professora)

“São muito fechadas, não são muito simpáticas, não. Por serem fechadas fazem um círculo em volta do filho - eu e meu filho, meu filho e eu - e para você penetrar nesse meio é muito difícil...” (psicóloga)

A tristeza, manifestada por demonstração de mágoa e sofrimento, foi a característica destacada por 9% das profissionais:

“Olha, é uma mãe consciente da problemática do filho, então demonstra muita mágoa, é muito sofrida, ... no olhar e na atitude e até na forma de carregar a criança, a gente percebe uma tristeza muito grande”. (fonoaudióloga)

O sentimento de vergonha é também uma característica apontadas pelas respondentes (9%):

“A mãe do bebê geralmente chega com o bebê todo enrolado, ela chega encolhida, com vergonha de mostrar, não é como aquela mãe que chega e quer exibir para todo mundo. Eu sinto assim, que elas são tristes, se sentem envergonhadas, ‘eu coloquei essa coisa feia, horrível no mundo’. (professora)

O estresse, principalmente pela sobrecarga de obrigações, aparece no depoimento de 9% das profissionais:

“Uma característica que eu vejo é o estresse muito grande pela sobrecarga de obrigações da mãe. A mãe torna-se o único referencial e o ponto responsável: o pai trabalha, a família não aceita, então ela tem que dar conta de tudo”. (fisioterapeuta)

Uma informante (4%) também aponta a revolta como uma das características da mãe do bebê com deficiência:

“É a revolta ... que vem com a pergunta: -‘por que o meu filho nasceu assim? Eu esperei tanto na gravidez, durante nove meses, e daí nasceu uma criança assim, com problema ... isso não é justo’. Então surge a revolta, que é uma característica da mãe”. (fonoaudióloga)

Os dados e depoimentos acima evidenciam que as características destacadas pelas profissionais em relação à mãe de um filho com deficiência são as mesmas que visualizam, no dia a dia, na observação dessa mãe. Esse fato leva à suposição de que essa mãe possui determinadas características especiais que a difere das outras mães. Essas características são, inclusive, referenciadas em diversos estudos, entre eles os de Brazelton & Cramer (1992), Lebovici (1987) e Telford & Sawrey (1978), como

próprias da mãe de um filho com deficiência e passíveis de comprometer a interação mãe-filho.

Vale a pena destacar que as profissionais percebem claramente que as mães dos bebês que atendem são ansiosas, medrosas, introvertidas, tristes, envergonhadas, cheias de dúvidas e preocupadas exageradamente com o filho. Também percebem que se relacionam de forma inadequada com os seus bebês (Quadro 21). Contudo, não conseguem visualizar que essas características e comportamentos da mãe podem provocar inadequações no relacionamento com o filho, uma vez que costumam advir do impacto da própria deficiência infantil, provocando-lhe o colapso da auto-estima (Brazelton, 1992) e a fazendo perder a expectativa do filho perfeito (Bruce & Schultz, 1992). As entrevistadas não percebem também que é esse modo de relação que coloca em perigo o processo de vinculação mãe-bebê, tornando-se um potente fator de risco para o desenvolvimento infantil, e é justamente nessa condição que o atendimento em estimulação deveria se concentrar.

**4.19 Você costuma informar e orientar a mãe?
Quais os tipos de informação e orientação?
De que forma são dadas essas informações e orientações?**

Ao serem indagadas se costumam informar e orientar as mães no atendimento em estimulação precoce, a totalidade das profissionais (Quadro 23) respondeu de forma afirmativa. Contudo divergiram quanto ao tipo de informação e orientação fornecidas.

QUADRO 23 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo as informações e orientações fornecidas para a mãe.

- Costumam informar e orientar a mãe?	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a) Sim, em atividades e exercícios que ela deve fazer em casa, relacionados à:										
- Rotina diária, em situações de banho, alimentação, vestuário, brincadeiras.	-	-	-	-	07	100	01	25	08	37
- Postura da criança e exercícios motores	05	100	-	-	-	-	-	-	05	22
- Alimentação e incentivo à sucção.	-	-	06	100	-	-	-	-	06	27
b) Sim, mas só por solicitação da mãe, envolvendo:										
- Relacionamento familiar (situações conjugais e comportamento do filho)	-	-	-	-	-	-	03	75	03	14
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Assim, 86% das entrevistadas responderam que informam e orientam a mãe, de forma costumeira, por meio de atividades e exercícios que deve fazer em casa com o filho.

A totalidade das fisioterapeutas afirmou que repassam às mães informações e orientações relacionadas à postura da criança (como ela deve segurar e manusear o filho) e também os exercícios motores.

“Sim, oriento quanto à postura da criança em casa: se ela está deitadinha não deixar uma perna torta ... como deitar a criança, como sentar a criança ... e também alguns exercícios com os membros que a mãe pode fazer”.

“Oriento desde uma melhor forma de vestir, de carregar, além dos exercícios propriamente ditos”.

Por sua vez, a totalidade das fonoaudiólogas costuma repassar às mães informações e orientações relacionadas à alimentação e incentivo à sucção (exercícios faciais, como dar a mamadeira e a alimentação sólida).

“Orieto quanto ao posicionamento para comer, tipo de colher, consistência do alimento, massagens que a mãe pode fazer para melhorar, por exemplo, a protusão da língua. Se a criança usa mamadeira, vou observar como está o bico, como a mãe posiciona a criança na hora de mamar. Orieto como introduzir a colher na boca nas primeiras papinhas. Orieto também na forma de como conversar com a criança.”

Já a totalidade das professoras e uma psicóloga afirmam que repassam às mães atividades e exercícios relacionados à vida diária da criança, nas situações de banho, alimentação, vestuário e brincadeiras.

“Eu digo para a mãe que em casa ela tem tudo para estimular o filho. Mostro as situações na hora do banho, as situações de vestir, de alimentar, de brincar, noções de esquema corporal ... digo para a mãe aproveitar todos os momentos, do levantar ao deitar”. (professora)

“Por exemplo, ensino a utilizar sucata para ela fazer brinquedos para a criança jogar, empilhar, brincar. Na hora do banho, nomear as partes do corpo, brincar bastante com a criança, principalmente na água, que é muito bom. Reservar um tempo para o filho”. (psicóloga)

Por outro lado, 14% das psicólogas costumam informar e orientar as mães, mas somente quando são solicitadas pelas mesmas. E quando isto ocorre, geralmente as informações e orientações se referem ao relacionamento familiar, destacando-se as situações conjugais ou o comportamento do filho.

“Sim, oriento, mas na medida que as mães me solicitam para isso. Normalmente oriento sobre como agir com o filho e sobre o relacionamento delas com o marido. Muitas vezes perguntam mais deste relacionamento do que com o filho. Porque geralmene elas não ficam bem com o marido por causa do filho”.

Indagou-se também das entrevistadas, de que forma as informações e orientações eram repassadas às mães. A maioria das profissionais (77%) relatou que o fazem de forma verbal. Já 18% não só falam como também demonstram na criança, o que a mãe

deve estimular em casa. E 4% costumam dar por escrito as atividades que desejam que a mãe faça em casa.

“Eu falo com elas, nunca dei por escrito. Eu sempre falo: -oh, mãe, você tem que fazer isso ou aquilo”. (professora)

“Para a mãe eu passo orientações na caderneta. Orientações assim práticas mesmo”. (professora)

“Eu costumo passar orientações falando e mostrando para a mãe o que eu faço com a criança”. (fonoaudióloga)

Uma vez que as profissionais costumam informar e orientar a mãe, observa-se que a maioria das informações e orientações se restringem ao âmbito do trabalho específico que cada respondente desenvolve com a criança, e se constituem basicamente de atividades e exercícios que a mãe deve fazer em casa.

Constata-se, portanto, mais uma vez que as informações e orientações são centralizadas eminentemente na criança, inclusive em uma criança fracionada, na qual cada parte deve ser trabalhada de uma forma específica, o que provavelmente acaba desvalorizando os afetos e motivações maternas, tornando estas informações desprovidas de significado, uma vez que não levam em conta os vínculos envolvidos na relação mãe-filho.

Por outro lado, quando as profissionais centralizam suas orientações em atividades e exercícios a serem feitos com a criança, por áreas do desenvolvimento, acabam relegando também o bebê a um papel de receptor passivo de manipulações, impedindo à mãe de colocar-se no lugar do filho e de adaptar-se ativamente às suas necessidades (Winnicott, 1983).

Por conseguinte, pode-se inferir que ao tornar-se uma receptora passiva de manipulações, uma criança provavelmente será segurada e manuseada de forma insatisfatória, o que pode comprometer o seu desenvolvimento (Winnicott, 1988).

Outro ponto a considerar é o fato que as informações e orientações são repassadas à mãe principalmente de forma verbal, o que as torna ainda mais destituídas de significado.

Verifica-se também que em nenhum momento a mãe é incentivada a “aprender” interagindo com o próprio filho. Ao contrário, recebe orientações “à distância”, o que pode reforçar a visão de um bebê fragilizado e ao mesmo tempo assustador, que deve ser evitado, como bem apontam Klaus & Kennell (1992).

Cabe também salientar que as psicólogas que não trabalham diretamente com o bebê, costumam orientar e informar à mãe somente quando são solicitadas pelas mesmas, o que demonstra que tais profissionais não possuem um envolvimento efetivo e participativo no atendimento em estimulação precoce.

4.20 Qual o comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas?

Segundo 73% das entrevistadas, a maioria das mães não costuma seguir as informações e orientações dadas, no atendimento em estimulação precoce (Quadro 24).

QUADRO 24 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas.

Comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas:	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
- A maioria das mães não segue as informações e orientações dadas: (evidenciadas pela não evolução do bebê, pelas atitudes da mãe)	03	60	05	84	04	58	04	100	16	73
-A maioria das mães segue informações e orientações dadas (evidenciadas pela evolução do bebê, pelas atitudes da mãe)	02	40	01	16	03	42	-	-	06	27
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Tal fato é evidenciado pela não evolução do bebê e pelas próprias atitudes da mãe, como se pode observar nos depoimentos abaixo:

“Algumas seguem, mas a maioria não. Muitas vezes o filho traz mais dissabores do que alegrias, então a mãe perde o estímulo em trabalhar com a criança. Eu tenho um caso, por exemplo, que a mãe chega na porta e me entrega a criança e vai embora rápido, não se interessa ... e a criança parece não se desenvolver”. (professora)

“Só algumas seguem as orientações. Mas a maioria das mães ... a gente as sentem assim, desanimadas, sabe? Entregaram os pontos, sabe? A criança não evolui, tem mãe que deixa a criança só no berço, a gente vê pela cabeça, não crescem cabelos”. (psicóloga)

“A gente vê que muitas delas têm grandes dificuldades em seguir as orientações, a gente tem às vezes até que ameaçar: - ‘olha, mãe, teu filho tem tudo para andar, mas não depende só da gente, você tem que estimular também em casa, viu, mãe, se chegar do mesmo jeito até o final do ano, talvez a gente tenha que encaminhar ...’”. (fisioterapeuta)

“A maioria das mães não costuma seguir as orientações. E você consegue perceber porque a criança não evolui, não aprende. E a própria postura da mãe revela isso. Ela não sabe conversar com a gente a respeito, não consegue comentar sobre o filho ou sobre a aplicação de uma determinada atividade”. (fonoaudióloga)

Por outro lado, 27% das respondentes acreditam que a maioria das mães segue as informações e orientações dadas no atendimento em estimulação precoce. Tal fato é evidenciado pela evolução do bebê e pelas atitudes da mãe, como se evidencia nos relatos a seguir:

“As mães daqui, olha, são muito boas, a maioria cumpre as orientações. Elas contam: -ah, professora, o nenê já está batendo palminhas, já está olhando as mãos, colocou o pé na boca’. Então a gente vê que só com as duas horas por semana que a gente trabalha aqui, os resultados não seriam tão rápidos. Isto mostra que a mãe está fazendo em casa”. (professora)

“A maioria eu tenho certeza que cumpre, porque manuseiam a criança como a gente fala, perguntam”. (fonoaudióloga)

Uma vez que as informações e as orientações dadas às mães não levam em conta suas condições afetivas e motivacionais, como visto anteriormente, não é de estranhar que a maioria não as cumpra em casa, uma vez que lhe são desprovidas de significado.

Mas o que chama a atenção no depoimento da maioria das entrevistadas é que relacionam o presumível descomprometimento da mãe e o não desenvolvimento do bebê com o não cumprimento das informações e orientações fornecidas.

Apesar de visualizarem estar lidando com uma mãe com características específicas (Quadro 22) e que apresenta inadequações no trato com o filho (Quadro 21), não conseguem perceber que possivelmente são essas as condições que podem estar interferindo na interação mãe-bebê e por consequência no desenvolvimento infantil. Não resta dúvida que uma mãe emocionalmente perturbada tende a afastar-se do filho, o que interfere seriamente nos cuidados devidos a ele (Bowlby, 1990).

Da mesma forma, algumas profissionais associam as atitudes maternas positivas e a evolução da criança como resultado do cumprimento das informações e orientações dadas. Não cogitam a hipótese de que essas mães podem estar conseguindo adaptar-

se às necessidades dos filhos e estabelecendo com eles um relacionamento afetivo, esse sim, segundo Winnicott (1993), o propulsor do desenvolvimento infantil.

**4.21 A mãe fala com você sobre suas dúvidas?
Se sim, que tipo de dúvidas ela costuma ter?**

Ao serem indagadas se a mãe costuma conversar sobre as próprias dúvidas, a totalidade (100%) das profissionais respondeu de forma afirmativa.

As profissionais declaram também que as dúvidas da mãe geralmente são relacionadas ao desenvolvimento do filho, com ênfase no futuro, como se pode observar nas elocuições abaixo:

“Elas têm muitas dúvidas. Até não perguntam assim o que devem fazer com a criança. Mas querem saber quando a criança vai falar, quando vai andar. Eu digo: -‘mãe, nem o médico, só Deus pode responder isso’”. (professora)

“Perguntam se a criança vai desenvolver, se vai andar, se vai falar, quanto tempo vai levar. Querem ver a criança engatinhando, andando ... É a ansiedade do tempo: quanto tempo vai levar, quando será?” (fisioterapeuta)

“A maioria das dúvidas se refere ao futuro da criança. Se vai andar, se vai falar, se vai para a escola, ... querem sempre saber lá na frente ...”. (fonoaudióloga)

“Querem saber se o filho vai andar, aprender, ler, estudar ...”. (psicóloga)

Uma vez que a totalidade das entrevistadas admite que as mães costumam falar sobre suas dúvidas, pode-se inferir que essas mães conseguem um espaço de “escuta”, no atendimento em estimulação precoce.

É curioso observar que as dúvidas maternas são relacionadas principalmente com o desenvolvimento futuro do bebê, o que faz supor que essa percepção está relacionada

com a própria forma de atuação das profissionais, que se detém preponderantemente no fornecimento de estímulos variados à criança para sanar e atenuar déficits do seu desenvolvimento (ver questão 4.7). Esse fato pode levar a mãe a enxergar o atendimento como passível de propiciar a “normalidade” do filho.

**4.22 A mãe costuma lhes colocar os seus sentimentos?
Se sim, o que você faz?**

Quando indagadas se a mãe costuma lhes colocar os seus sentimentos (Quadro 25), a maioria das profissionais (55%) respondeu negativamente, como se evidencia nos seguintes depoimentos:

“Não, não costumam ... principalmente com a minha pessoa, assim ... comigo elas são mais tímidas, até mandam recado quando querem alguma coisa ... é porque eu sou muito atarefada”. (fisioterapeuta)

“Elas não costumam colocar os sentimentos para mim”. (fonoaudióloga)

“Não costumam. Noto que há um preconceito com a psicóloga, não sei se é por outras experiências que tiveram. Noto também que falar com a psicóloga faz ter medo de mexer na ferida de novo”. (psicóloga)

“Não, comigo não costumam. Acho que é porque eu vejo o indivíduo mais no sentido pedagógico, mais no sentido assim de estabelecer um trabalho específico com a criança”. (professora)

“Não, não costumam falar comigo. Mesmo porque eu não entro neste campo ... eu não me envolvo com a parte sentimental da mãe. Eu não quero saber da mãe, eu quero saber é do filho dela, que ele evolua. Então não me importo se ela pode ou não pode fazer no caso. Friamente ela entra ali e eu digo: -‘olha, mãe, tem que fazer isso e aquilo para teu filho evoluir”. Daí nas reuniões, conversando com outros profissionais, é que dá para entender porque o bebê não é bem estimulado, por isso ou aquilo. Daí você toma conhecimento e não envolvimento. Eu não me envolvo com os sentimentos da mãe”. (fisioterapia)

QUADRO 25 - Distribuição das profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogas, professoras e psicólogas), segundo o que fazem quando a mãe lhes coloca os seus sentimentos.

- A mãe lhe coloca os seus sentimentos? - Se sim, o que você faz?	Fisioterapeutas		Fonoaudiólogas		Professoras		Psicólogas		Profissionais (total)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a) Não, não colocam	03	60	05	84	01	15	03	75	12	55
b) Sim, colocam:										
-Escuto e aconselho	-	-	-	-	03	42	01	25	04	18
-Escuto somente	-	-	01	16	02	28	-	-	03	13
-Desconverso	02	40	-	-	-	-	-	-	02	09
-Encaminho à psicóloga	-	-	-	-	01	15	-	-	01	05
TOTAL	05	100	06	100	07	100	04	100	22	100

Por outro lado, 45% das entrevistadas relatam que as mães costumam lhes revelar os próprios sentimentos.

Quando isso ocorre, 18% delas costumam escutar e aconselhar a mãe:

“Eu adoto a postura de escuta e aconselhamento. Em casos extremos, faço terapia com a mãe”. (psicóloga)

“Esqueço que sou professora e me coloco como mãe e esposa, porque na maioria das vezes a mãe quer é desabafar. É frequente as mães conversarem sobre os seus sentimentos e que você vê que é com o objetivo de desabafar. Eu então escuto e aconselho de acordo com a minha própria vivência”. (professora)

Outras 13% das profissionais costumam somente escutar a mãe:

“Elas me contam tudo. Problemas de marido, rejeição do filho, problemas que são caso da psicologia. O que faço é escutar. Acho que esta é a hora da necessidade da mãe e eu tenho que escutar. Pois se a mãe não estiver bem, ela não vai atender bem o filho ... estando com o coração sofrido, amargurado. Então eu escuto bonitinho, dou um brinquedinho para a criança, pois percebo que é a mãe que está precisando de um colinho, e se ela tiver um colinho, vai dar um mais fofo para o filho”. (professora)

“Quando a mãe fala de seus sentimentos comigo, eu não interfiro, só escuto”. (fonoaudióloga)

“Eu escuto e converso com a mãe. Procuro relatar experiências que já conheci, histórias de outras pessoas, coisas que acho que podem ajudar de alguma forma”. (professora)

Já 9% das entrevistadas costumam desconversar quando a mãe lhes coloca os próprios sentimentos:

“Quando a mãe tenta falar comigo de sentimentos ou assuntos particulares, eu costumo desconversar”. (fisioterapeuta)

Encaminhar à psicóloga é a atitude de 5% das profissionais, quando a mãe lhes coloca os seus sentimentos:

“Eu digo para a mãe procurar uma psicóloga, geralmente eu mesmo encaminho à psicóloga”. (professora)

Pelos depoimentos acima, percebe-se que a maioria das mães não costuma colocar os seus sentimentos muito provavelmente por não encontrarem receptividade por parte das entrevistadas, que privilegiam um atendimento centrado na criança-profissional e também parecem não se sentirem preparadas para lidar com essa “escuta” (ver item 4.25).

É importante salientar que entre os sentimentos mais comuns colocados pelas mães às profissionais estão os relacionados com o filho e o marido, rejeição do filho, vergonha, tristeza e depressão. Esse fato demonstra que as mães ainda se encontram no processo de luto por perda do bebê perfeito, como bem demonstra Blacher (1984), necessitando de apoio psicológico para organizar-se emocionalmente, a fim de engajar-se na promoção do desenvolvimento do filho.

Contudo, chama a atenção o fato de que as mães não costumam conversar com a maioria das psicólogas, talvez por essas terem, no atendimento, uma posição distanciada, o que levanta questionamentos sobre o papel do psicólogo na estimulação.

**4.23 A mãe é assídua ou costuma faltar ao atendimento?
Se costuma faltar, quais os motivos alegados?**

Ao se indagar sobre a assiduidade da mãe ao atendimento em estimulação precoce, a totalidade das profissionais (100%) respondeu que a maioria das mães costuma faltar ao referido atendimento. Como principais motivos para as faltas alega doença do filho ou condições climáticas adversas, como chuva, frio, excesso de calor.

“A maioria geralmente costuma faltar, porque a criança fica doente ou quando chove ou faz muito frio. Mas depende também da mãe, algumas dificilmente faltam”. (professora)

“Costumam faltar, pois as crianças adoecem muito e o nosso clima também é difícil, faz muito frio e chove muito. Isso dificulta sair com o bebê, principalmente se for de ônibus”. (fisioterapeuta)

“Faltam, faltam. Algumas até justificam por motivo de doença, exames médicos, mau tempo. Mas, até a gente pensa como a saúde da criança pode ser tão frágil ...” (fonoaudióloga)

“A assiduidade da maioria das mães não é grande, elas faltam. E com crianças pequenas há intercorrências clínicas, tempo chuvoso, isso dificulta”. (psicóloga)

Por outro lado, nota-se que, em alguns casos, a assiduidade da mãe está condicionada a certas regras impostas pela instituição, como se pode observar nos relatos abaixo:

“As mães faltavam muito e sempre alegavam doença e até hospitalização da criança. Mas, daí começamos a observar que não era bem doença ... e isso nos levou a instituir algumas normas, como três faltas consecutivas sem atestado médico, a gente dava suspensão, porque era demais a coisa ... depois que a gente instituiu isso, elas têm vindo, sabe ... porque elas são assim ... uma comodidade muito grande, se o tempo está mais frio, se ameaça chover, já não vêm para a escola”. (fisioterapeuta)

“Costumam vir. Principalmente depois que foi colocada como norma da instituição que se a criança faltar muito, sem motivo, é desligada da escola”. (psicóloga)

É interessante observar que as profissionais em nenhum momento concebem as faltas frequentes da mãe como a insuficiência de motivação das mesmas para frequentar a estimulação precoce, uma vez que, como já visto anteriormente, se tornam meras espectadoras do “trabalho” desenvolvido com o filho, passíveis de “atrapalhar” o atendimento e algumas vezes até de não serem bem-vindas.

Por outro lado, quando a instituição impõe normas de assiduidade, as mães costumam cumprí-las, uma vez que temem o desligamento do filho, não do atendimento propriamente dito, mas muito provavelmente da própria escola, no futuro, uma vez que as vagas são sempre muito disputadas.

4.24 Como você avalia o seu desempenho profissional na estimulação precoce?

A totalidade das profissionais avalia o seu desempenho profissional no atendimento em estimulação precoce, como sentindo uma falta de. Uma falta de mais aperfeiçoamento e atualização, uma falta de mais cursos e reciclagens, uma falta de supervisão, uma falta de trabalho em equipe, uma falta de troca de experiências com colegas.

Essa “falta de” fica evidenciada nos depoimentos abaixo:

“Sinto falta de maior formação, de mais cursos, mas não destes cursos que estão por aí. Sinto falta de cursos práticos, palpáveis. Sinto falta de cursos nesta área, da estimulação precoce ...”.
(professora)

“Eu acho que está faltando muita coisa para eu me desincumbir bem profissionalmente. O nosso trabalho aqui, na estimulação, está no ar. Eu me sinto como aquele elefante que está em cima da bexiga e o macaquinho com a pontinha da agulha para furar o balão. Eu me sinto assim, porque este nosso trabalho não está como deveria. (...). Mas, o que sinto mais falta ainda são de cursos, formação, orientação. Tenho um fulaninho assim, o que faço com ele, como trabalhar esta criança? Sinto realmente falta de uma formação melhor. Eu sinto medo, vergonha, e muito

abaixo daquilo que uma mãe, um pai olha para mim, e esperam de mim com o seu filho nos braços. Eu não tenho a base necessária e a gente precisava sair do discurso e ir mais para a ação”. (professora)

“Sinto falta de trabalho em equipe. Eu acho assim, a gente tem questões, a família traz questões, é muito importante o trabalho em equipe, é necessário trabalhar em equipe para se ter uma visão do todo ...”. (fonoaudióloga)

“No meu trabalho na estimulação eu sinto falta de coisas mais específicas dentro da área, de mais formação. A gente pega tudo em pedacinho ... uma coisa que ouviu ali, outra coisa que ouviu acolá ... fica um retalho ... e daí, por exemplo, eu mesma é que faço o meu programa de estimulação ... então o que tenho aqui são coisas que eu vou juntando, sabe, uma coisa e outra que vou tentando juntar aqui”. (fonoaudióloga)

“Estou aqui há mais de oito anos. Sinto falta de trocar experiências com colegas, sair para fazer cursos, não tenho muita condição financeira e a instituição não colabora. (...) Tenho feito alguns cursos de finais de semana, mas são muito superficiais. Eu tento fazer o meu trabalho da melhor forma possível, mas sinto falta de mais informações”. (fisioterapeuta)

“Acho que meu trabalho é um trabalho solitário. Falta uma maior integração com os outros profissionais. [...] Fazer um trabalho sozinha deixa a gente desestimulada. E aqui é um ambiente com tantos profissionais, onde poderia haver um enriquecimento muito grande. E também sinto falta de cursos específicos na área. E por outra, se surge algum curso, temos muita dificuldade em sermos dispensados para fazê-lo”. (fonoaudióloga)

“É difícil a gente se avaliar. Mas eu sinto grande falta em fazer cursos, cursos voltados à educação especial e à estimulação precoce. A instituição também deve pensar em dar mais apoio para a gente se aperfeiçoar”. (psicóloga)

“No meu exercício profissional ... eu acho que a estimulação é um campo novo, que as pessoas que vão para a estimulação não têm uma formação específica. Eu diria que falta conhecimento. Acho que deveríamos ter mais cursos específicos, uma base muito boa na questão do desenvolvimento infantil, para que fizéssemos realmente um bom trabalho”. (psicóloga)

Infere-se pelos dados e depoimentos acima que as informantes não se sentem dotadas dos instrumentais necessários para atuarem satisfatoriamente no atendimento em estimulação precoce. Tal fato não causa estranheza uma vez que a grande maioria não realizou nenhum curso específico na área de estimulação precoce (Quadro 5). Por outro lado, as que o fizeram afirmam que a formação obtida foi eminentemente

centralizada na escala do desenvolvimento infantil, com ênfase no fornecimento de estímulos à criança.

Da mesma forma, nas que fizeram cursos de especialização na área da educação especial ou em área correlata, verifica-se que essa formação não está propiciando uma atuação profissional coerente e condizente e muito menos as instrumentalizando teórica e metodologicamente, para trabalharem com segurança na área da estimulação.

Percebe-se também que as entrevistadas atuam de forma solitária, inexistindo uma equipe de trabalho. Esse fato decorre, muito provavelmente, da insegurança que sentem em relação ao exercício profissional, o que as leva a proteger-se, isolando-se no âmbito da própria atuação.

Esses dados e também os depoimentos destacados levam à suposição que a formação dos profissionais que atuam em estimulação precoce é bastante precária, originando dificuldades no exercício de um trabalho competente. Observa-se também que as entrevistadas não enxergam a estimulação como um atendimento importante na promoção do desenvolvimento da criança por meio da facilitação da interação mãe-bebê, o que leva também a dedução que esse enfoque não é abordado nos cursos complementares feitos pela maioria delas.

4.25 Você acha que o profissional de estimulação precoce está preparado para lidar com a família?

A totalidade das entrevistadas considera que o profissional de estimulação precoce não está preparado para lidar com a família. Atribui essa falta de preparo à deficiência dos cursos de graduação, de extensão e de especialização, bem como à falta de supervisão, como se pode notar pelas falas abaixo relacionadas:

“Olha, a graduação não prepara para a gente lidar com a família. A gente não tem conhecimento para lidar com os pais, o que nos ajuda é a nossa própria vivência ...”. (professora)

“O profissional de fisioterapia não recebe informações de como trabalhar com a família. Tudo o que a gente orienta para a mãe, foi porque a gente foi pesquisar e pelo pouco de tato que a gente vai vendo o que está acontecendo e contornando as situações. Mas acho muito importante que a gente que trabalha com a família, tivesse um acompanhamento, uma supervisão”. (fisioterapeuta)

“Acho que não. O profissional não é preparado para trabalhar com a família. A graduação e nem os cursos de extensão e especialização abordam a relação profissional-família. Isso é uma falha muito grande”. (fonoaudióloga)

“Acho que de um modo geral, os profissionais têm dificuldades. Vejo que alguns tem mais habilidade, mas é uma questão pessoal. Não que ele tenha preparo, formação. Não sinto que estejam preparados”. (psicóloga)

Os dados acima são, sem dúvida, assustadores e suas consequências se refletem no nível da própria atuação das profissionais, que trabalham conforme um modelo centrado na criança, onde a mãe aparece em um papel bastante secundário.

Infere-se, pelos depoimentos dados, graves deficiências na formação dessas profissionais, cujos cursos que realizaram se focalizam em técnicas a serem aplicadas nos “pacientes”, menosprezando totalmente as relações de afeto e sua importância no desenvolvimento humano.

Por outro lado, o reconhecimento, por parte das entrevistadas, de sua falta de preparo para lidar com a família, pode ser o motivo do distanciamento que impõem à mãe em relação a si próprias, seja no âmbito do atendimento como na “escuta” das dúvidas e sentimentos, como foi explicitado nas questões anteriores.

O depoimento abaixo ilustra bem o enfoque que as profissionais têm em relação ao próprio desempenho profissional, o que leva a presumir que o profissional de estimulação precoce é um profissional que se sente desamparado e impotente frente a um atendimento que não possui diretrizes solidamente fundamentadas e procedimentos metodológicos claros e precisos, o que o leva a angustiar-se e questionar-se sobre o significado da própria atuação:

“-Ah, me sinto muito angustiada. Acho que para a estimulação precoce falta um grupo de estudos, que a gente até tentou articular, já sugeri para a coordenadora, para os outros professores, para a gente se reunir, uma vez por semana, depois do horário de trabalho, pegar uma supervisão, ... Tem época que eu entro em crise e até penso em deixar de trabalhar, vou procurar outra coisa, porque não quero mais isso, porque a gente caminha, caminha, e não vai para lugar nenhum, fica patinando ... Às vezes a gente acaba fazendo e vendo muita burrada, muita coisa inadequada ... já vi mãe contando coisas para o profissional e ele responder: coitada de você! Isso foge até à ética profissional. São coisas assim que a gente, e eu estou incluída nisso também, que mostra falta de preparo, falta muito tato principalmente para trabalhar com mães, principalmente na estimulação precoce, porque é quando a mãe chega aqui que ela está mais traumatizada e isso é muito forte e muito claro ... a mãe chega e eu acho que a gente pega a mãe no pior momento da vida dela ... porque ela espera um filho saudável e normal, dentro de certos parâmetros e de repente ela tem um filho deficiente. Então ela se cobra muito: o que errei, no que falhei para ter este deficiente dentro de casa, né. Porque a gente que tem filho normal já é tão complicado aceitar aquela criança, aquele estranho que está dentro da sua casa, imagine para uma mãe que recebe uma criança com algum tipo de deficiência. Então eu acho que nós deveríamos estar muito bem preparados para lidar com esta mãe. E infelizmente, não estamos.”
(professora)

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O presente capítulo é apresentado em três seções, a saber: retrospectiva ao estudo, conclusões e sugestões.

5.1 RETROSPECTIVA AO ESTUDO

À título de investigação, inicialmente foram colocadas as seguintes questões norteadoras sob as quais se desenvolveu todo o processo metodológico:

- ***Quais são as concepções e o modo de atuação dos profissionais que trabalham em estimulação precoce, no atendimento de bebês de zero a um ano completo de idade?***
- ***A facilitação da interação entre a mãe e o filho é levada em consideração na atuação desses profissionais?***

Com base nas questões acima, foram entrevistadas vinte e duas profissionais (cinco fisioterapeutas, seis fonoaudiólogas, sete professoras e quatro psicólogas), com idades entre 24 e 54 anos, apresentando as seguintes características:

- a maioria delas tem um tempo de atuação na educação especial que varia de seis a quinze anos e trabalha na área da estimulação precoce num tempo de dois a nove anos;
- a totalidade das fisioterapeutas, fonoaudiólogas e psicólogas entrevistadas possui curso superior dentro de sua área específica de atuação. Já as professoras possuem curso de magistério a nível de segundo grau, sendo que a maioria também possui curso superior, destacando-se o curso de Pedagogia. Apenas uma profissional possui curso superior em Educação Especial.
- a maioria das profissionais realizou cursos de especialização em nível superior, sendo a maior parte deles na área da Educação Especial. Essa área também foi cursada por algumas delas, só que no nível de ensino médio (os chamados cursos adicionais ou cursos pós-normal). Grande parte das entrevistadas não possui nenhum curso específico na área da estimulação precoce.

A revisão de literatura, por sua vez, abordou: a) enfoques da estimulação precoce; b) considerações sobre a interação entre a mãe e o bebê; c) considerações sobre a interação entre a mãe e o bebê portador de deficiência, ressaltando o impacto do nascimento de um filho com deficiência, as reações e sentimentos maternos que interferem na interação com ele, bem como as vicissitudes dessa interação; c) considerações sobre a estimulação precoce como facilitadora da interação entre mãe e filho portador de deficiência.

5.2 CONCLUSÕES

Os dados levantados oferecem elementos fundamentais para uma análise mais aprofundada do seu teor e permitem chegar às seguintes conclusões:

- A maioria das profissionais que atua na estimulação precoce segue um modelo de atuação focalizado eminentemente na criança e em sua deficiência, uma vez que se preocupa em fornecer estímulos variados para o bebê a fim de sanar e atenuar déficits do seu desenvolvimento. Nesse modelo, as profissionais elegem a sua própria figura como o elemento fundamental no atendimento, em contraponto com a figura da mãe que é considerada em plano bastante secundário.
- O trabalho desenvolvido pelas profissionais possui um cunho mecanicista, uma vez que enfatiza atividades e exercícios terapêuticos, o que pode levar à fragmentação do sujeito chamado bebê, por ser o mesmo visto como partes a serem “reparadas”. Ao mesmo tempo, ele é um receptor passivo de manipulações e assim provavelmente é segurado e manuseado de forma insatisfatória, uma vez que não há uma adaptação ativa às suas necessidades. Por outro lado, essa forma de atuação do grupo estudado acaba encobrindo a figura da mãe, reforçando a visão do “deficiente” e não a do filho.

- O fato de cada profissional trabalhar de forma isolada, onde cada elemento do grupo realiza atividades específicas, assinala o que Bentes (1996) chama de “solidão profissional”, embora se afirme que haja uma “equipe” de atendimento.
- Tanto o plano de intervenção como a forma de avaliação realizados pela maioria do grupo estudado se concentram na “deficiência” do bebê e não incluem a participação da mãe e além do mais são realizados de forma fragmentada, o que os torna desprovidos de significação.
- Nas instituições em que a mãe costuma tomar parte do atendimento, a participação dela se dá de forma passiva e sempre de modo unilateral, isso é, ela de um lado, de preferência “observando sem interferir” para não “atrapalhar” e de outro, a profissional “trabalhando” o bebê. Em nenhum momento a mãe é convidada a interagir com o próprio filho, fato que mais uma vez pode reforçar a visão de uma criança fragilizada, podendo deixar a mãe temerosa em se relacionar com ela, ocasionando assim um desfavorecimento na interação entre ambos.
- Na situação em que a instituição ou a própria profissional não permitem a participação da mãe no atendimento, essa exclusão é justificada pelo fato de a mãe “atrapalhar” o trabalho da profissional com suas interferências, o que denota a não valorização da mesma na promoção do desenvolvimento do filho.

- As informações e orientações dadas à mãe pelo grupo estudado reforçam a idéia do bebê como um receptor passivo de manipulações, o que pode impedi-la de adaptar-se às suas necessidades. O “saber fazer” da mãe também é ignorado, uma vez que deve submeter-se aos “ensinamentos” das profissionais. Assim, uma vez que não são levadas em conta as condições afetivas e motivacionais maternas, é bem provável que essas informações e orientações permaneçam sem significado, uma vez que a mãe demonstra ter dificuldades de cumprí-las em casa.
- O grupo estudado considera que o principal motivo de o bebê não apresentar progresso no desenvolvimento é devido ao não cumprimento, pela mãe, das orientações dadas. Apesar da maioria das entrevistadas perceber uma mãe superprotetora, ansiosa, que rejeita e não colabora e que apresenta inadequações em sua relação com o filho, esses comportamentos em nenhum momento são visualizados como passíveis de comprometer o desenvolvimento infantil e portanto merecedores de uma atenção especial no âmbito do próprio atendimento. Mas, ao contrário, são considerados um “atrapalho”.
- Ao tornar-se mera espectadora do trabalho desenvolvido com o filho, podendo “atrapalhar” e algumas vezes até não ser bem vinda, pode-se supor que as faltas frequentes da mãe também decorrem da não necessária motivação para frequentar o atendimento.

- A maioria das entrevistadas preenche certos requisitos considerados essenciais para a atuação na educação especial e na estimulação precoce, uma vez que demonstram ter interesse pessoal pela área e interesse específico por bebês e se sentem motivadas para o exercício profissional. Contudo, a totalidade delas não está satisfeita com o seu desempenho profissional, sentindo principalmente falta de mais formação na área em que atuam, o que leva à suposição que não se sentem dotadas dos conteúdos e instrumentais teóricos, práticos e metodológicos necessários para a atuação satisfatória na estimulação precoce.
- A totalidade das entrevistadas também reconhece que o profissional de estimulação precoce não está preparado para lidar com a família, atribuindo essa falta de preparo à deficiência dos cursos que realizaram. De um lado, esse reconhecimento pode ser o motivo do distanciamento que as entrevistadas impõem à mãe em relação a si mesmas, seja no âmbito do próprio atendimento como na “escuta” de suas dúvidas e sentimentos. De outro, leva a um sério questionamento dos conteúdos e formação desses profissionais, que parecem enfatizar eminentemente a aplicação de técnicas, considerando o sujeito não como um conjunto de potencialidades a desenvolver, mas sim como peça de uma engrenagem a ser reparada.
- Como as profissionais desconhecem o atendimento em estimulação precoce como um atendimento importante na promoção do desenvolvimento da criança por meio da facilitação da interação mãe-bebê, acabam considerando a presença da mãe como um “atrapalho”. Esse fato sugere que os cursos e leituras por elas efetuados

não lhes propiciaram uma definição teórica mais adequada e condizente com a realidade dos processos psicológicos e relações envolvidos na estimulação precoce, o que sugere graves deficiências na própria formação. Esse fato se agrava ao se considerar que a maioria do grupo estudado possui curso de especialização na área ou em área correlata à Educação Especial. Pode-se inferir que esses cursos (bem como os cursos em estimulação precoce realizados por algumas profissionais) reforçam, quando o fazem, a prática de uma estimulação tecnicista, centrada na criança e embasada na promoção do desenvolvimento infantil por áreas. Por outro lado, parece que a própria instituição incentiva essa prática bem como acaba mecanizando o trabalho do grupo estudado, não lhe permitindo ampliar a própria formação e refletir sobre a própria prática.

5.3 PROPOSTAS E SUGESTÕES

Uma pesquisa é como uma investigação que transcende a sua conclusão formal. É como uma caminhada que vai além dos seus próprios resultados e sem considerá-la ainda terminada, as conclusões acima permitem emitir as seguintes sugestões:

- Propõe-se uma mudança do enfoque tecnicista atual do atendimento em estimulação precoce, por outro centralizado na criança e na mãe, a fim de facilitar a interação entre ambos e dessa forma promover o desenvolvimento infantil. As atividades desenvolvidas devem ser dirigidas para esse novo enfoque.

- A fim de evitar a fragmentação da criança e as consequências dessa fragmentação, sugere-se que a atuação direta com o bebê seja feita por um único profissional, especializado em estimulação precoce, como também defende Coriat (1993). Contudo essa participação única não deve excluir a equipe de trabalho. Não a equipe que atua hoje na estimulação, que trabalha com a área específica de sua formação e que não interage, mas sim uma equipe interdisciplinar, onde uma atitude dialogal não só deve orientar os interesses comuns mas também a organização e sustentação do trabalho daquele profissional que deverá interagir diretamente com o bebê e a mãe. Tal atuação deve possibilitar a parceria, a intercomplementaridade e um tratamento global dos problemas que surgirem.
- Na equipe de trabalho, a função do psicólogo deve ser, concordando-se com Bentes (1996, p. 120), o elo de ligação entre os diversos profissionais da equipe, estimulando a reciprocidade e aproximando as parcerias.
- A mãe deve participar ativamente do atendimento, devendo ter oportunidade de interagir com o filho. Deverá também ter apoio psicológico, incluindo um espaço de “escuta” no atendimento, onde possa colocar suas dúvidas e sentimentos.
- Por um lado, as concepções e modos de atuação das profissionais refletem forte influência da formação acadêmica, sendo necessária a substituição desses padrões por uma nova postura filosófica e epistemológica. Se uma nova postura não for implementada, é pouco provável que o enfoque tecnicista da estimulação precoce seja substituído pelo modelo focalizado na facilitação da interação mãe-bebê no

atendimento. Por outro lado, a escassez de literatura específica e os poucos cursos existentes comprometem a formação, a especialização e a atualização dos profissionais na área da Estimulação Precoce. Assim, propõe-se a mobilização da Universidade, para que essa participe ativamente da melhoria do ensino especial e em particular da estimulação, podendo e devendo inclusive influenciar as diretrizes educacionais nacionais que regem esse atendimento. Isso poderá ser feito mediante atividades de:

- a) **Ensino:** que deve propiciar cursos em estimulação precoce, que levem em conta no currículo, uma visão profunda e abrangente dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e pedagógicos relacionados à educação infantil, considerando a especificidade do desenvolvimento da criança portadora de deficiência bem como a importância do estabelecimento do vínculo mãe-filho e seu impacto nesse desenvolvimento. Também se sugere, concordando com Coriat (1993), que o profissional de estimulação deve dominar alguns conteúdos da psicanálise, a fim de entender os processos de interação mãe-bebê, sua importância na construção do sujeito e a dinâmica psíquica da mãe de um filho com deficiência. A estimulação precoce, no enfoque aqui proposto, deve também ser incluída como disciplina obrigatória nos cursos de especialização em educação especial, a fim de ampliar os conhecimentos dos demais profissionais que atuam na área da deficiência.

- b) **Pesquisa:** no desenvolvimento de projetos, programas e estratégias apropriadas para a estimulação precoce, seja no âmbito das instituições ou no seio da

própria família ou comunidade.

- Também se espera que o presente estudo, elaborado como tese de doutorado no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, possa trazer alguns subsídios para a formação de profissionais que atuam e estejam envolvidos na estimulação precoce.
- Finalmente, vale ressaltar que o estabelecimento de condições que facilitem a interação mãe-filho deve ser a mola propulsora do atendimento em estimulação precoce, uma vez que pode converter-se em uma das chaves fundamentais para a promoção do desenvolvimento do bebê portador de deficiência.

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Local da entrevista: Data: .../.../19__.

A - Caracterização das profissionais

1. Idade
2. Escolaridade
3. Formação a nível de pós-graduação:
4. Formação em estimulação precoce:
5. Tempo de atuação profissional na educação especial, antes de atuar na estimulação:
6. Tempo de atuação profissional na área da estimulação precoce:

B – Entrevista propriamente dita

1. Por que você escolheu trabalhar na área da deficiência?
2. Por que você escolheu trabalhar em estimulação precoce?
3. Para você, quais são os objetivos da estimulação precoce?
4. O que você considera fundamental para um bom atendimento em estimulação precoce?
5. No atendimento do bebê, é elaborado um plano de intervenção? Se sim, como é elaborado? Você costuma seguir esse plano?
6. O plano de intervenção é apresentado à mãe? Quem o apresenta?
7. Que tipo de trabalho você desenvolve com a criança?

8. No que você se baseia para o exercício do seu trabalho?
9. Como é feita a avaliação da criança?
10. A mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce?
11. Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, qual o objetivo de sua participação?
12. Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, de que forma ela participa?
13. Se a mãe costuma participar do atendimento em estimulação precoce, de que modo ela costuma se comportar?
14. Se a mãe não costuma participar do atendimento, qual a razão?
15. Em que as mães costumam ajudar a estimulação precoce?
16. Em que as mães costumam atrapalhar a estimulação precoce?
17. Como você percebe o relacionamento da mãe com a criança?
18. Que características você destaca na mãe de um filho com deficiência?
19. Você costuma informar e orientar a mãe? Quais os tipos de informação e orientação? De que forma são dadas estas informações e orientações?
20. Qual o comportamento da mãe frente às informações e orientações dadas?
21. A mãe fala com você sobre suas dúvidas? Se sim, que tipo de dúvidas ela costuma ter?
22. A mãe costuma lhe colocar os seus sentimentos? Se sim, o que você faz?
23. A mãe é assídua ou costuma faltar ao atendimento? Se costuma faltar, quais os motivos alegados?
24. Como você avalia o seu desempenho profissional na estimulação precoce?
25. Você acha que o profissional de estimulação precoce está preparado para lidar com a família?

ANEXO 2 - RELATÓRIO DO ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de se verificar a adequação do instrumento de coleta de dados, bem como familiarizar-se com o manejo da aplicação do instrumento, foi realizado um estudo piloto envolvendo três profissionais que atuam diretamente com bebês de zero a um ano completo de idade, no atendimento em estimulação precoce. Salienta-se que o instrumento de coleta de dados é constituído de um roteiro de entrevista.

Os profissionais foram selecionados em três instituições diferentes, de forma aleatória, entre a equipe de trabalho que presta atendimento aos bebês acima citados, constituindo-se de uma fisioterapeuta (que atende bebês com deficiência física) e duas professoras (que atendem, respectivamente, bebês com deficiência da audiocomunicação e deficiência visual).

As entrevistas foram marcadas com antecedência e foram realizadas no próprio âmbito da escola, em sala privativa. Foram gravadas em fita cassete com o prévio consentimento dos sujeitos.

Em seguida, as entrevistas foram transcritas e os dados coletados foram lidos minuciosamente. As falhas constatadas propiciaram a reformulação do instrumento de coleta de dados, destacando-se a alteração de alguns itens, introdução de novas perguntas e eliminação de algumas consideradas desnecessárias. Destacou-se também a necessidade, em algumas situações, de se formular as perguntas independentemente da ordem sequencial prevista dos itens da entrevista. Um levantamento inicial de categorias também permitiu clarificar a proposta do presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, N. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- AJURIAGUERRA, J. de; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência** (em companhia de Hércules). São Paulo, Robe, 1995.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. **Psicologia do Excepcional**. São Paulo, EPU, 1986.
- AMIRALIAN, M. L. T. M.; BECKER, E. Deficiência congênita e autismo secundário: um risco psicológico. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. II, n. 2, p. 49-55, 1992.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP, Papirus, 1995.
- ARCIERI, J. B. C. Interação entre mães e seus filhos prematuros, em isolete, no berçário de uma maternidade pública: uma aproximação descritiva. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 24., Ribeirão Preto, São Paulo, 1994. **Resumos de Comunicações Científicas**. Ribeirão Preto, Sociedade Brasileira de Psicologia, 1994. p.340.
- ARIAS, M. I. A escuta do indizível. In: JERUSALINSKY, A. et al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- ASHCROFT, S. Excepcionalidade e ajustamento. In: DUNN, L. M. **Crianças Excepcionais, seus problemas, sua educação**. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1971.

- BAILEY Jr., D. B.; SIMEONSSON, R. J. Assessing needs of families with handicapped infants. **The Journal of Special Education**, v. 22, n. 1, spr. 1988.
- BAILEY Jr., D. B.; PALSHA, S. A.; SIMEONSSON, R.J. Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early intervention. **Exceptional Children**, v. 58, n. 2, p. 156-165, oct./nov. 1991.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Persona, 1979.
- BATISTA, C.G.; ENUMO, S.R.F. Prevenção em saúde – prevenção de deficiências. In: NUNES, L.R.O.P., org. **Prevenção e intervenção em educação especial**. Rio de Janeiro: Anpepp, 1996.
- BELL, S. M.; AINSWORTH, M. D. S. Infant crying and maternal responsiveness. **Child Development**, n. 43, p. 1171-1190, 1972.
- BENTES, N. O. **Atuação do psicólogo escolar na equipe interdisciplinar**. São Paulo, 1996. 156 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- BETTELHEIM, B. **A fortaleza vazia**. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
- BJÖRCK-AKESSON, E.; GRANLUND, M. Family involvement in assessment and intervention: perceptions of professionals and parents in Sweden. **Exceptional Children**, v. 61, n. 6, p. 520-535, may 1995.
- BLACHER, J. Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: fact or artifact? **American Journal on Mental Retardation**, n. 22, p. 55-68, 1984.
- BOLSANELLO, M. A. **A educação da gestante como medida de prevenção da excepcionalidade infantil**. Curitiba, 1991. 139 p. Dissertação (Mestrado) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

- BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo, Martins Fontes, 1990. (Trilogia Apego e Perda, v. 1).
- BRANCO, A. U. A relação mãe-criança: considerações sobre a ontogênese da "natureza" social do ser humano. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 296-300, set./dez. 1987.
- BRANDÃO, P. C. D. Considerações sobre a formação profissional na área recuperativa: critérios a serem levados em conta no atendimento de crianças pequenas? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA INFANTIL, 7., Canela, Rio Grande do Sul, 1983. **Anais**. Porto Alegre, ABENEPI, 1983. p. 453-459.
- BRANDÃO, P. C. O bebê com síndrome de Down e seus pais. [Apresentado no 4. Congresso Mundial e 2. Congresso Nacional da Criança Autista, São Paulo, 1991].
- BRASIL. **Educação Especial no Brasil**. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Especial, Brasília, 1994.
- BRASIL. **Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais**. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Especial, Brasília, 1995.
- BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- BRESLAU, N.; DAVIS, G. C. Chronic stress and major depression. **Archives of General Psychiatry**, n. 43, 309-314, 1986.

- BRINKER, R. P.; SEIFER, R.; SAMEROFF, A. J. Relations among maternal stress, cognitive development, and early intervention in middle-and-low-SES infants with infants with developmental disabilities. **American Journal on Mental Retardation**, v. 98, n. 4, p. 463-480, jan. 1994.
- BRUCE, E. J.; SCHULTZ, C. L. Complicated loss: considerations in counselling the parents of a child with an intellectual disability. **The Australian Counselling Psychologist**, n. 8, p. 8-20, 1992.
- BUCKHALT, J. A.; RUTHERFORD, R. B.; GOLDBERG, K. Verbal and nonverbal interaction of mothers with their Down's syndrome and nonretarded infants. **American Journal of Mental Deficiency**, 82, p. 337-343, 1978.
- BUIUM, N.; RYNDERS, J.; TURNURE J. Early maternal linguistic environment of normal and Down's syndrome language-learning children. **American Journal of Mental Deficiency**, 79, p. 52-58, 1974.
- BUSCAGLIA, L. F. Primeiro os pais. **O Correio da Unesco**, n. 8, p. 4-7, ago. 1981.
- BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro, Record, 1993.
- CAPUZZI, C. Maternal attachment to handicapped infants and the relationship to social support. **Research in Nursing and Health**, v.12, n. 3, p. 161-67, jun. 1989.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo, Cortez, 1995.
- CLOUTIER, R.; GIGNAC, F. L'évaluation de l'intervention précoce par l'analyse des données développementales. **Revue Francophone de la Deficience Intellectuelle**, French, v. 1, p. 95-104, dec. 1990.
- CONDON, W. S.; SANDER, L. W. Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. **Science**, n. 183, p. 99-101, 1974

- CORIAT, E. **A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas**. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1997.
- CORIAT, L. F.; JERUSALINSKY, A. N. Definición de estimulación temprana. **Cuadernos del Desarrollo Infantil**, Buenos Aires, v. 2, p. 4-5, s.d. (Fundamentos de la Estimulación Temprana).
- CORIAT, L. F.; JERUSALINSKY, A. N. Estimulación temprana. [Conferência apresentada no 3. Congresso Latinoamericano de Neuropsiquiatria Infantil, São Paulo, 1975].
- COSTA, T.P.G. **Percepção de mães de crianças deficientes mentais acerca das necessidades especiais de seus filhos afetados e delas próprias**. São Carlos, 1989. 164 p. Dissertação (Mestrado). - Mestrado em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- COX, A. D. et al. The impact of maternal depression in young children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 28, n. 6, p. 917-928, nov. 1987.
- DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. São Paulo, Cortez, 1996.
- DIATKINE, R. Le développement de la relation d'objet et des affects. **La psychiatrie de l'enfant**, v. 21, n. 2, p. 357-372, 1978.
- DOWNEY, G.; COYNE, J. C. Children of depressed parents: an integrative review. **Psychological Bulletin**, n. 108, p. 50-76, 1990.
- DUNST, C.J. et al. Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? **Exceptional Children**, v. 58, n. 2, p. 115-126, oct/nov. 1991.
- EISERMAN, W. D.; WEBER, C.; McCOUN, M. Parent and professional roles in early intervention: a longitudinal comparison of the effects of two intervention configurations. **The Journal of Special Education**, v. 29, n. 1, p. 20-44, spr. 1995.

- ERNY, P. **Etnologia da educação**. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
- FALSETTI, L. A. V. **A criança, sua doença e a mãe**: um estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por doença ou deficiência. São Paulo, 1990. 205 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FEATHERSTONE, H. **A difference in the family**. New York, Peguin, 1980.
- FIELD, T. High-risk infants “have less fun” during early interactions. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 3, n. 1, p. 77-87, 1983.
- FONSECA, V. da. **Educação especial**: programa de estimulação precoce. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- FORTES, H. **Puericultura**. Rio de Janeiro, Capitólio, 1955.
- FOSTER, O. H.; JERUSALINSKY, A. Bases neurofisiológicas da estimulação precoce. In: JERUSALINSKY, A. et al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- GESTEIRA, M. **Puericultura**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1957.
- GILLIÈRON, C. El psicopedagogo como observador: por qué y como. **Infancia y Aprendizaje**, Madrid, n. 9, p. 7-21, 1980.
- GILLIÈRON, C. **La construction du réel chez le psychologue**. Berne, Peter Lang, 1985.
- GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1968.
- GOWEN, J. W. et al. Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: a longitudinal study. **American Journal on Mental Retardation**, v. 94, n. 3, p. 259-271, 1989.
- GURALNICK, M. J. The next decade of research on the effectiveness of early intervention. **Exceptional Children**, v. 58, n. 2, p. 174-83, oct./nov. 1991.

- GURALNICK, M. J. **The effectiveness of Early Intervention**. Maryland, Paul H. Brookes, 1997.
- HEESE, G. **La estimulación temprana en el niño discapacitado**. Buenos Aires, Panamericana, 1986.
- HERREN, H.; HERREN, M.P. **A estimulação psicomotora precoce**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- HODAPP, R.M.; YOUNG, K.T. Maternal emotional reactions to the premature infant in the context of the family. **Canadian Journal of Behavioural Science**, v. 24, n. 1, p. 29-40, jan. 1992.
- JERUSALINSKY, A. N.; CORIAT, L. F. Aspectos constitucionales del bebé y su influencia en la relación madre-hijo. **Cuadernos del Desarrollo Infantil**, Buenos Aires, v. 1, p. 11-17, s.d.
- JERUSALINSKY, A. N.; CORIAT, E. Estimulação Precoce e Função Materna. In: Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil, 7., Canela, Rio Grande do Sul, 1983. **Anais**. Porto Alegre, Abenepi, 1983. p. 436-446, v. 2.
- JERUSALINSKY, A. et al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- KANG, R. El proceso de familiarización de la madre y el niño. In: BARNARD, K. E. et al. **Las primeiras relaciones entre padres y el niño**. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1982. p. 44-47.
- KELLY, J. F. Effects of intervention on caregiver-infant interaction when the infant is handicapped. **Journal of the Division for Early Childhood**, n. 5, p. 51-63, 1982.
- KEW, S. **Handicap and family crisis**. London, Pitman, 1975.

- KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KORKOWSKI, H. Die Fruhbetreuung entwick lungsauffalliger und behinderter Kleinkinder und ihrer Mutter. Ein Projekt na einer Korperbehinderten-Schule **Zeitschrift-fur-Individual psychologie**, v.17, n.1, p.51-66,1992.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo, Atlas, 1985.
- LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- LEVITT, M. J.; WEBER, R. A.; CLARK, M. C. Social network relationships as sources of maternal support and well-being. **Development Psychology**, 2, p. 310-316, 1986.
- LODI, J. B. **A entrevista: teoria e prática**. São Paulo, Pioneira, 1991.
- LÜDKE, M.;ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.
- MAHLER, M. S.; PINE, F.; BERGMAN, A. **O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação**. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- MAHONEY, G.; POWELL, A. Modifying parent-child interaction: enhancing the development of handicapped children. **The Journal of Special Education**, v. 22, n. 1, p. 82-96, spr. 1988.
- MANNONI, Maud. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- MARFO, K. Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: na analytical commentary. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 531-549, may 1990.

- MASINI, E. F. S. **O perceber e o relacionar-se do deficiente visual**: orientando professores especializados. São Paulo, 1990. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.
- MASINI, E.F. S. A educação do portador de deficiência visual: as perspectivas do vidente e do não vidente. In: ALENCAR, E.M.L.S (org.). **Tendências e desafios da educação especial**. Brasília, Seesp, 1994
- MAZZOTTA, M. J. S. **Trabalho docente e formação de professores de educação especial**. São Paulo, EPU, 1993.
- McCONACHIE, H. Mother's and father's interaction with their young mentally handicapped children. **International Journal of Behavioral development**, v. 12, n. 2, p. 239-255, 1989.
- McFADYEN, A. **Special care babies and their developing relationships**. London and New York, Routledge, 1994.
- MINDE, K. et al. How they grow up: 41 physically handicapped children and their families. **American Journal of Psychiatry**, n. 128, p.1554-1560, 1972.
- MITCHELL, D.R. Parent's interactions with their developmentally disabled or at-risk infants: a focus for intervention. **Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities**, v. 13, n. 2, p. 73-81, jun. 1987.
- MUCCHIELLI, A. **Les méthodes qualitatives**. Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- ODOM, S. L.; YODER, P; HILL, G. Developmental intervention for infants with handicaps: purposes and programs. **The Journal of Special Education**, v. 22, n. 1, p. 11-24, spr. 1988.

- OLIVEIRA, A. J. A. A importância da estimulação precoce na prevenção dos distúrbios do desenvolvimento infantil. [Conferência apresentada no Ciclo de Conferências sobre Educação Especial, São Paulo, 1979].
- OMOTE, S. **Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados**: um estudo psicológico. São Paulo, 1980. 125 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Treinando o deficiente na comunidade**. Parte A. Caderno I. Guia para organizadores e planejadores. Brasil, Unicef, 1980.
- PÁEZ, S. C. de. La estimulación temprana como sostén de la función materna. **Cuadernos del Desarrollo Infantil**, Buenos Aires, v.2, p.19-22, s.d.
- PÊCHEUX, M. G.; RUEL, J.; BORNSTEIN, M. H. Mères et bébés pendant la première année: une étude longitudinale de deux types d'interaction. **L'Année Psychologique**, n. 92, p. 45-58, 1992.
- PÉREZ-RAMOS, A. M. Q. **Estimulação precoce**. Informações básicas aos pais e profissionais. Projeto multinacional de educação, MEC/OEA. Brasília, Gráfica Central, 1975.
- PHILIP, M; DUCHKWORTH, D. **Children with disabilities and their families**: a review of research. Windsor, NFER/ Nelson, 1982.
- REGEN, M.; ARDORE, M.; HOFFMANN, V. M. B. **Mães e filhos especiais**: relato de experiência com grupos de mães de crianças com deficiência. Brasília, Corde, 1993.
- RELIER, J. P. Importance de la Relation mère-enfant avant la naissance. In: **Le petit enfant et l'éveil culturel**: roles des familles, rôle des institutions. Paris, Syros, 1994.

- RICHARD, N. B. Interaction between mothers and infants with Down syndrome: infant characteristics. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 6, n. 3, p. 54-71, fal. 1986.
- ROGERS, S. J. Characteristics of social interactions between mothers and their disabled infants: a review. **Child Care, Health and Development**, 14, n. 5, p. 301-317, sep./oct. 1988.
- SANDER, L.W. Polarity, paradox and the organizing process in development. In: CALL, D.; GALENSON, E.; TYSON, R. L. **Frontiers of infant psychiatry**. New York, Basic Books, 1983.
- SARIMSKI, K. Kommunikation zwischen Müttern und behinderten Kleinkindern. **Fruhforderung Interdisziplinär**, v. 2, n. 4, p.167-174,1983.
- SEITZ, V.; ROSENBAUM, L. K.; APFEL, N. H. Effects of family support intervention: a ten-year follow-up. **Child Development**, n. 56, p. 376-391, 1985.
- SHONKOFF, J. P.; HAUSER-CRAM, P. Early intervention for disabled infants and infants and their families: a quantitative analysis. **Pediatrics**, v. 80, n. 5, p. 650-658, nov. 1987.
- SIGOLO, S. R. R. L. **Análise da interação mãe-criança com atraso de desenvolvimento no segundo ano de vida**. São Paulo, 1994. 203 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SLOPER, P.; TURNER, S. Risk and resistance factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 34, n. 2, p. 167-188, feb. 1993.
- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre, Artes Médicas,

1980.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

SROUFE, L. A.; FOX, N. E.; PANCAKE, V. R. Attachment and dependency in developmental perspective. **Child Development**, n.54, p.1615 -1627, 1983.

STERN, D. N. The goal and structure of mother-infant play. **J. M . Acad. Child Psychiatry**, n. 13, p. 402-421, 1974.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

TETI, D. M. et al. Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. **Developmental Psychology**, v.31, n. 3, p. 364-376, may 1995.

TOMKO, B. Mourning the dissolution of the dream. **Social Work**, n. 28, p. 391-92, 1983.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

VIANA, M. L.; GIACOMONI, C. H.; RASHID, L. O que fiz por merecer? Aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. **Psico**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 91-99, jan./jun. 1994.

WEBER, J. L.; STONEMAN, Z. Parental nonparticipation in program planning for mentally retarded children: an empirical investigation. **Applied Research in Mental Retardation**, v. 7, n. 3, p. 359-369, 1986.

WENDLAND-CARRO, J. et al. Efeitos de uma intervenção precoce na qualidade de interação mãe-bebê. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 24., Ribeirão Preto, São Paulo, 1994. **Resumos de Comunicações Científicas**. Ribeirão Preto, Socie-

- dade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1994. p. 347.
- WIDNER, C.; TISSOT, R. **Os modos de comunicação do bebê**. São Paulo, Manole, nole, 1987.
- WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro, Zahar, 1975a.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro, Imago, 1975b.
- WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo, Martins Fontes, 1989.
- WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- YODER, P. J.; FEAGANS, L. Mother's attributions of communication to prelinguistic behavior of developmentally delayed and mentally retarded infants. **American Journal on Mental Retardation**, v. 93, n. 1, p. 36-43, jul. 1988.