

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PRIMEIRA INFÂNCIA

Raquel Medeiros dos Santos

Universidade Federal da Paraíba – raquellmedeiros@live.com

José Eduardo da Silva Oliveira

Universidade Federal da Paraíba – o.eduardo.oliveira@gmail.com

Nadia Maria Ribeiro Salomão

Universidade Federal da Paraíba - nmrs@uol.com.br

RESUMO: O desenvolvimento ocorre a partir de mudanças sistemáticas que ocorrem nos indivíduos desde sua concepção até sua morte. A maturação e a aprendizagem, caracterizadas como processos subjacentes às mudanças no desenvolvimento, correspondem, respectivamente, ao desenvolvimento biológico do indivíduo e o processo através do qual as experiências vividas irão produzir mudanças permanentes no corpo. O estudo destaca o primeiro estágio de Piaget, onde as crianças coordenam as informações sensoriais recebidas com suas habilidades motoras, formando esquemas comportamentais. O presente estudo caracterizou-se como exploratória e de abordagem qualitativa, foram realizadas duas observações sistemáticas através da técnica de registro contínuo e aplicação de entrevista semi-estruturada. Participaram deste estudo a criança observada, aqui identificada por D., seus pais e a babá. A criança, do sexo masculino, possuía 1 ano de idade cronológica e 8 meses de idade corrigida e fora caracterizado ao nascer por prematuro extremo. Seu desenvolvimento é considerado satisfatório de acordo com sua idade corrigida, comprovado a partir de exames realizados. De modo geral conclui-se que a criança não se encaixa naquilo esperado para indivíduos que vivenciaram sua mesma situação.

Palavras-chave: Desenvolvimento, prematuro extremo, prematuridade.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento refere-se as continuidades sistemáticas de mudanças que nos indivíduos ocorrem desde a concepção até a morte. As mudanças caracterizam-se como

sistemáticas por ocorrerem ordenadas, padronizadas e serem relativamente permanentes (SHAFFER, 2005).

Existem dois processos subjacentes às mudanças no desenvolvimento, um desses processos é a maturação, que corresponde ao

desenvolvimento biológico do indivíduo de acordo com um plano contido em seu código genético. O processo maturacional nos torna capazes de andar e pronunciar as primeiras palavras por volta de 1 ano de idade, atingir a maturidade sexual entre os 11 e 15 anos e, então, envelhecer e morrer. Um segundo processo crítico para o desenvolvimento é a aprendizagem, o processo pelo qual nossas experiências produzem mudanças relativamente permanentes em nossos sentimentos, pensamentos e comportamentos (SHAFFER, 2005).

Teorias do desenvolvimento infantil

Buscando observar e estudar da melhor maneira as mudanças ocorridas a partir do nascimento, Jean Piaget identificou quatro grades estágios de desenvolvimento cognitivo, são eles: o estágio sensório-motor (crianças do nascimento aos 2 anos de idade), o estágio pré-operacional (dos 2 aos 7 anos de idade), o estágio das operações concretas (dos 7 aos 11 anos de idade) e o estágio das operações formais (dos 11 anos de idade em diante) (SHAFFER, 2005).

Destacamos aqui o primeiro estágio de Piaget, segundo Shaffer (2005), durante o estágio sensório-motor as crianças coordenam as informações sensoriais que recebem com suas habilidades motoras, formando esquemas

comportamentais que lhes permite “agir sobre” e “conhecer” seu ambiente.

Devido ao crescimento cognitivo ocorrer de maneira muito rápida neste período, Piaget dividiu o estágio sensório-motor em seus subestágios que descrevem a transição da criança de um ser reflexivo para um ser refletivo. Dentre estes subestágios destacamos o quarto subestágio denominado coordenação de esquemas secundários, que envolvem crianças dos 8 aos 12 meses. Neste subestágio as respostas realmente planejadas aparecem pela primeira vez à medida que a criança começa a coordenar duas ou mais ações para realizar objetivos simples (SHAFFER, 2005).

Segundo Berger (2012), no estágio quatro os bebês preveem eventos que satisfarão suas necessidades e desejos e tendem fazer com que esses eventos ocorram, o que pode ser chamado de comportamento direcionado para uma meta. Ainda segundo Berger (2012), o evidente direcionamento do bebê para uma meta nessa idade deriva do desenvolvimento de uma consciência aperfeiçoada de causa e efeito e de memória para ações que o bebê realizou durante essa fase. E essa consciência cognitiva coincide com a emergência das habilidades motoras necessárias para alcançar as metas do bebê.

Um dos desenvolvimentos mais visíveis no primeiro ano de vida é o progresso que os

bebês realizam ao controlar seus movimentos e aperfeiçoar suas habilidades motoras. Os bebês são definidos ao nascer como indefesos, caracterização que provém da inabilidade de o recém-nascido mover-se por si próprio (SHAFFER, 2005).

Entretanto os bebês não permanecem imóveis por muito tempo, ainda segundo Shaffer (2005), ao final do primeiro mês o cérebro e os músculos do pescoço amadurecem e suficiente para permitir que os bebês alcancem o primeiro degrau do desenvolvimento motor – levantar o queixo quando deitados sobre seu estômago. Logo em seguida as crianças levantam o peito para alcançar objetos, rolam sobre o corpo e sentam quando alguém as segura.

Berger (2012), afirma que as primeiras habilidades motoras da criança não são habilidades e sim reflexos, ou respostas involuntárias a estímulos específicos. Existem três conjuntos de reflexos essenciais para a sobrevivência e que se tornam mais fortes à proporção que o recém-nascido se desenvolve, são eles o reflexo respiratório, o reflexo da sucção e o reflexo de enraizamento, ou reflexo de busca. Estes reflexos têm como função manter o suprimento de oxigênio, controlar a alimentação e manter constante a temperatura do corpo.

As habilidades motoras grossas envolvem grandes movimentos do corpo e

originam-se diretamente nos reflexos. Os recém-nascidos quando deitados de bruços movimentam automaticamente braços e pernas como se estivessem nadando ou tentando erguer a cabeça para olhar em volta, a proporção que ganham força muscular são conquistados novos movimentos e alguns meses mais tarde, geralmente entre 8 e 10 meses após o nascimento, a maioria das crianças pode erguer a parte média do corpo e rastejar ou engatinhar coordenando os movimentos das mãos e dos joelhos de maneira suave e equilibrada (BERGER, 2012).

A marcha apresenta um progresso semelhante, em média uma criança pode caminhar sendo segura por uma das mãos aos 9 meses, pode ficar de pé sozinha por alguns instantes aos 10 meses, e pode caminhar bem, sem ajuda, aos 12 meses (BERGER, 2012).

Nos primeiros 10 a 13 meses de vida as crianças estão na fase pré-linguística do desenvolvimento da linguagem, caracterizado como o período antes da primeira palavra significativa (SHAFFER, 2005).

Os primeiros sons são realmente reflexos, emitidos mesmo que ninguém esteja falando, mas aos 4 meses já são mais deliberados, agora emitidos como conversação, com pausas próprias para ouvir. Por volta dos 6 ou 7 meses os bebês começam a repetir certas sílabas, fenômeno chamado de

balbucio devido ao jeito como sua. Durante os meses seguintes o balbucio começa a variar e a incorporar mais e mais sons da língua nativa. Por fim, por volta de 1 ano o bebê médio fala algumas palavras, não as pronunciando com clareza nem as usando com precisão (BERGER, 2012).

Várias emoções aparecem em diferentes momentos durante os 2 primeiros anos de vida. Ao nascimento os bebês demonstram interesse, dor, nojo e contentamento. Outras emoções primárias ou básicas que surgem entre o segundo e o sétimo mês de vida são raiva, tristeza, alegria, surpresa e medo (SHAFFER, 2005).

A primeira emoção que podemos perceber no recém-nascido é a aflição, demonstrada mais claramente pelo choro de fome ou de dor, pode ser provocada também por um desconforto físico, um ruído alto ou uma súbita perda de sustentação. A tristeza, ou pelo menos a sensibilidade a ela, é também visível no início da infância. O sorriso social, um sorriso em resposta a uma face ou uma voz, surge por volta dos 6 meses de idade (BERGER, 2012).

Berger (2012), afirma também que as emoções infantis tornam-se mais diferenciadas e distintas em algum momento entre 6 e 9 meses. As mudanças nas emoções que vêm com o desenvolvimento tornam-se mais evidentes com o medo e a ansiedade. Os

bebês tornam-se muito mais temerosos à medida que amadurecem, atingindo um pico entre os 9 e os 15 meses.

A ansiedade de separação, o receio de ser abandonado pela mãe ou responsável surge por volta dos 8 ou 9 meses e atinge o máximo pelos 14 meses e depois se reduz, neste momento de pico a ansiedade de separação faz com que crianças de 1 ano chore sempre que a mãe vai às compras, vai tomar banho ou mesmo quando está na cama debaixo dos lençóis (BERGER, 2012).

À proporção que o bebê vai se desenvolvendo, ambos os processos estão em funcionamento: as emoções do bebê tornam-se mais fáceis de ser entendidas pelas outras pessoas, assim como o bebê compreende melhor as expressões emocionais dos outros (BERGER, 2012).

Capacidade sensorial

Ao nascimento a visão é o menos desenvolvido dos sentidos. Os recém-nascidos focalizam com mais facilidade os objetos entre 10 e 75 centímetros de distância. A ampliação da maturidade do córtex visual é responsável por outros melhoramentos da capacidade visual do bebê. Quando o recém-nascido de 1 mês olha para um objeto, o olhar muitas vezes se desvia, sua capacidade de perscrutar o objeto é totalmente imperfeita. Aos 3 meses de idade quando olham um

rosto, eles examinam com maior atenção as áreas dos olhos e da boca, que contêm a maior parte das informações (BERGER, 2012).

Segundo Shaffer (2005), a acuidade visual sugere que o neonato pode ver a 6 metros o que um adulto de visão excelente enxerga a 180 metros. A acuidade visual melhora durante os primeiros meses, por volta dos 6 meses há um aprimoramento e aos 12 meses já é capaz que um bebê veja tão bem quanto um adulto.

Ao contrário da visão, a audição no nascimento é plenamente sensível. Quando estão despertos, os bebês viram a cabeça num esforço para localizar a origem do som e começam a associar visão e som. As crianças pequenas são especialmente atentas aos ruídos, os recém-nascidos podem distinguir as vozes de suas mães das vozes de outras mulheres logo após o nascimento, porque mesmo quando ainda no útero eles ouvem (BERGER, 2012).

Os bebês aprendem cedo a reconhecer as palavras que mais ouvem. Ao redor dos 4 meses e meio eles voltarão suas cabeças ao ouvirem o próprio nome, mas não ao escutar outros nomes, mesmo quando esses outros nomes possuem os mesmos padrões de acentuação (SHAFFER, 2005).

Embora menos desenvolvido que a audição, o sentido do paladar em um recém-nascido funciona perfeitamente. O sentido do

olfato dos recém-nascidos é ainda mais aguçado, principalmente no caso de odores que sejam particularmente significativos para eles (BERGER, 2012).

Berger (2012), aponta também que juntos, o paladar e o olfato continuam a se desenvolver durante os primeiros meses, tornando-se plenamente aguçados com 1 ano. No final da primeira infância esses sentidos estão mais aguçados do que em qualquer outro momento da vida.

Por fim, o tato é extraordinariamente apurado durante o primeiro ano de vida. Mesmo nos primeiros meses, muito antes das limitadas habilidades visuais permitirem a inspeção visual cuidadosa, os bebês manipulam objetos para examiná-los. Aos 6 meses os bebês distinguem objetos com base na temperatura, no tamanho, na dureza e na textura, pouco mais adiante são capazes de distinguir objetos pelo peso (BERGER, 2012).

Desenvolvimento pré-natal

O período pré-natal pode ser dividido em vários períodos. Em primeiro lugar está a concepção, a seguir o período entre concepção e nascimento está dividido em três fases. A primeira é o estágio germinal, que vai da concepção até a implantação, quando o organismo em desenvolvimento se firma na parede do útero. A segunda fase é o estágio

embriônico, este estágio é caracterizado pela diferenciação das células à medida que os órgãos principais se desenvolvem. A última fase é o estágio fetal, este estágio é caracterizado principalmente por crescimento, não pela formação de novos órgão (NEWCOMBE, 1999).

Como o ambiente pré-natal é o corpo da mãe, praticamente tudo o que incide sobre seu bem-estar, da dieta ao humor, pode alterar o ambiente do feto e afetar seu crescimento. Nem todos os riscos ambientais são igualmente nocivos a todos os fetos. Alguns fatores são teratogênicos, produzem defeitos de nascimento, em alguns casos, em outros têm pouco ou nenhum efeito (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2010).

Com um número cada vez maior de adolescentes que engravidam e muitas mulheres tendo filhos pela primeira vez aos 30 anos, tem crescido o interesse pelo efeito da idade sobre a fertilidade e a saúde do recém-nascido e da mãe (NEWCOMBE, 1999).

Segundo Newcombe (1999), a gravidez em adolescentes tem mais probabilidade de risco para o bebê e para a mãe do que a gravidez em mulheres de 20 anos, embora os riscos possam ser substancialmente reduzidos por cuidado pré e pós-natal adequado e nutrição correta. Ela traz também que mulheres com mais de 30 anos têm um índice

de fertilidade mais baixo do que mulheres de 20 anos, sendo que a fertilidade continua a cair com a idade. Essas mulheres também têm mais probabilidade de passar doenças durante a gravidez e de terem um parto mais longo e mais difícil.

Para manter sua própria saúde durante a gravidez e para ter um bebê saudável, uma gestante deve seguir uma dieta adequada. Alguns aspectos da dieta são especialmente importantes nas primeiras semanas da gravidez, antes de muitas mulheres sequer saberem que estão grávidas (NEWCOMBE, 1999).

Bebês de mulheres com dietas pobres em nutrientes têm mais probabilidade de terem pouco peso no nascimento, de sofrer comprometimento do desenvolvimento cerebral, se ser menos resistente a doenças como pneumonia e bronquite e de terem um risco mais alto de mortalidade no primeiro ano de vida (NEWCOMBE, 1999).

Um outro fator externo que influencia no período do pré-natal é a ingestão de drogas e exposição à radiação. Existe uma longa lista de substâncias supostamente ou comprovadamente teratogênicas, inclusive drogas legais, drogas prescritas, drogas ilegais e poluentes ambientais (NEWCOMBE, 1999).

Exercícios moderados não parecem pôr em risco o feto de mulheres saudáveis,

exercícios regulares evitam a constipação e melhoram a respiração, a circulação, o tônus muscular e a elasticidade da pele, o que contribui para uma gravidez mais confortável e um parto mais fácil e seguro. A atividade profissional durante a gestação geralmente não acarreta riscos em especial, entretanto, condições de trabalho exaustivas, fadiga ocupacional e longas horas de trabalho podem estar associados a um maior risco de nascimento prematuro (PAPALIA et al., 2010).

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS & CUMAN, 2009).

O recém-nascido de 40 semanas ao nascer possui, em média, 50 centímetros e pesa aproximadamente 3,4 kg. A prematuridade ou gravidez pré-termo caracteriza-se pelo nascimento do bebê em menos de 37 semanas e peso aproximado de 2

kg, a fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui para a possibilidade de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil. O bebê pré-termo extremo caracteriza-se por nascer com idade gestacional inferior a 30 semanas e pesando menos de 1,5 kg. Estes bebês nascem com uma condição clínica bastante instável e seguem internados, pelo menos, até completarem as 40 semanas que a gestação deveria ter. O risco de morte de bebês pré-termo extremo é por vezes maior que o de pré-termo, sendo raro os casos de sobrevivência dessas crianças (GOMES, 2004).

Na última década, foram realizados inúmeros avanços na área de Neonatologia, aumentando-se a taxa de sobrevivência de bebês nascidos prematuros com peso abaixo de 1.500 gramas (LINHARES, CARVALHO, MACHADO, & MARTINEZ, 2003).

Crianças em condições de nascimento prematuro e com baixo peso, quando comparadas a crianças com peso igual ou superior a 2.500g a termo, são mais propensas a apresentar: deficiências cognitivas, problemas de desempenho escolar e dificuldades comportamentais. Verifica-se ainda que quanto mais baixo o peso de nascimento, mais dificuldades ocorrem no

curso do desenvolvimento (LINHARES et al., 2003).

Se de um lado as dificuldades de desenvolvimento apresentadas por crianças pré-termo e muito baixo peso são evidentes, por outro lado existem estudos que demonstram possibilidades bem sucedidas de enfrentamento das condições adversas pela criança prematura. A relação entre os riscos biológicos enfrentados por essas crianças e o ambiente social é muito significativa, a presença de outros fatores ambientais protetores combinados aumentam a probabilidade de desencadear o processo de resiliência. Este consiste no enfrentamento de adversidades advindas de estresse interno e/ou externo ao organismo com poder de neutralizar e superar os efeitos adversos provocados por condições de risco, alcançando sucesso nas tarefas evolutivas da trajetória do desenvolvimento (LINHARES et al., 2003).

O desenvolvimento futuro da criança encontra-se, portanto, associado à saúde neonatal do bebê, assim como a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e se possível reversão de problemas.

Partindo dos pressupostos apresentados, tem-se enquanto objetivo do estudo o treino da observação sistemática e aprofundamento

dos conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil.

MÉTODO

A pesquisa caracterizou-se como exploratória e de abordagem qualitativa. Para seu desenvolvimento foram realizadas duas observações sistemáticas através da técnica de registro contínuo e aplicação de entrevista semi-estruturada.

Participaram deste estudo a criança observada, aqui identificada por *D.*, seus pais e a babá.

Os critérios para participação no estudo consistiam em os pais ou algum familiar mais próximo interagir com a criança em duas situações distintas, onde seriam observados sem nenhuma intervenção e permitir o registro através de vídeos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Características da criança observada

D., como foi identificada a criança, era do sexo masculino, tinha 1 ano de idade cronológica e 8 meses de idade corrigida, era filho único e morava na casa da avó materna junto com os pais e duas tias maternas, estava pesando aproximadamente 7,5kg e medindo 62cm. *D.* caracterizou-se como prematuro extremo, nascendo com 24 semanas de gestação, pesando 750g e medindo 35cm. A

causa que levou a prematuridade do nascimento foi a incompetência istmo cervical, ou insuficiência do colo uterino.

Relato da entrevista

A entrevista foi realizada com a mãe da criança, que possuía 30 anos de idade e no momento estava atendendo seus clientes apenas em sua residência ou virtualmente devido aos cuidados com o filho.

D era seu primeiro filho e fruto de uma gravidez inesperada. Segundo a mãe, a criança possuía pouco contato com outras crianças devido sua imunidade ainda ser baixa, e desta maneira evitavam que este contraísse doenças.

A experiência de ser mãe foi a melhor da sua vida, afirmou que realmente dá trabalho, porém, tudo é gratificante, como com um sorriso de seu filho. Sua dedicação é quase total para a criança, após 1 ano de seu nascimento ela ainda não tinha voltado a vida normal, tanto social quanto no trabalho. O amor e a atenção para a criança vêm de todas as pessoas por ser o primeiro bebê da família.

A mãe afirma que o desenvolvimento da criança é considerado bom de acordo com sua idade corrigida. Seus exames não apresentaram nenhuma consequência de dano físico ou cognitivo devido ao tempo de nascimento. Por ter sido prematuro extremo e o primeiro de 24 semanas a sobreviver no

hospital onde nasceu os médicos não possuíam histórico para compará-lo com outras crianças, nem de outros hospitais.

Comportamento do observado

De acordo com as observações e a entrevista foi possível verificar que a criança observada possui um desenvolvimento considerado adequado para sua idade corrigida.

Através do Guia Portage foi verificado que a linguagem e a cognição são as únicas capacidades que não alcançam os 50% do esperado para faixa etária, foram observados 3/10 comportamentos da linguagem e 6/14 da cognição.

Em contra partida no desenvolvimento motor apresentou-se 31/45 comportamentos desta seção. Alguns itens em destaque são a capacidade de girar para os lados quando está em decúbito dorsal e em decúbito ventral, a capacidade de elevar a cabeça e o tronco apoiando-se nos braços quando está deitado de barriga para baixo, alcançar seu objeto preferido e tocar e explorar objetos com a boca.

Muitos comportamentos observados estavam de acordo com o quarto subesquema de Piaget denominado coordenação de esquemas secundários, onde a criança realizou duas ou mais ações para alcançar objetivos simples como virar na cama em direção da

pomada e girar o corpo apoiando-se na mãe e em seguida ficando de pé.

No referente ao desenvolvimento emocional e social foram observados 19/28 comportamentos do Guia Portage, destacam-se os comportamentos de responder ao próprio nome olhando ou estendendo os braços para ser pego, procurar contato visual com quem lhe dá atenção e estender os braços em direção aos familiares. Segundo a entrevista com a mãe, D não estranha outras pessoas que não sejam as do ciclo familiar e apresenta comportamentos de ansiedade de separação.

Na seção referente a auto-cuidados do Guia Portage foram identificados junto com a mãe 9/13 itens. Alguns comportamentos relevantes são o de alimentar-se sozinho usando os dedos quando são alimentos amassados, bolachas, frutas e carne, estender as mãos em direção a mamadeira e esticar braços e pernas ao ser vestido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral podemos concluir que contrário ao que se encontra na maior parte da literatura, a criança observada não apresenta desenvolvimento inferior ao esperado para sua idade corrigida ou prejudicado pela prematuridade extrema.

Concordando com Linhares et al. (2003), independente das dificuldades biológicas que a criança observada enfrentou, D era constantemente estimulado pelos familiares e pelo fisioterapeuta, o que ocasionou as habilidades atingidas.

Com o presente trabalho foi permitido explanar que é possível a sobrevivência mesmo quando as condições da gestação levam a um nascimento prematuro extremo, para tanto é preciso um acompanhamento adequado após o nascimento e durante seu desenvolvimento, como também a estimulação para aprimoramento das capacidades.

REFERÊNCIAS

- BERGER, K. S. O desenvolvimento da pessoa: do nascimento à terceira idade. Rio de Janeiro: LTC. 2012.
- GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). 2004.
- LINHARES, M. B. M., Carvalho, A. E. V., MACHADO, C., & MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13(25), 59-72. 2003.

NEWCOMBE, N. Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen. 8ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.

PAPALIA, D. E., Olds, S. W., & FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. 10ed. Porto Alegre: AMGH. 2010.

RAMOS, H. A. C., & CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Ver Enferm, 13(2): 297-304. 2009.

SHAFFER, D. R. Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2005.