

# Recomendações fonoaudiológicas para mães de bebês cardiopatas: algumas reflexões

Speech therapy recommendations for mothers of children with heart disease: some perspectives

Recomendaciones de terapia del habla para las madres de niños con enfermedades del corazón: algunas reflexiones

*Ruth Ramalho Ruivo Palladino\**

*Fernanda Prada Machado\*\**

*Maria Claudia Cunha\*\*\**

## Resumo

Durante a aplicação de programa fonoaudiológico em uma casa de acolhimento para crianças cardiopatas na cidade de São Paulo, foram identificadas demandas maternas ligadas a diferentes aspectos do desenvolvimento infantil e ao enfrentamento de dificuldades inerentes a esse contexto de tratamento.

---

\* *Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Professora Assistente doutor da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – PUC-SP, Brasil;*

\*\* *Pós-doutoranda em Fonoaudiologia pela PUC-SP, Brasil;*

\*\*\* *Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP, Brasil.*

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** RRRP e MCC responsáveis por definir o desenho do estudo; RRRP realizou a coleta dos dados e o levantamento bibliográfico, que foram analisados e discutidos em conjunto com FPM e MCC. A escrita foi realizada em conjunto pelas três autoras.

**Endereço para correspondência:** Ruth Ramalho Ruivo Palladino

Programa de Estudos Pós-graduados em Fonoaudiologia

Rua Ministro Godoi, 969 – 4º andar – sala 4E-13

CEP: 05015-901- São Paulo – SP-Brasil.

e-mail: [fernandapradamachado@gmail.com](mailto:fernandapradamachado@gmail.com)

Recebido: 06/05/2014 Aprovado: 21/05/2015

Este programa foi constituído por diferentes ações, principalmente de caráter preventivo, objetivando essencialmente o funcionamento da linguagem oral e a alimentação das crianças, a partir das perguntas e demandas de acolhimento das mães. Tais demandas, aliadas às observações realizadas, levaram à elaboração de um conjunto de recomendações para mães de crianças cardiopatas; as quais visam contribuir para a efetividade da interação da díade mãe/criança nesse contexto, de maneira a minimizar riscos para o desenvolvimento infantil.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Linguagem; Desenvolvimento Infantil; Orientação infantil.  
**Abstract**

*During the implementation of a Speech Language Pathology and Audiology program in a shelter house for cardiac children in the city of São Paulo, maternal demands related to different aspects of development and difficulties inherent to this treatment context were identified. This speech language and hearing program was constituted by different actions, mainly in a preventive way, aiming essentially to children language development and feeding behavior, from the mother's questions and guidance demands. These demands, beside the observations made, led to the formulation of a set of recommendations for mothers of cardiac children which aimed to contribute to the effectiveness of mother/child interaction in this context, with views to minimize risks for child development.*

**Keywords:** *Speech Language Pathology and Audiology; Language; Child development; Child guidance.*

### **Resumen**

*Durante la ejecución de un programa fonoaudiológico en una casa de acogida para los niños con enfermedades del corazón en São Paulo se identificaron demandas maternas relacionadas con diferentes aspectos del desarrollo infantil y con el afrontamiento de dificultades inherentes a este contexto de tratamiento. Este programa de intervención consistió en diferentes acciones, principalmente de carácter preventivo, visandoesencialmenteel funcionamiento del lenguaje oral y la alimentación de los niños, a partir de las preguntas y demandas de acogida de las madres. Tales demandas, aliadas a las observaciones realizadas, llevaron al desarrollo de un conjunto de recomendaciones para las madres de los niños con enfermedades del corazón que objetivaran contribuir para la eficacia de la interacción entre ladiada madre/hijo en este contexto, deforma a minimizar los riesgos para el desarrollo infantil.*

**Palabras clave:** *Fonoaudiología; Lenguaje; Desarrollo infantil; Orientación infantil.*

### **Introdução**

Recentemente, surgiu na Fonoaudiologia uma discussão sobre problemas da oralidade, verbal e alimentar<sup>1</sup>, em crianças acometidas por doenças crônicas, congênicas ou adquiridas<sup>2</sup>. Diferentemente, em outros campos, a discussão há muito revela problemas no desenvolvimento geral das crianças na presença desses tipos de agravos<sup>3-5</sup>.

Nesse cenário, portanto, ganha pertinência o relato de uma vivência envolvendo certa ação fonoaudiológica em uma casa de acolhimento para crianças cardiopatas na cidade de São Paulo. É importante trazer à tona algumas reflexões para que o debate no campo fonoaudiológico se fortaleça e se perfila ao das demais áreas do conhecimento.

A cardiopatia implica uma condição de vida particular: o tratamento é de urgência. Porém, nem sempre ele está acessível, já que os centros

de alta complexidade atualmente se alocam apenas em algumas regiões do país. Assim, a criança cardiopata muitas vezes precisa deslocar-se para os espaços hospitalares, acompanhada da mãe. Esse deslocamento pode ter maior ou menor duração a depender do tipo e gravidade do problema, assim como do próprio tratamento requerido, e foi neste contexto que foram criadas as chamadas casas de acolhimento.

As crianças cujas residências são distantes dos centros de atendimento ficam hospedadas nessas casas, ditas de acolhimento, até que o tratamento se conclua, seja apenas por medicação, seja por cirurgia ou mesmo transplante de órgão. Retornam a elas sistematicamente para avaliação e seguimento.

A casa em que essa vivência se deu era organizada à imagem da casa de uma família convencional (cômodos, mobiliário) e obedecia a uma rotina

muito próxima desse cotidiano, com o objetivo de tentar manter um ambiente familiar e minimizar os efeitos do distanciamento do lar, tanto para a criança quanto para sua mãe.

Ali, cotidianamente, várias atividades se desenvolviam: encontros para as refeições; oficinas de apoio para as crianças e suas mães (costura, pintura, teatro, etc); aulas de reforço para as crianças escolarizadas; orientação nutricional; orientação psicológica e fonoaudiológica. Em resumo, havia ali um aparato de acolhimento à criança cardiopata aparentemente adequado.

Feitas essas considerações, enuncia-se um primeiro questionamento: a cardiopatia, a princípio, não representa risco direto para o desenvolvimento da linguagem ou para a adequação das funções alimentares. Por que, então, supor uma situação delicada para o desenvolvimento dessas funções por essas crianças?

Quanto às cardiopatias infantis, valem algumas especificações: podem ser congênicas ou adquiridas, sua incidência é de 8 a 10 por 1000 crianças nascidas e o tratamento cirúrgico é muito frequente<sup>6,7</sup>.

As congênicas são resultantes de anormalidades na estrutura ou na função coronária por alteração no desenvolvimento embrionário do órgão cardíaco e seus sinais e sintomas surgem logo no primeiro ano de vida, sendo, por vezes, identificada já no período gestacional. Problemas na comunicação interventricular são os mais frequentes nas anomalias acianóticas e na tetralogia de Fallot (cianótica)<sup>6,7</sup>. Nesses casos, o reconhecimento precoce é importante dada a rápida deteriorização clínica da criança e o alto índice de mortalidade.

As cardiopatias adquiridas se apresentam, geralmente, por volta dos quatro anos e a mais frequente é aquela provocada por doença reumática que afeta as válvulas do coração<sup>6,7</sup>.

Destaca-se que crianças portadoras de cardiopatia congênita apresentam como sintomas mais frequentes: choro fraco, cansaço e intensa sudorese ao mamar, dificuldade em ganhar peso e contínua gemência, demonstrando enorme desconforto respiratório<sup>6,7</sup>.

Fica fácil entender, então, porque a doença cardíaca acaba maculando a almejada harmonia entre o imaginado e o real: a doença afasta a imagem do bebê sonhado e a cena alimentar reafirma isto, sistematicamente. Isso porque a amamentação, geralmente prazerosa e festiva, torna-se angustiante

em função dos sintomas citados que ocorrem durante a sucção. Soma-se também um agravante: ao longo do tempo, a criança tem dificuldade em ganhar peso, prova de que a nutrição é insuficiente ou precária.

Nessas circunstâncias, ocorre a tendência à superproteção, face às condições impostas pela doença cardíaca<sup>2,8</sup>, o que pode afetar a fala e as habilidades alimentares de muitas dessas crianças.

De maneira geral, todos os familiares cercam essas crianças de “cuidados exagerados, como um meio de superprotegê-las dos eventuais riscos da doença, ou mesmo para tentar compensar de alguma forma seu sofrimento”<sup>8</sup>. A superproteção é efeito previsível das condições adversas de vida da criança cardiopata, reeditadas desde sempre, a cada momento. Tais adversidades podem afrouxar o laço entre a criança e sua mãe e aí se instalar uma obstaculização ao seu desenvolvimento. Ficam evidenciadas perturbações (mais ou menos significativas), talvez como efeito de inibições provocadas – entre outros fatores – por tais condutas superprotetoras<sup>2,6</sup>.

Diferente da proteção natural da mãe relativamente ao bebê, como por exemplo, explica Winnicott<sup>9</sup> ao apontar que a tarefa materna é a de ir desiludindo o bebê aos poucos no que concerne à sua potência, a super-proteção cria um laço conturbado na medida em que o adulto tende a atuar no lugar da criança, uma contingência que inibe rotas de desenvolvimento.

Nessa perspectiva, é preciso sublinhar que, como a criança, a mãe está igualmente constrangida pelo temor da doença, pela angústia do tratamento, pela distância do lar e ausência dos familiares e, sobretudo, pela incerteza do futuro. Contingências inevitáveis, apesar do esforço investido pelos administradores da casa e equipes de profissionais da saúde e da educação responsáveis por cada caso.

Portanto, é possível afirmar que a natureza crônica do quadro clínico e as condições de tratamento disponibilizadas pelo sistema de saúde do país criam uma situação bastante desfavorável ao desenvolvimento da criança, impondo gestos específicos de cuidado, inclusive os fonoaudiológicos.

### Descrição

Muitas crianças pequenas ali hospedadas para tratamento apresentavam diferentes tipos de desvios fonológicos, o que criou a necessidade de um trabalho específico em fonoaudiologia a

ser desenvolvido com elas, visando não somente a adequação da fala, mas a prevenção de futuros problemas na escrita.

Interessantemente, durante essas atividades, muitas mães de bebês passaram a buscar entrevistas com os profissionais deste setor com o propósito de expor a dificuldade em lidar com suas crianças<sup>10,11</sup>, principalmente na questão alimentar. Ora, o que não era parte do plano de trabalho original, passou a ser objeto de uma reflexão e uma ação específica: qual seria a demanda destas mães?

Assim, buscou-se identificar quais eram e quantas eram as mães de bebês naquela casa de acolhimento. Ali havia 16 bebês em tratamento, grande parte deles<sup>10</sup> já em fase de alta, após tratamento cirúrgico e/ou medicamentoso.

Todas as mães foram convidadas para uma reunião individual com o objetivo de se identificar as demandas de cada uma delas. Nesta ocasião, cada mãe fazia seu relato livremente, pautado pelas suas necessidades, desejos e mesmo pelo seu estilo pessoal.

Destacava-se nos depoimentos maternos a angústia vivenciada pelas mães na lida com seus filhos, fragilizados pelos riscos, danos e dificuldades trazidos pela doença. Tais depoimentos surgiam como exemplos de um conflito: da esperança da cura (parcial ou total) do filho derivava a preocupação em como cuidá-lo. Sim, porque este bebê ainda seria por muito tempo (ou mesmo para sempre) uma criança frágil, demandando muito cuidado. Ao final do tratamento, estavam retornando ao lar com uma criança que sobreviveu, mas ainda muito fragilizada.

As demandas concerniam, sobretudo, à questão alimentar e também à questão da linguagem, pois um comentário frequente remetia ao comportamento muito silente destes bebês.

Da discussão acerca destas demandas surgiram as recomendações aqui apresentadas, de maneira a sugerir atitudes e situações promissoras ao desenvolvimento, já que o caráter promissor baseia-se na singularidade de cada processo de desenvolvimento<sup>12</sup>. Assim, as recomendações visaram, em primeira instância, contribuir para a efetividade da interação da díade mãe/criança nessa nova etapa de vida. E, na (con)sequência, contribuir para uma adequada estimulação, com vistas ao desenvolvimento “das oralidades” (verbal e alimentar), às quais concerniam as principais demandas maternas.

Por sua vez, também surgiram demandas sobre como brincar com o bebê, associadas ao temor de tocar o tórax da criança e produzir efeitos indesejáveis (dor, desconforto). Em síntese: parece que os riscos se interpõem à interação e o laço fica fragilizado.

Como anteriormente apontado, a alimentação e a respiração – funções preponderantes porque ligadas à sobrevivência da criança – constituem o principal espectro sintomatológico das cardiopatias na infância. E, nesse contexto, o estabelecimento e a sustentação da relação mãe-bebê estão em risco, porque é exatamente a cena alimentar (amamentação) que emoldura as primeiras instanciações da relação mãe-bebê.

Essa circunstância trouxe uma primeira questão: o laço, que teima em se desmanchar diante da situação de risco, volta a se fortalecer após a alta da criança? Ou precisa ser refeito?

Os estudos sobre o desenvolvimento infantil ensinam que essa relação precisa se reorganizar, como se a criança precisasse ser reapresentada a sua mãe<sup>13</sup>, agora como um sujeito fora do risco de morte e, portanto, potencialmente promissor em suas capacidades e habilidades. Este ponto se tornou a viga mestra da intervenção e representou a primeira decisão assumida: reencenar o laço para um adequado desenvolvimento<sup>14,15</sup>.

Passo seguinte: como realizar um trabalho que abordasse a questão do laço mãe-criança? Mais uma vez, a partir de pesquisas sobre o desenvolvimento infantil foram traçadas as diretrizes expostas a seguir em relação às condutas maternas.

Apostar que a criança vai se desenvolver normalmente foi a primeira delas. Esta atitude é denominada “processo de antecipação”<sup>16,17</sup>, ou seja: o modo pelo qual a mãe se antecipa imaginariamente à própria realidade. Ela age “como se” o bebê pudesse falar, andar e fazer tantas outras coisas. O agir “como se” se institui numa cena discursiva, base do laço entre a criança e sua mãe.

Decidiu-se começar pelo estímulo ao uso do “manhês” na comunicação com a criança, já que o que faz o laço primitivamente é a prosódia da voz materna, música sem letra como concebe Jerusalinsky<sup>12</sup>. No “manhês” a mãe cria uma escuta para a criança e sentir-se escutada é condição essencial para falar<sup>16</sup>. Além disso, o manhês é emoldurado por uma curva melódica ascendente sustentada na suposição de que ela “vai falar”, o que abre espaço para o turno comunicativo da criança.

Emolduradas pelo “manhês”, as práticas simbólicas (alimentação, higienização, sono, brincadeiras) se desenvolvem<sup>17</sup> e assim vai se confirmando o “enlaçamento” da criança ao outro<sup>18</sup>. Tais práticas simbólicas se caracterizam pela espontaneidade, já que “se a espontaneidade cotidiana da relação mãe-criança for substituída pelas indicações de um programa de treinamento, vamos ter um robô no lugar de uma criança”<sup>19</sup>; pelo uso de uma voz agradável<sup>20</sup>, pela escolha de palavras delicadas em contextos ritmados e cantigas com versos repetidos<sup>21,22</sup>; pelas brincadeiras constantes<sup>12,22</sup>.

A segunda diretriz foi não superproteger o bebê. Ele se tornou fragilizado em função da doença e do próprio tratamento, podendo ficar atrasado em seu processo de desenvolvimento, porém não deve ser amparado excessivamente. A superproteção cria inibições, traçando rotas atípicas no desenvolvimento.

Outra vez, com base na literatura, decidiu-se fazer esclarecimentos sobre esta problemática, encaminhando argumentos para indicar que o importante é fazer a criança alcançar autonomia<sup>12</sup>, balizando seus comportamentos: deixá-lo fazer o que consegue, ajudá-lo no que não pode, ensiná-lo o que não sabe.

Se, em primeira instância, as recomendações abordaram o laço, na sequência seriam atendidas as demandas em relação à linguagem e à alimentação.

Quanto à **alimentação** dois aspectos se destacaram nas recomendações: a textura, quantidade, qualidade e temperatura do alimento a ser oferecido. A segunda, derivada da primeira, se referia ao mecanismo de apreensão, mastigação e deglutição do alimento. Vale lembrar que estes bebês, desde sempre, tiveram dificuldade nestes mecanismos, determinada pela dispnéia associada à cardiopatia.

Quanto à **linguagem**, as recomendações se definiram pelo uso do manhês, como já relatado, mas não só por isso. Outro fator importante foi apontar a necessidade de se falar com a criança, condição para ela advir falante; e, para falar com uma criança, duas são as situações privilegiadas: as situações de cuidado (alimentação, higienização e sono) e as situações de brincadeira.

Finalmente, mais algumas indicações foram introduzidas, relativas a índices de tipicidade, visando orientar a mãe no acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

As brincadeiras foram abordadas por duas vias. Uma, pela discussão acerca das limitações que o próprio tratamento impõe à criança; logo, orientações médicas e da enfermagem deveriam ser acatadas e, em caso de dúvidas, solicitadas. Outra, pela apresentação/dramatização de três brincadeiras fundamentais para o desenvolvimento: esconder/achar, montar/desmontar e “como se”<sup>12</sup>.

O instrumento utilizado nas intervenções é apresentado no Anexo 1. Trata-se de um texto “guia” utilizado na orientação realizada com cada uma das mães.

Essas orientações foram realizadas em quase todos os casos em uma sessão no dia anterior à saída da criança da casa. Essas sessões tinham duração variada, de uma a duas horas, dependendo das necessidades e condições de cada mãe. Apenas em dois casos elas foram realizadas na última semana de estadia da díade na casa e ocorreram em mais de um encontro. A repetição da sessão se deu mais em função do desejo das mães em relatar a importância da orientação e expressar seu contentamento do que em função de novas demandas.

Nas situações de orientação, o fonoaudiólogo apresentava explicações acerca do desenvolvimento de cada competência (comer, falar e brincar) e sugeria cenas cotidianas que pudessem servir de sustentação para a estimulação da criança. Ao final da sessão de orientação, a mãe era convidada a dar um depoimento sobre o trabalho então realizado.

Todas elas expressaram satisfação e interesse pelos assuntos ali tratados, indicando um grande acerto por parte dos profissionais na escolha das temáticas e da forma de apresentação. Quase todas elas solicitaram o “texto guia” nas mãos dos profissionais alegando ser uma fonte segura de instruções/sugestões de condutas para com os bebês. Isso demandou dos profissionais um trabalho específico de alerta relativamente ao uso desse “texto guia”, cuja compreensão e/ou utilização estrita e radical poderia funcionar não como uma cena de estimulação do desenvolvimento, mas como um obstáculo à devida compreensão da singularidade de cada criança.

## Considerações Finais

A sistematização destas recomendações emergiu das demandas apresentadas por mães de bebês cardiopatas e sua finalidade foi a de minimizar

riscos para o desenvolvimento infantil subsequentes ao tratamento, especialmente os da linguagem oral e das funções alimentares.

Os efeitos dessa conduta revelaram-se positivos, na medida em que se constatou a receptividade das mães diante da proposta.

Essa vivência sugere que tal procedimento deve ser pesquisado e estendido a outras condições clínicas de risco (não restritas às cardiopatias), especialmente àquelas de origem congênita.

## Referências Bibliográficas

1. Thibault C. -----La langue, organe clé des oralités. *Reéducation Orthophonique*. 2006; 44(226):115-24.
2. Palladino RRR. Atrasos de Linguagem. Anais do XXI Congresso Brasileiro e II Ibero-americano de Fonoaudiologia, Porto de Galinhas; 2013.
3. Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Revista Esc. Enferm*. 2005; 39(4): 391-400.
4. Finkel LA. A ausculta e a escuta: reflexões sobre a psicodinâmica da criança cardiopata. *Rev. SOCERJ*. 2000; 13(1): 30-3.
5. Cruz AKT, Vasconcelos TB, Nogueira ANC, Bastos VPD e Farias MSQ. Avaliação do desempenho motor de crianças cardiopatas. *Rev Fisioter S Fun*. 2013; 1(2): 14-20.
6. Myiagne NI, Cardoso SM, Meyer F, Ultramarini FT, Araújo FH, Rozkowisk I e Toschi AP. Estudo epidemiológico das cardiopatias congênitas na infância e na adolescência. Análise de 4.538 casos. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80(3): 269-73.
7. Lima A. *Pediatria Essencial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Ateneu; 1992.
8. Machado RL, Pellanda LC, Viguera ERS e Ruschel PP. Obesidade infantil e prevenção de cardiopatia isquêmica: contribuições da intervenção psicológica em um ambulatório de referência no sul do Brasil. *Rev. SBPH*. 2005; 8(2): 25-49.
9. Winnicott, DW. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Art. med; 1997.
10. Ribeiro C, Madeira AMF. O significado de ser mãe de um filho portador de cardiopatia: um estudo fenomenológico. *Revista Esc. Enferm*. 2006; 40(1): 42-9.
11. Simões S, Pires A, Barroca A. Comportamento parental face à cardiopatia congênita. *Aná. Psicológica*. 2010; 28(4): 619-30.
12. Jerusalinsky, A. *Psicanálise e desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 2004.
13. Laznick, MC. *Rumo à palavra*. São Paulo: Escuta Ed; 2000.
14. Mariotto, RMM. Distúrbios alimentares em bebês: uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise. *Revista Distúrbios Comun*. 2003; 14(2): 263-74.
15. Dommergues JP, Bader-Meunier B, Epelbaum C. A comunicação do diagnóstico na doença crônica da criança. In: Leitgel-Gille, M (org) "Boi da cara preta", Ágalma: Salvador, 2003.
16. Mahdhaoui A, Chetouani M, Cassel RS, Saint-Georges C, Parlato E, Laznik MC, Apicella F, Muratori F, Maestro S, Cohen D. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *Int J Int Methods Psychiatry Res*. 2011; 20(1): 6-18.
17. Vorcaro A. Método psicanalítico e a clínica do laço mãe-bebê. *Rev. Estilos da Clínica*. 2004; 9(16): 70-9.

18. Golse B, Desjardins V. Corpo, forma, movimentos e ritmo como precursores da emergência da inter-subjetividade e da palavra no bebê. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2005; 3(1): 14-29.
19. Dolto F. Introdução à obra de Françoise Dolto. In: Nasio JD. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Dolto, Lacan*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
20. Catão I, Vives J. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estud. Psicanal*. 2011; 36:83-92.
21. Vorcaro, A. *Crianças na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia de Freud; 1999.
22. Pereira Leite, EB. Ressonância do objeto. O brincar e o espaço analítico: Fédida, Winnicott e o fort-da. *Rev. Percurso*. 1996; ano IX 17(2): 90-100.
23. Palladino, RRR. A propósito dos indicadores de risco. *Revista Distúrbios Comun*. 2007; 19(3): 193-201.
24. Hage SRV, Pereira TC, Zorzi JL. Protocolo de Observação Comportamental - PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(4): 677-90.
25. *Diretrizes de Cuidado à Pessoa com TEA*. Ministério da Saúde. 2014.

## ANEXO 1

### Recomendações fonoaudiológicas às mães de bebês cardiopatas

**Instrução Geral:** ler o texto com a mãe, eliminando dúvidas. O texto está construído em 4 partes que incluem: a recomendação, seu esclarecimento e um quadro referencial do desenvolvimento normal(23-25). Deve-se alertar as mães quanto ao uso adequado destas referências, considerando-se a possibilidade de variação de acordo com as peculiaridades de cada criança.

Nome:

Idade:

Quadro:

Estágio do tratamento:

**Recomendação 1:** Apostar que a criança vai se desenvolver normalmente.

**Esclarecimento:** Uma criança bem estimulada terá um desenvolvimento normal e saudável. E ninguém melhor do que a mãe para fazer essa estimulação. Mas a mãe não deve sair de seu papel e se tornar uma "especialista", uma professora, doutora, fisioterapeuta ou mesmo uma fonoaudióloga. O que a criança mais precisa é de mãe.

Ter muito afeto pela criança e desejar que ela se torne completamente normal é um passo indispensável para ela se tornar um adulto normal. Este afeto e este desejo é que a fazem crescer muito bem. Mas é preciso saber como estar com a criança: como alimentar, limpar, acariciar, brincar, pegar no colo. Se tudo isto for feito com carinho, cuidado e

apostando que ela é normal e saudável, a chance de dar tudo certo é enorme. Claro que contemplando as possibilidades e necessidades da criança, bem como as orientações médicas.

A criança pode estar tendo muitos problemas em função de uma cardiopatia e mesmo sua mãe pode estar cansada com esta história de doença, cirurgias, tratamentos. Mas o importante é não desanimar, pois com o tempo se aprende a lidar com as dificuldades. Ninguém pode ensinar nada sobre isto, cada mãe encontra o melhor modo de fazê-lo por si só.

Sabe-se da importância de *falar verdadeiramente* com a criança sobre as coisas que se passam com ela, por mais difícil que seja. Falar com a criança sobre suas habilidades e suas dificuldades, bem como de suas dores, mal-estares ou prazeres e bem-estares é condição para um bom desenvolvimento.

A mãe de uma criança com problemas pode supor que esta comunicação vai ser difícil, em função dos limites e incompetências da sua criança, ou mesmo de sua própria idade. Mas, não se deve esquecer que “o ser humano tem uma capacidade extraordinária de sublimar a privação de quase tudo, desde que alguém fale com ele”. Quer dizer, se alguém falar com a criança e ela falar com alguém, dando sentido a tudo que lhe acontece, dificilmente não escapará de sua doença.

**Recomendação 2:** O momento da alimentação é especial: prepare o alimento e prepare-se para oferecer o alimento.

**Esclarecimento:** Ao longo do primeiro ano, a alimentação do bebê muda muito: ele deixa de comer apenas alimentos líquidos, o leite de peito ou da mamadeira, e passa a comer pastosos, como sopinhas, purês, gelatinas e iogurtes, chegando ao alimento sólido, a comida dos adultos. Esta mudança é importante por vários motivos: 1) ajuda na dentição e na tonicidade de toda a boca, evitando que a criança fique babando e engasgando; 2) ajuda na postura corporal, já que ela vai da posição deitada da mamada para a posição ereta sentada para comer à mesa; 3) ajuda no desenvolvimento motor, pois, além de sair da posição deitada, a criança, por exemplo, vai aprender a usar os talheres, o que envolve motricidade fina, tal como para usar o lápis quando for aprender a escrever; 4) ajuda no desenvolvimento social, pois ao ficar com sua família à mesa, aprende a conversar, a trocar

ideias, a se divertir.

A mudança na alimentação não depende apenas da maturação da criança, mas também da conduta da mãe nas cenas alimentares. A mãe deve sentir prazer em alimentar sua criança: estruturar um cotidiano tranquilo (horários e lugares que sejam bons para ambos); planejar e preparar os alimentos; oferecer com paciência e de modo lúdico, encaminhando a criança para uma conduta independente; encaminhar a alimentação para cenas familiares, de partilha e trocas afetivas e sociais. Mesmo que a alimentação ainda seja apenas amamentação. A mãe deve gostar de oferecer o peito, deve se preparar para isso.

Deve-se variar a comida aos poucos, oferecendo alimentos de texturas diferentes, na medida da possibilidade da criança. Não deve haver pressa, a criança demora mais do que o adulto para mastigar e engolir, se distrai. Quando não for o leite de peito ou mamadeira que estiver sendo oferecido, a criança deve ficar em posição sentada, de frente para a mãe e deve-se oferecer o alimento em pequenas quantidades, obedecendo ao ritmo da criança. Deixe-a tocar nos alimentos, escolher o que prefere. Deve-se ir ensinando os gostos, as temperaturas e as texturas para ela poder diferenciar entre alimentos salgados e doces, quentes e frios, duros e moles. Deve-se ir ensinando a criança a pegar a mamadeira, o copo, usar os talheres. Mas, principalmente, é preciso conversar muito com a criança na hora da comida! Brinque e se divirta com ela! Por tudo isso, é importante preparar as refeições (se você não cozinha, determine o cardápio) e se preparar para dar a comida: você deve dispor de tempo e vontade.

É interessante saber que o gosto (gostoso/ruim; doce/salgado) é aprendido. A rotina alimentar da casa é que traz para a criança a questão do gosto, isto não é “natural”. Assim, quanto maior for a variação alimentar mais a criança vai desenvolver “gosto”. Também interessa saber que só os humanos preparam a comida e se preparam para comê-la. Por isso é importante aquilo que se denomina “cena alimentar”: em grupo (em família), ao redor de alimentos preparados, todos em partilha durante seu consumo. E, por fim, é interessante saber que, diferente dos outros animais, os humanos comem não só quando estão com fome. Eles têm vontade de comer só ao sentir um cheiro gostoso, ao ver uma comida apetitosa, ao escutar um assunto sobre uma comida muito apreciada... Enfim, sentem fome a



partir também das lembranças de prazer e por esta razão o momento de alimentação deve ser sempre harmonioso, calmo, divertido, cheio de conversas...

Referências sobre o desenvolvimento típico:

0-3 meses: leite (aleitamento materno e/ou complementar com mamadeira)

3-6 meses: leite (idem) e papinhas doces

6-7 meses: papinhas salgadas e sucos de frutas

9-12 meses: introdução de alimentação sólida.

12 meses em diante: alimentação sólida, evitando alimentos muito duros e secos.

Até o final do terceiro ano de vida, a alimentação vai se ajustando aos alimentos consumidos nas refeições familiares.

Obs: a partir do segundo ano de vida introduzir copos/xícaras, pratos e talheres.

### **Recomendação 3: Converse, cante e conte histórias para a criança]**

Esclarecimento: Para a criança falar é preciso que se fale com ela em todos os momentos, em todos os lugares: no banho, na alimentação, na brincadeira. É preciso cantar muito para ela, lhe contar histórias, mesmo que ela ainda não entenda quase nada. Montar brincadeiras com a fala e as repetir cotidianamente. E, principalmente, deve-se falar com ela, imaginando que ela “fala”.

Falar olhando para o bebê, numa voz melodiosa é muito importante: garante a atenção dele e o enlaça com afeto. Aos poucos, deve-se modificar este padrão mais infantil, mais cantado. É preciso encontrar outros modos de aproximar a fala à condição da criança. Mas deve-se evitar “falar como um bebê”: há uma diferença entre uma fala mais lenta, mais cantada, e a fala do seu bebê.

No começo, é preciso falar com a criança e por ela: o bebê só chora e faz “barulhos” com a boca, mas é preciso agir como se ele estivesse “falando”. Depois, a criança começa a repetir pedacinhos da fala, até repetir frases inteiras: vale demonstrar alegria e seguir conversando com ela como se aquilo não fosse uma repetição. Num certo momento, a criança vai começar a errar, mas só é possível corrigi-la depois. Nesse início dos erros não se deve comentar sobre eles, apenas apresentar a forma correta nas respostas ou comentários. Não se deve repeti-los. Ela precisa de algum tempo para começar o procedimento de auto-correção. Quando ele começar, você vai ver que a criança está em

pleno desenvolvimento da fala.

### **Referências sobre o desenvolvimento típico:**

Até 6 meses: chora quando tem dor ou fome, acorda com barulhos intensos, acalma-se com a voz da mãe, balbucia, olha quando é chamado, começa a falar sílabas duplicadas (mama/papa)

Até 12 meses: brinca com o outro, repete sons/palavras produzidos pelo outro, atende a comandos rotineiros (joga beijo/dá tchau)

Até 24 meses: usa a fala para expressar suas necessidades, perguntar, informar, chamar a atenção; usa palavras isoladas e começa a produzir pequenas frases, mantém diálogo com o outro, atende a comandos de duas ou mais ações (pega a chave e põe na gaveta), aumento expressivo do vocabulário, canta, reconta pequenas histórias ou trechos preferidos de histórias infantis.

É importante brincar de contar estórias, de contar “casos”, de contar as experiências da própria criança. No começo, o adulto vai compor a estória sozinho, depois, ela começa a participar como se ambos estivessem “conversando”. Mais tarde ela poderá contar pequenos casos, pequenas estórias, e então contar casos e estórias sem a ajuda de um adulto.

**Esclarecimento:** A brincadeira é lugar por excelência da emergência da linguagem. Todas as operações simbólicas de abstração e generalização dependem das construções feitas no brincar.

### **Referências sobre o desenvolvimento típico**

0-6m: a criança olha para o objeto e o explora de diferentes formas (lambe, sacode)

6-12m: começam as brincadeiras a dois (esconde-esconde)

12-18m: a brincadeira exploratória é variada (montar/desmontar)

18-24m: começam a reproduzir o cotidiano por meio de brinquedos, descobre a função social dos objetos (começa o faz-de-conta)

24-36m: começam as brincadeiras em pares e em grupo

