



ESCOLA PROFISSIONAL ENSIBRIGA
“Escolhe o Teu Novo Rumo”

EFA: Técnico/a de Apoio Psicossocial

Unidade Formativa – UFCD 10385 - Fundamentos do Desenvolvimento Saudável

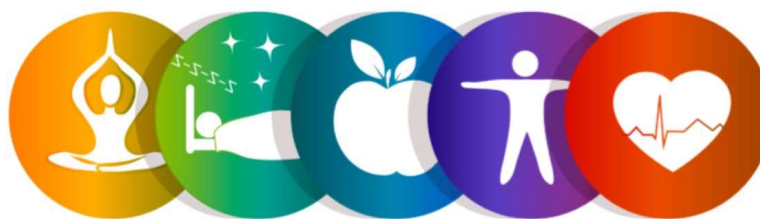
Formador(a): Pedro Pereira

Unidade Formativa – UFCD 10385- Fundamentos do Desenvolvimento Saudável



Fundamentos conceptuais

Saúde, autonomia, independência, atividades da vida diária e funcionalidade



DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Os primeiros anos de vida são importantes porque o que ocorre na primeira infância faz diferença por toda a vida. A ciência nos mostra o que devemos oferecer às crianças e do que devemos protegê-las para garantir a promoção de seu desenvolvimento saudável. Relacionamentos estáveis, responsivos, estimulantes e ricos em experiências de aprendizagem nos primeiros anos de vida provêm benefícios permanentes para a aprendizagem, para o comportamento e para a saúde física e mental. Por outro lado, pesquisas sobre a biologia do estresse na primeira infância mostram como o estresse crônico causado por adversidades significativas, como pobreza extrema, abuso ou negligência, podem debilitar o desenvolvimento da arquitetura cerebral e colocar o sistema corporal de resposta ao estresse em permanente estado de alerta, aumentando os riscos de diversas doenças crônicas.

Os conceitos básicos que se seguem, estabelecidos por décadas de pesquisas em neurociência e comportamento, ajudam a ilustrar por que motivo o desenvolvimento saudável da criança, do nascimento até os 5 anos de idade, cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Cérebros são construídos ao longo do tempo, de baixo para cima. A arquitetura básica do cérebro é construída através de um processo contínuo, que se inicia antes do nascimento e continua até a maturidade. As primeiras experiências afetam a qualidade dessa arquitetura, estabelecendo o alicerce, robusto ou frágil, para a aprendizagem, a saúde e comportamentos subsequentes. Nos primeiros anos de vida, 700 novas conexões neurais (chamadas sinapses) são formadas a cada segundo. Após esse período de rápida proliferação, essas conexões são reduzidas através de um processo de seleção, de forma que os circuitos cerebrais tornam-se mais eficientes. Os circuitos sensoriais, como os da visão e da audição básicas, são os primeiros a se desenvolver, seguidos pelas habilidades iniciais de linguagem e, posteriormente, pelas funções cognitivas superiores. As conexões proliferam e são selecionadas de forma predeterminada, e os circuitos cerebrais mais tardios e mais complexos são construídos sobre os circuitos anteriores, mais simples.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

As influências interativas de genes e experiência moldam o cérebro em desenvolvimento. Atualmente os cientistas sabem que um ingrediente importante nesse processo de desenvolvimento é o que foi chamado de relacionamento “dar e receber” que se estabelece entre as crianças e seus pais e outros cuidadores na família ou na comunidade. Crianças pequenas buscam interações naturalmente, balbuciando, por meio de expressões faciais e gestos, e os adultos lhes respondem com tipos semelhantes de gestos e vocalizações.

Na ausência dessas respostas – ou quando as respostas não são confiáveis ou são inadequadas –, a arquitetura cerebral não se forma como seria esperado, o que pode conduzir a disparidades na aprendizagem e no comportamento.

A capacidade de mudança do cérebro diminui com a idade. No início da vida, é mais flexível, ou “plástico”, para acomodar uma grande variedade de ambientes e interações; no entanto, com o amadurecimento, o cérebro torna-se mais especializado para assumir funções mais complexas, e menos capaz de se reorganizar e se adaptar a desafios novos e inesperados. Por exemplo, ao final do primeiro ano, as regiões do cérebro que diferenciam sons começam a se especializar de acordo com o idioma que o bebê ouve. Ao mesmo tempo, o cérebro começa a perder a habilidade de reconhecer sons diferentes encontrados em outros idiomas.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Embora as “janelas” para a complexa aprendizagem da linguagem e de outras habilidades permaneçam abertas, alterar esses circuitos cerebrais torna-se cada vez mais difícil ao longo do tempo. A perda da plasticidade inicial implica que é mais fácil e mais eficaz influenciar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro de um bebê do que reconectar partes de seu circuito cerebral na adolescência e na vida adulta.

As capacidades cognitivas, emocionais e sociais são inextricavelmente entrelaçadas durante toda a vida. O cérebro é um órgão altamente integrado e suas múltiplas funções operam de forma ricamente coordenada. O bem-estar emocional e as competências sociais fornecem uma sólida base para o surgimento de habilidades cognitivas e, juntos, são o tijolo e a argamassa que compõem os alicerces do desenvolvimento humano. A saúde física e emocional, as competências sociais e as capacidades cognitivas/linguísticas que surgem nos primeiros anos são pré-requisitos importantes para o sucesso na escola e, posteriormente, no trabalho e na comunidade.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Embora aprender a enfrentar adversidades seja uma parte importante do desenvolvimento saudável da criança, o estresse excessivo ou prolongado pode ser tóxico para o desenvolvimento do cérebro. Quando somos ameaçados, nossos corpos ativam uma variedade de respostas fisiológicas, inclusive o aumento do batimento cardíaco, da pressão arterial e de hormônios do estresse, como o cortisol. Quando está protegida por relacionamentos com adultos que lhe propiciam segurança, a criança pequena aprende a adaptar-se aos desafios cotidianos e seu sistema de resposta ao estresse retorna ao nível original. A isso os cientistas chamam de estresse positivo. O estresse tolerável ocorre quando dificuldades mais sérias – como a perda de um ente querido, um desastre natural ou um machucado mais grave – são suavizadas por adultos cuidadores, que ajudam a criança a se adaptar, mitigando assim os efeitos potencialmente danosos de níveis anormais de hormônios de estresse. Quando experiências adversas fortes, frequentes ou prolongadas – tais como pobreza extrema ou abuso recorrente – são vivenciadas sem o apoio de adultos, o estresse torna-se tóxico e disruptivo para o desenvolvimento dos circuitos cerebrais. A experiência precoce de estresse tóxico pode impor um custo cumulativo à capacidade de aprendizagem, assim como à saúde física e mental. Quanto mais adversa a experiência na infância, maior a probabilidade de dificuldades de desenvolvimento e outros problemas. Adultos com experiências mais adversas na primeira infância têm maior probabilidade de problemas crônicos de saúde – entre os quais alcoolismo, depressão, doenças cardíacas e diabetes.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

A intervenção precoce pode evitar as consequências de adversidades na primeira infância. Pesquisas demonstram que intervenções tardias parecem ter menos sucesso – e em alguns casos, são ineficazes. Por exemplo, quando crianças extremamente negligenciadas foram colocadas antes dos 2 anos de idade em famílias adotivas responsivas, seu QI aumentou mais substancialmente e sua atividade cerebral e suas relações de apego mostraram maior tendência à normalidade do que quando adotadas após completar 2 anos de idade. Se, por um lado, não há uma “idade mágica” para a intervenção, está claro que, na maioria dos casos, intervir o mais cedo possível é significativamente mais eficaz do que postergar a ação.

Relacionamentos afetuosos e estáveis são essenciais para o desenvolvimento saudável. Crianças desenvolvem-se em um ambiente de relacionamentos que começam em casa e que incluem membros da família ampliada, cuidadores e educadores, além de outros membros da comunidade. Os estudos mostram que crianças pequenas que têm relacionamentos seguros e confiáveis com seus pais ou com cuidadores sem vínculos familiares sofrem uma ativação mínima de hormônios de estresse quando amedrontadas por um evento estranho, enquanto crianças que têm relações inseguras sofrem uma ativação significativa do sistema de resposta ao estresse. Inúmeros estudos científicos apoiam a conclusão de que prover, o mais cedo possível, relacionamentos responsivos e que garantem segurança pode prevenir ou reverter os efeitos danosos do estresse tóxico.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Os princípios básicos da neurociência indicam que oferecer condições favoráveis ao desenvolvimento infantil é mais eficaz e menos custoso do que tentar tratar as consequências das adversidades iniciais mais tarde. Para tal, uma abordagem equilibrada ao desenvolvimento – emocional, social, cognitivo e de linguagem – permitirá que todas as crianças cresçam mais preparadas para o sucesso na escola e, posteriormente, no trabalho e na comunidade. Para crianças submetidas a estresse tóxico, são necessárias intervenções especializadas, o mais cedo possível, para atacar a causa do estresse e protegê-las de suas consequências.

Desde a gravidez e ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores têm impacto significativo em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Um amplo espectro de políticas – como aquelas voltadas a programas precoces de cuidados e educação, cuidados primários de saúde, serviços de proteção à criança, saúde mental de adultos e apoio à economia familiar, entre muitos outros – pode promover ambientes seguros e que garantam o apoio e os relacionamentos estáveis e afetuosos de que as crianças precisam.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Como estimular o desenvolvimento saudável

1-Fazer uso de todos os sentidos

Os sentidos são a “porta de entrada” de todos os estímulos, base do desenvolvimento saudável. Sempre que possível, use as atividades diárias para estimular os 5 sentidos do seu bebé:

- **No banho:** cheiro, barulho da água, luz, massagem;
- **Na hora de brincar:** mostrar objetos, descrevê-lo, usar brinquedos com diferentes texturas;
- **À refeição:** cheira os alimentos, tocar, provar.

Como a abordagem multissensorial é a melhor forma de criar memórias no cérebro, tente explorar ao máximo as oportunidades de explorar todos os sentidos.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Como estimular o desenvolvimento saudável

2-Viver aventuras fora de casa

Brincar ao ar livre tem inúmeros benefícios para as crianças:

- Mantém a mente sã;
- Combate a obesidade;
- Mantém o corpo saudável;
- Incentiva a criatividade;
- Múltiplos estímulos e oportunidades de aprendizagem;
- Observar e aprender muito com a observação da Natureza;
- As crianças desenvolvem brincadeiras diferentes das que têm em casa;
- É uma oportunidade para interagir com outras crianças e fazer amigos;
- O corpo produz a **vitamina D** de que necessita para dentes e ossos saudáveis.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Como estimular o desenvolvimento saudável

3-Praticar exercício físico

Viver ativamente o ambiente, também é incentivar a atividade física. Jogar à bola, correr, saltar, saltar à corda, andar de baloiço e de escorrega, ... desenvolve não só a parte muscular e a **motricidade grossa** mas, também, a inteligência.

A coordenação motora e as ações físicas proporcionam novos estímulos ao cérebro e exigem uma grande plasticidade cerebral para perceber os perigos, calcular a velocidade, medir distâncias, perceber o nível de atrito, etc..

4-Explorar e descobrir

Em casa ou no exterior, tudo é uma oportunidade de explorar. Os bebés e as crianças vivem num mundo à parte. Num mundo completamente desconhecido, onde tudo é novidade e descoberta. Onde tudo está à mão de agarrar.

Desde que dá os primeiros passos, o bebé não mais pára de procurar, de explorar, de tentar perceber como funciona o seu mundo para melhor o dominar. Mais experiências significam mais aprendizagem, melhor adaptação e um desenvolvimento saudável.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Como estimular o desenvolvimento saudável

5-Criança ao comando!

Nem sempre é fácil ver a criança a sujar-se toda, a atirar comida para o chão ou a pintar paredes, ... mas a verdade é que este tipo de experiências a diverte.

Para minimizar a confusão prepare-se e deixe-se envolver por este ambiente de descoberta. Tape o chão da sala ou da cozinha com um plástico que possa facilmente limpar após as refeições.

Crie um canto só para brincar. Seguro, sem objetos que se possam partir ou magoar o bebé e que possa limpar facilmente. Pinte a parede com tinta-lousa e deixe o seu filho dar asas à imaginação. Coloque um rádio a tocar as músicas preferidas do seu filho.

6-Desfrute também você das brincadeiras

Cative o seu filho para a descoberta. Se ele der mais atenção à caixa do que ao brinquedo, use a caixa. Se o bebé prefere olhar para uma carreira de formigas no jardim em vez de brincar com a bola, acompanhe-o.

Brinque apenas pelo prazer de brincar, de partilhar. Não queria fazer de todos os momentos que passa com o seu filho um momento de aprendizagem formal. As crianças têm muito tempo para aprender como funciona o universo ou sobre história da arte.

DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

Como estimular o desenvolvimento saudável

7-Ter tempo para não fazer nada

Dar tempo à criança para não fazer nada, para se deleitar com a ausência de estímulos é igualmente importante. As crianças também precisam de pausas e de oportunidades para libertarem a imaginação e se dedicarem a atividades escolhidas por elas.

Fundamentos conceptuais

Saúde:

"Os direitos das crianças e dos adolescentes implicam sempre obrigações para os adultos que deles cuidam, e para os líderes da sociedade em geral."

Todas as crianças e adolescentes, sem distinção de etnia, género, cultura, religião, nacionalidade, classe social, incapacidade física ou mental, têm direito a:

- **Receber cuidados primários ou de ambulatório prestados por médicos** (idealmente especializados em pediatria) **competentes em crescimento, desenvolvimento, medicina preventiva para esta faixa etária, em particular, e na gestão das doenças agudas e crónicas**, tanto as somáticas como as de carácter psicossocial. Os médicos (idealmente pediatras) envolvidos nos cuidados de pediatria ambulatória devem também desempenhar o papel de defensores das crianças e dos adolescentes em todas as questões relacionadas com a sua saúde.
- **Beneficiar de programas de vigilância de saúde e da implementação de todas as recomendações da medicina preventiva.** Terá particular interesse neste caso a realização de exames de saúde regulares a fim de acompanhar o crescimento, o desenvolvimento psicomotor e sensorial, a adaptação escolar e social e o comportamento em geral, assim como a implementação do plano de imunização. Estes programas deverão incluir a educação para a saúde tanto dos pacientes como das suas famílias.

Fundamentos conceptuais

Saúde:

"Os direitos das crianças e dos adolescentes implicam sempre obrigações para os adultos que deles cuidam, e para os líderes da sociedade em geral."

Todas as crianças e adolescentes, sem distinção de etnia, género, cultura, religião, nacionalidade, classe social, incapacidade física ou mental, têm direito a:

- **Receber o tipo de cuidados que apoie as relações afectivas entre os membros da família**, que esteja atento ao bom funcionamento da família, aos seus traços culturais e estilo de vida, e preste o necessário aconselhamento aos pais sobre a forma de alterarem quaisquer práticas que possam pôr em causa a saúde da criança.
- **Receber cuidados de ambulatório que tomem o tempo suficiente para cada paciente e para uma escuta activa, num ambiente adequado a cada faixa etária.** Os médicos devem lutar por criar condições favoráveis ao estabelecimento de relações empáticas com o paciente e a sua família, evitando situações susceptíveis de provocar medo ou stress.
- **Ser seguidos pelo médico dos cuidados de ambulatório nas situações agudas e crónicas limitando o internamento hospitalar ao mínimo necessário.** Para tal é necessária formação adequada, e a integração do médico dos cuidados de ambulatório na equipa multidisciplinar que cuida do paciente, o que implica uma boa comunicação entre o hospital e os cuidados ambulatoriais. Durante toda a duração do internamento hospitalar os médicos que prestam os cuidados ambulatoriais devem poder seguir a evolução do seu paciente

Fundamentos conceptuais

Saúde:

"Os direitos das crianças e dos adolescentes implicam sempre obrigações para os adultos que deles cuidam, e para os líderes da sociedade em geral."

Todas as crianças e adolescentes, sem distinção de etnia, género, cultura, religião, nacionalidade, classe social, incapacidade física ou mental, têm direito a:

- **Ser protegidos contra a dor e beneficiar de todos os tratamentos preventivos, quer da dor relacionada com a doença, quer daquela resultante de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico potencialmente dolorosas.**
- **A que toda a informação clínica seja arquivada em registo próprio e resumida de forma simples e clara, num cartão de saúde fácil de utilizar e de compreender.** Todos os dados médicos deverão manter-se estritamente confidenciais. No caso dos adolescentes, a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais.
- **Receber toda a informação acerca do diagnóstico, prognóstico, terapêutica e acerca de quaisquer procedimentos complementares que possam ser necessários.** A informação deverá ser dada, pelo médico dos cuidados primários de saúde ou de ambulatório de uma forma clara, completa e inteligível.

Fundamentos conceptuais

Saúde:

"Os direitos das crianças e dos adolescentes implicam sempre obrigações para os adultos que deles cuidam, e para os líderes da sociedade em geral."

Todas as crianças e adolescentes, sem distinção de etnia, género, cultura, religião, nacionalidade, classe social, incapacidade física ou mental, têm direito a:

- **Ao respeito pela sua liberdade e autonomia.** Será necessário obter o seu consentimento (caso os pacientes tenham idade e competência suficiente) ou permissão prévios para procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou para a sua inclusão em projectos de investigação clínica. A permissão poderá ser opcional em procedimentos considerados vitais.
- **Receber cuidados primários ou de ambulatório que contribuam** (com o empenhamento também de outros técnicos envolvidos a nível das áreas familiar, escolar e social) **para uma vida independente, activa e feliz.**

Fundamentos conceptuais

Saúde:

Hoje, crianças e jovens são cidadãos globais, agentes de mudança e a próxima geração de cuidadores, cientistas e médicos. Nestas situações é importante aprenderem e estarem informados, aumentarem a resiliência e contribuírem, ativamente, para a construção de uma comunidade mais segura e atenta. A educação e o acesso a informação podem incentivar os alunos a tornarem-se ‘agentes’ da prevenção em casa e na comunidade, e a continuidade da educação é essencial para o seu pleno desenvolvimento.

Mas como envolver crianças de diferentes idades na prevenção e contenção da propagação do COVID-19 e outros vírus? As atividades devem ser contextualizadas, tendo em conta as necessidades específicas das crianças (língua, capacidade ou idade) e podem também ser utilizadas pelos pais, encarregados de educação ou cuidadores:

Fundamentos conceptuais

Saúde:

Jardim de Infância

- Promover bons comportamentos de saúde, como tapar o rosto quando tossir ou espirrar com o cotovelo e lavar as mãos com frequência;
- Cantar músicas enquanto se lava as mãos para praticar a duração recomendada de 20 segundos;
- Desenvolver formas de monitorizar a lavagem das mãos e recompensar a lavagem frequente das mãos;
- Usar bonecos para demonstrar sintomas (espirros, tosse, febre) e o que fazer se eles se sentirem doentes e como os confortar (cultivando empatia e comportamentos de cuidado seguros);
- Solicitar às crianças que se afastem umas das outras, através de jogos, como o esticar os braços ou "bater as asas" sem tocar nos colegas.

Fundamentos conceptuais

Saúde:

Primeiro Ciclo

- Ouvir as preocupações das crianças e responder às perguntas de maneira apropriada à idade; não as sobrecarregar com muita informação. Incentivá-las a expressar e comunicar os seus sentimentos. Discutir as diferentes reações que podem ocorrer e explicar que essas são reações normais a situações excepcionais, como a atual;
- Reforçar a importância de cada um na prevenção da propagação do COVID-19:
 - Introduzir o conceito de distanciamento social (ficar mais longe das pessoas, evitar grandes multidões, não tocar nas pessoas desnecessariamente);
 - Reforçar os bons comportamentos de saúde, como tapar o rosto, quando tossir ou espirrar com o cotovelo e lavar as mãos com frequência;
 - Ajudar as crianças a entender os conceitos básicos de prevenção e de contenção de doenças. Usar exercícios que demonstrem como os vírus se podem propagar. Por exemplo, colocando água colorida num *spray* e pulverizar sobre um pedaço de papel branco e observar até onde as gotas se dispersam.
 - Colocar uma pequena quantidade de brilho nas mãos dos alunos e solicitar que lavem as mãos com água, observar a quantidade de brilho restante e depois lavar por 20 segundos com água e sabão, e verificar que o brilho desaparece totalmente.
 - Solicitar aos alunos que analisem textos para identificar comportamentos de alto risco e sugiram comportamentos modificadores.

Fundamentos conceptuais

Saúde:

Segundo e terceiro ciclos e ensino secundário

- Certificar que todas as preocupações dos alunos são ouvidas e registadas, promovendo um momento de informação e partilha;
- Reforçar a importância de cada um na prevenção da propagação do COVID-19:
 - Introduzir o conceito de distanciamento social;
 - Reforçar os bons comportamentos de saúde, como tapar o rosto, quando tossir ou espirrar com o cotovelo e lavar as mãos com frequência;
 - Lembrar os alunos que podem reforçar os comportamentos saudáveis dos seus pares e familiares;
 - Incentivar os alunos a prevenir e enfrentar o estigma e a discriminação;
 - Discutir as diferentes reações que podem ocorrer e explicar que são reações normais a situações excepcionais. Incentivar a partilha e comunicação dos seus sentimentos;
 - Promover a criação de grupos de jovens que possam partilhar factos sobre saúde pública;
 - Incorporar a educação para a saúde nos assuntos da escola:
 - As aulas de ciências podem incluir o estudo do vírus, a transmissão de doenças e a importância das vacinas;
 - As ciências sociais podem abordar a história das pandemias e a evolução das políticas de saúde e de segurança pública.

Fundamentos conceptuais

Autonomia:

Sabia que é imprescindível estimular a autonomia da criança? Pode parecer estranho mas permitir que a criança realize tarefas variadas sozinha desde cedo faz muita diferença em seu desenvolvimento. Coisas simples como alcançar um brinquedo, escolher a fruta do lanche e mesmo escovar os dentes fazem muita diferença. Entre outros benefícios, a autonomia estimulada na infância gera pessoas mais criativas, com maior poder de decisão, responsáveis, capazes de resolver problemas e prontas para aprender habilidades mais complexas quando adultas.

Fundamentos conceptuais

Autonomia:

7 competências necessárias para estimular a autonomia da criança:

1. Poder de escolha

Aprender a escolher desde cedo; isso é importante para definir personalidade, preferências, gostos... é a base da autonomia da criança.

Como estimular: permita que o bebê participe de pequenas escolhas no dia a dia. Que fruta comer é um bom começo. Depois, a criança pode ajudar a escolher o livro que quer ler, a roupa que vai vestir, etc. No início, limite as opções para que ela não se sinta perdida, e vá ampliando a gama de itens conforme achar necessário.

2. Capacidade de lidar com frustração

A **frustração** é fundamental para que a criança se torne um adulto feliz e não alguém constantemente insatisfeito.

Como estimular: deixe a criança lidar com suas limitações ou erros. Não a ajude a encaixar um bloco de brinquedo de imediato; permita que ela tente e se frustre caso não consiga. Quando estiver maior, deixe que faça escolhas mesmo que você saiba que ela não vai gostar do que escolheu. Permita que ela lide com o resultado e não critique; explique que haverá novas oportunidades para fazer novas escolhas.

Fundamentos conceptuais

Autonomia:

7 competências necessárias para estimular a autonomia da criança:

3. Autoconhecimento e autoconfiança

Conhecer-se e reconhecer as próprias limitações e qualidades ajuda a criança a saber o que é ou não capaz de realizar e é a chave para o aprimoramento de si e a boa saúde emocional.

Como estimular: o primeiro passo é dar estímulos sensoriais. Ou seja: deixando o bebê conhecer o próprio corpo e o mundo ao redor. Brincadeiras como ficar de bruços para alcançar um brinquedo ou sentir texturas diferentes ajudam. Brinque na areia, na relva, na terra. O ideal é que ele sinta o mundo da forma dele, cheirando objetos, tocando, etc. O segundo passo é mostrar que você acredita na capacidade da criança, um estímulo e tanto para que ela acredite em si. Não só permita que ela realize tarefas simples (como vestir a roupa), como dar espaço para que descubra a sua própria forma de o fazer. Mostre que apoia a criança quando ela errar e, se isso acontecer, repreenda o que fez e não como ela é.

4. Comunicação

Os bebês já se comunicam com o choro, mas é com a nossa ajuda que aprendem a expressar-se de outras formas.

Como estimular: com estímulos cognitivos. Jogos de montar ou encaixar e brinquedos que tocam música são alguns exemplos. Além disso, ler histórias para os filhos desde bebês é recomendação mundial, pois reforça o vínculo e ajuda no desenvolvimento da linguagem.

• Ler histórias para dormir aumenta o vínculo entre você e seu bebê

Fundamentos conceptuais

Autonomia:

7 competências necessárias para estimular a autonomia da criança:

5. Coordenação motora

Já ouviu falar em coordenação motora fina e grossa? Desenhar e comer com colher acontece graças à coordenação motora fina. À grossa, cabe fazer a criança andar, pular...

Como estimular: para a coordenação fina, basta propor actividades que envolvam os movimentos das mãos (e os seus pequenos músculos), como segurar um mordedor, pintar com lápis de cera ou **brincar com bonecos**. Para a coordenação grossa, deixe a criança explorar espaços livres, podendo correr, brincar e movimentar-se. Incluir uma bola na brincadeira ajuda!

6. Coragem

Ter medo é natural e sadio. Mas a coragem para o superar é essencial para que a criança aceite desafios, aprenda coisas novas e defenda o que quer.

Como estimular: dê espaço para que seu filho expresse o que está sentindo e mostre que o entende. Usar livros, músicas, desenhos e outros recursos lúdicos que falam sobre os medos pode ajudar.

Fundamentos conceptuais

Autonomia:

7 competências necessárias para estimular a autonomia da criança:

7. Persistência

A chave de toda a aprendizagem. Afinal, só tentando (e errando muitas vezes) é que aprendemos! Portanto, quanto mais cedo a criança entender esse mecanismo, melhor.

Como estimular: com estímulos positivos. Quando a criança estiver aprendendo a andar e cair, por exemplo, ajude-o a recomeçar, e deixe-o livre para tentar novamente. Resista a fazer algo para a criança só porque ela não está a conseguir. Quando estiver maior, dá pra conversar sobre o facto de que não ter sucesso num momento não significa que nunca vai conseguir. Desportos também ajudam nessa compreensão e são óptimos para a autonomia da criança.

Fundamentos conceptuais

Independência:

Independência da Criança: a autonomia que carece de suporte

A independência da criança depende em muito da capacidade dos pais em encontrar um ponto de equilíbrio entre a proteção e a liberdade na educação dos filhos.

O que é independência?

O significado de independência está ligado a um estado em que a pessoa não se encontra sob o domínio de força superior ou influência. Além disso, podemos entender independência num sentido próximo das palavras autonomia, autossuficiência e liberdade.

Quando falamos da independência infantil, falamos do âmbito da conquista de habilidades e características, como organização e administração do tempo de estudos e diversão, sociabilidade desenvolvida entre outras.

Fundamentos conceptuais

Independência:

Independência da Criança: a autonomia que carece de suporte

Como uma criança se pode tornar independente?

Muitos pais acreditam que a independência da criança depende exclusivamente do “deixar fazer”, ou seja, dar liberdade para que a criança tenha as suas próprias experiências. O que não se pode deixar de ter em mente é que, para a criança, muitas formas e conteúdos do mundo adulto ainda não são facilmente compreensíveis. Nesse sentido, a criança precisa de referências.

Todas as crianças nascem com uma independência em potencial que pode, ou não, concretizar-se a partir da acção de um ambiente que facilite esse processo. Para descrever esse ambiente, existe o termo *mãe suficientemente boa*. Essa expressão indica um ambiente em que a atitude parental está no ponto médio entre a superprotecção e a negligência, que são os extremos. Assim, a criança recebe as doses ideais de protecção e liberdade, isso porque está configurado um ambiente atento às necessidades adaptativas de cada criança. Esse ponto de equilíbrio corresponde ainda a um afastamento gradual da actuação parental. Um bom exemplo para entender essa diminuição é o acto de ensinar uma criança a andar de bicicleta. Inicialmente os pais criam o aparato: instalam rodinhas, compram capacete, joelheira e cotoveleira e, além disso, seguram a bicicleta. Gradativamente a acção dos pais vai diminuindo. A criança já não precisa ser segurada e logo vai dispensar as rodinhas da bicicleta.

Fundamentos conceptuais

Independência:

Independência da Criança: a autonomia que carece de suporte

A independência da criança depende da capacidade que ela vai desenvolvendo ao longo da vida de julgar sobre suas próprias habilidades, sem precisar que outra pessoa atribua valor a isso. Um exemplo disso é o caso dos estudos: gradualmente a criança vai se afastando da necessidade da aprovação da professora e dos pais, ou das notas, e vai percebendo a importância do conhecimento.

Como é que os pais podem ajudar?

A palavra de ordem com relação à independência infantil é atenção. Os pais podem ajudar seus filhos se estiverem atentos às suas necessidades, sejam elas de carinho ou de espaço. Estar atento significa perceber os momentos em que a estimulação da independência é oportuna. Isso porque muitas crianças podem entender esse estímulo como abandono. Conhecer os gostos e anseios dos filhos é a principal forma de os auxiliar a construir os próprios caminhos e isso exige passar tempo com as crianças. Outra importante acção dos pais é compartilhar as próprias experiências, incluindo deficiências e limitações. Pais que assumem uma postura de que sempre se comportaram de forma irrepreensível, na intenção de servir de modelo para os filhos, podem tornar-se modelos distantes e inalcançáveis. Mostrar erros e incapacidades é mostrar-se humano e essa é uma atitude que em muito favorece o desenvolvimento da independência infantil.

Fundamentos conceptuais

Independência:

Independência da Criança: a autonomia que carece de suporte

Independência Infantil e Deficiência

Um dos complicadores da estimulação à independência infantil é a existência de qualquer problema no desenvolvimento físico, cognitivo ou emocional das crianças. Os pais tendem a ter dificuldades em encontrar o ponto de equilíbrio entre o proteger e o libertar. Para esses pais, vale a mesma palavra: atenção. Estar atento não às limitações e dificuldades de seus filhos, mas às suas potencialidades. Uma criança estimulada, mesmo com grau severo de comprometimento físico ou mental, pode aprender e tornar-se independente. Essa independência depende do olhar dos pais e da comunidade em que essa criança está inserida para aquilo que ela “é capaz de fazer”, para que o estímulo tenha maior eficiência.

Fundamentos conceptuais

Actividades de Vida Diárias:

Qual a importância das Actividades de Vida Diária (AVD) nas crianças?

Qualquer um de nós, sabe o quão difícil é fazer com que as nossas crianças participem de forma ativa nas atividades básicas do dia-a-dia, mas quão importante é na realidade a participação das crianças nestas tarefas. As AVD's são actividades orientadas para tomar conta do próprio corpo, como a higiene pessoal e cuidados pessoal, tomar banho, controlo de esfínteres, vestir, comer.

São competências essenciais para proporcionar à criança condições para que, dentro das suas potencialidades, possa criar hábitos de autossuficiência que lhe permitam participar ativamente do ambiente em que vive.



Fundamentos conceptuais

Actividades de Vida Diárias:

Qual a importância das Actividades de Vida Diária (AVD) nas crianças?

No início, estas actividades acontecem através do brincar, em que a criança copia e imita o que ela vê acontecer ao seu redor, o que se reflete em algumas brincadeiras como por exemplo, dar comida aos bonecos, brincar aos restaurantes, dar banho à bonecada, em que são repetidos os passos das tarefas ajudando na internalização da sequência, bem como dos movimentos necessários para a ação. Mais tarde, é importante que os pais comecem a envolver a criança de forma activa, mas faseada nas actividades, pedindo-lhe ajuda ao longo da actividade, dando oportunidade de a criança ser bem sucedida, de forma a aumentar a sua confiança, autoestima e autonomia. Concluindo, a criança só aprende aquilo que vive concretamente. É importante que ela faça suas próprias descobertas através da manipulação, exploração do ambiente físico ou social. Para isso podem e devem ser exploradas situações referentes à alimentação, higiene pessoal, saúde, segurança, às atividades domésticas e ao vestuário.



Fundamentos conceptuais

Actividades de Vida Diárias:

Qual a importância das Atividades de Vida Diária (AVD) nas crianças?

No quotidiano há uma riqueza de actividades que são permanentes e as crianças podem ter a oportunidades de as fazer por si próprias. Essa proposta desenvolve a autonomia, a independência, a autoestima e a autoconfiança, favorecendo as relações consigo mesma e com os outros. As AVD's são acções comuns do dia-a-dia como limpar o chão ou uma mesa, varrer, passar a esfregona, lavar recipientes, servir água, arrumar a mesa, cortar frutas, servir o almoço, comer com as mãos, colher ou garfo; vestir a roupa, colocar e tirar a fralda, ir à casa de banho, tomar banho, secar o corpo, lavar e secar as mãos, pegar e usar objectos da cozinha com cuidado, limpar o nariz, colocar o casaco, tirar e colocar meias, tirar e colocar calçados, fechar um zíper, pegar na mochila, pegar o babete (se usar)...entre outras. Dito isto, faz muito sentido o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal de Vygostky. Para propor essas actividades de vida diárias, o adulto deve observar o que as crianças fazem sozinhas e o que precisam do apoio de um parceiro mais experiente (adulto ou criança) para realizar. Esse apoio também pode ser por meio da observação de como se faz (imitação) ou mesmo do acompanhamento e incentivo por parte do adulto que dá sustentação a criança, respeitando a singularidade e ritmo de cada uma. Pelo currículo da vida prática, a criança é encorajada a descobrir, explorar, a experienciar o processo completo de uma actividade de uma forma organizada e significativa. Ela é encorajada a ser responsável e independente de acordo com seu nível de desenvolvimento. Por esta razão, o adulto nunca fará para a criança nada que ela seja capaz de fazer por si mesma. É importante para nós, lembrarmos que a criança pequena se desenvolve pelo movimento e pelo trabalho. O corpo é empregado ao serviço da mente.

Fundamentos conceptuais

Actividades de Vida Diárias:

Qual a importância das Atividades de Vida Diária (AVD) nas crianças?

A preparação do ambiente e a postura do professor tem grande responsabilidade para que a autonomia tenha espaço na escola. O ambiente e os materiais precisam estar adequados para que o trabalho seja realizado até que o adulto possa se afastar e a criança fazer por ela mesma. É um planeamento minucioso que considera todo o entorno: pense do ponto de vista dos pequenos (altura, alcance, distâncias, obstáculos). Com a oportunidade dessa autonomia crescer, a criança deixa de ser passiva, começa a participar, a demonstrar interesse e progressivamente conquista a independência nessas atividades cotidianas. Aprendem a ter pequenas responsabilidades e a lidar com as consequências. Há um processo de aprendizagem que precisa ser garantido, o material deve progredir junto com as conquistas da criança e o ambiente pode precisar de adaptações. Por exemplo, se a criança vai aprender a beber água no copo de vidro existem várias etapas até conseguir realizar essa tarefa por conta própria, ela vai aprender:

- a segurar o copo (com apoio do adulto e depois sozinha);
- a diferenciar o copo de brinquedo;
- que o copo é de vidro, parte-se e é preciso ter cuidado;
- a virar o copo de água na boca devagar para não cair tudo de uma vez na sua cara ou roupa;
- a dosear a quantidade de água que engole para não se engasgar;
- a servir-se de água e considerar a quantidade, o peso da jarra...

...muitas coisas, isto não acontece de repente. Isso vale para tudo que a criança vai fazer com autonomia. Educação Infantil é o processo!

Fundamentos conceptuais

Actividades de Vida Diárias:

Qual a importância das Atividades de Vida Diária (AVD) nas crianças?

Apresentar à criança o material (o copo, a jarra, os cortadores, o banquinho, etc) e mostrar como se usa, é indispensável. Não é preciso explicar verbalmente, faça para que ela veja e assim aprenderá. E é comum que a acção seja repetida muitas vezes até que seja dominada completamente, para que possa passar para outra.

Para que tudo isso aconteça vamos considerar o tamanho dos móveis, das escadas, cabides, espelho, suportes...de tudo que a criança precisa ter acesso, assim elas podem retirar e usar determinado objecto e devolve-lo ao devido lugar.

É necessário ter em conta o excesso de objetos disponíveis, as prateleiras e caixas não precisam estar muito cheias. Escolher um brinquedo é uma decisão que a criança vai aprender aos poucos, então ofereça poucas opções, para depois ampliar o reportório, se for o caso. Mantenha os objetos guardados sempre nos mesmos lugares, se houver alguma mudança que seja gradual.

O papel do adulto é reorganizar a sala várias vezes ao dia, o ideal é que não fique tudo no chão o dia todo. Se as crianças aprendem por imitação, elas precisam ver o professor guardar e arrumar o ambiente para que se interessem em ajudar, o adulto também pode convidar e aos poucos na relação com as crianças colocar regras simples.

Criar um ambiente preparado contribui para que a criança possa agir por escolha, por iniciativa própria, por exemplo, se ela está cansada ou com sono, ensinar onde é o quarto e a cama ou alfofa ou que se possa deitar por conta própria.

Fundamentos conceptuais

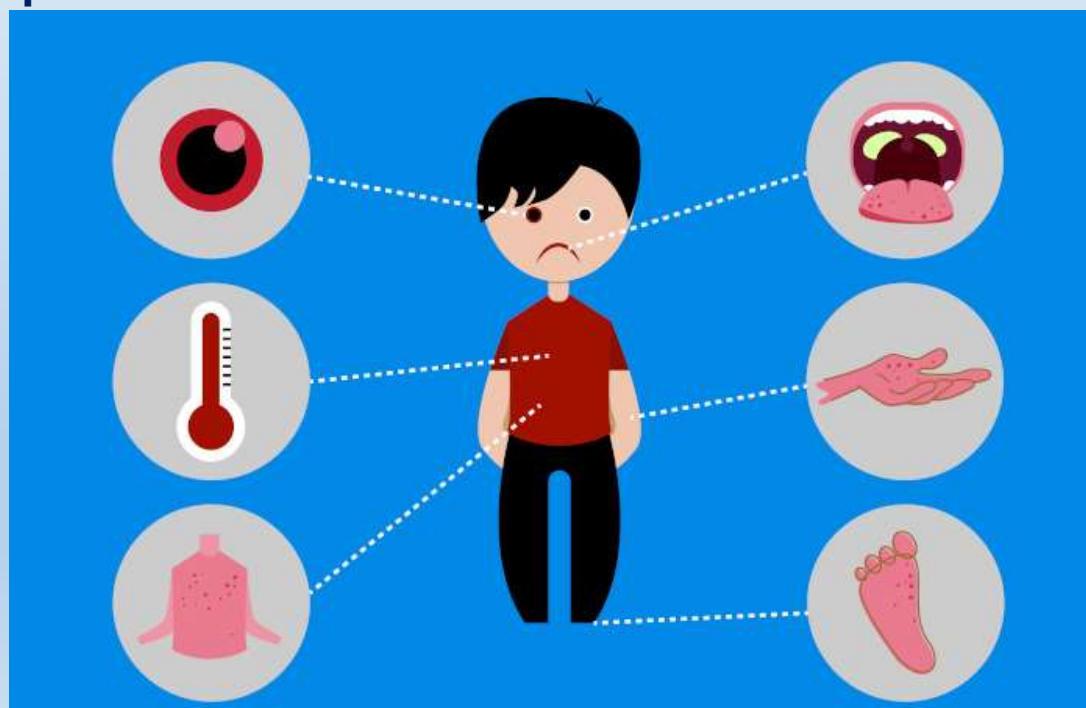
Funcionalidade:

O desenvolvimento da funcionalidade na infância tem início com a aquisição de um amplo espectro de habilidades motoras, que possibilita a criança o domínio do seu corpo em diferentes posturas, sejam elas estáticas ou dinâmicas. O conjunto dessas aquisições determinam a função de mobilidade e apresentam intima relação com o desenvolvimento cognitivo. Tipicamente, os três primeiros anos de vida são marcados pelo amadurecimento neurosensorial representado pelas aquisições motoras e aquisição da linguagem. Dos 3 aos 7 anos, as alterações motoras posturais tornam-se menos intensas para dar lugar às expressões cognitivas compreendendo argumentos lógicos, aspectos sócio-emocionais e comunicação gráfica. Em qualquer faixa etária, determinantes genéticos e ambientais influenciam o desenvolvimento.

Funcionalidade humana, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (estruturais e atitudinais). A funcionalidade humana sofre directa influência tanto na presença de doenças, em especial, das crônicas (representando a mudança provocada pela transição epidemiológica), quanto na presença de factores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras.

Fundamentos conceptuais

Doença, deficiência e incapacidade



Fundamentos conceptuais

Doença:

Doença é um conjunto de sinais e **sintomas específicos que afetam um ser vivo, alterando o seu estado normal de saúde**. O vocábulo é de origem latina, em que *“dolentia”* significa “dor, padecimento”.

Em geral, a doença é caracterizada como ausência de saúde, um estado que ao atingir um indivíduo provoca distúrbios das funções físicas e mentais. Pode ser causada por fatores exógenos (externos, do ambiente) ou endógenos (internos, do próprio organismo).

Diferentes ciências dedicam-se ao estudo das doenças, entre elas: a patologia estuda as doenças no geral, relacionadas à medicina e outras áreas; a ciência médica estuda as doenças dos humanos; a fitopatologia analisa as doenças que afetam as plantas; a medicina veterinária estuda as manifestações patológicas nos animais.

Em geral, ao examinar um doente, o profissional observa os sinais e sintomas e os associa a uma determinada doença, solicita exames diversos e a partir dos resultados informa um diagnóstico, que será a base para o tratamento.

Dependendo do contexto, alguns conceitos, tais como anormalidade, desordem, patologia, perturbação etc., são utilizados como sinónimos de doença.

No sentido figurado, doença é um vício ou uma mania, considerados como desequilíbrio. Por exemplo: O impulso de comprar sapatos já se tornou uma doença.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Uma **doença** é uma condição particular anormal que afeta negativamente o organismo e a estrutura ou função de parte de ou de todo um organismo, e que não é causada por um trauma físico externo. Doenças são frequentemente interpretadas como **condições médicas** que são associadas a sintomas e sinais específicos. Uma doença pode ser causada por fatores externos tais como agentes patogénicos ou por disfunções internas. Pode se entender que doença é a apresentação de anormalidades na estrutura e no funcionamento de um organismo, afetando-o de forma negativa. Por exemplo, disfunções internas do sistema imunológico podem produzir uma variedade de diferentes doenças, inclusive várias formas de imunodeficiência, hipersensibilidade, alergias e desordens ou transtornos autoimunes.

Em humanos, *doença* é frequentemente usada amplamente para se referir a qualquer condição que causa dor, disfunção, desconforto, sentimento de incapacidade, anormalidades negativas e problemas sociais ou morte à pessoa afligida, ou problemas similares àqueles em contacto com a pessoa. Neste sentido mais amplo, às vezes inclui traumas físicos, deficiências, transtornos, síndromes, infeções, sintomas isolados, comportamentos anormais e variações atípicas de estruturas e funções, enquanto em outros contextos e para outros propósitos podem ser consideradas categorias distinguíveis. Doenças podem não somente afetar pessoas fisicamente, como também mentalmente, como a contração e a convivência com uma doença podem alterar a perspetiva de vida de uma pessoa afetada.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Morte devido a doença é chamada de morte por causas naturais. Há quatro tipos principais de doença: doenças infecciosas, doenças de deficiência, doenças hereditárias (o que inclui tanto doenças genéticas quanto doenças hereditárias não-genéticas) e doenças fisiológicas. Doenças podem também ser classificadas de outras maneiras, tais como doenças transmissíveis versus não-transmissíveis. As doenças mais mortais em humanos são a doença arterial coronária (obstrução do fluxo sanguíneo), seguida de doença cerebrovascular e infeções respiratórias agudas. Em países desenvolvidos, as doenças que causam a maior moléstia em geral são condições neuropsiquiátricas, tais como depressão e ansiedade.

O estudo de doença é chamado patologia, que inclui o estudo de etiologia, ou causa.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Doença é um conceito complexo e multifacetado:

- **conceito do senso comum:** a palavra tem em linguagem quotidiana diferentes significados, muitas vezes distintos do significado médico;
- **conceito jurídico:** doenças dão aos seus portadores determinados direitos (ex. não ir ao trabalho) e implica deveres para várias instituições (seguros de saúde, previdência social, empregador);
- **conceito social:** ser "doente" implica um determinado papel social que provoca em outras pessoas compaixão, atenção, apoio; além disso certos tipos de comportamento geralmente indesejáveis são aceites (resmungar, não participar de atividades sociais);
- **conceito acional** :ter uma doença conduz a um determinado tipo de comportamento e a determinadas ações (procurar um médico, tratamento);
- **conceito profissional:** a classificação de um fenómeno como doença implica que somente algumas classes profissionais podem realizar seu tratamento

Fundamentos conceptuais

Doença:

Conceito médico

Por ter tantos usos e significados diferentes faz-se necessária uma definição pelo uso científico do termo. O conceito de doença compõem-se, de dois componentes:

- o distúrbio de funções, grupos de funções ou de sistemas interpessoais;
- o estado não é proposital – "doença" implica incapacidade. Além disso ele é formado em diferentes níveis:
 1. a manifestação;
 2. o desenvolvimento da doença, que caracteriza o "estar doente" (*Kranksein*);
 3. o conhecimento dos órgãos afetados e do contexto patológico, de forma a se compreender como os primeiros níveis se influenciam mutuamente;
 4. o conhecimento das causas do contexto patológico

Somente quando todos esses níveis são conhecidos pode-se falar de nosologia.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Conceito bio-psicossocial

O conceito de doença descrito acima é o chamado "conceito médico". Ele localiza a doença dentro do indivíduo e a define como um fenómeno isolado, com causas biológicas e muitas vezes a ser tratado com medicamentos. Críticas contra esse conceito foram levantadas por várias ciências sociais (sociologia, antropologia, ciências da saúde, psicologia da reabilitação, etc.): uma doença não influencia somente o indivíduo, mas todas as pessoas que estão em contato com ele (família, amigos); além disso ela tem não apenas consequências biológicas, mas sociais (isolamento, preconceito, estereotipificação, etc.) e provocam muitas vezes mudanças no sistema social. Por isso se fala hoje de um conceito bio-psicossocial, ou seja uma doença deve ser vista sob diferentes pontos de vista, de acordo com os diferentes fatores que a influenciam:

Fundamentos conceptuais

Doença:

Conceito bio-psicossocial

- factores biológicos – como a predisposição genética e os processos de mutação que determinam o desenvolvimento corporal em geral, o funcionamento do organismo e o metabolismo, etc.;
- factores psicológicos – como preferências, expectativas e medos, reações emocionais, processos cognitivos e interpretação das percepções, etc.;
- factores socioculturais – como a presença de outras pessoas, expectativas da sociedade e do meio cultural, influência do círculo familiar, de amigos, modelos de papéis sociais, etc.

A literatura sobre sociologia médica em língua inglesa costuma diferenciar esses diferentes aspectos da doença com o uso de três termos distintos (que no inglês quotidiano são usadas como sinónimos):

- **disease** é a parte médica e técnica;
- **illness** refere-se à experiência pessoal da pessoa doente;
- **sickness** refere-se ao aspecto social e relacional da doença.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Significado social da doença

Uma condição pode ser considerada uma doença em algumas culturas e épocas, mas não em outras. Condições tais como o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e a obesidade são consideradas doenças por parte de alguns países desenvolvidos, mas têm sido considerados de forma diferente em outras culturas. Por exemplo, a obesidade também pode representar riqueza e abundância e é um símbolo de status em áreas propensas à fome e alguns lugares mais atingidos pela caquexia decorrente da SIDA.

A doença confere a legitimação social de determinados benefícios, como auxílio-doença, desnecessidade de comparecer ao trabalho e recebimento de cuidados por outras pessoas. Em contrapartida, existe uma obrigação por parte do doente a procurar tratamento e trabalho para voltar a ficar bem. Como comparação, considere-se a gravidez, que não é normalmente interpretada como uma doença ou uma enfermidade. Por outro lado, é considerada pela comunidade médica como uma condição que exige cuidados médicos.

Fundamentos conceptuais

Doença:

Significado social da doença

A identificação de uma condição como uma doença, ao invés de simplesmente como uma variação da estrutura ou funcionalidade humana, pode ter importantes implicações sociais ou econômicas. Os reconhecimentos controversos como doenças do transtorno de stresse pós-traumático, também conhecido como o "coração do soldado", "choque de stress do combate" ou "fadiga do combate", da lesão por esforço repetitivo e da síndrome da Guerra do Golfo teve uma série de efeitos positivos e negativos sobre as finanças e outras responsabilidades governamentais, empresas e instituições para indivíduos, assim como sobre os próprios indivíduos. A implicação social de considerar o envelhecimento como uma doença pode ser profunda, embora esta classificação não está ainda generalizada. Os leprosos eram um grupo de indivíduos socialmente evitados ao longo da história, e o termo "leproso" ainda evoca estigma social. O medo da doença pode ainda ser um fenómeno social amplo, embora nem todas as doenças evocam um estigma social extremo.

Fundamentos conceptuais

Deficiência:

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Fundamentos conceptuais

Deficiência:

Deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma **estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica**. Diz respeito à atividade exercida pela biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde. A expressão **pessoa com deficiência** pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que tenha impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Contudo, há que se observar que em **contextos legais** ela é utilizada de uma forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação. O termo *deficiente* para denominar pessoas com deficiência tem sido considerado por algumas ONGs e cientistas sociais inadequado, pois o termo leva consigo uma carga negativa depreciativa da pessoa, fato que foi ao longo dos anos se tornando cada vez mais rejeitado pelos especialistas da área e em especial pelos próprios indivíduos a quem se refira. Assim, em alguns contextos, tem sido proposto o termo **diversidade funcional**, enquanto todas as pessoas precisam de ajuda em algum momento de suas vidas, especialmente na infância e na velhice. Muitos, entretanto, consideram que essa tendência politicamente correta tende a levar as pessoas com deficiência a uma negação de sua própria situação e a sociedade ao não respeito da diferença. Atualmente, porém, esta palavra está voltando a ser utilizada, visto que a rejeição do termo, por si só, caracteriza um preconceito de estigmatização contra a condição do indivíduo revertida pelo uso de um **eufemismo**, o que pode ser observado em sites voltados aos "deficientes" é que o termo deficiente é utilizado de maneira não-pejorativa.

Fundamentos conceptuais

Deficiência:

Capacitismo, é o termo designado para definir quando há discriminação e preconceito contra pessoas com qualquer tipo de deficiência. O termo designado para definir quando uma pessoa sem deficiência representa uma pessoa com deficiência em alguma obra teatral, televisiva, cinematográfica, etc.

A pessoa com deficiência geralmente precisa de atendimento especializado, seja para fins terapêuticos, como fisioterapia ou estimulação motora, seja para que possa aprender a lidar com a deficiência e a desenvolver as potencialidades. A **educação especial** tem sido uma das áreas que tem desenvolvido estudos científicos para melhor atender estas pessoas, no entanto, o que inclui pessoas com deficiência além das necessidades comportamentais, emocionais, ocupacionais e sociais.

Desde a **Declaração de Salamanca**, surgiu o termo necessidades educativas especiais, que veio a substituir o termo **criança especial**, anteriormente utilizado em educação para designar a criança com deficiência. Porém, este novo termo não se refere apenas à pessoa com deficiência, pois engloba toda e qualquer necessidade considerada atípica e que demande algum tipo de abordagem específica por parte das instituições, seja de ordem comportamental, seja social, ocupacional, física, emocional ou familiar.

Fundamentos conceptuais

Deficiência:

Um acordo foi celebrado em **25 de agosto** de **2006** em **Nova Iorque**, por diversos **Estados** numa convenção preliminar das **Nações Unidas** sobre os direitos da pessoa com **deficiência**, o qual realça, no artigo 24, a **educação inclusiva** como um direito de todos. O artigo foi substancialmente revisado e fortalecido durante as negociações que começaram há cinco anos. Em estágio avançado das negociações, a opção de **educação especial** (segregada do ensino regular) foi removida da convenção, e entre 14 e 25 Agosto de 2006, esforços perduraram até os últimos dias para remover outro texto que poderia justificar a segregação de estudantes com deficiência. Após longas negociações, o objetivo da *inclusão plena* foi finalmente alcançado e a nova redação do parágrafo 2 do artigo 24 foi definida sem objeção. Cerca de sessenta delegações de Estado e a Liga Internacional da Deficiência (**International Disability Caucus**), que representa cerca de 70 organizações não governamentais (**ONGs**), apoiaram uma emenda proposta pelo Panamá que obriga os governos a assegurar que: **as medidas efetivas de apoio individualizado sejam garantidas nos estabelecimentos que priorizam o desenvolvimento académico e social, em sintonia com o objetivo da inclusão plena.**



Fundamentos conceptuais

Deficiência:

A Convenção preliminar antecede a assembleia geral da **ONU** para sua adoção, que se realizará no final deste ano. A convenção estará então aberta para assinatura e ratificação por todos os países membros, necessitando de 20 ratificações para ser validada. A **Convenção da Deficiência** é o primeiro tratado dos **direitos humanos** do **Século XXI** e é amplamente reconhecida como tendo uma participação da sociedade civil sem precedentes na história, particularmente de organizações de pessoas com deficiência.

Elementos do artigo 24 na instrução do esboço

- Nenhuma exclusão do sistema de ensino regular por motivo de deficiência;
- Acesso para estudantes com deficiência à educação inclusiva na sua comunidade local;
- Acomodação razoável das exigências individuais;
- O suporte necessário dentro do sistema de ensino regular para possibilitar a aprendizagem.

Fundamentos conceptuais

Incapacidade:

O termo **“incapacidade”** (disability) corresponde a uma noção mais complexa e abrangente; reporta-se à disfuncionalidade no conjunto dos seus diferentes níveis: deficiências, limitações na actividade e restrições de participação e não apenas a um dos seus aspectos.

Segundo a OMS, a incapacidade consiste na restrição ou falta de capacidade para realizar uma actividade dentro dos limites considerados normais para um ser humano. As incapacidades podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas e são sempre resultantes de uma deficiência.

Na prática uma pessoa com deficiência pode ter maior ou menor grau de incapacidade, ser mais ou menos funcional no seu dia a dia consoante as condições que encontra no meio físico e social. Por isso se torna tão importante melhorá-lo, torná-lo para Todos. E Todos temos essa responsabilidade. Até porque a incapacidade é encarada, à luz do novo paradigma, como algo que ocorre a todas as pessoas, em alguma altura da vida.

Fundamentos conceptuais

Incapacidade:

Se pensarmos em qual é a primeira coisa ou expressão que nos vem à cabeça quando falamos em deficiência, na maioria das vezes, termos como dificuldade, incapacidade, e falta de algo, serão os líderes em nossas mentes. E por que isto acontece? Isto acontece porque, desde sempre, a sociedade discrimina e classifica as pessoas com deficiência usando os termos que citamos a pouco.

Na antiguidade, em diversos povos, as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência eram eliminadas (mortas) logo após seu nascimento.

Na Idade Média, as pessoas com deficiência eram isoladas, seja porque eram vistas como pessoas sem alma, seja porque eram, em alguns casos, vistas como divindades.

Nos palácios, podíamos encontrar pessoas com deficiência servindo como “Bobos da corte”.

Os conceitos que temos sobre as pessoas com deficiência, desta forma, não nasceram com a gente, muito menos com nossos pais.

Foram passados de geração para geração durante centenas, milhares de anos.

Isto justifica relacionarmos palavras e expressões negativas às pessoas com deficiência.

Mas deficiência e incapacidade são a mesma coisa?

Não. São coisas diferentes embora possam se relacionar.

Fundamentos conceptuais

Incapacidade:

A deficiência é algo inerente ao corpo, à condição física ou intelectual da pessoa, por exemplo, a cegueira e a síndrome de Down. Esteja o mundo acessível ou não, a deficiência está lá.

Já a incapacidade é o resultado da relação entre a deficiência e as eventuais barreiras do meio.

Uma pessoa cega, isto é, que tem uma deficiência, pode ou não ser capaz de mexer em um computador, dependendo da existência de algumas barreiras. Se o computador possuir um programa de leitura de ecrã, as barreiras desaparecem. A deficiência continuará lá, mas a incapacidade de mexer no computador não.

No caso de um paraplégico, a deficiência física estará lá, mas a incapacidade de transpor um degrau com autonomia vai depender da existência de uma rampa.

Assim temos a diferença entre deficiência e incapacidade.

As vezes a barreira que tem que ser transposta é a falta de um leitor de ecrã ou um degrau, porém há um outro tipo de barreira tão cruel ou mais que é a barreira de atitude.. É a barreira invisível que muitas vezes não dá a oportunidade de uma pessoa com deficiência mostrar sua capacidade. É o não sem explicação, é o desvio de direção das outras pessoas quando passam por ela. É a discriminação baseada em conceitos preconcebidos.

O desafio de cada um de nós é contribuir para eliminar ou ao menos diminuir as barreiras físicas ou de atitude, para que uma pessoa com deficiência seja capaz de desempenhar uma tarefa, aproveitar uma oportunidade e, sobretudo, usufruir a vida.

Sistemas sensoriais

O sistema sensorial é um conjunto de órgãos dotados de células especiais chamadas de receptores. Através dos receptores, o indivíduo capta estímulos e informações do ambiente que o cerca e do seu próprio corpo. Os estímulos são transmitidos na forma de impulsos elétricos até o sistema nervoso central. Por sua vez, o sistema nervoso central processa as informações, traduzindo-as em sensações e gerando respostas. É assim que observamos o que está ao nosso redor, sentimos quando alguém nos belisca, percebemos se a água do banho está fria, sentimos o gosto das comidas, entre muitas outras sensações. Nos humanos, os principais órgãos do sistema sensorial são: pele, língua, nariz, ouvido. Estes órgãos captam estímulos físicos ou químicos e transformam-os em impulsos elétricos, que são transmitidos ao sistema nervoso central

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais:

Todas as vias sensitivas possuem elementos em comum. Elas iniciam com um estímulo interno ou externo, que ativa um receptor sensitivo. O receptor é um transdutor que converte o estímulo em potenciais elétricos graduados. Se os potenciais graduados atingem o limiar, eles passam a formar potenciais de ação que é transportado do receptor pelo prolongamento axônico do receptor, a fibra aferente primária, do neurônio sensitivo primário, até o sistema nervoso central (SNC), onde os sinais são integrados. Alguns estímulos ativam áreas do córtex cerebral e tornam-se conscientes, mas outros acontecem sem a nossa percepção consciente. Como exemplos de estímulos sensoriais conscientes, temos sentidos especiais (visão, gustação, olfação, equilíbrio e a audição) e alguns estímulos somatossensoriais (tacto, temperatura, dor, pressão e propriocepção). Por outro lado, alguns estímulos sensoriais são subconscientes, tais como a percepção do grau de extensão e estiramento muscular, a pressão artéria, a osmolaridade dos fluidos corporais, o pH sanguíneo, a temperatura interna, concentração de glicose no sangue.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais:

O **sistema nervoso sensorial** faz parte do sistema nervoso responsável pelo processamento da informação sensorial. Um sistema sensorial consiste em neurónios sensoriais (incluindo as células receptoras sensoriais), caminhos neurais e partes do cérebro envolvidas na percepção sensorial. Sistemas sensoriais comumente reconhecidos são aqueles visão, audição, tato, paladar, olfato e equilíbrio. Em suma, os sentidos são transdutores do mundo físico para o reino da mente, onde interpretamos a informação, criando nossa percepção do mundo que nos rodeia. Os organismos precisam de informações para resolver pelo menos três tipos de problemas: (a) manter um ambiente adequado, ou seja, homeostase; (b) atividades de tempo (por exemplo, mudanças sazonais de comportamento) ou sincronizar atividades como os de co-específicos; e (c) localizar e responder a recursos ou ameaças (por exemplo, movendo-se para recursos ou evadindo ou atacando ameaças). Os organismos também precisam transmitir informações para influenciar o comportamento de outro: identificar-se, alertar coespecíficos de perigo, coordenar atividades ou enganar. O campo receptivo é a área do corpo ou ambiente ao qual um órgão receptor e células receptoras respondem. Por exemplo, a parte do mundo que um olho pode ver, é o seu campo receptivo; a luz que cada haste ou cone pode ver, é o seu campo receptivo. Os campos receptivos foram identificados para o sistema visual, sistema auditivo e sistema somatossensorial.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais:

Estímulo

Os sistemas sensoriais codificam quatro aspectos de um estímulo; tipo (modalidade), intensidade, localização e duração. A hora de chegada de um pulso de som e diferenças de fase de som contínuo são usadas para localização de som. Certos receptores são sensíveis a certos tipos de estímulos (por exemplo, diferentes mecanorreceptores respondem melhor a diferentes tipos de estímulos tácteis, como objetos nítidos ou contundentes). Os receptores enviam impulsos em certos padrões para enviar informações sobre a intensidade de um estímulo (por exemplo, como um som é alto). A localização do receptor que é estimulado dá a informação do cérebro sobre a localização do estímulo (por exemplo, estimular um mecanorreceptor em um dedo enviará informações para o cérebro sobre esse dedo). A duração do estímulo (quanto dura) é transmitida por padrões de disparo dos receptores. Esses impulsos são transmitidos ao cérebro através de neurônios aferentes

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais:

Transmissão

O objetivo de todo sistema sensorial é enviar as informações obtidas para o sistema nervoso central ou para alguma região que possa corretamente analisar e processar a informação, como a medula vertebral ou até mesmo alguns gânglios nervosos. Isso garante que organismos desenvolvam uma resposta apropriada para determinado estímulo, mesmo que esta resposta seja nula. A transmissão de informações dos receptores sensoriais ocorre pelos neurônios aferentes.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais:

Todas as vias sensitivas possuem elementos em comum. Elas iniciam com um estímulo interno ou externo, que ativa um receptor sensitivo. O receptor é um transdutor que converte o estímulo em potenciais elétricos graduados. Se os potenciais graduados atingem o limiar, eles passam a formar potenciais de ação que é transportado do receptor pelo prolongamento axônico do receptor, a fibra aferente primária, do neurônio sensitivo primário, até o sistema nervoso central (SNC), onde os sinais são integrados. Alguns estímulos ativam áreas do córtex cerebral e tornam-se conscientes, mas outros acontecem sem a nossa percepção consciente. Como exemplos de estímulos sensoriais conscientes, temos sentidos especiais (visão, gustação, olfação, equilíbrio e a audição) e alguns estímulos somatossensoriais (tacto, temperatura, dor, pressão e propriocepção). Por outro lado, alguns estímulos sensoriais são subconscientes, tais como a percepção do grau de extensão e estiramento muscular, a pressão artéria, a osmolaridade dos fluidos corporais, o pH sanguíneo, a temperatura interna, concentração de glicose no sangue.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais

As diferentes formas de energia (mecânica, luminosa, química) são captadas pelos nossos receptores sensoriais, e transformados em um potencial de ação, um sinal que é transmitido e reconhecido pelo nosso SNC. A capacidade de reconhecermos cada estímulo como único é derivado da ativação de vias sensoriais específicas, ou seja, cada modalidade sensorial trafega por um conjunto de neurônios específicos, uma via codificada. Este princípio ficou conhecido como Princípio da Linha Rotulada e foi descrita por Johannes Muller em 1826. Para que os estímulos sensoriais tornem-se sensações sensoriais específicas, temos que reconhecer além da natureza do estímulo (modalidade), tem que ser codificado a localização, a intensidade e a duração do estímulo.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais

Receptores Sensoriais

Os receptores no sistema sensitivo variam amplamente em complexidade, abrangendo desde terminações ramificadas de um único neurônio sensitivo, até órgãos sensitivos multicelulares, tais como o olho. Os órgãos dos sentidos nos seres humanos podem ser muito complexos. A cóclea da orelha contém cerca de 16.000 receptores sensoriais e mais de um milhão de partes associadas, e o olho humano possui cerca de 126 milhões de receptores sensitivos. Os receptores mais simples são os receptores somatossensitivos, que consistem de um único neurônio com extremidades nervosas “livres”. Nos receptores somatossensitivos mais complexos, as extremidades nervosas são encapsuladas por tecido conjuntivo. Os axônios dos receptores somatossensitivos (fibras aferentes primárias) podem ser mielinizados ou desmielinizados. Os sentidos especiais (audição, visão, equilíbrio, gustação e olfação) têm órgãos sensitivos com células receptoras altamente especializadas. Os receptores para o olfato são neurônios, mas os 3 outros sentidos utilizam células receptoras não-neurais que fazem sinapse com neurônios sensitivos. Outras partes não-neurais do corpo freqüentemente atuam como acessórios dos receptores sensitivos, tais como o cristalino e a córnea do olho e os pêlos dos braços.

Sistemas sensoriais

Fisiologia dos Sistemas Sensoriais

Receptores Sensoriais

Os receptores sensoriais são as primeiras células em cada via sensorial responsável pela transformação de uma determinada energia, um estímulo, em uma energia elétrica, ou seja, numa alteração graduada do potencial de membrana do receptor. Esta primeira alteração que ocorre no receptor derivada do estímulo é denominada de Potencial Receptor. Vários são os mecanismos que promovem alterações elétricas nos receptores: deformação mecânica (mecanorreceptores); alteração térmica (termorreceptores); estímulos químicos (quimiorreceptores); e pelo efeito da radiação eletromagnética, como a luz (fotorreceptores).

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano e, além de outras funções, é responsável pelo tacto. É através dela que percebemos sensações como calor e dor. A pele possui milhares de células receptoras na sua superfície. Entre essas células, encontramos os corpúsculos de Pacini. O corpúsculo é um mecanorreceptor que capta estímulos mecânicos, como movimentos ou alterações na pressão, e os transmite, na forma de impulsos elétricos, para o sistema nervoso central.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Tacto

É um dos cinco sentidos, pelo qual nos pomos em contacto com o ambiente e apreciamos o estado físico dos corpos (se sólidos, líquidos ou gasosos), percebemos o polido ou a aspereza das superfícies, as formas e as dimensões das coisas, as variantes de temperatura. Na função de órgão de sentidos, a pele só se exerce em efectivo contacto com os objectos, não actuando à distância, como a vista. Diz-se, actualmente, que no sentido da pele é o tacto. No revestimento cutâneo reúnem-se quatro sentidos diferentes, posto que actuam muitas vezes em associação: o da pressão, o do frio, o do calor e o da dor. As chamadas sensações tácteis são quase sempre compostas, entrando, na sua constituição, dois elementos: pressão e temperatura. Se, ainda ao tactear, efetuarmos movimentos, ou fazermos esforço, outro elemento não cutâneo, é associado o sentido muscular. Quando, finalmente, a pressão se torna demasiado violenta, ou as variações de temperatura são excessivas, aparece a sensação da dor, que domina as outras. As quatro modalidades sensoriais não se acham distribuídas na pele de maneira uniforme e contínua. Cada uma apresenta pontos precisos e limitados. Por meio de excitações punctiformes, obtidas com o emprego de agulhas muito finas, ou de pêlos curtos e rígidos, demonstram-se os pontos correspondentes a cada sentido. O sentido mais grosseiro é o tacto. Não obstante, serve-nos esplendidamente, de muitos modos. É errado dizer que temos um sentido do tacto. Na verdade, este sentido é um complexo de sentidos. Não é tão subtil e estético como a audição e a visão, mas, auxilia muito no contacto com o mundo exterior. Nas pessoas comuns, que se fiam mais da vista e da audição, o tacto pode ficar um tanto descurado. Revela-se, porém sua eficiência e sua capacidade educativa, quando faltarem os demais sentidos.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Língua

A língua possui receptores chamados de papilas gustativas, responsáveis pelo paladar. As papilas são quimiorreceptoras, isso quer dizer que elas são especializadas em detectar a presença de substâncias químicas. Existem papilas gustativas especializadas na percepção dos quatro sabores básicos: doce, amargo, azedo e salgado. Cada tipo de papila localiza-se numa região específica da língua. A combinação de estímulos nesses quatro tipos de receptores transmite ao sistema nervoso informações acerca, por exemplo, do sabor dos alimentos que ingerimos. Porém, o olfato também possui um papel importante na percepção dos sabores. É por isso que quando estamos com o nariz entupido não conseguimos sentir correctamente o gosto dos alimentos.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Paladar

O órgão principal do paladar ou gosto, é a língua (mais particularmente, a mucosa que a cobre), através das papilas gustativas. Umas têm a forma comprida e fina, sendo por isso chamadas papilas filiformes, outras apresentam-se sob o aspecto de pequenos fungos, particularidades que lhes mereceu o nome de fungiformes, e ainda outras, cercadas por uma vala chamam-se papilas circunvaladas ou caliciformes. As papilas filiformes encontram-se especialmente na ponta da língua; o resto da superfície é ocupada por papilas fungiformes de mistura com papilas filiformes; as caliciformes, em número de 7 a 12, encontram-se perto da raiz da língua. Além das papilas, encontram-se abaixo da membrana mucosa da língua várias glândulas. A cada lado do sulco perto da língua há uma glândula de 20mm de comprimento e 5 a 8 mm da língua. Dentro das papilas caliciformes existem pequenas glândulas racemosas, que se abrem no interior das papilas, segregando um líquido aquoso. A sede do gosto, são as glândulas fungiformes e as caliciformes. Dentro desses órgãos encontram-se numa mistura com células meramente mecânicas, destinadas a servir de apoio às células gustativas. As substâncias do sabor chamam-se sápidas, e as que não produzem impressões gustativas chamam-se insípidas. As diversas sensações gustativas resultam da associação de quatro sabores fundamentais: sabor doce, percebido pela ponta da língua, sabor salgado, percebido pela região mediana da língua, sabor amargo, percebido pela base da língua e sabor ácido, percebido pelos cantos da língua. As impressões gustativas são associadas às impressões olfativas, de tal maneira que a noção que temos do gosto dos alimentos resulta da soma destas duas impressões.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Nariz

O nariz é o órgão que contém os receptores responsáveis pelo olfato. No interior da cavidade nasal existe um tecido especializado, o epitélio olfativo, que contém milhares de receptores, chamados de células olfativas. As células olfativas possuem pelos sensoriais que captam moléculas voláteis ou de outras substâncias dispersas no ar inspirado. Em resposta à presença dessas moléculas, as células olfativas produzem estímulos nervosos. Estes são conduzidos até o sistema nervoso central onde são traduzidos em sensações. O olfato atua em conjunto com o paladar na percepção dos sabores. O olfato também pode nos alertar sobre alimentos estragados, venenosos ou outras substâncias que, se ingeridas, podem causar danos ao nosso organismo

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Olfacto

O sentido do olfacto radica numa parte da membrana mucosa, que reveste o interior das fossas nasais (que comunicam atrás com a boca posterior e a faringe, na frente com o ar pelas narinas), é conhecida sob a denominação de pituitária. Esta cobre as fossas nasais em toda a sua extensão: tem cor rosada consistência e espessura variáveis. Em sua superfície observam-se numerosos orifícios, que são as aberturas de outras tantas glândulas que segregam o muco. Um corte através da pituitária oferece o aspecto de todas as mucosas; debaixo do epitélio encontra-se a derme ou o cório mucoso, constituído, como todas as membranas semelhantes, de tecido conjuntivo, numerosas glândulas, nervos e vasos sanguíneos. Encontra-se na pituitária olfactiva propriamente dita, uma mancha amarelada no alto do nariz. A camada superior caracteriza-se por células alongadas, que se apresentam sob duas formas: umas são cilíndricas, emitindo prolongamentos ramificados para o interior da pituitária e exercendo uma função meramente mecânica; no meio delas outras fusiformes, compridas, providas de um núcleo redondo e claro e de vários nucléolos, representando as células olfativas propriamente ditas. Cada uma delas possui, como nas células gustativas, dois prolongamentos nervosos, dos quais um sobe à superfície, terminando em várias cerdas olfativas outro desce para o interior, indo reunir-se ao nervo olfativo. Só a extremidade superior das cerdas entra em contato direto com o mundo exterior, estando o resto protegido por uma camada perfeitamente transparente. O órgão do olfato reage a estímulos de origem química. As partículas odoríferas, emitidas pelos corpos produzem, em contato com as células olfativas, uma transformação química que se transmite ao cérebro e ali se manifesta como cheiro.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Ouvidos

Os ouvidos são os órgãos responsáveis pela audição e pelo equilíbrio. No interior do ouvido existem células mecanorreceptoras. Estas células captam estímulos mecânicos, traduzindo-os em impulsos nervosos. Inicialmente, vamos ver como funciona a audição. O som é uma vibração, originada por alterações na pressão, que se propaga através de meios elásticos. As ondas sonoras são captadas pelo ouvido externo, composto pela orelha e o canal auditivo externo. Ao final do conduto auditivo existe uma membrana que vibra de acordo com a intensidade e a frequência do som, o tímpano. As vibrações do tímpano são transmitidas para um conjunto de pequenos ossículos articulados (martelo, bigorna e estribo) situados no ouvido médio. O movimento desses ossículos promove a passagem do som do ouvido externo para o interno. A vibração dos ossículos age sobre uma câmara chamada de janela oval. No interior dessa cavidade existe um líquido, denominado perilinfa, no qual estão imersas células receptoras. Estas células são dotadas de pelos sensoriais que captam as vibrações no meio líquido, transformando-as em impulsos nervosos que são transmitidos para o sistema nervoso central. O ouvido também é responsável pelo equilíbrio e pela percepção dos movimentos. Três regiões do ouvido interno participam dessas funções: o sáculo, o utrículo e os canais semicirculares.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Audição

O órgão da audição é o ouvido, formado externamente pela orelha ou ouvido externo (órgão de recepção), pelo ouvido médio (órgão de transmissão) e pelo ouvido interno (órgão de percepção das vibrações sonoras). Os ouvidos médio e interno acham-se localizados no rochedo do osso temporal. O ouvido externo é formado pelo pavilhão da orelha e pelo conduto auditivo externo: transmite as ondas sonoras para o tímpano, membrana que separa o ouvido externo do ouvido médio. Do interior da caixa do tímpano, entre o tímpano e a janela oval, encontra-se uma cadeia de três ossinhos: o martelo, a bigorna e o estribo, os quais se articulam entre si. O martelo encontra-se em parte na membrana do tímpano e o estribo se aplica por sua base sobre a janela oval. Os ossinhos podem se mover uns sobre os outros, graças à músculos. O ouvido interno, o labirinto, parte essencial do aparelho auditivo, compreende o vestíbulo, o caracol, os canais semi circulares existentes no rochedo encerrando tubos membranosos separados de suas paredes por líquido. São nestes tubos que se encontram as últimas ramificações do nervo acútico. O caracol vai ter ligação com a janela redonda; e no vestíbulo é que se acha o órgão de Corti o aparelho nervoso da audição. Os sons transmitidos pelo conduto auditivo externo do tímpano fazem essa membrana vibrar. As vibrações são transmitidas ao ouvido interno, quer pelo ar da caixa, quer pelos ossinhos. O ar da caixa está sempre com a mesma pressão que o ar exterior, por causa da comunicação da caixa com a trompa de Eustáquio, a qual se abre em cada movimento da deglutição. As vibrações transmitidas ao líquido do ouvido interno vão impressionar as células nervosas. Os ruídos são reconhecidos pelos vestíbulos e os canais semi circulares. O som, sensação harmoniosa, é percebido pelo órgão de Corti, que o transmite ao cérebro.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Olhos

Os olhos possuem células foto-receptoras, isto é, capazes de captar estímulos luminosos, produzindo estímulos nervosos transmitidos ao sistema nervoso central. Estas células se situam na retina, uma camada de revestimento interno do olho, e são de dois tipos: bastonetes e cones. Os bastonetes são muito sensíveis a variações na intensidade luminosa, mas não distinguem cores, o que é realizado pelos cones. Os raios luminosos penetram nos olhos e passam pela pupila. A pupila é uma estrutura capaz de controlar a quantidade de luz que penetra no olho. Em ambientes muito claros ela se fecha; em locais escuros ela se abre. Após passar pela pupila, os raios atingem o cristalino. O cristalino atua como uma lente que projeta os raios luminosos no fundo dos olhos, onde se encontram os bastonetes e cones. Porém, o cristalino projeta a imagem de ponta-cabeça. A correção da posição é realizada pelo sistema nervoso central.

Sistemas sensoriais

Modalidades e estruturas biológicas

Visão

O órgão da visão são os olhos, os globos oculares, situados nas cavidades orbitárias. As três membranas do globo ocular são: esclerótica, coróide e retina. A esclerótica, de natureza fibrosa, protetora do globo ocular, é vulgarmente chamada “o branco dos olhos”. Apresenta, atrás, um orifício, por onde passa o nervo óptico. Adiante, transforma-se em uma membrana transparente, a córnea. A coróide, muito rica em vasos sanguíneos, é nutritiva do globo ocular, para o qual constitui também uma espécie de “câmara escura”, necessária na formação da imagem retiniana. Na parte posterior da coróide, há um orifício correspondente ao da esclerótica, dando passagem ao nervo óptico. Na sua parte anterior, em abertura circular, está encaixado um disco diversamente colorido, a íris, com um orifício central, a pupila ou “menina dos olhos”. A cor da íris não é uniforme. A íris contém fibras musculares de duas espécies: as fibras circulares, que, pela contração, diminuem a abertura pupilar e as fibras radiadas, que a aumentam. A retina forma-se pelo desdobramento do nervo óptico, que penetra no globo ocular pela sua parte posterior. Há, na retina, a pupila, o ponto cego, e a mácula lútea. O globo ocular comporta-se como uma pequena máquina fotográfica. Os raios luminosos, partindo dos objetos atravessam a córnea transparente, a pupila, o humor aquoso, o cristalino, onde se desvia, o humor vítreo e vão atingir a retina. Sobre a retina forma-se uma imagem diminuta e invertida, é assim que acontece na máquina fotográfica. O cristalino corresponde à lente da máquina, a retina o filme que é sensível as impressões luminosas, e a pupila ao diafragma. As impressões recebidas pela retina são transmitidas através do nervo óptico até o cérebro, onde ocorrem as sensações visuais. Para que as imagens sejam nítidas é necessário que se formem exatamente sobre a retina, variando o cristalino, sua própria curvatura, segundo a maior ou menor distância dos objetos. Essa propriedade do cristalino chama-se poder de acomodação.

Sistemas sensoriais

Doença

Uma **doença** é uma condição particular anormal que afecta negativamente o organismo e a estrutura ou função de parte de ou de todo um organismo, e que não é causada por um trauma físico externo. Doenças são interpretadas como **condições médicas** que são associadas a sintomas e sinais específicos. Uma doença pode ser causada por factores externos tais como agentes patogénicos ou por disfunções internas. Pode entender-se que doença é a apresentação de anormalidades na estrutura e no funcionamento de um organismo, afectando-o de forma negativa. Por exemplo, disfunções internas do sistema imunológico podem produzir uma variedade de diferentes doenças, inclusive várias formas de imunodeficiência, hipersensibilidade, alergias e desordens ou transtornos autoimunes. Doença é frequentemente usada para se referir a qualquer condição que causa dor, disfunção, desconforto, sentimento de incapacidade, anormalidades negativas e problemas sociais ou morte à pessoa afligida, ou problemas similares àqueles em contacto com a pessoa. Neste sentido mais amplo, às vezes inclui traumas, comportamentos anormais e variações atípicas de estruturas e funções, enquanto em outros contextos e para outros propósitos podem ser consideradas categorias distinguíveis. Doenças podem não somente afectar pessoas fisicamente, como também mentalmente, como a contracção e a convivência com uma doença podem alterar a perspectiva de vida de uma pessoa afectada.

Morte devido a doença é chamada de morte por causas naturais. Há quatro tipos principais de doença: doenças infecciosas, doenças de deficiência, doenças hereditárias (o que inclui tanto doenças genéticas quanto doenças hereditárias não-genéticas) e doenças fisiológicas.

Sistemas sensoriais

Deficiência

Termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatómica. Diz respeito à actividade exercida pela biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde. A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que vivencie uma deficiência continuamente. Contudo, há que se observar que em contextos legais ela é utilizada de uma forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação.

O termo deficiente para denominar pessoas com deficiência tem sido considerado por algumas ONGs e cientistas sociais inadequado, pois o termo leva consigo uma carga negativa depreciativa da pessoa, facto que foi ao longo dos anos, tornando-se cada vez mais rejeitado pelos especialistas da área e em especial pelos próprios indivíduos a quem se refira. Muitos, entretanto, consideram que essa tendência politicamente correcta tende a levar as pessoas com deficiência a uma negação de sua própria situação e a sociedade ao não respeito da diferença. Actualmente, porém, esta palavra está a voltar a ser utilizada, visto que a rejeição do termo, por si só, caracteriza um preconceito de estigmatização contra a condição do indivíduo revertida pelo uso de um eufemismo, o que pode ser observado em sites voltados para os “deficientes” é que o termo deficiente é utilizado de maneira não-pejorativa.

Alimentação

Nutrição e desnutrição

Um pouco por todo o mundo, o padrão de alimentação, bem como a prática de exercício físico modificaram-se radicalmente ao longo da história humana. A conhecida relação entre os hábitos de alimentação e a incidência de diversas doenças, entre elas, oncológicas, cérebro-cardiovasculares, autoimunes, **diabetes**, má nutrição em excesso como **obesidade** ou em défice como desnutrição, é demonstrada a partir do momento que as entidades reguladoras de saúde consideram os hábitos alimentares inadequados como o primeiro factor de risco de perda de anos de vida.

Com o objetivo de prevenir o aparecimento destas e outras doenças, altamente influenciáveis pelos estilos de vida e hábitos de alimentação adotados, deverá seguir as *guidelines* e orientações gerais instituídas pela **Organização Mundial da Saúde e Direção Geral da Saúde**. Mais especificamente, deverá seguir as recomendações nutricionais individualizadas e personalizadas sugeridas pela sua nutricionista. Delegue sempre a otimização da sua dieta num profissional de saúde qualificado e certificado.

A primeira grande medida de prevenção baseia-se nos cuidados de higiene e segurança alimentar, uma vez que a maior parte dos alimentos são veículo de transmissão de vários microrganismos patogénicos e contaminantes, que provocam morbilidade e mortalidade. Por este e outros motivos, pratique uma alimentação cuidada, saudável e sempre que possível baseada na dieta mediterrânica, a única que é completa, variada e equilibrada. O seu peso corporal e respetivo Índice de Massa Corporal (IMC) não deverá ser negligenciado, mantendo sempre que possível na normoponderalidade (entre os 18.5 e 24.9 kg/m²).

Alimentação

Nutrição e desnutrição

De uma forma geral, opte sempre por fraccionar ao máximo as refeições ao longo do dia, prevenindo o **consumo de *snacks*** calóricos nos lanches intermédios, regularizando a **glicémia** e o metabolismo. Inclua diariamente alimentos ricos em fibra, vitaminas e minerais e pobres em gordura, como por exemplo: cereais integrais, fruta fresca com casca, sempre que possível da época e em quantidade moderada, hortícolas e vegetais variados sob a forma de salada ou sopa. Não se esqueça da preciosa recomendação: cinco hortofrutícolas por dia para garantir o aporte de micronutrientes e antioxidantes, necessários ao longo do dia para combater os radicais livres.

Privilegie sempre o consumo de gordura mono/polinsaturada presente no azeite, amêndoas, azeitonas, abacate, peixes gordos como o salmão, sardinha e cavala, em detrimento da gordura saturada frequentemente encontrada nas carnes vermelhas, enchidos, manteiga, queijos e leite com alto teor de gordura, biscoitos, bolachas, fritos, entre outros.

Reforce a ingestão hídrica, através do consumo de água, infusões de ervas alternado com chás sem açúcar e alimentos ricos em água. O aporte de líquidos é extremamente importante para o correto funcionamento do metabolismo e hidratação.

Privilegie também o consumo de ervas aromáticas (manjerição, coentros, salsa, tomilho, tomilho-limão, orégãos, entre outros) em detrimento do uso do sal ou molhos. A confeção dos alimentos deverá ser sempre que possível à base de cozidos, grelhados, assados ou ao vapor, pelo que deverá prevaricar apenas em dias festivos e de forma esporádica.

Por último, reduza o consumo de carnes vermelhas, produtos processados e *fastfood* e opte por refeições leves e de fácil digestão à base de peixe e carne de aves. Pode e deve aumentar o consumo de leguminosas ricas em fibra, como o grão-de-bico, lentilhas, feijão, ervilha e favas. Faça dos alimentos, os seus aliados na promoção de saúde e prevenção da doença.

Alimentação

Implicações na saúde

O conceito de (boa) saúde é constituído por muitas variáveis, e pode ser influenciado por inúmeros fatores externos, mas, sem dúvida, que a alimentação tem um papel de grande importância na caminhada para termos uma vida saudável e também para a manter.

Mesmo antes de nascer, ainda dentro da barriga, os embriões (e mais tarde fetos) recebem os nutrientes necessários através da mãe, para que ao nascer já sejam bebés capazes de sobreviver e continuar o seu processo de crescimento.

A partir desse dia, começam a receber a alimentação de outra forma, através da boca. Começa então a grande aventura que se prolonga por toda a vida: experimentar alimentos, diferenciá-los, seleccioná-los, saboreá-los, e tirar deles o que têm de melhor para nos dar, e consequentemente, ajudar na manutenção do nosso bem-estar e saúde.

Reconhece-se, hoje, que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois se por um lado facilita o desenvolvimento intelectual e crescimento adequado para a idade, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorreta e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, cárie dentária, atraso de crescimento, entre outra.

Compreende-se, portanto, a importância do papel da família como modelador de comportamento e construtor de boas práticas alimentares nas crianças, principalmente na idade da primeira infância (0-6 anos), idade em que as escolhas dos pequeninos podem e devem ser reguladas pelos pais/cuidadores/educadores.

Alimentação

Implicações na saúde

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), não existe no Mundo melhor alimento que o leite materno, pelo que a amamentação em exclusivo tem de ser incentivada e apoiada, até aos 6 meses de vida do bebé e daí em diante, até aos 2 anos, deve ser mantida, acompanhada/complementada por outros alimentos, sem a adição de sal ou açúcar, sem ser os naturalmente presentes nos alimentos.

Quando chega então a altura de o bebé iniciar a diversificação alimentar, existe uma grande preocupação com a introdução dos alimentos (legumes, frutas, proteínas), procurando que as quantidades oferecidas sejam as adequadas, que a diversidade seja a maior possível e a qualidade do alimento a melhor que podemos dar.

Nessa altura da vida dos bebés, a família pode contar com a ajuda e orientação dos profissionais de saúde, que nas consultas do bebé vão dando informação sobre as próximas etapas do desenvolvimento e sobre a forma como a alimentação deve acompanhar esse mesmo desenvolvimento.

Quando a criança inicia a creche/ jardim de infância, o papel da família continua a ser preponderante, mas a escola tem igualmente de se posicionar como bom exemplo e ser promotora de boas práticas, adotando medidas simples como redução de açúcares nas refeições (optando por papas feitas na creche e não de compra, aumentando a oferta de fruta e legumes nas refeições principais e fora delas, privilegiando os alimentos da época, etc.).

Alimentação

Implicações na saúde

Com o crescimento da criança não devem diminuir as preocupações, pelo contrário, no entanto, é fundamental que a família se coloque ao lado da criança nas boas escolhas e seja o modelo, e não apenas o adulto que quer que a criança coma o melhor possível, mas não segue a mesma linha. Os pais serão sempre os primeiros e principais educadores das crianças, nunca se podendo destituir desse papel nem o passar a terceiros.

Alguns estudos têm-se debruçado sobre as implicações do estilo alimentar familiar no comportamento alimentar dos filhos, no entanto a identificação das bases que suportam as decisões dos pais para a prática da alimentação diária têm sido pouco estudadas. Os determinantes ambientais são complexos e incluem desde a disponibilidade dos próprios alimentos, a fatores culturais e económicos. Contudo, em relação a estes, alguns estudos têm mostrado que o acesso a maiores recursos financeiros, podendo aumentar o poder de escolha, não se revela sinónimo de uma alimentação de melhor qualidade (EUFIC, 2005).

Este resultado parece indicar que o que precisamos ter em maior abundância é mesmo o tempo para refletir e fazer boas escolhas para nós e para os nossos filhos.

Alimentação

Implicações na saúde

O que fazer quando a criança recusa o alimento

Não gostamos de tudo. Não temos de gostar de tudo. Mas é normal a criança recusar o que não conhece, ou mesmo rejeitar um alimento que já tinha introduzido e gostado. Nestas fases normais do desenvolvimento devemos continuar a oferecer o alimento, mesmo que a criança o rejeite. Podemos encontrar novas formas de o cozinhar, de o apresentar à criança, para que se sintam mais impelidas a experimentar, podemos incluir a criança na tarefa de cozinhar, para que mexa nos alimentos crus, e colocar os alimentos na mesa para toda a família partilhar a refeição.

A fase de recusa alimentar pode acontecer em algumas crianças, noutras pode nem se revelar. No entanto, é mais frequente depois da fase da introdução dos alimentos, ou seja, quando já tem mais de 2 anos, já come alimentos sólidos e começa a ser autónoma na alimentação. Nesta fase a criança já definiu o que “gosta” e o que “não gosta” e afirma-o perentoriamente. O adulto pode tentar contornar com as estratégias acima e sobretudo acrescentar sabor e vivacidade ao prato.

Uma pizza com base de brócolos parece ser uma boa opção para quem afirma que não gosta deles, ou uns muffins de vegetais cheios de sabor e bons ingredientes. Há que ser criativo para fugir às recusas. A paciência é outra qualidade importantíssima quando se tem uma criança que passa por uma fase assim, mas o tempo é o melhor ajudante nestas situações. Manter o foco no positivo, encorajar a criança e valorizar os seus esforços vai contribuir para o sucesso de toda a família neste processo.

Alimentação

Implicações na saúde

Dicas saudáveis (associação portuguesa de nutricionistas)

- Iniciar o almoço e o jantar da família com sopa;
- Comer fruta e vegetais frescos todos os dias, são ricos em vitaminas e minerais;
- Variar entre carne e peixe;
- Consumir regularmente leguminosas;
- Incluir alguns laticínios na alimentação diária (iogurtes e leites não açucarados);
- Reduzir o consumo de alimentos açucarados, ricos em gordura e de baixo valor nutricional, pois têm um valor energético elevado e são pobres em micronutrientes, contribuindo em grande escala para o aumento da ingestão das calorias diárias e, consequentemente, do peso corporal.
- Privilegiar sempre o consumo de água ao longo do dia, evitando sumos, mesmo naturais;
- Iniciar a ingestão de sal e açúcar o mais tarde possível no crescimento da criança.

Motricidade

Marcha

O trabalho da motricidade é feito desde muito cedo pela criança. O contato com o mundo, com o outro e os movimentos desenvolvidos desde tenra idade, já são manifestações da motricidade, como afirma Le Boulch (2001) “a criança desde o nascimento apresenta potencialidades para se desenvolver, mas não dependem só da maturação dos processos orgânicos, senão também do intercâmbio com o outrem e que isto é da maior importância na primeira infância” (p.5). É através de um conjunto de desafios que a criança ultrapassa, do contato com diversos estímulos, com o meio e com outros indivíduos que a motricidade infantil se desenvolverá. Por desenvolvimento da motricidade entende-se que esta é “o conjunto das transformações de resposta, entendidas numa base diacrónica, e constatáveis ao nível dos movimentos, das qualidades físicas e motoras e das actividades humanas na adaptação às variações do meio físico e social” (Neto, s/d, p.4). Nas primeiras idades o desenvolvimento motor é feito através de estímulos, reagindo ao meio com movimentos reflexos. Inicialmente a criança imita gestos e movimentos, e através da tentativa e erro e da sua liberdade para se movimentar ela adquire e desenvolve habilidades motoras mais básicas até às mais específicas.

No que diz respeito ao desenvolvimento global da criança as atividades motoras realizadas, pelas mesmas, só farão sentido se permitirem em simultâneo o desenvolvimento das suas capacidades físico-motoras e coordenativas e as aprendizagens realizadas através da descoberta do seu corpo, que estimulam o prazer e o gosto pelo movimento. Além disso, as atividades motoras deverão proporcionar a socialização de cada criança a uma cultura motora capaz de contribuir para o seu integral desenvolvimento e de se prolongar ao longo da vida numa lógica de saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Motricidade

Marcha

Assim, deverá desde cedo ser estimulado o desenvolvimento da motricidade infantil, pois esta proporciona em primeiro lugar, um melhor funcionamento e desenvolvimento dos aparelhos e do sistema do corpo humano e, conseqüentemente, uma melhor aprendizagem para a sua vida em sociedade. Esta aprendizagem requer a aquisição de capacidades de equilíbrio e postura, essenciais ao deslocamento e exploração do ambiente; de perícia e manipulação de objetos, fundamentais ao trabalho e à comunicação, o convívio e a colaboração, requisitos de uma socialização da própria criança com os companheiros. Desta forma, o principal objetivo da motricidade infantil é contribuir para o desenvolvimento do corpo e da mente de uma forma coerente, através da educação do e pelo movimento.

É através do movimento que a criança absorve e contata com o mundo exterior e toma consciência do seu mundo interior, este faz parte das necessidades fundamentais da vida, porque a criança através do movimento contata e experimenta o mundo que a rodeia. Através do conhecimento/domínio do seu corpo “e da sua capacidade para a produção dos seus movimentos, a criança comunica com os seus pares, realiza as suas aquisições e desenvolve a sua personalidade através de empenhos, que se reflectem nas mais rudimentares manifestações de movimento expressivo e criativo.”

. Logo nos primeiros anos de vida, a criança torna-se um ser criador, através do seu próprio movimento. Os primeiros anos de vida são importantíssimos para qualquer aprendizagem que a criança venha a adquirir. Serão nestes anos que desenvolveremos as habilidades fundamentais para a sobrevivência do ser humano, onde se aprende “a ficar de pé, a caminhar, a correr, a rastejar, a saltar e a falar”

Formador(a): Pedro Pereira

Motricidade

Marcha

É necessário mudar estes hábitos, pois a criança para o seu bom desenvolvimento necessita de jogo e atividade física, ou seja de manter o corpo em movimento de criar, para fomentar desde logo hábitos de vida saudável e uma vida ativa, não queremos as nossas crianças com um reportório lúdico pobre, daí cada vez será mais importante na sociedade em que vivemos motivar e deixar a criança explorar o seu corpo em diferentes situações e em diferentes espaços. Para além do mais, “ a actividade lúdica surge como uma manifestação frequente e espontânea no comportamento infantil, parecendo ser uma atitude natural e indispensável ao seu desenvolvimento”

Para um melhor desenvolvimento da motricidade infantil, e para colmatar os problemas mencionados anteriormente que se têm vindo a desenvolver com a sociedade contemporânea, é fundamental preservar as culturas da infância, pois através dos jogos, das brincadeiras, das danças, entre outros, que são passados de geração em geração, através da interação com outras crianças e deixando um pouco de lado o sedentarismo e as atividades ligadas às novas tecnologias, estas movimentam-se e desenvolvem habilidades motoras, psicomotoras e sócio motoras, através da atividade lúdica. Para além da atividades referidas anteriormente virem cada vez mais a cair em desuso, os brinquedos tradicionais também têm sofrido uma certa desvalorização, porque têm aparecido nos mercados cada vez mais brinquedos “ estereotipados e em massa” que “condicionam as brincadeiras que com eles se têm e uniformizam-nas” e “como se o que fosse importante fosse o brinquedo e não a brincadeira em si. Também são cada vez mais os chamados brinquedos electrónicos, colocados à disposição das nossas crianças.

Motricidade

Motricidade fina e motricidade global

O crescimento físico observado nas crianças acontece de maneira muito rápida.

Na motricidade Global, as crianças podem começar a pedalar um triciclo aos três anos e aos oito anos andar de bicicleta, já que, como já foi enfatizado o desenvolvimento físico da criança é acompanhado por um gradativo desenvolvimento neurológico. Durante a infância as crianças gostam de espaços abertos, com bastante liberdade para poderem correr e brincar a vontade. Assim como, gostam de frequentar parques públicos para brincar de baloiços e escorregas.

Na Motricidade Fina, por consequência da dependência de uma progressiva integração e diferenciação de movimentos, a motricidade fina só se desenvolve, depois de a criança ter dominado os movimentos ligados aos grandes músculos.

O desenvolvimento da motricidade é acompanhado ainda por aprendizagens que irão complementar e auxiliar habilidades finas, como: a distinção entre esquerda e direita, organização espaço-temporal, aumento dos lapsos de atenção concentrada, distinção do antes e depois, resistência a fadiga e a simbolização e reversibilidade do pensamento em suas relações com a linguagem.

As habilidades motoras finas, como abotoar camisas e desenhar figuras, envolvem a coordenação de músculos pequenos e coordenação entre olhos e mãos. Estas habilidades permitem as crianças um maior senso de responsabilidade e cuidado pessoal. Aos três anos uma criança é capaz de desenhar um círculo e uma pessoa rudimentar. Aos quatro anos a criança é capaz de recortar sobre uma linha, desenhar uma pessoa razoavelmente completa e fazer desenhos e letras grosseiras. E aos cinco anos, a criança é capaz de se vestir sem muita ajuda, copiar um quadrado ou um retângulo e desenhar uma pessoa mais elaboradamente que antes.

Motricidade fina e motricidade global

Capacidades coordenativas das crianças

A educação física, como componente da educação da educação integral, assume uma importância vital no desempenho geral do sujeito. Um programa na educação física bem estruturado desde as primeiras idades pode contribuir notavelmente para o desenvolvimento motor sem pretender acelerar este desenvolvimento. Porém, para exercer esta influência sem o perigo de cometer erros no processo de ensino, todo educador deve alimentar-se da informação necessária sobre a evolução do desenvolvimento, seus avanços e retrocessos. Capacidades coordenativas gerais e a capacidade de regulação dos movimentos manifesta-se sempre que a criança regula suas ações. O adulto pode fornecer indicações verbais para a criança em determinados momentos, porém na execução da ação, a própria criança é quem deve regular seu movimento de acordo com a distância a que está colocado o objecto. Somente se for necessário, o adulto sugere à criança aproximar-se ou afastar-se do objecto, abstendo-se de ser ele quem mexa no objecto para que a criança tenha sucesso. Uma interferência inadequada por parte do adulto pode limitar a aprendizagem da criança, além de afetar o desenvolvimento desta capacidade. A importância deste exemplo é o fato de, precisamente, ser a criança quem regula a ação, e não o adulto. A criança é um ser dinâmico, cheio de indagações espontâneas e com múltiplas habilidades físicas, sua habilidade motora é utilizada para expansão do seu desenvolvimento onde o jogo é seu meio de comunicação e aprendizagem.

Motricidade

Motricidade fina e motricidade global

Conclusão

A coordenação motora é definida como junção de um conjunto de habilidades e das estruturas corporais. Dentro dos pré-requisitos para o desenvolvimento da coordenação motora, encontram-se a experiência adquirida, a informação sensorial, a capacidade intelectual e a antecipação. Em algumas habilidades, a coordenação se manifesta muito antes do que em outras

Motricidade

Fases do desenvolvimento

O desenvolvimento é frequentemente dividido em domínios específicos, como motor grosseiro, motor fino, linguagem, cognitivo e crescimento social/emocional. Os estudos estabeleceram as médias de idades alcançadas por marcos específicos, bem como as faixas de normalidade. Numa criança normal, os progressos são variáveis dentro de diferentes domínios, como no caso da criança que começa a andar tarde, mas fala cedo. Influências ambientais, que variam da nutrição até a estimulação e do impacto da doença até os efeitos de fatores psicológicos, interagem com factores genéticos para determinar o grau do progresso e padrão de desenvolvimento.

O Desenvolvimento motor divide-se em motor fino (p. ex., agarrar pequenos objetos, desenhar) e capacidades motoras amplas (p. ex., andar, subir escadas). É um processo contínuo que depende do padrão da família, de factores ambientais (p. ex., quando a atividade é limitada por uma doença prolongada) e disfunções específicas (p. ex., paralisia cerebral, atraso mental, distrofia muscular). Normalmente, as crianças começam a andar aos 12 meses, podem subir escadas mantendo-se firmes aos 18 meses e correm bem aos 2 anos, mas a idade em que essas habilidades são adquiridas pelas crianças normais variam amplamente. O desenvolvimento motor não deve ser acelerado de modo significativo pela aplicação de estímulos aumentados.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento da linguagem

A habilidade de compreensão da linguagem precede a habilidade da fala; crianças com poucas palavras geralmente podem compreender bastante. Embora atrasos de linguagem não sejam tipicamente acompanhados de outros de desenvolvimento, todas as crianças com excessivo atraso de linguagem deveriam ser avaliadas quanto à existência de outros atrasos de desenvolvimento. Crianças com atrasos das linguagens receptiva e expressiva apresentam, mais frequentemente, outros problemas de desenvolvimento. A avaliação de qualquer atraso deve ser iniciada com testes auditivos. A maioria das crianças que apresentam atraso de linguagem tem inteligência normal. Por outro lado, crianças com desenvolvimento acelerado da linguagem estão frequentemente acima da média de inteligência. Progressos de linguagem abrangem desde o modo de expressar os sons vogais (arrulhar) até a introdução de sílabas que se iniciam com consoantes (ba-ba-ba). A maioria das crianças pode dizer “Papa” e “Mama” aos 12 meses, usa várias palavras aos 18 meses e forma frases de 2 ou 3 palavras aos 2 anos. Aos 3 anos, em média, uma criança pode manter uma conversa. Aos 4 anos, ela pode contar histórias simples e envolver-se em uma conversa com adultos ou outras crianças. Aos 5 anos, a criança pode ter um vocabulário de vários milhares de palavras. Mesmo antes dos 18 meses, as crianças podem ouvir e compreender a história que é lida para elas. Aos 5 anos, as crianças são capazes de recitar o alfabeto e reconhecer palavras simples escritas. Toda essas habilidades são fundamentais para aprender a ler palavras, frases e sentenças simples. Dependendo da exposição a livros e habilidades naturais, a maioria das crianças começa a ler aos 6 ou 7 anos de idade. Esses limites são muito variáveis.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento cognitivo

Desenvolvimento cognitivo refere-se ao amadurecimento intelectual das crianças. Afeto e educação apropriados ao lactente e no início da infância são reconhecidos como fatores críticos para o crescimento cognitivo e a saúde emocional. Por exemplo, a leitura para a criança, desde cedo, contribui com experiências intelectualmente estimulantes e propicia um relacionamento educativo caloroso, o que trará importante impacto sobre o crescimento nesses domínios.

O intelecto das crianças pequenas é avaliado pela observação das aptidões de linguagem, curiosidade e habilidades de resolver problemas. Assim que a criança começa a verbalizar, torna-se mais fácil avaliar a função intelectual utilizando ferramentas clínicas especializadas. No momento em que a criança vai à escola, ela fica sob monitorização constante como parte do processo académico.

Aos 2 anos, a maioria das crianças entende o conceito de tempo em termos amplos. Muitas crianças com 2 e 3 anos de idade acreditam que tudo o que aconteceu no passado aconteceu "ontem", e tudo o que acontecerá no futuro, acontecerá "amanhã". Uma criança nessa idade tem imaginação fértil, mas tem dificuldade de distinguir fantasia da realidade.

Aos 4 anos de idade, a maioria das crianças tem uma compreensão mais complicada do tempo. Elas percebem que o dia é dividido em manhã, tarde e noite. Elas podem até mesmo apreciar a mudança das estações.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento cognitivo

Aos 7 anos, as capacidades intelectuais das crianças se tornam mais complexas. Nesse momento, as crianças são cada vez mais capazes de focalizar mais de um aspecto de um evento ou situação ao mesmo tempo. Por exemplo, crianças em idade escolar podem reconhecer que um frasco alto e estreito pode armazenar a mesma quantidade de água do que um curto e largo. Elas podem reconhecer que remédios podem ter um gosto ruim, mas podem fazê-las se sentir melhor, ou que a mãe pode estar nervosa com elas, mas mesmo assim pode amá-las. As crianças são cada vez mais capazes de entender a perspectiva de outra pessoa e, assim, aprender os fundamentos de esperar sua vez em jogos ou conversas. Além disso, as crianças em idade escolar são capazes de seguir as regras consensuais do jogos. As crianças nessa idade também são cada vez mais capazes de raciocinar usando os poderes da observação e múltiplos pontos de vista.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Emoção e comportamento baseiam-se no temperamento e na fase de desenvolvimento da criança. Cada criança tem um temperamento ou humor individual. Algumas crianças podem ser alegres e adaptáveis e desenvolver facilmente rotinas regulares de dormir, acordar, comer e outras atividades diárias. Essas crianças tendem a responder positivamente a novas situações. Outras crianças não são muito adaptáveis e podem ter grandes irregularidades em suas rotinas. Essas crianças tendem a reagir negativamente a novas situações. Contudo, outras crianças estão nalgum ponto intermediário.

O crescimento emocional e a aquisição de aptidões sociais são avaliados pela observação da interacção da criança com outras, em situações diárias. Quando a criança começa a falar, a compreensão do seu estado emocional torna-se muito mais precisa. Assim como acontece com o intelecto, a função emocional pode ser delineada mais precisamente com ferramentas especializadas.

Chorar é o principal meio de comunicação dos recém-nascidos. Recém-nascidos choram porque estão com fome, incomodados, aflitos e por muitas outras razões que podem não ser óbvias. É mais comum que recém-nascidos com 6 semanas de idade chorem 3 horas/dia, geralmente diminuindo para 1 horas/dia aos 3 meses de idade. Os pais normalmente dão às crianças que choram comida, trocam a fralda e procuram uma fonte de dor ou desconforto. Se essas medidas não funcionarem, pegar ao colo ou andar com o recém-nascido algumas vezes ajuda. Às vezes, nada funciona. Os pais não devem forçar comida em recém-nascidos durante o choro, pois estes irão comer logo se a fome for a causa do seu desconforto.

Por volta dos 8 meses de idade, os recém-nascidos normalmente tornam-se mais ansiosos em relação a **separar-se dos pais**. Separações ao deitar e em creches podem ser difíceis e marcadas por acessos de raiva. Esse comportamento pode durar muitos meses. Para muitas crianças maiores, uma sesta ou boneco de pelúcia serve nesse momento como um objecto de transição, que age como um símbolo do pai ausente.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento emocional e comportamental

Emoção e comportamento baseiam-se no temperamento e na fase de desenvolvimento da criança. Cada criança tem um temperamento ou humor individual. Algumas crianças podem ser alegres e adaptáveis e desenvolver facilmente rotinas regulares de dormir, acordar, comer e outras atividades diárias. Essas crianças tendem a responder positivamente a novas situações. Essas crianças tendem a reagir negativamente a novas situações. Contudo, outras crianças estão nalgum ponto intermediário. O crescimento emocional e a aquisição de aptidões sociais são avaliados pela observação da interacção da criança com outras, em situações diárias. Quando a criança começa a falar, a compreensão do seu estado emocional torna-se muito mais precisa. Assim como acontece com o intelecto, a função emocional pode ser delineada mais precisamente com ferramentas especializadas.

Chorar é o principal meio de comunicação dos recém-nascidos. Recém-nascidos choram porque estão com fome, incomodados, aflitos e por muitas outras razões que podem não ser óbvias. É mais comum que recém-nascidos com 6 semanas de idade chorem 3 horas/dia, geralmente diminuindo para 1 horas/dia aos 3 meses de idade. Os pais normalmente dão às crianças que choram comida, trocam a fralda e procuram uma fonte de dor ou desconforto. Se essas medidas não funcionarem, pegar ao colo ou andar com o recém-nascido algumas vezes ajuda. Às vezes, nada funciona. Os pais não devem forçar comida em recém-nascidos durante o choro, pois estes irão comer logo se a fome for a causa do seu desconforto.

Por volta dos 8 meses de idade, os recém-nascidos normalmente tornam-se mais ansiosos em relação a **separar-se dos pais**. Separações ao deitar e em creches podem ser difíceis e marcadas por acessos de raiva. Esse comportamento pode durar muitos meses. Para muitas crianças maiores, uma sesta ou boneco de pelúcia serve nesse momento como um objecto de transição, que age como um símbolo do pai ausente.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento emocional e comportamental

Aos 2 a 3 anos, as crianças começam a testar seus limites e fazer o que elas foram proibidas de fazer, simplesmente para ver o que vai acontecer. Os "nãos" frequentes que as crianças ouvem dos pais refletem a luta pela independência nessa idade. Embora angustiantes para os pais e filhos, os **ataques de raiva** são normais porque ajudam as crianças a expressar sua frustração durante um momento em que não conseguem verbalizar seus sentimentos. Os pais podem ajudar a diminuir o número de ataques de raiva não deixando que os filhos se cansem ou fiquem indevidamente frustrados e entendendo os padrões de comportamento dos seus filhos e evitando situações que provavelmente podem induzir a ataques de raiva. Algumas crianças têm particular dificuldade em controlar seus impulsos e precisam que os pais estabeleçam limites mais restritos em torno dos quais pode haver alguma segurança e regularidade em seus mundos.

Dos 18 meses a 2 anos de idade, as crianças normalmente começam a estabelecer a **identidade de gênero**. Durante os anos pré-escolares, as crianças também adquirem uma noção do papel de gênero, do que meninos e meninas costumam fazer. Espera-se que elas explorem os órgãos genitais nessa idade e os sinais de que as crianças estão começando a estabelecer uma conexão entre a imagem corporal e o gênero.

Entre os 2 e 3 anos de idade, as crianças começam a brincar de maneira mais interactiva com as outras crianças. Embora ainda possam ser possessivas em relação aos brinquedos, elas podem começar a compartilhar e até mesmo se revezar nas brincadeiras. Afirmar a posse dos brinquedos dizendo: "isso é meu!" ajuda a estabelecer o sentido do eu. Embora crianças nessa idade lutem por independência, elas ainda precisam dos pais por perto para se sentirem seguras e apoiadas. Por exemplo, elas podem afastar-se dos pais quando se sentem curiosas e logo depois se esconderem atrás deles quando estão com medo.

Motricidade

Fases do desenvolvimento

Desenvolvimento emocional e comportamental

Dos 3 aos 5 anos, muitas crianças se interessam por brincadeiras envolvendo fantasia e amigos imaginários. As brincadeiras envolvendo fantasia permitem às crianças exprimir com segurança diferentes papéis e sentimentos intensos de maneiras aceitáveis. As brincadeiras envolvendo fantasia também ajudam as crianças a crescer socialmente. Elas aprendem a resolver conflitos com os pais ou outras crianças de maneiras que as ajudam a desabafar frustrações e manter a autoestima.

Também nesse momento, aparecem medos típicos da infância como "o monstro no armário". Esses medos são normais.

Dos 7 aos 12 anos, as crianças superam inúmeros desafios: autoconceito, a base para o que é estabelecido pela competência em sala de aula; relacionamentos com colegas, que são determinados pela capacidade de socialização e adaptação; e relacionamentos familiares, que são determinados em parte pela aprovação que as crianças obtêm dos pais e irmãos.

Embora muitas crianças pareçam dar muita importância a grupos de colegas, elas continuam buscando principalmente nos pais o suporte e orientação de que necessitam. Irmãos podem servir como modelos de vida e como suportes valiosos e críticos em relação ao que pode ou não ser feito. Nesse momento na vida, as crianças são muito ativas e se envolvem em muitas atividades e estão ansiosas para explorar novas atividades. Nessa idade, as crianças são aprendizes ansiosos e muitas vezes respondem bem a conselhos sobre segurança, estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de alto risco.

Linguagem

Características e função

A linguagem das crianças intriga linguistas e estudiosos do tema. Sendo assim, as crianças do século XII, por exemplo, apesar de crianças como as de hoje não brincavam com os mesmos brinquedos, nem sentiam, nem pensavam, nem se vestiam como as crianças de hoje. E, certamente as crianças deste século terão características muito diferentes das de hoje. É interessante que assim surge uma pergunta: se as crianças de antigamente eram diferentes das de hoje certamente as de amanhã também serão. Por que é então interessante estudar a infância se esta muda?

Na tentativa de responder a essa questão surgiram muitas teorias. *“Aquisição da linguagem* tenta explicar entre outras coisas o facto de as crianças, por volta dos 3 anos, serem capazes de fazer o uso produtivo - de suas línguas”.

Desde pequenos já existe a comunicação, mas esta não é feita por meio oral. A linguagem é um sistema de símbolos culturais internalizados, e é utilizada com o fim último de comunicação social. Assim como no caso da inteligência e do pensamento, o seu desenvolvimento passa também por períodos até que a criança chegue a utilização de frases e múltiplas palavras.

Ao nascer, a criança não entende o que lhe é dito. Somente aos poucos começa a atribuir um sentido ao que escuta. Do mesmo modo acontece com a produção da linguagem falada. O entendimento e a produção da linguagem falada evoluem.

Linguagem

Características e função

Existem diferentes tipos de linguagem: a corporal, a falada, a escrita e a gráfica. Para comunicar, a criança utiliza, tanto a linguagem corporal (mímica, gestos, etc.) como a linguagem falada. Lógico que ela ainda não fala, mas já produz linguagem. O desenvolvimento da linguagem divide-se em dois estádios: **pré – linguístico**, quando o bebê usa o modo comunicativo os sons, sem palavras ou gramática; e o **linguístico**, quando usa palavras.

No estágio **pré – linguístico** a criança, no início, usa o choro para comunicar, podendo ser rica em expressão emocional. Logo ao nascer este choro ainda é indiferenciado, porque nem a mãe sabe o que ele significa, mas aos poucos começa a ficar cheio de significados e é possível, pelo menos para a mãe, saber se o bebê está a chorar de fome, de cólicas, por estar a sentir-se desconfortável, por querer colo etc. É importante ressaltar que é a relação do bebê com a mãe, ou com a pessoa que cuida dele, que lhe dá elementos para compreender o seu choro.

Além do choro, a criança começa a produzir o arrulho, que é a emissão de um som gutural, que sai da garganta, que se assemelha ao arrulho dos pombos. O balbúcio ocorre de repente, por volta dos 6-10 meses, e caracteriza-se pela produção e repetição de sons de consoantes e vogais como “ma-ma-ma-ma”, que muitas vezes é confundido com a primeira palavra do bebê.

No desenvolvimento da linguagem, os bebês começam a imitar casualmente os sons que ouvem, através da ecolalia. Por exemplo: os bebês repetem repetidas vezes os sons como o “da-da-da”, ou “ma-ma-ma-ma”. Por isso as crianças que tem problemas de audição, não evoluem para além do balbúcio, já que não são capazes de escutar.

Linguagem

Características e função

Por volta dos 10 meses, os bebês imitam deliberadamente os sons que ouvem, deixando clara a importância da estimulação externa para o desenvolvimento da linguagem. Ao final do primeiro ano, o bebê já tem certa noção de comunicação, uma ideia de referência e um conjunto de sinais para se comunicar com aqueles que cuidam dele.

O estágio **linguístico** está pronto para ser estabelecido. Sendo assim, contando com a maturação do aparelho fonador da criança e da sua aprendizagem anterior, ela começa a dizer suas primeiras palavras.

A **fala linguística** inicia-se geralmente no final do segundo ano, quando a criança pronuncia a mesma combinação de sons para se referir a uma pessoa, um objecto, um animal ou um acontecimento. Por exemplo, se a criança disser **apo** quando vir a **água** na mamadeira, no copo, na torneira, no banheiro etc., podemos afirmar que ela já está falando por meio de palavras. Espera-se que aos 18 meses a criança já tenha um vocabulário de aproximadamente 50 palavras, no entanto ainda apresenta características da fala pré-linguística e não revela frustração se não for compreendida. Na fase inicial da fala linguística a criança costuma dizer uma única palavra, atribuindo-lhe, no entanto o valor de frase. Por exemplo, diz **ua**, apontando para porta de casa, expressando um pensamento completo; **eu quero ir pra rua**. Essas palavras com valor de frases são chamadas **holófrases**. A partir daqui acontece uma “explosão de nomes”, e o vocabulário cresce muito. Aos 2 anos espera-se que as crianças sejam capazes de utilizar um vocabulário de mais de cem palavras. Entre os 2 e 3 anos as crianças começam a adquirir os primeiros fundamentos de sintaxe, começando assim a preocupar-se com as regras gramaticais. Usam, para tanto, o que chamamos de super-regularização, que é uma aplicação das regras gramaticais a todos os casos, sem considerar as exceções. É por isso que a criança quer comprar “pães”, trazê-los nas “mães”. Aos 6 anos a criança fala utilizando frases longas, tentando utilizar corretamente as normas gramaticais.

Linguagem

Estruturas biológicas

A aquisição da linguagem exigiu modificações morfo-anatômicas importantes no encéfalo, na medula espinhal e outras estruturas não-neurais.

O volume encefálico aumentou rapidamente, em volume absoluto e relativo ao tamanho corpóreo, na linhagem humana entre 2 milhões e 300 mil anos atrás. O encéfalo é um órgão altamente custoso do ponto de vista energético, portanto sua expansão e manutenção na linhagem indica que o mesmo confere uma vantagem evolutiva significativa. Embora haja correlação entre o volume encefálico e a capacidade cognitiva geral, o mesmo não ocorre com a capacidade de linguagem, não havendo um volume encefálico separando claramente os primatas com e sem linguagem.

O neocórtex é visto tradicionalmente como a estrutura neural responsável pela linguagem. A aquisição da mesma estaria associada ao surgimento de novas estruturas neocorticais e/ou expansão das pré-existentes. O córtex humano é lateralizado, sendo dividido em dois hemisférios, com o esquerdo controlando o braço direito e sendo dominante para a linguagem. Pensava-se que a preferência populacional por ser destro fosse uma exclusividade humana, o que levou à hipótese da evolução conjunta da lateralização, linguagem e caráter destro, embora saiba-se hoje que outros primatas são preferencialmente destros. O hemisfério esquerdo de bonobos, babuíños, chimpanzés e gorilas controla gestos comunicativos e vocalizações voluntárias, em contraste com o controle das vocalizações em outros primatas pelo hemisfério direito, indicando que a dominância do hemisfério esquerdo sobre essas habilidades pode ter precedido evolutivamente a dominância sobre a linguagem. Dados anatômicos e comportamentais, contudo, não suportam a assimetria neural como exclusividade humana ou especialização específica para a linguagem.

Linguagem

Estruturas biológicas

A área de Broca localiza-se no hemisfério esquerdo e é considerada desde sua descrição como de grande importância para a linguagem. Ela aparece cedo na linhagem humana, anteriormente ao advento da linguagem. Outros primatas apresentam estruturas homólogas, mas com organização distinta. A expansão da estrutura teria permitido o aumento da percepção espacial, conferindo a coordenação dos membros superiores necessária para o uso de ferramentas e lançamento de projéteis. Como muitas estruturas espaciais são organizadas temática e espacialmente, essa expansão teria também fornecido a estrutura conceptual para componentes chave no desenvolvimento da linguagem.

Embora o papel do neocórtex se mantenha significativamente relevante, pesquisas das últimas décadas têm destacado a importância de estruturas não-corticais para a linguagem. Danos nos gânglios basais e cerebelo geram déficits no aprendizado procedural, memória de trabalho (curto-prazo), sintaxe, escolha e ordenação de palavras e dispraxia oral; estando associados à dispraxia orofacial resultante de mutações no gene FOXP2. Tanto os gânglios basais quanto porções do cerebelo estão fortemente ligadas ao neocórtex por meio do tálamo, indicando que essas estruturas trabalham conjuntamente para possibilitar a linguagem. O hipocampo e a amígdala também são componentes importantes, não afetando diretamente a linguagem, mas relacionados à memória declarativa e aprendizado emocional.

Linguagem

Estruturas biológicas

Uma das razões para o foco histórico no neocórtex é a percepção equivocada de que apenas ele teria aumentado durante a evolução humana, embora o tamanho dos gânglios basais, cerebelo e hipocampo seja de 2 a 3 vezes maior em humanos do que em outros grandes primatas. Essa percepção é fruto em parte da ausência no registro fóssil da sua evolução, pois diferente do córtex elas são internas ao encéfalo e não deixam impressões na caixa craniana. Entretanto, o tamanho destas estruturas não-corticais guarda uma forte correlação com o volume encefálico total, que pode ser usado como um bom preditor. As mudanças morfo-anatômicas relacionadas à aquisição da linguagem não se restringem a estruturas neurais, estendendo-se também ao trato respiratório e à musculatura. Humanos possuem uma cavidade oral diferente em relação a outros primatas, assim como uma laringe mais baixa, maior controle da respiração e ausência de sacos aéreos na laringe. Acredita-se que a reorganização do trato vocal foi facilitada pelo bipedalismo, por alterações na dieta ou ambos, e a estrutura laringeal moderna já estaria presente no ancestral comum de Neandertais e humanos anatomicamente modernos. O controle mais fino da respiração é possibilitado por uma maior inervação por massa cinzenta medular dos músculos respiratórios torácicos e abdominais, com a terminação direta de muitas fibras corticais em neurônios motores da medula e tronco cerebral.

Linguagem

Condições necessárias à aquisição

Todo ser humano saudável já nasce programado para falar, com uma propensão inata para a linguagem. As crianças adquirem a língua ou as línguas que são empregadas pelas pessoas que convivem perto delas. Este processo de aprendizagem é algo complexo. Por isso, acredita-se que a aquisição da primeira língua é a maior façanha que podemos realizar durante toda a vida. Ao contrário de muitos outros tipos de aprendizagem, esse tipo de conhecimento não requer ensino direto ou estudo especializado. Em A Descendência do Homem e Seleção em Relação ao Sexo, o naturalista Charles Darwin chamou esse processo de "tendência instintiva para adquirir uma arte".

Desde o nascimento, os recém-nascidos respondem mais prontamente à fala humana do que para outros sons. Com cerca de um mês de idade, os bebês parecem ser capazes de distinguir entre diferentes sons da fala. Já com seis meses de idade, a criança vai começando a balbuciar, produzindo ou os sons da fala ou as formas com as mãos das línguas utilizadas em torno deles. Desde muito cedo, qualquer criança sabe e fala muito além das frases que ela escutou dos adultos. Não repete simplesmente o que lhe dizem: com as regras que ela apreendeu das frases ouvidas, forma inúmeras outras, inclusive nunca ouvidas. Ou seja, desde a primeira infância a criança "cria" as suas frases. Essa criatividade é o traço característico da chamada gramática universal, internalizada pelas crianças. Proposta por Noam Chomsky, essa gramática parte do princípio de que há uma gramática, inerente a todos os falantes de qualquer língua, que faria com que ninguém optasse por uma estrutura altamente errada, entre as infinitas combinações possíveis de palavras. As palavras aparecem entre 12 e 18 meses. Uma criança de 18 meses de idade emprega em média cerca de 50 palavras.

Linguagem

Condições necessárias à aquisição

As primeiras declarações das crianças são holofrases, ou seja, expressões que utilizam apenas uma palavra para comunicar alguma ideia. Vários meses depois que uma criança começa a produzir palavras, ele ou ela produzirá discursos telegráficos e frases curtas que são menos gramaticalmente complexa do que a fala dos adultos, mas que mostram a estrutura sintáctica regular. Com dois anos a criança já domina o arcabouço fundamental de sua língua. Com aproximadamente três anos, a capacidade da criança de falar ou de fazer sinais é tão refinada que se assemelha linguagem adulta.

Linguagem

Fases de desenvolvimento

A estimulação em todas as fases do desenvolvimento é fundamental para incentivar a evolução da criança. Conversar com a criança, repetir palavras e explorar as palavras através dos contos e da leitura são excelentes formas para estimular a criança a falar e a diversificar o vocabulário.

Muitas vezes, a avaliação da linguagem é realizada com base na perceção que os pais têm sobre a evolução da criança em casa. Se considerar que o seu bebé não está a desenvolver-se como esperado, consulte o pediatra para avaliação.

Linguagem

Fases de desenvolvimento

Com 1 mês de idade

- Choro, gritos;
- Segue a face e os sons.

Aos 2 meses de idade

- Palra.

Aos 4 meses de idade

- Ri com intenção.

Aos 6 meses de idade

- Imita o que ouve à volta;
- Vocaliza com entoação;
- Responde quando se chama pelo seu nome;
- Usa sons monossilábicos como “papa” ou “mama” mas sem significado.

Aos 9 meses de idade

- Primeira palavra geralmente aos 10 meses;
- Compreende o “não”;
- Usa “papa” e “mama” com significado.

Linguagem

Fases de desenvolvimento

Aos 12 meses de idade

- Compreende ordens simples, principalmente se forem acompanhadas de gestos;
- Diz uma ou duas palavras para além de “mama” e “papa”;
- Muitas palavras não são compreendidas, mesmo pelos pais.

Aos 15 meses de idade

- Usa 4 a 6 palavras;
- Percebe ordens simples mesmo se não forem acompanhadas por gestos;
- Utiliza entoação e ritmos na frase.

Aos 18 meses de idade

- Diz 5 a 20 palavras;
- Identifica pelo menos uma parte do corpo;
- Associa 2 palavras como “não está” ou “não quero”.

Aos 2 anos de idade

- Diz pelo menos 50 palavras. Algumas crianças já utilizam até 300 palavras;
- Compreende ordens duplas como “vai buscar os sapatos a dá-os ao pai”;
- Pode utilizar frases com 2 ou 3 palavras e com verbos;
- A maioria do que a criança diz continua a não se perceber;
- Utiliza o “eu”.

Linguagem

Fases de desenvolvimento

Aos 3 anos de idade

- Diz pelo menos 250 palavras. Algumas crianças podem já saber 1000 palavras;
- Compreende o conceito de “dois”;
- Compreende “em cima”, “em baixo”, “ao lado”, “atrás”;
- A maioria do que a criança diz é percebida por todos;
- Sabe nome, sexo e idade;
- Constrói frases com 3 palavras;
- Usa o plural e o tempo passado;
- Repete sequência de 3 algarismos.

Aos 3 – 4 anos de idade

- Já articula bem as consoantes e as vogais;
- Constrói frases bem estruturadas;
- Utiliza o “porquê”;
- Conhece uma ou mais cores.

Linguagem

Fases de desenvolvimento

Sinais de alerta sobre a aquisição da fala da criança

Idade pré-escolar

- Fala tardia;
- Linguagem “à bebé” persistente;
- Palavras mal pronunciadas para além do esperado para a idade;
- Dificuldade em acompanhar e decorar canções, rimas e lengalengas;
- História familiar de fala tardia ou alterações ao nível da linguagem e/ou da fala.

1º Ano de escolaridade

- Dificuldade em discriminar os sons da língua (ex: quando a criança ouve “faca” e “vaca”, não identifica diferenças);
- Dificuldade na divisão silábica e fonémica;
- Dificuldade em associar as letras aos seus sons e vice-versa (ex: a letra “F” lê-se “éfe”);
- Dificuldade na leitura de sílabas e palavras, sobretudo palavras novas ou mais complexas;
- Dificuldade na escrita (erros de escrita).

Ciclo do sono-vigília

Funções

Não sabemos ainda a razão por que dormimos. Conhecemos, no entanto, os **mecanismos que produzem o sono**.

O sono não tem origem apenas numa zona específica do cérebro; resulta da ação de uma rede de neurónios (células nervosas) que está espalhada pelo nosso cérebro. Nessa rede existem:

- Neurónios ativadores, que ativam o córtex cerebral de modo a nos mantermos acordados;
- Neurónios que têm exatamente a função contrária, a de adormecermos.

Essencialmente, o sono é ‘ligado’ e ‘desligado’ em resultado de interações nas redes neuronais cerebrais.

Existem **dois mecanismos fundamentais** que nos levam a dormir:

- O nosso ritmo biológico;
- A chamada ‘pressão de sono’.

O relógio biológico do hipotálamo

No nosso cérebro temos ‘um relógio biológico’ numa estrutura chamada de hipotálamo que nos **informa quando devemos estar acordados e quando devemos estar a dormir**.

Este relógio natural está alinhado com o ciclo de luz / escuridão (dia / noite) do nosso planeta e controla todos os ritmos circadianos (que se repetem a cada 24 horas) do nosso organismo.

Devemos dormir à noite quando está escuro e devemos permanecer acordados durante o dia, quando existe a luz.

O **hipotálamo regula a produção de melatonina**, hormona fundamental para o sono, consoante a presença ou ausência da luz do sol. A produção de melatonina é máxima no início da noite de modo a promover o início do sono. Quando somos expostos à luz, diminui a produção de melatonina. O hipotálamo envia sinais para outras estruturas cerebrais, tais como o tronco cerebral, e este ativa outras zonas como o córtex cerebral levando à libertação de neurotransmissores que nos mantêm acordados ou que nos induzem o sono.

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

Há uma relação muito íntima entre sono de qualidade e saúde mental; o sono é essencial para o bem-estar psicológico e como explicaremos, desempenha diversas funções na regulação do organismo.

O sono desempenha diversas funções

O sono é determinante na regulação da homeostasia do nosso organismo, contribuindo para manter o equilíbrio do meio interno. Entre as funções do sono encontram-se a conservação de energia, restauração de tecidos, organização da memória e seleção de informação, consolidação do sistema imunitário e secreção de hormona do crescimento (GH – “growth hormone”) em crianças e adolescentes.

Arquitetura do Sono

Existem dois tipos de sono: sono não-REM (sem movimentos oculares rápidos, do inglês REM – “rapid eye movement”) e sono REM.

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

Sono não-rem:

O sono não-REM ocupa cerca de 75% do sono e estrutura-se em 4 fases.

Fase 1 – transição entre sono e vigília, facilmente interrompida por ruídos ou toques. Ondas cerebrais rápidas.

Fase 2 – Sono mais profundo. Cessam os movimentos dos olhos. Os músculos relaxam. Importante para a consolidação da memória. São necessários estímulos mais intensos para despertar. Ondas cerebrais rápidas.

Fase 3 – Mais profunda que a anterior. Início de ondas lentas. Atividade cardíaca e respiração abrandam. Importante para funções reparadoras do sono.

Fase 4 – Corresponde ao sono mais profundo, em que é mais difícil acordar uma pessoa. O despertar, se ocorrer, é confuso. Continuam as funções reparadoras, de crescimento e recuperação de células, tecidos e órgãos.

Sono rem:

No sono REM há atonia muscular generalizada, mas aumento marcado da atividade cerebral. É nesta fase que ocorrem os sonhos. Pode ser também importante para a consolidação da memória.

Ao longo da noite os ciclos de sono não-REM/REM sucedem-se a cada 90 a 110 minutos, e os períodos de sono REM tornam-se progressivamente mais longos. Os últimos correspondem a 25% do total, portanto passamos menos de ¼ do tempo a sonhar.

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

As necessidades de sono são variáveis

As necessidades de sono variam em função da altura do ano, do género, da atividade física e profissional e sobretudo da idade: os bebés passam 95% do tempo a dormir durante a gravidez. Um recém-nascido pode dormir mais de 16 horas; uma criança de quatro anos pode ter necessidades de sono de cerca de 12 horas, um adolescente 10 horas, um adulto 8 horas (em média) e num idoso 6 horas podem ser suficientes.

À medida que as crianças crescem, o sono evolui de um padrão polifásico para um padrão bifásico. A partir dos 3-4 anos, a criança passa a dormir de noite.

Ao longo do desenvolvimento do bebé/criança o numero de horas de sono necessárias durante o período noturno e diurna vai variando e adaptando-se às necessidades das crianças.

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

As necessidades de sono são variáveis

Idade	Sono Durante a noite	Sono Durante o dia
1 mês	8-9h	7h (3-4 sestas)
3 meses	10h	5h (3 sestas)
6 meses	11h	3h (2 sestas)
9 meses	11h	3h (2 sestas)
12 meses	11h	2h (2 sestas)
18 meses	11h	2h (1 sesta)
2 anos	11h	2h (1 sesta)
3 anos	10h	1h (1 sesta)

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

O sono é regulado por vários fatores

A regulação do sono depende de vários aspetos, mas entre os mais importantes estão a luz (no escuro segrega-se uma hormona, a melatonina, que induz o início do sono) e a temperatura interna do corpo (a temperatura do corpo vai subindo até cerca das 18h e começa então a descer lentamente até à madrugada seguinte, quando normalmente temos necessidade de nos aconchegar na cama).

Durante o crescimento das crianças, e consoante fase de desenvolvimento, surgem diversas problemáticas na higiene do sono. Apresentamos aqui algumas dessas problemáticas, bem como algumas sugestões para as contrariar.

Do nascimento até aos 3 anos, os problemas mais comuns são os “sonos trocados” e dormir com os pais ou a “dança das camas”. Para os “sonos trocados”, deve-se tentar que o sono durante o dia decorra com luz natural e sem controlo exagerado dos ruídos – ao contrário do que os pais habitualmente fazem, que é colocar as crianças a dormir num ambiente sossegado e escuro durante o dia.

No período da noite, a criança deve dormir num ambiente o mais calmo possível, sem luz artificial, ou com uma luz de presença de baixa intensidade. Assim, o bebé vai-se habituando a ter um sono mais repousante e mais prolongado de noite, que é fisiologicamente mais saudável, com sestas mais curtas durante o dia.

Relativamente a dormir com os pais, é prejudicial para as rotinas de sono, a individualização da criança e a privacidade do casal.

Devem incutir-se rituais e rotinas que antecipem a ida para a cama de forma calma, valorizando o sono. Se a criança acordar a meio da noite deve ser tranquilizada na própria cama e não ser levada para a cama dos pais.

Ciclo do sono-vigília

Arquitetura e padrão

O sono é regulado por vários fatores

Os **problemas mais comuns dos 3 aos 10 anos** são pesadelos, terrores noturnos, enurese e dificuldade em dormir sem uma luz acesa. Deste modo, deve ser explicado às crianças que os pesadelos são normais e recordados no dia seguinte de forma a que as crianças consigam distinguir entre o real e o imaginário.

Os terrores noturnos consistem num acordar anormal na fase do sono profundo sem lembrança do sucedido no dia seguinte, e podem deixar uma criança muito constrangida. Quanto mais se tenta consolar, mais a crise se prolonga.

Em situações de enurese (“xixi na cama”) os pais não devem culpabilizar as crianças. Devem ter o cuidado de alertar as crianças para evitar consumo de líquidos a partir das 19h. Caso o problema persista após os 5 anos, deve ser procurada ajuda de profissionais de saúde.

A partir dos 10 até aos 18 anos as crianças começam a querer deitar-se mais tarde testando os limites na luta contra o sono. É nesta faixa etária que normalmente querem ficar a jogar computador ou ver televisão até mais tarde e que começam a sair à noite, por vezes até de madrugada.

Assim sendo, mesmo nestas idades, os pais devem moderar o acesso a computadores e consolas no quarto a partir do final da tarde. Deve-se explicar que jogar ou ver televisão à noite é ativador e induz privação do sono, por isso, nunca o devem fazer na cama.

É também importante estabelecer uma hora não muito tardia para chegar a casa após uma saída noturna e explicar que não é dormindo mais ao fim-de-semana que se compensam as horas de sono não dormidas nas noites anteriores (a chamada dívida de sono).

O Sono é fundamental. Durma bem. Cresça saudável!

Ciclo do sono-vigília

Ritmo circadiano

Até aos 4-6 meses o bebé tem um ritmo de sono-vigília que se repete a cada 3-4 horas. Ou seja, a cada período de 3h dorme, acorda, é alimentado, tem um período variável de interação e volta a dormir.

A partir dos 3-5 meses de idade o bebé adquire aquilo a que chamamos um ritmo circadiano, ou seja, as mesmas rotinas repetem-se ao longo de 24h, havendo um período diurno, em que há luz e atividades, e um período noturno, com diminuição da luz e com o maior período de sono.

Este ritmo que se repete a cada 24h é regulado por fatores externos, como a luz e as atividades, e por fatores internos, como a temperatura corporal e hormonas como a melatonina.

Ciclos de sono

O sono de crianças e adultos organiza-se em ciclos, com cerca de 90-120 minutos de duração, e cada ciclo tem diferentes fases, desde sono mais superficial até sono mais profundo. Na transição de ciclo podem ocorrer pequenos despertares, que na criança maior e no adulto são impercetíveis, mas na criança mais pequena, principalmente nas que têm alguma dificuldade em conciliar o sono sem ajuda dos pais, pode significar um acordar a meio da noite e o reclamar da atenção dos cuidadores. É por este motivo que na realidade não podemos dizer que o bebé dorme toda a noite, sendo o mais correto afirmar que o bebé, no seu período de sono noturno, tem a capacidade de readormecer sem a ajuda dos pais.

Ciclo do sono-vigília

Ritmo circadiano

Regressão das horas de sono: causas possíveis

Existem então períodos ao longo do crescimento dos bebés e crianças nos quais poderá haver perturbação do padrão de sono habitual:

- **Alteração do ritmo de sono:** quando o bebé adquire um ritmo de sono mais semelhante ao do adulto, com um período mais longo de sono noturno, por vezes tem dificuldade em conciliar o sono sozinho sem ajuda dos pais; esta alteração acontece por volta dos 4-6 meses, sendo mais comum em bebés que associam o sono a fatores externos dependentes da presença dos cuidadores (colo, embalo, amamentação, biberão, ...).
- **Etapas do desenvolvimento:** é frequente haver alguma perturbação transitória das horas de sono em momentos de grandes aquisições do desenvolvimento (gatinhar, andar sozinho, ...).
- **Alterações do ambiente:** pequenas mudanças na temperatura ou luminosidade do quarto podem afetar o sono do bebé.
- **Ansiedade de separação:** a partir dos 9 meses de idade, a ansiedade de separação dos pais (que é uma etapa normal do desenvolvimento) pode levar a que o bebé solicite a sua atenção mais frequentemente, inclusivamente no período noturno.
- **Alterações na rotina:** o exemplo típico são as férias, em que a alteração de casa, quarto e rotinas, acaba por trazer alguma insegurança à criança.

Ciclo do sono-vigília

Ritmo circadiano

Como lidar com as fases de regressão das horas de sono

Antes de mais, devemos perceber que estes momentos de alteração do padrão de horas de sono das crianças são frequentes e normais ao longo do seu crescimento. Na sua maioria são transitórios, mas será importante ter em atenção alguns aspetos, para que uma fase de regressão de sono não se transforme numa perturbação de sono por hábitos incorretos.

Se estivermos perante uma fase de perturbação do sono por motivos comportamentais, o reforço de rotinas e a aplicação de medidas simples de higiene do sono facilitará a resolução destes períodos.

Ciclo do sono-vigília

Higiene do sono

Medidas de higiene do sono

- Manter horários regulares de refeições e sestas durante o dia
- Evitar atividades estimulantes nos momentos que antecedem o deitar, preferindo momentos de afetividade e interação em família
- Rotina de adormecer consistente, repetida do mesmo modo diariamente
- Reforço da autonomia no momento do adormecer, sendo o ideal que o bebé seja colocado no berço ainda acordado e seja capaz de adormecer sem a presença dos pais
- Evitar que a criança adormeça a comer, de modo a evitar que se crie a associação entre a alimentação e o sono
- Nos pequenos despertares noturnos esperar um pouco para que o bebé tenha a oportunidade de readormecer sozinho. Se de facto for necessário consolar com colo, alimentar, trocar fralda, este processo deverá ser rápido, de luz diminuída e mínima estimulação, de modo a que o bebé perceba que este é o momento de dormir.

Quando aplicadas com consistência, transmitindo conforto e segurança, as rotinas do sono vão ajudar a trazer de volta as noites tranquilas.

Afectividade

Emoção

Piaget defendeu o desenvolvimento psicológico como único nas suas dimensões activas e cognitivas, pois para ele durante toda a vida de um individuo existe uma equivalência entre as construções afectivas e cognitivas. Ele articulou em relação à psicologia afectiva da criança e o estudo da inteligência os aspectos afectivos e intelectuais infantis ao julgamento moral, as reações rebeldes, a obediência e aos sentimentos de carinho e temor.

Para o autor a afectividade não se restringe somente as emoções e sentimentos, pois engloba também as tendências e as vontades da criança, ou seja, a afectividade assim como toda conduta visa a adaptação, pois o desequilíbrio reflete em uma impressão afetiva particular e a consciência de uma necessidade.

As noções de equilíbrio e desequilíbrio têm um significado essencial no ponto de vista afectivo e cognitivo, levando Piaget a reflectir sobre os processos de assimilação e acomodação afectivas. Tendo a assimilação o interesse principal no “eu” e a compreensão do objeto como tal, e a acomodação é o interesse relativo e o ajuste dos esquemas do pensamento aos objectos.

Ressalta também, que a afectividade e a inteligência são de naturezas distintas, ou seja, a energética da conduta vem da afectividade e as estruturas vêm das funções cognitivas, e assim o campo total junta ao mesmo tempo o sujeito, as relações e os objectos, todos sendo fundamentais para que ocorram as condutas e as interacções entre sujeitos e objectos.

Piaget defende a importância de diferenciar a predominância dos aspectos afectivos, ou seja, os interesses, dos aspectos negativos nos meios, as estruturas. Opõe-se à dicotomia feita entre acção primaria e acção secundária, pois para ele as duas possuem aspectos afectivos e cognitivos.

Afectividade

Emoção

Utilizou o termo “**esquemas afeCtivos**” para designar as construções equivalentes sobre os sentimentos iniciais da criança, diretamente ligados as satisfações de suas necessidades. Encontrou no conceito de “**força vontade**” uma função reguladora exposta para a construção do pensamento lógico.

A criança dos 2 aos 12 anos sofre várias modificações no que diz respeito aos seus domínios de afectividade em conformidade com o desenvolvimento de sua cognição, ou seja, os valores os sentimento pessoais e inter-pessoais e as brincadeiras.

Por sua vez, até os 2 anos aproximadamente, todas as emoções e sentimentos do bebê são gerados no seu contacto com a mãe e centrados no corpo da criança, e assim a medida que o corpo infantil se separa do corpo das outras pessoas a vida afectiva do bebê vai-se descentralizando e transferindo-se para os outros.

Portanto, o sentimento amor-afectividade construído primeiramente entre mãe e filho vai se generalizando aos outros, como ao pai, ao irmão e aos companheiros, havendo assim uma modificação ou acomodação aos factos e situações passadas carregadas de emoções.

O processo de formação e enriquecimento afectivo da criança faz-nos perceber que esse processo afectivo é continuo e inovador, onde a formação de sentimentos esta directamente ligada aos valores e evolução da sociedade, ou seja, os sentimentos inter-individuais são construídos com a cooperação do outro e os intra-individuais são elaborados com a ajuda do outro, sendo a troca intra-pessoal.

Afectividade

Humor

Existem poucas coisas tão maravilhosas como o sorriso e a gargalhada de uma criança! Para um pai não há nada melhor do que ver seu filho feliz, radiante, com um sorriso de orelha a orelha. O sorriso é um dos traços diferenciadores do ser humano. Já viu algum animal rir quando está contente? O sentido do humor e o sorriso são atos exclusivos da inteligência humana. O comportamento emocional dos nossos filhos é a chave da sua felicidade presente e futura. Além disso, o riso e o sorriso nos abrem as portas aos outros, é um dos veículos mais importantes que os nossos filhos podem usar para se socializarem. Ensiná-los a ter um tratamento amável com os outros e a dedicação do seu sorriso e alegria, lhes ajudarão a se relacionar com qualquer pessoa. Algo que os bebês adotam desde seus primeiros meses de vida é essa conduta de imitação, com a qual conseguem palavras carinhosas e brincadeiras por parte de quem lhes olham e caem cativados pelo seu gesto simpático e comprometedor.

É muito importante desenvolver a atitude alegre dos nossos filhos e ensiná-los a ter um riso fácil, por exemplo, através das brincadeiras, teatros, filmes de humor, inclusive de situações reais que muitas vezes superam a ficção e são realmente hilárias. Os pais deveriam tirar em mais ocasiões, a criança que têm dentro deles, fazer palhaçadas e surpreendê-los, dar-lhes um ponto de vista diferente sobre eles mesmos, para que nem sempre vejam o papai e a mamãe como os que os repreendem quando fazem algo mal, ou lhes proíbem ou aconselham com seriedade.

Afectividade

Humor

Brincar com eles é uma boa maneira de avivar A nossa confiança neles e oferecer-lhes um excelente companheiro de brincadeiras e risadas à altura das suas expectativas. Educá-los no sentido do bom humor lhes proporcionará uma segurança e um bem estar emocional muito benéfico para seu desenvolvimento psicológico e por sua vez se estabelecerá uma confiança, uma cumplicidade, uma comunicação e laços afetivos entre nós e nossos filhos à prova de qualquer situação difícil.

Afectividade

Implicações nas relações interpessoais

A afectividade, segundo os psicanalistas, consiste no conjunto de fenómenos psíquicos demonstrados sob a figura de emoções ou sentimentos e acompanhados da impressão de prazer ou dor, satisfação ou insatisfação, agrado ou desagrado, alegria ou tristeza. Afecto é o termo que a psicanálise procurou na terminologia psicológica alemã, revela qualquer estado afectivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, quer como tonalidade geral. Na visão psicanalítica, toda pulsão se exprime nos dois registros, do afecto e da representação. O afecto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e das suas variações. No entanto, as origens da vida social e emocional e os fatores que interferem no estabelecimento de um laço afetivo seguro, onde o vínculo emocional mais importante na primeira infância, é o apego que a criança constitui com uma ou várias pessoas do sistema familiar. São três componentes básicos, como: condutas de apego (de proximidade e interacção privilegiada com essas pessoas); representação mental (as crianças constroem uma ideia de como são essas pessoas, o que podem esperar delas); e sentimentos (de bem-estar com sua presença ou ansiedade por sua ausência). O apego possui função adaptativa para a criança inserida na sua conjuntura, e a sua finalidade é beneficiar a sobrevivência, procurando aproximar os seus cuidadores e de proporcionar segurança emocional, transmitindo aceitação incondicional, proteção e bem-estar. A ausência ou perda das figuras de apego é percebida como ameaça, sinalizada como situação de risco, de desproteção e desamparo.

Afectividade

Implicações nas relações interpessoais

Contudo, a afectividade começa quando uma pessoa se chega à outra através do amor. Este é um sentimento exclusivo que tem na sua essência o medo da perda, pois quanto mais amor, maior será o medo da separação, da perda e da morte, o que acaba desencadeando outros sentimentos, tais como o ciúme, a raiva, o ódio, a inveja, a saudade, ou seja, a afectividade é a mistura de todos esses sentimentos, e aprender a cuidar adequadamente de todas essas emoções é que vai proporcionar ao sujeito uma vida emocional equilibrada. De facto é que os fenómenos afectivos não possuem conceitos e definições específicos, por isso, na literatura pode-se encontrar, casualmente, a utilização dos termos afecto, emoção e sentimento, aparentemente como sinónimos. Porém, na maioria das vezes, o significado da palavra emoção localiza-se inerente ao elemento biológico do comportamento humano, referindo-se a uma agitação, uma reacção de ordem física. Já a afetividade é utilizada com uma significação mais ampla, referindo-se às vivências dos indivíduos e às formas de expressão mais complexas e essencialmente humanas.

“As relações da criança com o mundo exterior são, desde o início, relações de sociabilidade, visto que, ao nascer, não tem meios de acção sobre as coisas circundantes, razão porque a satisfação das suas necessidades e desejos tem de ser realizada por intermédio das pessoas adultas que a rodeiam. Por isso, os primeiros sistemas de reacção que se organizam sob a influência do ambiente, as emoções, tendem a realizar, por meio de manifestações consoantes e contagiosas, uma fusão de sensibilidade entre o indivíduo e o seu meio.”

Afectividade

Implicações nas relações interpessoais

A criança com desenvolvimento cognitivo na fase sensório-motora atravessa um período de transição do eu para o social, assim, na afectividade, a criança transpõe do estado de não-diferenciação entre o eu e os construtos físicos e humanos para um estágio de reconhecer que existem trocas entre ela (o eu diferenciado) e o outro. Nesse estágio de desenvolvimento há mais troca afectiva e contágios para a criança do que efectivamente diferenciação das pessoas e coisas, o que torna ainda mais importante as interacções. O progresso afectivo-social da criança envolve a mobilidade mental, o jogo simbólico e a linguagem, e ocorre no estágio pré-operatório, no qual favorece novas interacções e afectos, valorização pessoal e independência em relação ao objeto afectivo designado pela criança. Com esse progresso evolutivo a premissa é pré-cooperativa devido ao egocentrismo, no estágio das operações concretas, a criança passa a ter uma personalidade individualizada que constitui novas relações inter-individuais que promovem novas trocas afectivas e cognitivas equilibradas. Durante a adolescência surge o pensamento formal. Este já formado aumenta com as interacções afectivas, a mudança social e a construção de novos valores. Este estágio é o último referente ao desenvolvimento. A criança necessita aprender a diferenciar sentimento e acção, ler e interpretar indícios sociais, bem como compreender a expectativa dos outros, usar as etapas para resolver problemas, criar expectativas realistas sobre si e entender normas de comportamento. A criança quando está na escola desenvolve outras formas de comunicação que não a oral, como os gestos e expressão facial, além de exercitar, a partir da interacção com os outros, as emoções e suas influências negativas e positivas, manifestando suas idéias e pensamentos. A afectividade no processo educativo é importante para que a criança manipule a realidade e estimule a função simbólica. Afectividade está ligada à auto-estima e às formas de relacionamento entre aluno e aluno e professor-aluno. Um professor que não seja afectivo com seus alunos fabricará uma distância perigosa, criará bloqueios com os alunos e deixará de estar criando um ambiente rico em afectividade.”

Afectividade

Implicações nas relações interpessoais

A criança com desenvolvimento cognitivo na fase sensório-motora atravessa um período de transição do eu para o social, assim, na afectividade, a criança transpõe do estado de não-diferenciação entre o eu e os construtos físicos e humanos para um estágio de reconhecer que existem trocas entre ela (o eu diferenciado) e o outro. Nesse estágio de desenvolvimento há mais troca afectiva e contágios para a criança do que efectivamente diferenciação das pessoas e coisas, o que torna ainda mais importante as interacções. O progresso afectivo-social da criança envolve a mobilidade mental, o jogo simbólico e a linguagem, e ocorre no estágio pré-operatório, no qual favorece novas interacções e afectos, valorização pessoal e independência em relação ao objeto afectivo designado pela criança. Com esse progresso evolutivo a premissa é pré-cooperativa devido ao egocentrismo, no estágio das operações concretas, a criança passa a ter uma personalidade individualizada que constitui novas relações inter-individuais que promovem novas trocas afectivas e cognitivas equilibradas. Durante a adolescência surge o pensamento formal. Este já formado aumenta com as interacções afectivas, a mudança social e a construção de novos valores. Este estágio é o último referente ao desenvolvimento. A criança necessita aprender a diferenciar sentimento e acção, ler e interpretar indícios sociais, bem como compreender a expectativa dos outros, usar as etapas para resolver problemas, criar expectativas realistas sobre si e entender normas de comportamento. A criança quando está na escola desenvolve outras formas de comunicação que não a oral, como os gestos e expressão facial, além de exercitar, a partir da interacção com os outros, as emoções e suas influências negativas e positivas, manifestando suas idéias e pensamentos. A afectividade no processo educativo é importante para que a criança manipule a realidade e estimule a função simbólica. Afectividade está ligada à auto-estima e às formas de relacionamento entre aluno e aluno e professor-aluno. Um professor que não seja afectivo com seus alunos fabricará uma distância perigosa, criará bloqueios com os alunos e deixará de estar criando um ambiente rico em afectividade.”