

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

Anelise Henrich Crestani

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE ÍNDICES DE
AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM PARA CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES**

Santa Maria, RS
2016

Anelise Henrich Crestani

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE ÍNDICES DE AQUISIÇÃO DA
LINGUAGEM PARA CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Aspectos Clínicos e Linguísticos na Aquisição e nos Distúrbios de Linguagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Orientadora: Dra. Ana Paula Ramos De Souza
Co-orientadora: Dra. Anaelena Bragança de Moraes

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Crestani, Anelise Henrich
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE ÍNDICES DE
AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM PARA CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES /
Anelise Henrich Crestani.-2016.
146 p.; 30cm

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Coorientadora: Anaelena Bragança de Moraes
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016

1. Fonoaudiologia 2. Linguagem 3. Fatores de risco 4.
Desenvolvimento infantil 5. Cuidado do lactente I. Souza,
Ana Paula Ramos de. II. Moraes, Anaelena Bragança de.
III. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Anelise Henrich Crestani. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrita da autora.

E-mail: any.h.c@hotmail.com

Anelise Henrich Crestani

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE ÍNDICES DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM PARA CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Aspectos Clínicos e Linguísticos na Aquisição e nos Distúrbios de Linguagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Aprovado em 29 de Fevereiro de 2016

Ana Paula Ramos de Souza, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Anaelena Bragança de Moraes, Dra.
(Presidente/Co-orientador)

Fernanda Prada Machado, Dra. (PUCSP)

Leris Haeffner, Dra. (UNIFRA)

Sílvio Vasconcelos, Dr. (UFSM)

Themis Kessler, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Maria Elise e Gilmar que supuseram que eu poderia ser e alcançar o que quisesse. Esta suposição me fez chegar aqui, logo, a conquista é nossa!
Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A realização desta pesquisa só tornou-se possível devido à colaboração e apoio de pessoas e instituições que não me deixaram trilhar sozinha este percurso. Espero, nessa seção, fazer o devido agradecimento a cada uma delas.

O meu profundo reconhecimento à grande orientadora Profa. Dra. Ana Paula Ramos de Souza, inspiração e exemplo profissional. Obrigada por me acolher desde a graduação, compreender minhas limitações, me conduzir e ancorar na formação e aperfeiçoamento científico e clínico com sensibilidade, amorosidade e paciência. Obrigada pelas aulas esclarecedoras, pela profundidade e sabedoria nas suas colocações, ações e amizade. Obrigada por me deixar fazer parte deste importante e apaixonante projeto acreditando na minha competência para realizá-lo. Tua presença fez expressiva diferença ao longo destes anos na minha formação profissional e pessoal.

Agradeço à disponibilidade em pessoa, Profa. Dra. Anaelena Bragança de Moraes, minha querida co-orientadora, que encarou comigo o desafio das análises estatísticas para a construção desta tese com dedicação e competência. Obrigada por me atender sempre de maneira tão atenciosa e carinhosa com teu sorriso e alegria contagiante. Por confiar no meu trabalho e acreditar que era possível. É, sem dúvida, uma pessoa muito especial e uma admirável profissional.

Aos docentes do curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria, que foram mestres, exercendo papel importante nesta jornada.

Ao professor Dr. Adriano Mendonça Souza, pelo suporte e auxílio na realização dos testes estatísticos de validação.

Às colegas de PPG, que dividiram comigo a história acadêmica, os desafios das coletas, os ensinamentos e atenção da professora Ana Paula: Antônia, Carolina, Cristina, Dani Laura, Francine, Inae, Tatiane, Vitória e, em especial, a Josiane e Luciéle que me presentearam com sua amizade, seu tempo e seu conhecimento. Obrigada meninas!

Agradeço também aos alunos da graduação, em especial aos que se dedicaram a esta pesquisa: Bárbara, Caliandra, Isabela e Rejane.

Agradeço aos colegas de mestrado e doutorado por dividirem os momentos de aprendizagem, de angústias e de alegrias em meio ao percurso da pós-graduação.

À secretária do PPGDCH, Adriana, sempre solícita e prestativa e a equipe de funcionários do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM: Vera, Rose, Maria e Celito, dispostos a organizar, auxiliar e esclarecer.

À Universidade Federal de Santa Maria pela qualidade e excelência de ensino público prestado desde a graduação.

A CAPES pela bolsa concedida.

Aos meus pacientes e seus familiares que são a grande felicidade da minha profissão e incentivo à busca de conhecimento.

Às Secretarias Municipais de Saúde e Educação de Santa Maria que perceberam a importância deste estudo e autorizaram as coletas nas Unidades Básicas de Saúde e Escolas Municipais Infantis.

À equipe da Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal que acolheu e se mobilizou para realização das coletas.

Às escolas de educação infantil: Borges de Medeiros, Casa da Criança, Aquarela e Estrelinhas que abriram suas portas disponibilizando seu espaço para a coleta de dados com seus bebês e mães.

Agradeço especialmente às famílias, as mães e bebês que aceitaram participar da pesquisa com expectativas e confiança total, tornando a coleta de dados mais doce e alegre com seus sorrisos, permitindo o êxito desta tese.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação e de defesa da tese pela leitura e contribuições valiosas, sendo referências na minha constituição acadêmica.

Agradeço a todos os amigos e amigas pela torcida, carinho e sorrisos, me entusiasmando a continuar buscando a realização dos meus sonhos. Em especial minha amada amiga Fernanda que me ouviu e me sustentou nos momentos de angústias, e se realiza verdadeiramente a cada nova conquista minha.

Agradeço a minha família Henrich e Crestani por torcerem pelo meu sucesso.

A Deus, meu fiel companheiro, por estar presente em cada momento da minha vida. A fé em Ti me faz ver o invisível, acreditar no inacreditável, e receber o impossível. Ter-te é a maior diferença em mim.

Ao meu irmão Matheus, com quem divido tudo que sou na forma mais autêntica. Por ser meu grande companheiro, confidente, amigo e me mostrar sempre que todos merecem ter um irmão. Sou muito feliz por contar com teu carinho, teu incentivo e tua presença em minha vida.

Maninho, obrigada por ser exatamente como tu és!

Aos meus pais Maria Elise e Gilmar por me apoiarem incondicionalmente.

Por terem me ensinado desde pequena o valor do estudo e do trabalho. Por serem meus grandes exemplos, profissionais dedicados, entusiasmados e batalhadores me inspirando a lutar e acreditar nos meus sonhos sempre. Pais que não mediram esforços para investir no bem mais precioso que poderiam me deixar de herança: a educação.

Pais, que mesmo à distância, estiveram presentes a cada momento, me sustentando quando tudo parecia improvável e celebrando comigo cada nova conquista.

A vocês meus amados, que eu tenho o privilégio de chamar de Mãe e Pai, minha eterna gratidão!

RESUMO

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE ÍNDICES DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM PARA CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES

AUTORA: Anelise Henrich Crestani

ORIENTADORA: Ana Paula Ramos de Souza

CO-ORIENTADORA: Anaelena Bragança de Moraes

Esta tese teve como objetivo elaborar e validar índices de aquisição da linguagem (IAL) em uma perspectiva enunciativa. O processo contou com o auxílio de juízes tanto na etapa de elaboração quanto na de validação e aplicações em 94 díades mãe-bebê acompanhadas longitudinalmente para validação. Também foi investigada a concordância entre o IAL e os instrumentos IRDI e Denver II aplicados na mesma amostra nas faixas etárias analisadas. Além disso, averiguou-se a associação de ausência de itens do IAL com variáveis obstétricas e socioeconômicas identificadas na entrevista inicial. Para as análises estatísticas foram usados os aplicativos computacionais STATISTICA 9.1 e PASW 17.0. Como resultados da elaboração e validação emergiram dois instrumentos específicos para duas faixas etárias sendo o primeiro denominado Fase1 (2 a 6 meses) com 4 itens e o segundo denominado Fase2 (7 a 12 meses) com 2 itens cuja ausência diferenciou grupos na análise fatorial. Quanto à concordância do IAL, IRDI e Denver II os resultados sugerem que o IAL parece analisar de forma particular a aquisição da linguagem em comparação aos outros protocolos, diferenciando-se deles. A análise das variáveis obstétricas e socioeconômicas em relação ao IAL apresentou associação significativa na ausência dos itens do IAL nas díades em que as mães possuem menor grau de escolaridade. A elaboração e validação do IAL permitiram concluir que os índices criados para a análise da aquisição da linguagem no primeiro ano de vida se constituem em um instrumento promissor enquanto estratégia de detecção precoce de risco.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Linguagem. Fatores de risco. Desenvolvimento Infantil. Cuidado do Lactente.

ABSTRACT

ELABORATION AND VALIDATION OF LANGUAGE ACQUISITION INDEXES FOR 2- TO 12-MONTH-OLD CHILDREN

AUTHOR: Anelise Henrich Crestani

ADVISOR: Ana Paula Ramos de Souza

CO-ADVISOR: Anaelena Bragança de Moraes

The present research aimed at developing and validating language acquisition indexes (IAL) through an enunciation perspective. The process relied on the help of judges in the preparation and in the validation and application stages in 94 mother-infant dyads in a cohort study. It was also investigated the correlation between the IAL and the IRDI and Denver II instruments applied to the same sample, which was analyzed according to age groups. In addition, it was examined whether the combination of lack of IAL items showed relation with obstetric and socioeconomic variables identified in the initial interview. The statistical analyses used computer applications STATISTICA 9.1 and PASW 17.0. From the results of the development and validation stages emerged two specific instruments for two age groups in which the first was denominated Phase1 (2-6 months) with 4 items and the second was denominated Phase2 (7-12 months) with two items whose absence differentiated groups in the factor analysis. In relation to the concordance of IAL, IRDI and Denver II, results suggest that IAL seem to analyze in a particular manner language acquisition if compared to other protocols, which differentiates this protocol from the others. The analysis of obstetric and socioeconomic variables in relation to IAL showed significant association in the absence of IAL items in dyads where mothers present lower levels of education. The development and validation of IAL allowed concluding that the indexes created for analyzing language acquisition in the first year of life constitute a promising instrument as an early risk detection strategy.

Key words: Speech therapy. Language. Risk factors. Child development. Infant care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Análise Fatorial Fase1 IAL..... | 95 |
| Figura 2 – Análise Fatorial Fase2 IAL..... | 96 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – Resultados das avaliações dos itens pelos juízes, segundo a escala de Likert 5 pontos, quanto à clareza e percentual de concordância total e parcial | 90 |
| Tabela 2 – Resultados das avaliações dos itens pelos juízes, segundo a escala de Likert de 5 pontos, quanto à pertinência e percentual de concordância total e parcial | 90 |
| Tabela 3 – Concordância entre avaliadores no instrumento Fase 1 | 93 |
| Tabela 4 – Concordância entre avaliadores no instrumento Fase 2 | 93 |
| Tabela 5 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 1 e IAL Fase 1 completo e exclusão | 97 |
| Tabela 6 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 2 e IAL Fase 2 completo e exclusão | 98 |
| Tabela 7 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 3 e IAL Fase 2 completo e exclusão | 98 |
| Tabela 8 – Coeficiente Kappa entre Denver II Fase1 (0 a 4 meses e 4 a 6 meses) | 100 |
| Tabela 9 – Coeficiente Kappa entre Denver II Fase 2 (7 a 9 meses e 9 a12 meses) | 100 |
| Tabela 10 – Variáveis socioeconômicas em relação ao IAL Fase 1 | 101 |
| Tabela 11 – Variáveis socioeconômicas em relação ao IAL Fase 2 | 102 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Mecanismos enunciativos propostos por Silva (2007) | 38 |
| Quadro 2 – Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil | 56 |
| Quadro 3 – Índices de Aquisição da Linguagem após análise dos juízes – versão experimental..... | 88 |
| Quadro 4 – Índices de aquisição da linguagem após análise fatorial | 110 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| IRDI | Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento infantil |
| IAL | Índices de Aquisição da Linguagem |
| TTDD-II | Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II |
| DDST | Denver Developmental Screening Test |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| GAP | Gabinete de Projetos |
| RS | Rio Grande do Sul |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 25 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 31 |
| 2.1 | ENUNCIÇÃO E AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM..... | 31 |
| 2.2 | CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO: O PSÍQUICO EM QUESTÃO | 50 |
| 2.3 | ESCALAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM O HISTÓRICO SOBRE AS REFLEXÕES ACERCA DA LINGUAGEM DE BEBÊS OU CRIANÇAS PEQUENAS NA FONOAUDIOLOGIA | 61 |
| 2.4 | O PARADIGMA INDICIÁRIO NA CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO DE DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO E RISCO À AQUISIÇÃO A LINGUAGEM..... | 70 |
| 3 | METODOLOGIA | 77 |
| 3.1 | CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 77 |
| 3.2 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 77 |
| 3.3 | AMOSTRA..... | 78 |
| 3.3.1 | Amostra – Juízes | 78 |
| 3.3.2 | Amostra – Díades mãe-bebê | 78 |
| 3.3.3 | Crterios de inclusão da amostra díades mãe-bebê | 79 |
| 3.3.4 | Crterios de exclusão da amostra díades mãe-bebê | 79 |
| 3.4 | PROCEDIMENTOS | 79 |
| 3.4.1 | Coleta de dados da díade mãe-bebê – Entrevista inicial | 79 |
| 3.4.2 | Coleta de dados da díade mãe-bebê – Procedimentos e materiais de avaliação | 80 |
| 3.5 | ANÁLISE ESTATÍSTICA | 81 |
| 4 | ESTUDOS | 83 |
| 4.1 | ESTUDO 1 - ELABORAÇÃO DO CONSTRUTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO..... | 83 |
| 4.1.1 | Juízes – Elaboração do construto | 83 |
| 4.1.2 | Elaboração do construto – Versão preliminar – Procedimentos e Resultados | 83 |
| 4.1.3 | Elaboração do construto – Versão Experimental– Procedimentos e Resultados | 88 |
| 4.2 | ESTUDO 2 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – CLAREZA/PERTINÊNCIA | 89 |
| 4.2.1 | Análise dos Juízes – Validação de Conteúdo - Clareza/Pertinência | 89 |
| 4.2.2 | Validação de Conteúdo – Clareza/Pertinência - Procedimentos e Resultados | 89 |
| 4.3 | VERSÃO EXPERIMENTAL EM ESTUDO PILOTO | 91 |
| 4.4 | ESTUDO 3 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – FIDEDIGNIDADE E CONSISTÊNCIA INTERNA | 92 |
| 4.4.1 | Validação de Conteúdo – Fidedignidade – Procedimentos e Resultados | 92 |
| 4.4.2 | Validação de Conteúdo – Consistência Interna – Procedimentos e Resultados | 93 |
| 4.5 | ESTUDO 4 – VALIDAÇÃO DE CONSTRUÇÃO - ANÁLISE FATORIAL | 94 |
| 4.6 | ESTUDO 5 – IAL E SUA CONCORDÂNCIA COM O IRDI..... | 96 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 4.7 | ESTUDO 6 - IAL E SUA CONCORDÂNCIA COM O DENVER II - LINGUAGEM | 99 |
| 4.8 | ESTUDO 7 - ANÁLISE DO IAL EM COMPARAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E SOCIOECONÔMICAS..... | 101 |
| 5 | DISCUSSÃO | 103 |
| 6 | CONCLUSÃO | 119 |
| | REFERÊNCIAS | 121 |
| | ANEXOS | 135 |
| | ANEXO A – IRDI - INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL | 135 |
| | ANEXO B – ITENS DENVER II | 136 |
| | APÊNDICES | 137 |
| | APÊNDICE A – CARTA EXPLICATIVA AO JUIZ | 137 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUIZ | 138 |
| | APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 139 |
| | APÊNDICE D – ENTREVISTA INICIAL | 142 |

1 INTRODUÇÃO

A motivação para o tema desta tese, a criação de índices de aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa, emergiu da experiência no acompanhamento longitudinal de bebês com risco avaliados pelos Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI), propostos por Kupfer (2008), no período de 2010 a 2012 na realidade de Santa Maria. Entre os resultados desta pesquisa estão as associações estatísticas de tais indicadores com a aquisição da linguagem entre 13 e 16 meses (CRESTANI, 2012; CRESTANI et al., 2015), com o processo de aleitamento (CRESTANI et al., 2012) e com a transição alimentar (VENDRÚSCOLO et al., 2012), todas questões de grande interesse fonoaudiológico.

O trabalho de mestrado (CRESTANI, 2012) demonstrou que os indicadores têm valor preditivo em relação à aquisição da linguagem, sobretudo os indicadores da fase I e das fases III e IV¹. Causou estranhamento, no entanto, que os indicadores da fase II não estiveram ausentes em quase nenhum dos 117 bebês da amostra. Na época, hipotetizou-se, a partir da experiência clínica, que isso só ocorreria em bebês com transtornos graves do desenvolvimento, mais especificamente autistas ou quadros orgânicos severos. Em especial, chamou a atenção os indicadores: 6 - A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades e o 7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está dirigindo-se a ela, presentes em toda a amostra, inclusive em bebês que teriam aos dois anos distúrbio de linguagem. Tal percepção resultou em um questionamento acerca da não sensibilidade de tais indicadores quanto ao processo de aquisição da linguagem, tendo em vista a percepção de que é preciso mais do que sorrir e vocalizar ou reagir ao *manhês* para a construção de um espaço enunciativo pelo e para o bebê.

¹ Os indicadores da fase I compreendem a faixa etária de 1 a 3 meses e 29 dias da criança e dizem respeito a cinco questões como: quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer; a criança reage ao *manhês*, entre outras. Os indicadores da fase II observam crianças de 4 a 7 meses e 29 dias com três itens como: a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades; a criança procura ativamente o olhar da mãe. Os indicadores da fase III buscam analisar crianças de 8 a 11 meses e 29 dias e contam com seis itens como, por exemplo: a mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção; a criança estranha pessoas desconhecidas para ela; etc. Os indicadores da fase IV referem-se à faixa etária de 12 a 18 meses e apresenta quatro itens como: a mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses; os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança; etc.

Cabe ressaltar que era de conhecimento do grupo de pesquisa, no qual se inseriu o trabalho de mestrado, que os IRDI não tinham o compromisso específico de prever quando algo não estava bem em termos de aquisição da linguagem, mas com o desenvolvimento, especialmente na dimensão psíquica de modo mais particular. No entanto, as várias inserções de aspectos como *manhês*, a troca de olhares, ou seja, elementos da protoconversa inicial, despertaram o interesse de investigar se havia ou não tal sensibilidade.

O seguimento dos bebês demonstrou, por outro lado, que havia uma série de outros índices que parecem emergir nos bebês que desenvolveram distúrbios de linguagem aos dois anos de idade, associado ou não a estruturação de psicopatologia grave da infância (cinco bebês desenvolveram dificuldades importantes de linguagem de um total inicial de trinta bebês com risco). Além disso, a experiência com distúrbio de linguagem com crianças entre 2 e 3 anos, levou a pensar que haveria uma série de índices mais sutis que poderiam ser precisos e sensíveis na detecção de risco à aquisição da linguagem.

O terceiro elemento que se somou a esses, como motivador para esta tese, foi o estudo do trabalho de Silva (2009), que aborda a aquisição da linguagem a partir de uma visão enunciativa. Viram-se, neste trabalho, elementos claros que poderiam embasar a proposição de índices mais sensíveis e específicos ao processo de aquisição da linguagem.

A reunião de todos esses olhares sobre o desenvolvimento, afinados epistemologicamente, porque entendem que o desenvolvimento é fruto de complexa e dinâmica interação entre fatores biológicos e ambientais (CORIAT e JERUSALINSKY, 1996; JERUSALINSKY, 2002; LEVIN, 2002; SILVA et al., 2009) e que a linguagem, para além de seu valor instrumental, é constitutiva (SILVA, 2009), direcionou a busca teórica desta tese por alguns caminhos.

Uma das direções que se seguiu foi a compreensão do processo de aquisição da linguagem a partir de um conceito de linguagem que pudesse ser ancorado na intersubjetividade, pois entende-se que para compreender o funcionamento da linguagem é preciso que a análise tome o diálogo como foco. Encontrou-se no trabalho de Silva (2009) uma clara proposição teórica e metodológica que resultou em dados empíricos e teóricos importantes para a reflexão aqui proposta.

Entender as bases teóricas da constituição psíquica e conseqüente proposição dos IRDI no campo psicanalítico freudo-lacaneano foi outra temática

teórica. A ideia de indicadores preditivos em lugar de protocolos diagnósticos advinda dos estudos com IRDI foi central neste trabalho. Cabe ressaltar que compreende-se, nesta tese, a denominação **indicadores** mais como **indícios** do que aspectos que estabeleçam uma relação do tipo causa-efeito. Dela derivou a proposta de identificar quando algo não vai bem na linguagem, e poder intervir quando a plasticidade cerebral ainda permite impedir a estruturação ou cristalização de um sintoma de linguagem, ou mesmo quando se associa a este um sintoma psíquico. De ambas as revisões, derivou um terceiro compromisso teórico que foi pensar no que é um índice a partir de uma revisão que contemplasse tal elemento teórico, na perspectiva do indício e não na definição matemática do termo.

Por fim, foi também central neste trabalho a revisão e compreensão de quais passos metodológicos são fundamentais para a construção de protocolos e inventários de avaliação e da especificidade de se pensar em índices que não atribuem pontuações, mas devem ser sensíveis e específicos o suficiente para captar se algo não vai bem ou vai bem em termos de desenvolvimento infantil, mais especificamente acerca da aquisição da linguagem.

Buscou-se, assim, para sustentar teoricamente tal proposta, resenhar alguns trabalhos de autores do campo enunciativo, e do campo psicanalítico. Do campo enunciativo, identificaram-se os princípios teóricos de Benveniste deslocados por Silva (2009) para o campo da aquisição da linguagem como base teórica para a proposição de índices que tomassem o diálogo como ponto de análise acerca do risco à aquisição da linguagem.

Já do campo psicanalítico, a experiência com a proposição de indicadores (ou indícios) para a detecção precoce, inspirou buscar uma proposta teórica que pudesse oferecer uma reflexão a partir do paradigma indiciário, o que embasou a segunda seção desta tese.

Além disso, foram trazidas reflexões a respeito do desenvolvimento e a utilização de instrumentos de avaliação, sobretudo de linguagem nos primeiros dois anos de vida, tanto na área clínica quanto científica. Também foram revisados os pressupostos metodológicos gerais de elaboração de novos instrumentos e os específicos a esta proposta. Esses pressupostos teóricos embasam a proposição de uma metodologia de pesquisa que será exposta depois do capítulo teórico.

A proposta desta tese alinha-se a de estudos que defendem a necessidade de avaliação rotineira de habilidades de linguagem e comunicação desde os

primeiros dias de vida, pois a intervenção com bebês ou com o pré-escolar pode ter impacto significativo sobre o desenvolvimento da criança. Para tanto, há a necessidade de sensibilização dos profissionais da saúde e dos pais para o tema. Dentre esses profissionais, o fonoaudiólogo, que tem por objeto de estudo a linguagem, deve tomar a frente nessa tarefa para a identificação precoce dos distúrbios de linguagem (TANNOCK, 2011).

Acredita-se que tal pesquisa se justifica, por ampliar o olhar dos profissionais da puericultura, e em especial do fonoaudiólogo, para a aquisição e desenvolvimento da linguagem infantil a partir de uma proposta teórica que inclua o bebê e suas relações, ou seja, que coloque o princípio da intersubjetividade como central na análise da linguagem (CARDOSO, 2010).

Além disso, este estudo servirá como uma possibilidade de detectar e deter precocemente o curso de instalação de patologias da linguagem, pelo pressuposto de que o distúrbio de linguagem é uma condição de instalação precoce, e que, quanto mais cedo seja iniciada a intervenção, mais favorável será a evolução dos casos. Entende-se ainda, que isso não implica em diagnósticos oferecidos precocemente a criar fantasmas e profecias negativas no imaginário parental, mas uma detecção que ofereça estratégias promocionais como a que se vislumbra em Ambrós (2016), ou de minimização de sintomas na espera assistida de crianças que começam a desenvolver um distúrbio (WIETHAN et al., 2010).

A proposição de índices de aquisição da linguagem (IAL) pretende ter a vantagem de captar o funcionamento da linguagem infantil na protoconversaçoão entre o bebê e aquele que exerce a função materna. Espera-se que a reflexão gere subsídios para novas ações dos profissionais fonoaudiólogos em puericultura e na atenção primária, no sentido de evitar ou reverter rupturas ou impedimentos na constituição linguística dos bebês. Em termos científicos, acredita-se que pode trazer contribuições para a Fonoaudiologia no aspecto teórico, pois a teoria da enunciação ainda é nova neste campo e seu deslocamento para o campo da aquisição de linguagem (SILVA, 2009) pode abrir espaços para novas análises das interações iniciais na linha de cuidado materno-infantil do Ministério da Saúde.

Considerando a motivação exposta para esta pesquisa, tem-se como **objetivos** desta tese **elaborar e validar** os índices de aquisição da linguagem (IAL), organizados em dois instrumentos diferenciados. O instrumento Fase1 para ser

utilizado com bebês de 2 meses a 6 meses e 29 dias e o instrumento Fase2 para ser utilizado com bebês de 7 a 12 meses e 29 dias.

Como **objetivos específicos** têm-se:

- Elaborar o construto dos instrumentos;
- Realizar a validação de conteúdo quanto à clareza e pertinência;
- Realizar a validação de conteúdo quanto à fidedignidade e consistência interna;
- Realizar a validação de construção;
- Verificar a concordância entre IAL e IRDI;
- Verificar a concordância entre IAL e Denver II – Linguagem;
- Comparar o IAL com variáveis obstétricas e socioeconômicas.

A metodologia geral que ancora esta pesquisa constituiu um capítulo delineando os métodos executados.

Os resultados do processo de elaboração e validação dos IAL foram divididos em estudos num intuito didático de facilitar a compreensão das etapas dos procedimentos. O **primeiro estudo** abordou a construção teórica feita pelos pesquisadores e a etapa de apreciação dos índices por juízes especialistas denominada **Elaboração do Construto**. O **segundo estudo** trouxe a versão preliminar dos dois instrumentos e o julgamento de especialistas da área em relação à clareza e pertinência de cada item proposto referenciado como **Validação de Conteúdo – Clareza/Pertinência**. O **terceiro estudo** contou com a análise dos dois avaliadores (fonoaudiólogos) diante das mesmas crianças por meio dos instrumentos, identificada como **Validação de Conteúdo – Fidedignidade e Consistência Interna**. O **quarto estudo** apresentou a análise multivariada, denominada análise fatorial dos itens apreciando os índices finais dos instrumentos que é nomeada de **Validação de Construção**. O **quinto estudo** contemplou uma análise entre o IAL e o IRDI titulada **IAL e sua concordância com o IRDI**. O **sexto estudo**, citado como **IAL e sua concordância com o Denver II - Linguagem** avaliou a concordância entre os dois instrumentos. O **sétimo**, e último estudo, realizou a **análise do IAL em comparação com variáveis obstétricas e socioeconômicas**, buscando evidenciar possíveis relações entre esses fatores no primeiro ano de vida.

Para finalizar a tese foi redigida a discussão seguida da conclusão. Ainda se encontram as referências utilizadas, os anexos e os apêndices necessários para o

melhor entendimento da pesquisa. Como a opção na realização desta tese foi o formato monográfico, posteriormente à defesa desta tese, serão elaborados três artigos a serem enviados para periódicos do campo fonoaudiológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para abordar o tema desta tese, a primeira seção busca resenhar estudos que versaram sobre a teoria de enunciação, explicitando sua relação com o campo fonoaudiológico e as formas de circunscrever a caracterização da aquisição da linguagem pela criança nessa perspectiva. A seguir, são apresentados os métodos averiguados de detecção precoce, analisando o desenvolvimento da criança, os quais vêm sendo atualmente difundidos internacionalmente. Busca-se, assim, realizar uma articulação para pensar um método de detecção precoce também na fonoaudiologia.

Na terceira seção, serão relatadas avaliações do campo fonoaudiológico e também do desenvolvimento infantil, disponíveis para a avaliação e triagem de linguagem entre zero e dois anos, para justificar a pertinência da abordagem proposta neste instrumento.

Para finalizar a revisão de literatura a quarta seção traz reflexões advindas dessas pesquisas estabelecendo-se o caminho para a construção dos índices propostos.

2.1 ENUNCIÇÃO E AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

Considerando o sintagma acima proposto, cabe definir enunciação e linguagem a partir de Benveniste, autor que inspira a perspectiva enunciativa de Silva (2009), adotada neste estudo.

Logo, a noção de enunciação é, para Benveniste (1989), centrada no sujeito, que, ao se apropriar do aparelho formal da língua, enuncia sua posição de sujeito, marcando-se como **eu**, instaurando o **tu** e o **ele** em seu discurso. Benveniste enfoca, portanto, o sujeito, e suas marcas no discurso. A enunciação é vista como um processo, um ato pelo qual o locutor mobiliza a língua por si próprio. É o ato de apropriação da língua que introduz aquele que fala na sua fala. Nas palavras de Barbisan (2006), a enunciação converte a língua em discurso pelo emprego que o locutor faz dela.

Essa teoria, que parte de conceitos saussurianos, não rejeita a distinção entre língua e discurso. Ao contrário, as associa, pois, ao situar o sujeito como centro de

referência, busca explicar como o aparelho formal da enunciação marca a subjetividade na estrutura da língua (BARBISAN, 2006).

Tratando-se do conceito de linguagem, Benveniste (1958), em seu texto “Da subjetividade na linguagem”, questiona e critica a ideia de linguagem restrita a um instrumento de comunicação, defendendo que “falar de instrumento, é pôr em oposição o homem e a natureza” (BENVENISTE, 1991, p.285) e que não se pode mais conceber a linguagem e o indivíduo desse modo porque “não atingimos nunca o homem separado da linguagem e não o vemos nunca inventando-a”.

Percebe-se assim que a concepção que considera linguagem restrita a dimensão instrumental da comunicação é limitada para captar a amplitude do termo linguagem, e revela apenas o produto dessa atividade nobre que é falar. O que Benveniste propõe então é um conceito de linguagem que dê ao indivíduo o *status* de sujeito. Nesse sentido, conclui-se que o homem é um ser de linguagem. Todavia, não o é sozinho, necessita do outro. É a linguagem que possibilita a existência da dupla **eu-tu**, como sujeitos, diante da condição de interação, consistindo a interação como a peculiaridade da linguagem uma vez que ela exige e pressupõe o outro (BENVENISTE, 1989, p.93). O autor acrescenta ainda que acontece assim porque “é um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem”. Esse enunciado de Benveniste foi deslocado por Cardoso (2010) para propor o princípio da intersubjetividade na avaliação dos distúrbios de linguagem.

Diante dessa demarcação, a linguagem será o lugar no qual o indivíduo se constitui como falante e como sujeito, uma vez que dentro da língua há elementos disponíveis para que isso aconteça. Portanto, a linguagem é a possibilidade da subjetividade ser percebida como discurso. Quando considerada como exercício tomado pelos indivíduos, é linguagem colocada em ação. Pondera-se assim, que a definição de linguagem específica na obra de Benveniste consiste em ser da “própria natureza do homem” e situa a linguagem como um mecanismo maior porque compreende a “comunicação” e o “homem” (WERNER, 2007).

Como novidade, por conseguinte, a teoria de Benveniste enfoca a língua em ação, denotando um deslocamento do estudo de um sistema abstrato que ocorrera até então. Nesse deslocamento, interessa para o autor tratar da linguagem como lugar que comporta os sujeitos e a língua, já que tais elementos estão envolvidos na estrutura da enunciação (WERNER, 2007).

Para tratar da enunciação Benveniste alicerçou-se em três princípios: a intersubjetividade, a simultaneidade entre diacronia e sincronia e análise da língua em uso no discurso. Esses princípios balizaram o estudo de Silva (2007) sustentando assim, essa teoria na relação com a aquisição da linguagem.

Refletindo acerca do fenômeno aquisição da linguagem observa-se o quanto é relevante o olhar benvenistiano pensando que muito antes de falar, a criança já é constituída por um outro, ou seja, o **tu** produz, anteriormente ao **eu**, as referências para o sujeito, afinal, a criança nasce em um mundo repleto de nomeações e de valores, no qual tudo já está simbolicamente organizado (SILVA, 2009).

Além disso, desde o nascimento os bebês já apresentam sinais comunicativos na interação com sua mãe, denominados protoconversaço inicial entre mãe² e bebê, que embora reconhecida há muito tempo no campo linguístico, assume novas dimensões em pesquisa de interface enunciaço-psicanálise (PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010). Nessas pesquisas, tal protoconversaço constitui as origens do diálogo na qual podem ser caracterizados os interlocutores (mãe e bebê), os lugares de fala da mãe e “fala” do bebê, sendo estes preenchidos de modos variados tais como vocalizações, olhar, balbucio, diálogo tônico-postural, entre outros, e a esses se atribui valor pulsional no campo psicanalítico (CATÃO, 2009).

Em uma perspectiva enunciativa de aquisição³ e desenvolvimento da linguagem a protoconversaço é importante como elemento gerador de mecanismos conjuntivos e disjuntivos no diálogo mãe-filho que são essenciais ao processo de apropriação linguística, por meio do qual a criança se apropriará do sistema linguístico no diálogo com o tu (alocutário). Silva (2009) afirma que o primeiro mecanismo a emergir nas interações adulto-criança é a passagem de preenchimento de turno pelo adulto (**tu**) em lugar da criança (**eu**) para a possibilidade de a criança preencher seu turno. O adulto falará pela criança enquanto esta não puder falar, mas ela irá gradativamente preenchendo seus turnos de modo cada vez mais rico. Ao início olhares, gestos e vocalizações, ao final do primeiro ano, balbucios que se assemelham a palavras da língua.

² É importante ressaltar que o termo mãe representa aquele que exerce a função parental, sendo o adulto que cuida do bebê. Haverá no texto uma oscilação entre uso de mãe e adulto que depende do que o autor original utilizou.

³ Optou-se por denominar perspectiva enunciativa de aquisição da linguagem para demarcar o espaço teórico no qual o instrumento é ancorado. Esse conceito parece mais cabível e conveniente de ser abordado inclusive tendo como base o trabalho de Silva (2009) que também atribuiu dessa forma o termo em seu texto.

Pensando na relação mãe-filho, Kruel (2015) afirma que a mãe, desde o nascimento do seu bebê, fala a ele e permite gradativamente a unificação do filho enquanto sujeito. Este fato coloca em jogo a intersubjetividade constitutiva da linguagem já que, mesmo um balbucio, já é tomado pela mãe como um dizer de seu bebê. Tal perspectiva é assumida pela teoria enunciativa quando afirma que, para adquirir a linguagem, a criança precisa como base de um outro no jogo de torná-la sujeito dessa aquisição dando suporte a semantização da língua⁴ (SILVA, 2007, 2009).

Sobre tal ancoragem realizada pelo adulto (**tu**) a criança (**eu**) no diálogo, sabe-se que, no período de aquisição de linguagem, as crianças são mais dependentes. Assim, é necessário ocorrer uma sustentação enunciativa pelo adulto, que possibilite a criança advir na linguagem (princípio da intersubjetividade), estabelecer as relações entre língua-fala-falante, a partir da transversalidade dos diferentes níveis linguísticos (princípio da transversalidade dos níveis linguísticos), e considerar as relações entre forma e sentido no processo de semantização da língua para poder avaliar a linguagem (CARDOSO, 2010). Pode-se afirmar que o trabalho de Silva (2009) considera tais princípios em sua proposta de aquisição da linguagem, como será observado a seguir.

Ao conversar com o bebê, a o adulto investe nessa relação, assim como, ouve muito além das vocalizações produzidas pela criança. O adulto ocupa, turno a turno, o lugar do bebê mediante a tradução dos sons que ele produz e responde de modo sintonizado a demanda da criança. Essa ilusão antecipadora dos adultos (em geral as mães), a qual escuta o bebê em sua potencialidade de fala, antes que essa de fato apareça, é imprescindível para que o sujeito se constitua na linguagem, e foi reconhecida tanto no campo enunciativo (SILVA, 2009), quanto no psicanalítico (BERNARDINO, 2000).

Tais aspectos podem ser visualizados nas interações iniciais dos bebês a partir do olhar dinâmico dos níveis linguísticos em conjunto com os mecanismos

⁴ A semantização da língua trata-se da conversão de estruturas enunciativas produzidas pela criança em estruturas da língua. De fato, desde o primeiro momento, a mãe (o alocutário) fala ao bebê no sentido de encontrar um sujeito da locução, já que, nos gestos e nos primeiros balbucios, toma a produção da criança como um dizer. Nesse lugar, começam a se estabelecer as diferenças de sentido. Os sentidos produzidos pela criança ancoram-se na situação enunciativa e nos sentidos atribuídos no discurso pelo alocutário. Isso marca a semantização da língua já que a criança produz sentidos no seu dizer, que são ressignificados pelo alocutário (em geral a mãe) por meio de formas da língua.

enunciativos propostos por Silva (2009) para a aquisição da linguagem. Isso se vislumbra, pois, muitas vezes, mesmo com poucos recursos de realização vocal, o bebê poderá efetivar estratégias enunciativas relevantes, visto que, na intersubjetividade adulto-bebê, o sentido pode circular mesmo sem que signos reconhecíveis já estejam presentes na fala do bebê, conforme se vê nos exemplos citados em Kruehl (2015). Cabe ressaltar que se um bebê não consegue passar da referência mostrada à falada⁵, dificilmente poderá utilizar estratégias de combinação de palavras, o que demonstra uma antecendência lógica e não apenas cronológica entre alguns mecanismos propostos por Silva (2007, 2009).

A criança, ao se introduzir na linguagem, está cercada por um mundo já constituído, contudo, ela irá recriá-lo para instituir-se como sujeito, mostrando com o seu dizer a sua posição de sujeito num dado espaço e tempo. Tal efeito ocorre porque a fala marca a existência de algo que está ausente (re)constituindo, a cada ato enunciativo, referências para um mundo já construído. As variações de posição na troca de auto-referenciação, por exemplo, percebidas no sistema de nomeação como “nenê” que identifica a criança com outras, para seu nome próprio (Maria, João, Pedro, etc.), e posteriormente para “eu”, não marca somente um progresso, mas, sobretudo, a ocupação de um lugar no diálogo, na instância discursiva, no qual a criança se assume como **eu** e, simultaneamente, define o outro como **tu** nesse ato enunciativo (SILVA, 2007, 2009).

Nessa progressão, implicada no desenvolvimento da linguagem, a criança vai apropriar-se da palavra a partir da frase do outro. A frase é considerada o segmento do discurso que constitui uma unidade completa, por evocar ao mesmo tempo sentido e referência. Da frase, a medida que o sistema torna-se familiar à criança, será destacado o signo. No uso linguístico, possível na intersubjetividade, a criança constrói relações na dinâmica entre o nível semiótico, relacionado ao domínio gramatical, e o semântico, relacionado à semantização que ocorre durante o diálogo. Nesse contexto, a condição para que o processo de aquisição se dê, recai novamente na relação com o outro, pois o locutor refere e o alocutário co-refere, e, como desdobramento, na enunciação, ocorrem a aquisição e desenvolvimento da linguagem (SILVA, 2007,2009).

⁵ Para realizar essa mudança referencial, a criança depara-se, na enunciação, com questões cruciais da estrutura de sua língua materna: a arbitrariedade do signo, a relação forma-sentido e a integração de unidades no discurso (sintagmatização).

À vista do exposto, na proposta enunciativa de aquisição da linguagem, desenvolvida por Silva (2009), a fala da criança está implicada na conjunção eu-tu. Nessa conjunção, é dado à criança um lugar enunciativo e a linguagem lhe é apresentada por meio do outro.

A mãe supõe e ao mesmo tempo demanda de seu bebê um sujeito de alocação ao falar com ele. O bebê, por sua vez, fará um percurso que proporcionará seu encontro com a língua enquanto laço social, transformando-o em um sujeito cultural, e, ao ato de enunciar, produzindo referência e sentido no/pelo discurso, ele vem a ser um sujeito linguístico-enunciativo. Pensando na criança em processo de aquisição, o **eu** que fala, apenas obteve sua posição atual porque ocupou a posição **tu** anteriormente, ou seja, a criança só pode ser um **eu** se for suposta com um **tu** (SILVA, 2007).

Corroborando com esta lógica, Ferreira Jr. et al. (2009) salientam que no processo de enunciação, ao instituir-se um **eu**, necessariamente surge um **tu** com o qual o **eu** interage. Pressupõe-se, portanto, que ao constituir-se como um **eu** a criança confronta-se com um outro **eu** levando-a a reconhecer-se numa relação dialética. Desta forma, a produção de um ato enunciativo está engendrada, necessariamente, a um “locutor”, que, concomitantemente, instala um “interlocutor”.

Especificamente em relação à linguagem, o estudo de Silva (2007), a partir dos pressupostos enunciativos (BENVENISTE, 1989), definiu três princípios fundamentais para se pensar o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem como já citado anteriormente.

Tais princípios (SILVA, 2007) combinam epistemologicamente com a ótica psicanalítica dos indicadores de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI), os quais foram criados a partir de uma pesquisa multicêntrica financiada pelo Ministério da Saúde com o intuito de captar fenômenos que indiquem risco ao desenvolvimento infantil (KUPFER, 2008). A pesquisa de Silva (op.cit) reafirma a importância das relações familiares na formação do sintoma de linguagem como ressaltam Passos (2003) e Surreaux (2006), essa última já com uma visão enunciativa referenciada a Benveniste, a exemplo de Silva (2009).

Os princípios observados no estudo de Silva (2007), na visão desta tese, combinam com os eixos que balizam a pesquisa de Kupfer (2008), – supor um sujeito, estabelecer uma demanda, presença-ausência e função paterna – por dois aspectos importantes: a **intersubjetividade** que leva a elencar o diálogo ou a

interação como foco de análise, e a existência de tempos relacionados logicamente e não apenas cronologicamente em termos evolutivos, ou seja, **simultaneidade entre sincronia e diacronia**. Esses aspectos são transversais aos dois estudos e permitem afirmar uma afinidade epistemológica entre ambos.

No que diz respeito a intersubjetividade, esta tem a importância de ser constitutiva da linguagem, visto que o sujeito em aquisição e desenvolvimento da linguagem (**eu**) instaura-se na linguagem com o outro (**tu**). A relação do **eu** e **tu** define a constituição do **ele** (língua enquanto sistema simbólico de referências). A relação dialógica do **eu** e **tu** marca um espaço de presença (**eu-tu**) e ao mesmo tempo de ausência (**ele**). A entrada do sujeito no simbólico da língua emerge quando se institui como sujeito enunciativo constituindo e reconhecendo, ao mesmo tempo, o outro (SILVA, 2007).

As mudanças de trajetória linguística da criança podem ser explicadas por meio de uma simultaneidade entre diacronia e sincronia. A criança como locutor irá apontar o novo (estruturas enunciativas) para o já estabelecido (a língua) trazido pelo seu alocutário, que seria a mãe ou quem faça a função materna, o que permitirá sua instanciação, ou seja, a reprodução, enquanto sujeito de um ponto vista enunciativo (SILVA, 2007).

A análise da língua no discurso é necessária, pois, tais elementos somente poderão ser vislumbráveis pela observação da língua em uma prática discursiva, percebida inicialmente em segmentos analisáveis - frases - nas quais o locutor reproduz sentido e referência - o ele, constituindo-se como sujeito na estrutura da enunciação e instaurando-se na estrutura de sua língua (SILVA, 2007, 2009).

Segundo Silva (2007) a criança não desenvolve os mecanismos da língua, mas os constitui e, ao mesmo tempo, por eles é constituída. Desta forma, a criança instancia-se na linguagem a partir do lugar de habitação das relações intersubjetivas e da língua como sistema de unidades no discurso. Tais mecanismos linguísticos podem ser sintetizados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Mecanismos enunciativos propostos por Silva (2007)

| O primeiro mecanismo enunciativo: as relações de conjunção eu-tu e de disjunção eu/tu. | Segundo mecanismo enunciativo: a semantização da língua e a construção da referência pela díade (eu-tu)/ele | Terceiro mecanismo enunciativo: a instauração do sujeito na língua-discurso. |
|--|---|---|
| <p>I- apresentação pelo eu de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu;</p> <p>II- instanciação pelo tu de estruturas rotineiras da família para o eu que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações;</p> <p>III- solicitações do eu ao tu;</p> <p>IV- reconhecimento do eu acerca do efeito do preenchimento de seu lugar enunciativo sobre o tu.</p> | <p>I- nomeação dêitica produzida pelo eu na proximidade de um referente;</p> <p>II- comentários e pedidos dêíticos constituídos pela relação de referência do eu e da co-referência do tu face à presença de um referente;</p> <p>III- marcação de posição do eu no discurso sobre o eu para o tu de modo dêitico e discursivo;</p> <p>IV- repetição do dizer do tu no discurso do eu;</p> <p>V- reformulação do eu sobre a referência do tu (marcas de reflexividade);</p> <p>VI- combinação de palavras no discurso do eu:</p> <p>a) estrutura com palavras em inversão na frase;</p> <p>b) estrutura com palavras ordenadas na frase;</p> <p>VII- ajustes de sentido entre eu e tu:</p> <p>a) repetição do eu diante do não entendimento do tu;</p> <p>b) não entendimento do eu acerca do dizer do tu;</p> <p>c) retorno de forma não-específica do dizer do eu com forma específica no dizer do tu.</p> | <p>I- do aparelho de funções:</p> <p>a) através da intimação;</p> <p>b) através da interrogação;</p> <p>II- do aparelho de formas de instanciação do eu:</p> <p>a) uso do nós;</p> <p>b) oscilação entre terceira e primeira pessoa;</p> <p>c) marca do eu no verbo;</p> <p>d) instanciação do nome;</p> <p>e) atualização de referência ao locutor com a forma pronominal eu;</p> <p>III- Mecanismos de instanciação da dupla enunciação pelo eu:</p> <p>a) recuperação da alocação anterior pelo eu através de indução do tu;</p> <p>b) constituição do relato de ações e a posição do eu com o estabelecimento de relação entre os tempos linguísticos presente e passado;</p> <p>c) constituição do relato de dizer e a posição do eu:</p> <p>c.1) por projeção do eu de nova enunciação;</p> <p>c.2) por retomada do eu de enunciação anterior;</p> <p>d) simulação de eu de outra enunciação a criança brincando com o outro via língua.</p> |

Pela perspectiva enunciativa, quando se propõe a analisar uma criança em aquisição, não se pode considerar apenas o enunciado da criança (**eu**), uma vez que, se considera o diálogo **eu-tu**. Portanto, considera-se o **eu-tu**, papéis indispensáveis na interação e como instâncias de funcionamento linguístico-discursivo, pensando que, o modo como cada locutor aprende a língua e instaura o alocutário, no momento eternamente “presente”, parece definir a apreensão do outro “presente”, isto é, o depois. Nessa abordagem teórica, o objeto de estudo inclui o sujeito, por isso, o uso da língua é sempre único e irrepetível, ou seja, quando analisados os dados de aquisição num quadro, é preciso considerar a singularidade, que está implicada na relação do sujeito com o outro e com a língua a cada ato enunciativo (SILVA, 2007).

Sem desconsiderar a questão da singularidade na aquisição da linguagem, acredita-se, por outro lado, que os mecanismos e estratégias propostos por Silva (2007) permitem pensar em situações de risco para analisar a aquisição da linguagem em uma população de bebês, pois a presença ou não do primeiro mecanismo enunciativo, por exemplo, pode ser preditiva de dificuldades na emergência dos demais em função de sua antecedência lógica.

Nesse sentido, convém ressaltar mais um aspecto inovador do trabalho de Silva (2007) por propor um mecanismo para o primeiro ano de vida, pois até então os trabalhos que analisavam esta etapa restringiam-se às características do *manhês* ou à relação entre cognição e linguagem. Para uma revisão sobre a perspectiva psicolinguística clássica há vários estudos reunidos no livro de Fletcher e MacWhinney (1997). Neste livro, quando o ambiente é abordado, isso é realizado de um modo estritamente numérico, sem uma conexão teórica explícita entre o comportamento do adulto e o infantil. Deste modo, a análise da aquisição da linguagem é centrada apenas em habilidades cognitivas e linguísticas do bebê, o que na visão deste trabalho, embora importante, não é suficiente para abordar a complexidade do desenvolvimento infantil, e para pensar em intervenções quando algo não vai bem. Justifica-se, portanto, a opção por um aporte teórico que inclua a relação **eu-tu** para abordar o risco, além da observação das habilidades dos bebês.

A observação dos dados da pesquisa IRDI de Santa Maria, levantam uma série de subsídios para a reflexão dos aspectos enunciativos apresentados até aqui sobre a relação com o outro e a consequente apropriação da linguagem nos primeiros anos de vida.

Pretto-Carlesso (2011) avaliou 165 díades na primeira faixa de idade do protocolo IRDI (0 a 4 meses) e as mães responderam ao Inventário de Beck para Depressão (BDI), obtendo-se assim, uma correlação significativa entre depressão materna e risco ao desenvolvimento infantil manifesto na ausência maior de indicadores nas díades em que a mãe apresentou essa alteração de humos. A autora pontua ainda que, nos casos em que houve IRDI ausentes, o diálogo ou protoconversa mãe-bebê ficou comprometido, prejudicando consequentemente a interação da díade.

Destaca-se também a frequência de interpretações equivocadas das mães sobre os gestos ou manifestações verbais dos bebês em situação de risco, observadas no decorrer da pesquisa do grupo, sobretudo nos trabalhos de Oliveira

(2013), e Vendrúscolo (2014). Enquanto no primeiro trabalho foram abordados casos de risco psíquico cujo desfecho foi um distúrbio de linguagem, no segundo estudo, a autora observou em 16 crianças com histórico de risco psíquico nos IRDI que o distúrbio de linguagem se apresentou em alguns casos atingindo o nível semiótico e o semântico e, em outros, apenas o semântico. Este resultado demonstra que não apenas o fato de falar ou não deve ser avaliado no seguimento de bebês com risco psíquico como também a qualidade da linguagem e o modo como a criança se comporta e é sustentada pelo interlocutor. Vendrúscolo (op.cit) observou que algumas mães tinham dificuldade de sustentar o diálogo e de supor um sujeito falante nos filhos, a exemplo do que já dissertaram Ramos e Flores (2013), na análise de alguns casos de dispraxia verbal.

A ansiedade materna também foi investigada pelo grupo de pesquisa de Santa Maria, sendo que os resultados sugerem que tal comprometimento emocional materno pode influenciar no investimento da mãe sob seu filho. Beltrami (2011) analisou 185 díades utilizando a primeira faixa de idade do IRDI (0 a 4 meses) e o Inventário de Beck para Ansiedade (BAI), e revelou que, apesar da baixa frequência de ansiedade em níveis importantes, a ansiedade materna é correlacionada de forma significativa à ausência de indicadores de desenvolvimento e demonstrou dificuldades frequentes de as mães aguardarem a resposta dos bebês nos casos de situação de risco (indicador 4) muito importante no estabelecimento de um lugar de fala para o bebê.

Realizado pelo mesmo grupo de pesquisa, dando seguimento ao acompanhamento de bebês com indicadores ausentes, sobressai-se, em especial, o trabalho de Flores et al. (2011), o qual indicou que a falta de interpretações coerentes aos gestos do bebê por parte da mãe no uso de mecanismos de conjunção⁶ se refletiu na ausência de referência falada aos 15 meses em um caso de risco ao desenvolvimento. Percebeu-se no trabalho de Flores et al. (op.cit), e também na dissertação de Oliveira (2013) a qual acompanhou longitudinalmente casos de risco ao desenvolvimento que desenvolveram sintomas de linguagem aos 2 anos, uma série de sinais visualizáveis na intersecção entre o que Silva (2007) propõe para a aquisição de linguagem inicial e os resultados dos IRDI.

⁶ O mecanismo de conjunção, ou seja, a conjunção eu-tu, implica, pela unidade constitutiva, que seja dado à criança um lugar enunciativo e a possibilidade de encontrar a linguagem através do outro.

A pesquisa de Oliveira (2013) circunscreveu-se a três crianças com distúrbio de linguagem, buscando abordar como se deu o processo de detecção precoce de risco ao desenvolvimento, identificação do distúrbio de linguagem pelos familiares e aspectos do funcionamento da linguagem desses sujeitos, ou seja, como transcorreu o processo entre a detecção de risco e a possibilidade de estabelecimento de demanda terapêutica por parte da família vislumbrando as particularidades de cada caso. Nos três casos estudados neste trabalho, a autora aponta que a escuta (ou não escuta) do sintoma teve repercussões no desenvolvimento das crianças e mais, que a procura pela intervenção se deu em momentos distintos, pois foi distinto o momento e a intensidade com que cada família percebeu o sofrimento do bebê.

O trabalho traz, por conseguinte, uma reflexão sobre o que se percebe na observação clínica da infância: a singularidade do funcionamento psíquico e de linguagem, e a presença de demandas distintas para o processo terapêutico. Obviamente é preciso alertar que não há regras quanto ao prognóstico terapêutico a partir de como a demanda foi estabelecida, pois tudo depende do curso terapêutico, mas o início pode ser facilitado por esta percepção familiar precoce dos sinais que a criança dá como Oliveira (2013) bem atesta em um caso analisado. Neste caso, Oliveira (op. cit) observou que a percepção precoce pela mãe de que algo não ia bem, aos 17 meses, e a solicitação de ajuda possível aos profissionais da pesquisa, que estavam presentes durante o desenvolvimento do bebê, permitiu que o menino tivesse um acompanhamento que teve efeitos importantes na minimização e até reversão de sintomas preocupantes tanto do ponto de vista psíquico quanto linguístico. Portanto, o acompanhamento cuidadoso do caso permitiu que, no devido momento, a mãe pudesse solicitar ajuda. Atribuíram-se os bons efeitos terapêuticos percebidos tanto pela plasticidade cerebral quanto pelas possibilidades da família de se engajar no processo terapêutico.

Obviamente que nem toda família tem essa sensibilidade e até, por vezes, reluta em buscar ajuda, sobretudo quando incentivada por pediatras a esperar até três ou cinco anos em face de um bebê que não fala nada, como se percebe na realidade de Santa Maria. Por isso, este trabalho assume importância, pois poderá ser um instrumento de alerta. Destaca-se, no entanto, que não se pretende com isso incentivar a patologização das crianças e, menos ainda a medicalização, o que coloca um compromisso ético na adequada divulgação e formação para utilização do instrumento aqui proposto.

Tais índices de risco podem ser objeto do fonoaudiólogo que se ocupa da clínica de linguagem, ou de programas de detecção precoce, e se posiciona em uma perspectiva enunciativa. Segundo Surreaux (2006), na clínica, ele se depara com o paciente em sofrimento pelo sintoma de linguagem e esse sintoma aponta para a forma como o sujeito se enuncia, ou seja, a posição que o sujeito ocupa na linguagem. Esse pensamento pode ser deslocado para o período de detecção precoce em que se pode identificar bebês que não estejam indo bem no processo de aquisição da linguagem, seja por limitações biológicas, seja por limitações ambientais. A perspectiva enunciativa permite, diferentemente dos testes tradicionais, focar o funcionamento de linguagem do bebê em alocação com o adulto primordial, em geral a mãe, captando a um só tempo as condições ambientais e biológicas em sua interação singular a cada díade observada.

Conforme Cardoso (2010), Benveniste desenvolve as noções de forma e sentido a partir da busca do papel de significação, como conceito operador das relações entre a linguagem e a língua. A língua, tomada por essa perspectiva, compreende dois universos: um deles é o do repertório dos signos (semiótico); o outro é o do discurso (semântico).

O mesmo autor refere que, para o linguista, esses dois “modos de ser” da língua (semiótico e semântico) dependem de duas faculdades também distintas para o falante: de um lado, o signo deve ser reconhecido; de outro, o discurso deve ser compreendido. Nas configurações patológicas, as duas faculdades estão frequentemente dissociadas. Assim, os distúrbios de linguagem se caracterizam por uma dissociação específica da isomorfia forma/sentido, que pode ser determinante de uma não compreensão do sentido, onde o uso da língua é colocado em questão (CARDOSO, 2010).

Cardoso (2010) entende que o distúrbio de linguagem mostra uma face específica da relação do falante com a língua. Numa concepção de linguagem enunciativa, os erros que aparecem na fala, ditos patológicos, integram o conjunto de elementos, linguísticos e extralinguísticos, que possibilitam ao falante enunciar. Nessa óptica, os autores que utilizam a perspectiva enunciativa na clínica (CARDOSO, 2010; SURREAUX, 2006) afirmam que a fala desviante deve ser vista como uma forma de organização singular do sistema da língua de um falante que, ao transformar a língua em discurso por um ato individual, ascende à condição de sujeito.

Cardoso (2010) ainda coloca que enunciar é assumir o lugar de **eu** no diálogo, para, em seguida, abandoná-lo em favor do **tu**, para que este assuma também o lugar de **eu**. Ressalta-se, portanto, a relevância de proporcionar ao sujeito em sofrimento, que procura o socorro de um clínico, uma situação enunciativa que implique ocupar uma posição na linguagem sob uma condição de reciprocidade, de reversibilidade. Por isso, a importância de se observarem as posições ocupadas, pelo sujeito e também pelo fonoaudiólogo, na estrutura do diálogo.

Nesse sentido, o fonoaudiólogo deve propor uma abordagem clínica que priorize a condição de enunciador do falante, considerando as posições (**eu-tu**) ocupadas pelos interlocutores na enunciação, e as relações que mantêm na língua e pela língua. Surreaux (2006) afirma que o diagnóstico tradicional diz pouco do funcionamento da linguagem de um sujeito, e esse pouco, pode ter um componente iatrogênico, que em nada auxilia no trabalho terapêutico.

Em intervenções clínicas mais tradicionais que priorizam a forma linguística, o paciente é, muitas vezes, colocado numa posição enunciativa de quem repete e nomeia o segmento linguístico, ou enunciado, dado pelo fonoaudiólogo. Nessas circunstâncias, o paciente é colocado na posição de um **tu** “passivo”, limitado à demanda do fonoaudiólogo. Tal atitude vai contra os princípios que Benveniste defende, entre eles a correlação de subjetividade, a qual supõe que **eu** e **tu** estejam constituídos numa relação de alteridade (CARDOSO, 2010).

Por conseguinte, na clínica, acredita-se que, para além dos erros na fala ou da ausência de fala, que refletem o produto de uma apropriação falha ou a não apropriação do sistema linguístico, é primordial refletir sobre a posição que o falante-sujeito ocupa na linguagem, sem desconsiderar elementos do domínio da língua. Assim, possibilita-se uma condição enunciativa que privilegie a atribuição de referência por meio da atualização da língua.

Nessa perspectiva, o papel do terapeuta, na clínica de linguagem, seria de alguém que escuta a produção criativa do sujeito com distúrbio de linguagem e dá um lugar de suporte. O terapeuta, ao sustentar a fala subversiva desse sujeito, reconhece-o como um falante, ou seja, supõe um lugar de falante para aquele que vem sendo considerado não-falante ou mal falante e, ao mesmo tempo, suporta a repetição de uma fala sintomática até o momento em que o sujeito consiga se apropriar e produzir deslocamentos, fazendo uso criativo de seu sintoma, ou seja, permitindo-se falar (SURREAUX, 2006). No caso dos bebês, conta-se com a

plasticidade cerebral a favor até mesmo da compensação ampliada ou mesmo da superação de sintomas cuja origem tenha forte influência biológica (RECHIA, SOUZA e MEZZOMO, 2010).

Deste modo, é a lógica peculiar de funcionamento da linguagem de cada sujeito que procura atendimento que ditará os rumos da intervenção clínica (SURREAUX, 2006). Considerando tais pressupostos clínicos, reafirma-se novamente a necessidade de criar uma proposta de índices de aquisição da linguagem que permitam captar no diálogo adulto-criança quais as posições que esta pode ou não ocupar como enunciador e quais recursos linguísticos, a mesma, está ou não utilizando para isso. Por isso, os índices devem conter elementos que abranjam não apenas as condições do bebê para enunciar e ocupar a posição de **eu**, mas o modo como é sustentado no diálogo pelo adulto (**tu**).

No contexto clínico com bebês, a fala materna é importante para a subjetivação do sujeito, sendo primordial à aquisição da linguagem tanto quanto são as questões biológicas (KRUEL, 2015).

Pensando sobre esse ponto, em analogia às crianças no seu primeiro ano de vida, o *manhês* surge como um tema a ser explorado. Esse modo particular que caracteriza a fala materna ganhou nome de *motherese* e tem-se propagado entre os vários pesquisadores do mundo. No Brasil, de acordo com a região, optou-se por duas formas de nomenclatura: *manhês* ou *maternalês* (FERREIRA, 2001).

Trata-se, portanto, de um modo especial de fala que a mãe dirige ao bebê, com características que lhe são próprias, tanto do ponto de vista de sua organização (dialógica), como em relação à sintaxe (frases curtas e repetições), léxico (simplificação morfológica e multifuncionalidade de palavras) e prosódia (tom de voz mais aguda, velocidade lenta e alongamento de vogais). O diálogo mãe-bebê, construído com o *manhês* a partir de significados que a mãe atribui aos sinais produzidos pela criança, ocorre com base na tentativa de quem exerce a função materna de manter o diálogo com o bebê, mas depende da alimentação de tal diálogo pelo bebê, portanto, conta com a apetência simbólica da criança (CATÃO, 2009; FERREIRA, 2001).

Essa apetência simbólica foi definida por Golse (2013) como uma espécie de intersubjetividade primária que depende das condições biológicas do bebê para entrar em interação com o outro, uma espécie de orientação ao outro que os autores da cognição social muito bem definem (TREVARTHEN, BUTT, 2013). Portanto

assume-se a influência do biológico já nas primeiras interações. Esse biológico não basta, contudo, é preciso o investimento e sustentação do outro, representante do Outro para que os processos de alienação-separação ocorram na constituição psíquica do bebê, definida por Golse (op.cit) como intersubjetividade secundária, tão tematizada no campo psicanalítico.

Na constituição linguística é possível pensar o mesmo, a linguagem enquanto fenômeno biopsicossocial, em que há condições biológicas que se somam a condições ambientais para que a aquisição da linguagem se dê. No entanto, seja quais forem as condições biológicas, é preciso reconhecer que o manejo terapêutico poderá incidir sobre o ambiente e que este, por efeito epigenético (MURATORI, 2014), poderá até promover as condições compensatórias necessárias dos aspectos biológicos. Por isso, a importância da detecção precoce de risco à aquisição da linguagem.

Sabe-se que o *manhês* opera como uma linguagem significativa para o bebê, a medida em que suscita reações de sua parte. Afinal, as características dessa fala fazem com que o bebê se interesse e procure com o olhar a pessoa que se dirige a ele quando esta fala. Isso implica desejo e convoca o bebê a buscar ativamente o olhar do outro. Em contrapartida, o bebê se esquia de procurar o olhar e de participar de um diálogo, mesmo sem palavras, com uma pessoa que não demonstre desejo ao falar (*manhês*) ou que demonstre no seu falar características de humor alterado, como depressão e ansiedade (FLORES et al., 2011). Está implicada aí a importância de se observarem possíveis fraturas na relação da díade mãe-bebê, dando atenção especial à fala materna a qual garante ao bebê sua existência enquanto sujeito da/na linguagem, e também às respostas do bebê de modo simultâneo para uma boa análise desses primórdios da linguagem.

Essas trocas ensaiam uma protoconversa que é a operação de preenchimento do lugar enunciativo, sendo a premissa de um primeiro mecanismo enunciativo (SILVA, 2009) que começa a ser construído e é essencial à passagem do preenchimento de lugar enunciativo por meio do outro, para o reconhecimento do que esse lugar provoca no outro. Em outras palavras, ao ouvir a fala da mãe, sintonizada às suas demandas e ao se ouvir na interpretação linguística que a mãe dá às suas manifestações, verbais ou não, o bebê funciona na linguagem, e isso é um dos elementos que permite que passe de locutor a sujeito (RAMOS; FLORES, 2013).

No caso do diálogo mãe-bebê, o adulto faz o trabalho interpretativo, de tradução, atribuindo às vocalizações do bebê uma significação, o que Kruel (2015) nomeou de princípio da interpretância, e este opera a partir da leitura dos sinais do bebê pelo princípio da homologia. Os sinais do bebê ganham do adulto um sentido, que transforma em mensagem aquilo que poderia não ser mais que uma mera reação orgânica. Por meio do olhar e da voz materna, o bebê deixa de ser puro organismo e é elevado à categoria simbólica, colocado assim, na posição de interlocutor (FERREIRA, 2001).

Dessa forma, as manifestações do bebê são convertidas em protoconversa (DORE, 1979; BRUNER, 1981; LEVINSON, 1983; KRUEL, 2015), por compreenderem um conjunto de elementos produzidos em sincronia com a mãe: o diálogo, o olhar dirigido à mãe (ao qual ela corresponde), o sorriso (recíproco), os movimentos articulatórios (que produzem a vocalização), a imitação dos movimentos labiais da mãe, etc. E na medida em que as manifestações do bebê são transformadas em protoconversa, ele é elevado ao estatuto de interlocutor da mãe.

Em termos de condições para o bebê enunciar a psicolinguística clássica traz uma série de contribuições, entre elas o estudo da evolução do balbucio como situação que merece atenção especial por materializar, para o interlocutor, o início do desenvolvimento linguístico infantil como elemento fundamental para o bebê se engajar nas protoconversações com o adulto (STAMPE, 1969; LOCKE, 1983; OLLER et al., 1985; OLLER e EILERS, 1988; BOYSSON, BARDIES et al., 1989).

O balbucio pode ser definido como uma repetição de movimentos articulatórios durante a fonação contínua ou interrompida em um ciclo respiratório, e movimentos que resultam em produção de sílabas consoante-vogal (CV), padrão denominado de balbucio canônico (JORDENS e LALLEMAN, 1988) que, nesse período, é frequentemente reduplicado, isso é, apresenta sequências idênticas ou quase idênticas a sílabas CV. Pode-se também observar o balbucio não reduplicado, no qual a sequência de consoantes ou vogais muda (DAVIS e MACNEILAGE, 1995). Os dois tipos podem acontecer acompanhados por produções isoladas de vogais ou CV, caracterizados por uma fonação que consiste em uma alternância de abertura e fechamento da boca (LEWIS, 1936).

Para a clínica fonoaudiológica e, em especial para a presente pesquisa, o balbucio assume um espaço particular de análise, visto que oferece a oportunidade de compreender, monitorar e acompanhar o desenvolvimento da linguagem infantil

precocemente, já que ele pode ser visto como um índice de que as condições de fala estão sendo estabelecidas por uma apropriação progressiva da produção de elementos fonológicos pelo bebê. Em termos objetivos, analisar as fases iniciais do desenvolvimento da linguagem oferece fundamentação para ações de prevenção, detecção e intervenção dos diversos tipos de distúrbios da linguagem infantil. Décadas atrás autores (OLLER e EILERS, 1988) já alertavam de que a ausência ou o atraso do balbucio poderia servir como índice de risco para dificuldades linguísticas no desenvolvimento infantil.

Ao longo do século passado estudos de Jakobson (1968), que nortearam os estudos clássicos da psicolinguística, balizaram referenciais teóricos importantes acerca do balbucio no contexto do desenvolvimento linguístico inicial. Para o autor, havia dois períodos distintos de produções vocais: o balbucio, caracterizado por produções vocais transitórias e com grande variedade de sons que não seguem qualquer sequência regular de aquisição, caracterizado como o período de sucção restrito ao jogo solitário da criança e a fala significativa, na qual o desenvolvimento fonológico segue uma ordem de aquisição inata e universal, regulada por um conjunto hierárquico de leis estruturais, filtrando e simplificando sua linguagem para apenas fonemas pertencentes ao seu meio ambiente ou à sua língua materna. Jakobson alegava desta forma, existir uma descontinuidade ocasionada pela redução no repertório de sons entre esses dois períodos (PADOVANI e TEIXEIRA, 2005).

Lenneberg e colaboradores (1975) (apud Oller et al., 1985), fortemente influenciados pelas teorias da época, divulgaram pesquisa sobre o balbucio de crianças deficientes auditivas que apoiaram os aspectos de universalidade, descontinuidade e independência biológica das fases iniciais da aquisição da linguagem oral. Os pesquisadores defenderam a ideia de semelhança entre as vocalizações de crianças surdas e ouvintes. Com isso, reforçaram a ideia de autonomia do balbucio diante dos aspectos perceptuais dos sons da fala. Contudo, limitações metodológicas decorrentes da ausência de distinções entre sons vegetativos e não vegetativos deixaram dúvidas nos dados coletados do estudo, pois não foram definidos quais seriam os sons pré-canônicos e sons canônicos podendo, então, a limitação metodológica ser a explicação para tal resultado.

Após alguns anos, o estudo de Oller e Eilers (1988) verificou a manifestação mais tardia das vocalizações canônicas (balbucio) em nove crianças com perdas

auditivas neurossensoriais severas e profundas. Além disso, os autores comprovaram uma estreita relação entre a produção do balbucio canônico e o desenvolvimento da função auditiva. Conforme os resultados, mesmo quando estimuladas e equipadas de amplificação sonora, as crianças surdas apresentavam um atraso significativo no início do período de vocalizações canônicas em comparação com seus pares ouvintes. Apesar disso, os autores são claros ao afirmar que, embora existam diferenças quantitativas e qualitativas, a surdez, quando precocemente diagnosticada e reabilitada, pode provocar o atraso na emergência do balbucio, mas não impedi-lo.

Segundo Vihman et al. (1985) a proporção de vocalizações canônicas poderia ser aproveitada como índice de evolução positiva nas terapias fonoaudiológicas, visto que, o balbucio é considerado uma atividade prévia ao desenvolvimento da fala. Assim sendo, o repertório “experimentado” no balbucio e nas primeiras vocalizações é realizado de modo contínuo pela criança no decorrer do desenvolvimento da linguagem. Essa visão de continuidade entre o balbucio e a fala sugere que as crianças que vivenciam os sons da língua desde cedo, ou seja, que desenvolveram o balbucio e estabeleceram as conexões sensório-motoras implícitas neste processo, apresentarão maior facilidade e agilidade na aquisição dos sons de sua língua. Isso denota, possivelmente, um índice menor de atraso e/ou desvios durante o desenvolvimento da linguagem. Ressalta-se, no entanto, que neste estudo é importante que se observem as relações entre essa produção e a presença ou não do *manhês* enquanto forma de relação entre aquele que exerce a função materna e o bebê, pois a continuidade entre vocalizações, balbucio e primeiras palavras defendidos por Vihman (op.cit) está ancorada na sustentação enunciativa fornecida pelo interlocutor.

Pesquisas sequencialmente reforçam a tendência dos pressupostos teóricos apresentados e apontam para a importância da experiência linguística inicial, perceptual e produtiva, incluindo o balbucio, para a organização e desenvolvimento da fala (VIHMAN, 1996; YOSHINAGA-ITANO, 2002).

Portanto, importa ressaltar que desde as primeiras vocalizações até que a criança articule fonemas enquanto tal, ajustados à norma adulta de uma língua em particular, fará um percurso de ensaios articulatorios (LIMA, 2006).

Chama-se a atenção ainda para a normalidade das dificuldades articulatorias observadas nos primeiros anos de vida como fazendo parte de todo um processo

maturativo e evolutivo do desenvolvimento linguístico infantil. Atendendo à complexidade que o ato de falar envolve, nada tem de extraordinário que a fala das crianças, ainda pequenas, comece por ser pouco inteligível. A ausência de destreza para a coordenação motora dos órgãos articulatórios impossibilitam a construção de uma sequência clara de consoantes e vogais, que tende a clarear a medida que os meses se sucedem, verificando-se um aumento rápido da inteligibilidade da fala a partir de um ano de idade (CASTRO e GOMES, 2000).

Em termos da ampliação da inteligibilidade da fala, a mesma está inteiramente atrelada a fatores como a aquisição de maior domínio articulatório (maior coordenação dos distintos padrões de movimento da área fono-articulatória); o avanço da discriminação auditiva que permite diferenciar com maior acuidade os diferentes sons da língua, conduzindo desta forma à estabilização dos padrões fonológicos da língua (articulação adequada das palavras e sequencialmente organizadas) e ainda ao domínio cognitivo que permite o reconhecimento de objetos de uso comum, a compreensão de ordens simples ligadas à experiência e o desenvolvimento de competências no domínio verbal. Diante destas aquisições a criança vai, gradualmente, manifestar uma competência comunicativa cada vez mais integral. Quanto aos erros articulatórios característicos deste período e manifestados como forma de processos de simplificações (omissões, substituições) perante domínios da língua mal estabilizados, eles serão pouco a pouco superados (LIMA, 2000).

De acordo com tais suposições, considera-se que o primeiro ano de vida constitui espaço potencial para que a criança ocupe seu lugar de fala com fala reconhecível pelo interlocutor. Vários estudos têm afirmado que se esse preparo não ocorrer de forma rica a criança pode desenvolver sintomas como a dispraxia verbal, no qual há uma dificuldade de coordenar o gesto articulatório para a construção da produção da cadeia significativa. Entre os sinais da dispraxia estão a dificuldade de alternar ponto e modo articulatório em dissílabas, trissílabas e polissílabas (RECHIA, SOUZA e MEZZOMO, 2010).

Deslocando tal conhecimento ao primeiro ano de vida é possível hipotetizar que no balbucio esta dificuldade de alternar modos e pontos na experiência dos gestos articulatórios já poderia ser um sinal de que algo não vai bem na apropriação do gesto articulatório. Este será um dos aspectos investigados neste estudo, pois é possível analisar níveis evolutivos do balbucio no primeiro ano de vida conforme o

mesmo vai se apresentando de monossilábico a polissilábico (DE OLIVEIRA, LIMA e GONÇALVES, 2003). Neste processo é importante destacar a parceria realizada entre a díade mãe-filho, vislumbrado no trabalho de Suttora e Salerni (2011), que aponta um aumento global na complexidade léxica e sintática e na quantidade de expressões verbais por parte da mãe a partir da observação das reações motoras e vocais infantis. Os autores acrescentam ainda que as mães vão diferindo consideravelmente a linguagem de acordo com o desenvolvimento da criança, como que se ajustando. A maturação das habilidades dos bebês funciona como um sinal às mães para adequar aspectos do seu estilo de interação, em especial a verbal.

Na perspectiva desta pesquisa, cabe ressaltar que não se acredita apenas em uma sucessão de meses para que isso se dê, mas na rica experiência proporcionada pela protoconversaçoão adulto-criança, pois é por meio dela que a criança poderá criar um esquema interpretativo por meio do qual poderá relacionar o significante ao significado, ou seja, a forma fonológica ao sentido que ela veicula no diálogo com o outro. Isso acontecerá por meio dos processos conjuntivos e disjuntivos, estratégias enunciativas iniciais. Portanto, a este estudo, fica claro que este desenvolvimento é possível diante de facilitadores biológicos e ambientais nessa construção, e que as relações e funções parentais formam nessa dialética, elementos importantes nos primeiros anos de uma criança.

2.2 CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO: O PSÍQUICO EM QUESTÃO

Há pouco tempo, acreditava-se que o diagnóstico relacionado ao desenvolvimento da linguagem só poderia ser estabelecido depois que a criança atingisse dois anos e meio de idade (CROSSLEY, 1997). Contudo, pesquisas recentes apontam para a possibilidade de detecção precoce de indicadores, como, em um seguimento de bebês dos zero aos 18 meses (CRESTANI, 2012) e até mesmo indícios de patologias psíquicas mais graves aos quatro meses de idade (LAZNIK, 2004).

A identificação precoce de riscos e o encaminhamento das crianças para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, por meio de programas de promoção da saúde e de estimulação essencial (NUNES, 1998).

A ação preventiva dos atrasos ou distúrbios de desenvolvimento pode ser conduzida em três níveis:

A prevenção primária tem como objetivo reduzir ou eliminar condições ambientais que podem produzir riscos para a concepção de bebês com problemas, a partir da implantação de programas adequados de saúde, educação, trabalho e moradia para a população mais vulnerável, assim como o controle da qualidade do meio ambiente.

Na ação preventiva secundária está-se diante de um quadro que já se manifestou e seu objetivo é, então, reduzir sua severidade ou duração, a partir do diagnóstico precoce e do encaminhamento para os serviços especializados.

Na prevenção terciária o atraso de desenvolvimento já está instalado e a meta é minimizar os efeitos dessa condição, maximizando o potencial dos indivíduos integrando-os na sua comunidade, enquanto indivíduos independentes e produtivos (NUNES, 1998).

Contudo, durante a primeira infância, as manifestações comportamentais que se operam nas pequenas crianças têm um caráter acentuadamente polimorfo, sendo difícil a discriminação de um sintoma quando a criança ainda não fala. Deste modo, uma manifestação motora é ao mesmo tempo neuromaturativa, psicológico-cognitiva, tem valor trófico-fisiológico, e também é – simultaneamente – expressão emocional e significativa da relação com os outros em geral e com o meio (KUPFER, 2003).

O serviço público no Brasil, em geral, realiza diagnósticos tardios e quando são feitos, diversos casos não encontram tratamentos disponíveis. Além disso, aos profissionais dedicados à infância cabe a difícil tarefa de selar um destino, pois ficam encarregados de dar um nome ao sintoma apresentado pela criança (WANDERLEY, 2009).

A interpretação que atribui predominância de um tipo de sintoma sobre outro depende, sobretudo, da formação teórica do avaliador. Por isso, o procedimento comum frente a essa dificuldade é reduzir essa significação múltipla a um número objetivo, eliminando qualquer consideração acerca da subjetividade (KUPFER, 2003).

Muitas pesquisas estão confirmando a necessidade da qualificação de profissionais na área de detecção e intervenção precoce, sustentando a especificidade da clínica de zero a quatro anos em uma perspectiva interdisciplinar

considerando as profissões terapêuticas como Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Medicina, entre outras (JERUSALINSKY J., 2002; KUPFER e VOLTOLINI, 2005; VITOLO et al., 2007).

No atual contexto, é possível organizar condutas profissionais para detectar e tomar medidas terapêuticas antecipadas que evitem riscos ao bebê colocando sua saúde em suspenso. Autores da psicanálise defendem que é possível prevenir uma instalação de sintoma, uma vez que se podem observar signos que indiquem se a instalação está em curso ou não, ou se há uma impossibilidade na relação com o outro (JERUSALINSKYJ, 2002).

Outra autora, também do campo da psicanálise, afirma que quanto mais cedo for a detecção, a fim de que um tratamento precoce se inicie, maiores serão os resultados e grandes serão as chances de remissão de um quadro, influenciando positivamente para que não ocorram entraves no desenvolvimento da criança (BERNARDINO, 2008).

Por outro lado, é preciso antecipar que, quando se fala em prevenção no desenvolvimento infantil, em especial sobre os aspectos de constituição de sujeito, sendo implicada nesse contexto a linguagem, qualquer indicador relativo à criança está submetido às vicissitudes da lógica da imprevisibilidade dos acontecimentos histórico-sociais e familiares por vir, uma vez que, as relações se estabelecem entre acontecimentos e consequências, e não, entre causa e efeito (JERUSALINSKY et al., 2009)

Palladino (2007) também destaca que é preciso considerar, quando se fala em desenvolvimento infantil, o caráter de imprevisibilidade no cerne da relação entre o geral, o que sempre se deu, e o particular, o que parece pertinente quando se trata de linguagem.

Autores (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008) assinalam a predominância das avaliações de desenvolvimento infantil no Brasil serem feitas por escalas, geralmente descritivas, classificatórias e métricas. Apesar de esses instrumentos abastecerem referenciais normativos do desenvolvimento, eliminam variáveis articuladas com a constituição da subjetividade, já que aferem comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si e não analisam a relação do adulto ou cuidador no processo avaliativo. Assim, do ponto de vista desta pesquisa, os testes

psicométricos não avaliam o conjunto dos aspectos estruturais e instrumentais⁷ do desenvolvimento, focando apenas em um ou outro aspecto. Não permitem formular uma hipótese de funcionamento do bebê-familiares para se pensar a intervenção.

Observando o aspecto citado acima, pode-se perceber que escalas fechadas são distintas de índices de risco que, embora tenham caráter preditivo, sugerem em sua proposta que seus resultados não se convertam em profecias negativas na vida da criança e seus familiares. Esse cuidado foi específico às pesquisas realizadas com os indicadores de risco ao desenvolvimento como a de Kupfer (2008), a qual instigou a realização da presente pesquisa. A pesquisa de indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI) demonstrou sua importância enquanto método de abordagem das equipes de saúde na atenção primária, a partir do momento que demonstrou que cerca de 70% das crianças com indicadores alterados apresentaram problemas de desenvolvimento (KUPFER, op. cit).

Tal estudo foi implementado no Brasil visando o estabelecimento de indicadores clínicos de risco aplicáveis nas consultas pediátricas, de modo a fazer emergir a possibilidade de acompanhamento precoce de casos em que há uma suspeita de problemas na estruturação psíquica (KUPFER et. al, 2010). A referida pesquisa foi realizada de 2000 a 2008, com financiamento do Ministério da Saúde.

Ancorada na teoria psicanalítica, constou de um conjunto de indicadores, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, cuja ausência poderia indicar uma perturbação do curso evolutivo infantil. Os indicadores foram formulados a partir da experiência dos autores de mais de 30 anos no campo da infância. Houve, portanto, um padrão ouro na formulação dos indicadores, que foram introduzidos na consulta pediátrica, mediante formação deste profissional para observá-los nas faixas etárias de 0 a 3 meses e 29 dias; de 4 a 7 meses e 29 dias; de 8 a 11 meses e 29 dias e de 12 a 18 meses, em unidades básicas e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde).

A formulação de tais indicadores se deu a partir de eixos teóricos que determinam a constituição da subjetividade: estabelecimento da demanda (ED), suposição de um sujeito (SS), alternância presença/ausência (PA) e função paterna (FP) (KUPFER, 2008).

⁷ Aspectos estruturais e instrumentais estão delimitados em CORIAT, L.E; JERUSALINSKY, A.N. **Escritos da Criança Nº 4**. In: Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. Publicação do Centro Lydia Coriat de Porto Alegre. 3ª edição da publicação de novembro de 1996 - Porto Alegre – Brasil, 2008.

O estabelecimento de demanda (ED) refere-se à possibilidade de a mãe ou cuidador identificar a demanda do bebê a partir de suas manifestações involuntárias e reflexas tais como choro, agitação motora, sucção, etc. Nesse processo, a mãe demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. Nesse sentido, a mãe (inconscientemente) é conduzida a reconhecer em cada gesto de seu filho um signo de demanda endereçada a ela. O modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

O eixo suposição de um sujeito (SS) refere-se a uma antecipação, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito. Contudo, sua constituição depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao apelo do bebê e de como ela o vê. Essa antecipação causa grande prazer no bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe sob a forma de palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa, chamada de *mamanhês* ou *manhês* (LAZNIK, 2004), o que fará o bebê tentar corresponder ao que foi suposto nele. É, dessa forma, que a subjetividade pode efetivamente construir-se.

Alternar presença-ausência (PA) implica que a mãe/cuidador não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas sim que possibilite uma alternância (não apenas física, mas, sobretudo, simbólica). A experiência da falta se faz necessária para que um bebê se torne sujeito desejante: a mãe presente evoca o objeto ausente, como o objeto presente evoca a mãe ausente. Essa descontinuidade, tanto da satisfação, quanto da presença materna são fundamentais para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito na linguagem. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, especialmente significativo, obrigando a criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização.

Portanto, a presença/ausência, é tida como o fundamento estrutural da linguagem na medida em que, para que exista a palavra tem de se romper o enlace entre o objeto causal e a satisfação. Em outros termos, a palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto.

O eixo função paterna (FP) é o registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe, embora essa ordem possa ser transmitida por ela. As satisfações imediatas, que antes advinham

da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe/cuidador, são renunciadas. Entretanto, para que essa função possa operar é preciso que a mãe situe a lei como uma referência a um terceiro, fazendo com que o bebê advenha à linguagem. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem o “não” em suas vidas.

Uma das funções do exercício da FP sobre a díade mãe-bebê é de ter como efeito uma separação simbólica entre eles, bem como propor à mãe o fato de que seu filho não é um “objeto” destinado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função, a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

Conforme Kupfer et al. (2010), os eixos apresentados se entrelaçam nos cuidados que a mãe dirige à criança e também nas produções que a criança realiza durante o seu desenvolvimento, sendo que a ausência de um deles aponta para problemas na estruturação da subjetividade.

A partir dos quatro eixos acima referidos, foram levantados, inicialmente, 51 indicadores de risco para o desenvolvimento e risco psíquico, que ficaram reduzidos a 31. Contudo, a partir das análises estatísticas desses 31 indicadores, permaneceram na análise fatorial 18 indicadores finais, com poder preditivo de risco ao desenvolvimento, com foco maior na estruturação psíquica, expostos no Quadro 2 a seguir e que foram utilizados nesta pesquisa.

Quadro 2 – Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil

| 0 A 4 MESES INCOMPLETOS | EIXOS |
|--|--------------|
| 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. | SS/ED |
| 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido à ela (mamanhês). | SS |
| 3. A criança reage ao mamalhês. | ED |
| 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação. | PA |
| 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. | SS/PA |
| 4 A 8 MESES INCOMPLETOS | |
| 6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. | ED |
| 7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. | ED |
| 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe. | ED/PA |
| 8 A 12 MESES INCOMPLETOS | |
| 9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. | ED/SS |
| 10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. | ED |
| 11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. | SS/PA |
| 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. | FP |
| 13. A criança faz gracinhas. | ED |
| 14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. | ED |
| 12 A 18 MESES | |
| 15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. | ED/FP |
| 16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. | ED/FP |
| 17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. | FP |
| 18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. | FP |

SS= suposição de sujeito, ED= Estabelecimento da demanda, PA= presença/ausência, FP= função paterna

Fonte: (KUPFER, 2008)

Os pediatras foram capacitados e utilizaram os indicadores durante a consulta clínica regular até 18 meses. Depois as crianças foram reavaliadas aos 3 anos por meio de avaliação psicanalítica e psiquiátrica. A idéia de capacitar os pediatras devia-se ao interesse dos psicanalistas de levar um olhar sobre o psíquico para os profissionais que fazem a puericultura inicial.

Os indicadores não foram pensados para proporcionar diagnósticos, mas como forma de detectar se algo não está indo bem na relação da criança com suas figuras parentais e, a partir daí, convocar a avaliação psicanalítica mais precisa. Portanto, não são indicadores de uso exclusivo de profissionais do campo psíquico (psicólogo, psicanalista ou psiquiatra).

Na lógica da intervenção precoce, acredita-se que esses indicadores possam ser utilizados na atenção materno-infantil, sobretudo em serviços de saúde pública, pelos profissionais de puericultura (pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, entre outros), como indicativos da necessidade (ou não) de uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico ou mesmo instrumental, pois, para a psicanálise aquilo que produz um efeito num bebê pode não produzir em outro, já que em psicanálise não se trabalha com uma lógica de causa-efeito.

A partir dos sintomas clínicos e da avaliação qualitativa realizada para cada criança, foi feita a anotação daquilo que constituiu propriamente o desfecho clínico da pesquisa: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito. Após análise preliminar estatística, verificou-se que os indicadores possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Quando os autores definem problemas no desenvolvimento seriam obstáculos que podem estar relacionados a problemas psíquico mas que não indicam a estruturação de psicopatologia grave futura. Já os indicadores mais relacionados a risco psíquico foram os que se associaram com o estabelecimento de psicopatologia grave aos três anos de idade, quando as crianças foram avaliadas, com foco na estruturação psíquica em curso.

Alguns indicadores foram mais importantes na predição do risco psíquico: a ausência dos cinco indicadores da primeira fase, e dos indicadores 6, 12, 14 e 18, foram capazes de prever risco psíquico isoladamente. De um ponto de vista fonoaudiológico, os cinco primeiros, e os indicadores 6 e 14 fazem parte do foco de atenção deste profissional para questões relativas à linguagem e à alimentação. Esse fato denuncia a relevância dessa proposta para a atuação do fonoaudiólogo em detecção e intervenção precoces.

Havendo sintomas clínicos constatados, é possível afirmar que a criança está apresentando dificuldades de desenvolvimento, e poderá atravessar dificuldades de ordem psíquica, de pequena monta ou mesmo mais intensa (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Palladino (2007) afirma que os indicadores possibilitam o indício de pistas encenadas pela e na criança que podem sugerir acontecimentos. Segundo esta autora, essas pistas, consideradas na subjetividade da díade mãe-bebê, podem ser tomadas, não só por psicanalistas, mas por outros clínicos, o que

pode permitir a criação e aplicação de procedimentos que promovam um desenvolvimento mais apropriado a cada um.

Nesse contexto, também se destaca a possibilidade de se utilizar o IRDI como instrumento de detecção de risco à aquisição da linguagem, conforme demonstrou o estudo de Crestani (2012), pesquisa que comprovou estatisticamente que há uma associação entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais. Além disso, seu estudo demonstrou que a aquisição da linguagem inicial associa-se, de modo significativo, à presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças com risco apresentaram uma produção de fala inicial, em magnitude numérica, significativamente inferior em relação às crianças sem risco.

Analisando atentamente o protocolo percebe-se que vários itens parecem ter relação direta com a protoconversação inicial (PARLATO-OLIVEIRA, 2010) (do 1 ao 11 e 13) e os demais relacionam-se a funções importantes na constituição psíquica, sobretudo, na dinâmica do processo de aliena o-separação (15 ao 18). Todos os indicadores demonstram como a rela o pais-beb  está se desenvolvendo e acredita-se que, por isso, também possam ser elementos preditivos do processo de aquisi o da linguagem.

Flores e Souza (2014), em um estudo de casos, salientaram a importância do acompanhamento de crianças desde o seu nascimento, pois o IRDI apresentou-se sensível   detec o de sinais que indicam impasses na constitui o do sujeito. Essa detec o   fundamental enquanto há maiores chances de prognóstico favorável, ou seja, no primeiro ano de vida, quando os processos subjetivos estão ainda em constitui o. Para as autoras, o acompanhamento precoce e a detec o de um risco   constitui o e   aquisi o da linguagem possibilitariam que uma interven o fosse realizada para diminuir o sofrimento da criança e de seus pais por meio do reposicionamento da criança na linguagem.

A autora ressalta ainda a relevância do acompanhamento pediátrico inicial como sendo o espaço fundamental para um novo olhar sobre o desenvolvimento infantil, que transcenda apenas as medi es relativas às condi es biológicas do bebê, mas amplie o seu olhar para o sujeito que ali está se constituindo (FLORES e SOUZA, 2014).

Outro estudo, na mesma linha de pesquisa, buscou investigar a associa o entre a transi o alimentar e o aleitamento com a presença de risco ao

desenvolvimento infantil (VENDRUSCOLO et al., 2012). Os resultados apontaram que a dificuldade de transição alimentar e as dificuldades de aleitamento correlacionam-se de modo significativo à presença de risco ao desenvolvimento infantil, na etapa entre 12 e 18 meses. Também está associada às variáveis como: idade da transição alimentar, idade da inserção de alimentação sólida, tempo de aleitamento materno e tempo de aleitamento artificial. Assim, a pesquisa demonstrou que a dificuldade no aleitamento e na transição alimentar se associam a alterações nas interações iniciais detectáveis pelos IRDI, principalmente, ao eixo teórico que se refere à função paterna.

Além dos indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil, outra pesquisa que aplica essa visão é a pesquisa PREAUT (ASSOCIATION PRÉAUT, 2012), realizada na França. Esta pesquisa analisa falhas nas interações iniciais a partir de dois sinais identificados aos quatro e aos nove meses, cuja base epistemológica é a noção de circuito pulsional (LAZNIK, 2004), que permite detectar precocemente o risco de evolução para o autismo.

Essa proposta, que já avaliou 14.000 crianças na França, já vem sendo investigada desde 2012 na realidade brasileira por meio de treze grupos de pesquisa e formação, localizados em distintas regiões do país. Hipotetiza-se, a exemplo do que foi visto na pesquisa IRDI, que nesta realidade, há uma correlação entre os níveis intermediários de pontuação nos sinais PREAUT e o processo de aquisição da linguagem posterior das crianças (mesmo que não haja risco mais acentuado de estruturação autista). Tal hipótese já tem sido aventada em relatórios atuais da pesquisa PREAUT na França, ou seja, os sinais PREAUT não seriam tão específicos ao autismo, mas que eles poderiam detectar outros riscos à interação adulto-bebê, e também ao desenvolvimento de linguagem da criança.

Os sinais PREAUT incluem a atribuição de uma pontuação em que zero a três aludem alto risco para autismo, três a 15 um estado de risco intermediário, e acima de 15 pontos comunicação e interação dentro de padrões esperados para a faixa etária. Acredita-se que a especificidade dos sinais PREAUT para autismo estaria mais concentrada na atribuição de pontuação zero a três.

Os sinais, aplicados aos quatro e aos nove meses buscam saber se o bebê busca olhar espontaneamente o adulto ou se fazer olhar quando estimulado pelo *manhês*. Ainda procura analisar se o bebê busca se fazer olhar novamente quando o

adulto cessa a estimulação. Leva-se em consideração tanto o adulto conhecido (a mãe) como o desconhecido na avaliação. A partir daí a pontuação é atribuída.

Portanto, os estudos do campo psicanalítico avançaram de modo importante na última década, no sentido de prover formas de detecção precoce do risco psíquico e do risco ao desenvolvimento, cujos efeitos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos ainda são muito recentes, mas abrem espaços para um futuro promissor para a saúde mental coletiva. Acredita-se que a possibilidade de intervenção precoce poderá minimizar ou mesmo retroceder os efeitos devastadores das doenças mentais presentes na sociedade moderna, pois lança uma escuta não apenas ao bebê, mas àqueles que o acompanham.

Tratando-se do campo da linguagem, estudos epidemiológicos também sugerem a detecção e intervenção o mais precocemente possível, e apontam desta forma, para a necessidade de direcionar os profissionais para ações preventivas na área da fonoaudiologia diante do alto número de pacientes diagnosticados com distúrbios de linguagem mediante as pesquisas (HAGE e FAIAD, 2005).

Contudo, apesar de alguns estudos buscarem atender a demanda da área da linguagem, infelizmente o pesquisador brasileiro está em desvantagem na utilização de índices/escalas/testes/questionários, pois dispõem de poucos instrumentos avaliativos validados no país (SACCANI, 2009).

Nesse contexto, a clínica de linguagem apresenta precárias propostas capazes de auxiliar o fonoaudiólogo, em especial, quando se trata de detecção precoce dos distúrbios de linguagem (GOUVÊA et al., 2011), dificultando ainda mais quando se busca olhar a relação e não o sujeito individual.

Segundo estudo de Vitolo et al. (2007), somente com a proposição de novos procedimentos (índices, versões protocolares, etc.) será possível a detecção precoce e o desenvolvimento de ações que certamente terão impacto na qualidade do desenvolvimento infantil, em particular, na aquisição e o desenvolvimento da linguagem.

Os estudos propostos pelo grupo de pesquisa da UFSM, que apresentam a relação entre estados de humor materno e risco ao desenvolvimento (BELTRAMI, et al. 2011; CARLESSO et al.; 2011; FLORES et al., 2011); entre variáveis sócio-demográficas e psicossociais, entre produção de fala inicial e risco ao desenvolvimento (CRESTANI, 2012); entre aleitamento materno e risco ao desenvolvimento (CRESTANI et al., 2012), demonstraram que os indicadores de

risco ao desenvolvimento de Kupfer et al. (2008) foram produtivos para prever risco à aquisição da linguagem, mas não foram suficientes. Os estudos de Oliveira (2013) e Vendruscolo (2014) também sugerem a necessidade de avaliações mais específicas da linguagem que diferenciem os níveis semiótico e semântico da língua, ou seja, o domínio gramatical do domínio discursivo para melhor apreender o funcionamento de linguagem infantil, e que é preciso avaliar a criança com aqueles que exercem as funções primordiais. Esses resultados reforçam a necessidade de criar procedimentos de avaliação que levem em conta os princípios da intersubjetividade e a relação forma-sentido, propostos por Cardoso (2010).

Diante do que foi apresentado nesta revisão, decorre a demanda deste trabalho de criar índices mais específicos ao que foi observado na pesquisa prévia de mestrado.

2.3 ESCALAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM O HISTÓRICO SOBRE AS REFLEXÕES ACERCA DA LINGUAGEM DE BEBÊS OU CRIANÇAS PEQUENAS NA FONOAUDIOLOGIA

Pode-se observar um grande percentual de profissionais da área da saúde fazendo uso de escalas e questionários, tanto nos setores de pesquisa, quanto nos de diagnóstico, o que torna sua utilização um aspecto metodológico muito importante. Percebe-se que a mensuração válida e fidedigna de dados é indispensável para se obter resultados confiáveis e, portanto, relevantes a área de estudo (SACCANI, 2009).

Em uma visão clássica, as escalas aplicáveis em crianças buscam refletir os principais ganhos ao longo do desenvolvimento e têm o objetivo de determinar o nível evolutivo específico da criança. O nível de evolução da criança é obtido, por exemplo, por meio de dados relatados sobre o desenvolvimento da criança (normalmente pelos pais) que, em seguida, são confrontados com uma escala. Os dados também podem ser obtidos a partir da observação direta sobre o comportamento da criança quando convidada a realizar determinadas tarefas que reflitam as condutas específicas que a escala apresenta (HAGE, 2003).

Na Fonoaudiologia o uso de tais escalas é frequente na avaliação de crianças com menos de três anos com a finalidade de detectar, precocemente, entre outros

aspectos, alterações no desenvolvimento da linguagem, principalmente quando se apresentam dúvidas sobre a evolução desse desenvolvimento (HAGE, 2003).

Contudo, no Brasil, a carência de instrumentos formais e objetivos comercialmente disponíveis e indicados para avaliação e diagnóstico, na área da Fonoaudiologia é expressiva (GIUSTI e BEFI-LOPES, 2008). Para muitos autores, a falta de instrumentos formais e objetivos, além de se refletir no diagnóstico, também pode trazer dúvidas na definição das condutas terapêuticas e na elaboração dos planos de intervenção, podendo comprometer a eficácia e a eficiência dos tratamentos oferecidos (ANDRADE, 2004; ANDRADE e JUSTE, 2005). Esse fato também é ressaltado na revisão de literatura realizada por Lindau et al. (2015) que encontrou em 22 estudos de linguagem infantil a utilização de um total de 7 instrumentos formais de avaliação e poucos validados estatisticamente.

Há alguns estudos que buscaram em medidas de linguagem espontânea como a extensão média de enunciados (*mean length utterance-MLU*) no Português Brasileiro (FENSTENSEIFER; RAMOS, 2003) e para o Português de Portugal (SANTOS et al., 2015), ou como o número de *types* e *tokens* (Scherer et al., 2002, 2011). O estudo de Santos et al. (2015) encontrou uma relação entre escolaridade dos pais e extensão média de enunciados em alguns grupos etários de sua amostra que incluiu 92 crianças entre 4 e 5 anos. Há, portanto, uma relação entre maior escolaridade e maior produção e complexidade na fala infantil. Em seu estudo houve também correlação entre o MLU e resultados em compreensão e expressão de testes formais de linguagem.

Enquanto outros países, como, por exemplo, os Estados Unidos apresentam no *Directory of Speech-Language Pathology Assessment Instruments, da American Speech- Language-Hearing Association*, edição 2006, uma relação com mais de 100 testes, ou seja, os profissionais da área dispõem de um amplo conjunto de testes formais disponíveis para avaliação da fala e da linguagem, no Brasil a realidade é outra (GIUSTI e BEFI-LOPES, 2008). Esse dado é totalmente oposto aos sete instrumentos citados no estudo de Lindau et al. (2015) na realidade brasileira.

No Brasil na área de linguagem infantil, considerando a faixa etária mais próxima a investigada por esta tese, até o momento, temos comercialmente disponível apenas o Protocolo de Observação Comportamental (PROC) (ZORZI e HAGE, 2004) indicado para crianças de 12 a 48 meses para avaliação da linguagem e dos aspectos cognitivos infantis.

O PROC foi elaborado em 2004 com o objetivo de sistematizar a avaliação de crianças pequenas quanto ao desenvolvimento das habilidades comunicativas e cognitivas através de observação comportamental e tem como base teórica os pressupostos piagetianos e a experiência clínica dos autores. Por avaliar a faixa etária de crianças a partir do primeiro ano de vida, traz como principal interesse o de ser um instrumento útil na detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem, mesmo antes do aparecimento formal da oralidade. A construção do protocolo foi motivada justamente pelo fato de muitas crianças chegarem aos consultórios fonoaudiológicos tardiamente, após os 48 meses, com queixa de atraso no desenvolvimento da linguagem e, com frequência, também no desenvolvimento da ação simbólica (ZORZI, 2000).

O PROC foi organizado para propor uma situação delineada na qual se possa observar por 30 a 40 minutos e registrar em vídeo a interação de crianças de 12 a 48 meses com o examinador, utilizando brinquedos pré-selecionados. O procedimento, segundo os autores, permite compreender a evolução típica do desenvolvimento da linguagem, do simbolismo e a relação entre tais aspectos do desenvolvimento, mas principalmente, possibilita configurar os níveis evolutivos e modos de funcionamento cognitivo e comunicativo apresentados por crianças com queixas de atrasos ou distúrbios no desenvolvimento (ZORZI e HAGE, 2004).

Um dos desafios citados pelos autores na proposição do protocolo é o de estabelecer quais aspectos devem ser considerados, de modo que eles possam caracterizar de forma segura e fidedigna o desenvolvimento exibido pela criança. Desta forma, o PROC procurou alicerçar-se nos estudos da psicolinguística e da epistemologia genética para a construção de seus itens de análise (HAGE, PEREIRA e ZORZI, 2012).

Nesse sentido, desde a sua criação o PROC vem sendo utilizado na metodologia de diversos trabalhos de investigação científica e também na clínica fonoaudiológica com o intuito de uma maior consolidação tanto nas avaliações como nos diagnósticos fonoaudiológicos (COELHO; IEMMA; LOPES-HERRERA, 2008).

Como uma forma de amenizar o problema da escassez de instrumentos alguns pesquisadores estão se comprometendo em traduzir instrumentos já disponíveis em outras línguas ao invés de criar novos instrumentos. Além de minimizar esta carência, tal procedimento pode contribuir para outro aspecto que também possui grande relevância científica, que se refere à realização de estudos

transculturais, que podem trazer maiores esclarecimentos e compreensão acerca dos quadros de distúrbios da comunicação e de suas especificidades nas diferentes línguas (GIUSTINI; BEFI-LOPES, 2008).

Uma dessas escalas, bastante utilizada para detecção precoce de transtornos do desenvolvimento, incluindo alterações do desenvolvimento da linguagem, é o *Denver Developmental Screening Test* (DDST) (FRANKENBURG; DODDS, 1967). O Denver abrange a faixa etária de zero a seis anos de idade. É de fácil aplicação, econômico, já que não exige equipamento sofisticado ou especial, e pode ser usado por profissionais da área da saúde e/ou da educação. Baseia-se na observação direta do que a criança pode fazer e no relato dos pais ou cuidador. É um teste psicométrico, multifatorial, composto de quatro grandes áreas: conduta social, motricidade fina e adaptação, linguagem e motricidade grossa.

A escala foi padronizada com boa confiabilidade. É vista como um ótimo instrumento para pesquisa, sendo importante observar que a mesma tem por objetivo a *screening* (despistagem), ou seja, funciona como um indicador para ficar atento ao desenvolvimento e nunca como um diagnóstico definitivo de problemas de desenvolvimento (HAGE, 2003; WANDERLEY, WEISE, BRANT, 2008).

Considerando a realidade brasileira, dois estudos foram publicados recentemente utilizando o Denver II. No estudo de Costa et al. (2015), analisou-se o perfil de linguagem em 319 crianças do município de Belém, o que resultou em um percentual de 59,2% de crianças com suspeita de atraso. Neste estudo, também observaram uma correlação entre o risco ao desenvolvimento da linguagem e escolaridade paterna, idade materna e pobreza urbana, demonstrando que variáveis sócio demográficas devem ser analisadas em estudos de linguagem. Neste estudo o pai com menos de oito anos de escolaridade, mães com menos de 19 anos e as crianças no menor quartil de pobreza representaram risco ao desenvolvimento da linguagem. É interessante observar que este estudo difere do estudo de Crestani et al. (2012) que comparou variáveis socioeconômicas com o IRDI e apresentou como resultado a suspeita de risco ao desenvolvimento associada a mães na faixa etária de 20 a 35 anos e não as mais jovens. A análise das tabelas de Costa et al. (2015) demonstram uma comparação feita em um total de 10 mães abaixo de 19 anos, em que 9 mães tinham filhos com suspeita de atraso de linguagem. Já na faixa de 20 a 29 anos de idade materna havia 124 crianças com suspeita de atraso contra 79 sem suspeita. Portanto, pode-se considerar que a pequena amostra na primeira faixa

etária pode ter sido fator relevante na identificação do risco maior e não apenas a faixa etária em si. A amostra de crianças avaliadas correspondentes às mães com idades entre 20 e 29 anos é mais confiável numericamente. No entanto, chama a atenção que há um número muito grande de crianças com suspeita de risco o que poderá não se converter em distúrbio de linguagem no futuro.

Essa observação do elevado número de atrasos de linguagem no Denver II no estudo de Costa et al. (2015) pode estar relacionada ao fato de o teste ter sido realizado na faixa etária de 36 a 48 meses, período no qual o teste perde precisão de acordo com o estudo de Pinto et al. (2015) que, ao comparar os comportamentos propostos no Denver II na realidade de 150 crianças paulistanas na faixa etária de 24 a 60 meses, observaram que com o aumento da idade a confiança no subitem de linguagem e pessoal social diminui. As autoras afirmam que há maior adequação do teste até os 24 meses e que o item de motor grosso, seguido do de motricidade-fina-adaptativa são os dois com melhores evidências de presença de comportamentos na população investigadas. Já os de linguagem e pessoal social são os de pior desempenho nesta ordem.

Outra escala bastante difundida na literatura, especialmente utilizada pela pediatria nas Américas é a de Gesell e Amatruda (1990). Esta escala também abrange a faixa etária de zero a seis anos e pode ser aplicada pelos diversos profissionais da área da saúde, incluindo o fonoaudiólogo. Gesell é uma escala completa e extensa que visa principalmente o diagnóstico de problemas do desenvolvimento e da maturação por meio de análise do comportamento da criança. As áreas avaliadas são: comportamento adaptativo (ajustes viso-motores para solução de problemas); comportamento pessoal-social (reações pessoais à cultura social); comportamento motor grosseiro (postura, equilíbrio, marcha); comportamento motor delicado (preensão e manipulação dos objetos) e comportamento de linguagem (GESELL, AMATRUDA, 1990; HAGE, 2003; WANDERLEY, WEISE, BRANT, 2008).

Segundo os autores da escala, comportamento é um termo conveniente para todas as reações da criança, sejam elas reflexas, voluntárias, espontâneas ou aprendidas. Nesse sentido, eles veem o desenvolvimento como um processo de padronização do comportamento, ou seja, uma resposta definida do sistema neuromotor a uma condição específica. Portanto, para os autores, o desenvolvimento é passível de diagnóstico porque a construção do sistema de ação

do bebê e da criança é um processo ordenado, que passa por etapas sucessivas de aquisições nas suas distintas áreas. Para Gesell, o comportamento normal assume padrões característicos à medida que se desenvolve e, o diagnóstico do desenvolvimento, deste modo, consiste na observação descritiva dos padrões comportamentais expressos em termos de idade, sendo os desvios da normalidade descritos como atrasos maturacionais (GESELL, AMATRUDA, 1990; HAGE, 2003; WANDERLEY, WEISE, BRANT, 2008).

Em análise da escala de Gesell, Gardner (1964) destacou que, em função da escala ser baseada nos resultados da média das crianças para cada idade, a mesma acaba fornecendo poucas pistas sobre o que seria certo ou errado, saudável ou deficiente em cada comportamento, não permitindo uma avaliação mais qualitativa, com indicações sobre como intervir com determinada criança.

Outros autores ainda criticam a escala pela forma de sua construção, ao afirmar que tal escala é menos padronizada e mais subjetiva do que outros testes psicológicos; por nunca ser referida pelos autores qualquer análise estatística de sua precisão e validade; alguns itens da escala parecerem alocados arbitrariamente; a pesquisa teria sido realizada com uma amostra de tamanho restrito (107 crianças), selecionadas de uma população homogênea de meninos e meninas brancos, de classe média (BROOKS, WEINRAUB, 1977).

Ainda marcando o que a literatura oferece em termos de escalas com a preocupação em analisar o desenvolvimento infantil destaca-se no meio científico a escala Bayley (BSID-II) como um instrumento avaliativo de aspectos como cognição, motricidade e linguagem. A Bayley é um exame individual, produzido através de testes padronizados que permitem concluir a respeito do desenvolvimento funcional de latentes e crianças, de um a 42 meses, e consiste de três escalas. A escala mental fornece o índice de desenvolvimento mental (MDI) que avalia funções cognitivas, tais como linguagem e aquisição do pensamento abstrato, memória, resolução de problemas, habilidades sociais, entre outros. A escala psicomotora fornece o índice de desenvolvimento psicomotor (PDI), que avalia atividades motoras grossas, tais como, a coordenação, o equilíbrio e o andar e coordenação motora fina. A escala comportamental avalia a interação com as pessoas, objetos, atitudes e interesses (GOLDBERG, VAN, 2002; BONVICINE et al., 2004; EICKMANN et al., 2012; FERNANDES et al., 2012; MACGOWAN et al., 2012; SERENIUS et al., 2013).

A escala Bayley exige um longo período de aplicação com a utilização de diversos materiais (brinquedos, pranchas, livros, etc.) e demanda um complexo treinamento por parte do aplicador, pouco disponibilizado no Brasil, que inclusive conta com um número restrito de pesquisadores habilitados a utilizá-la. Por esse motivo, nesta pesquisa não houve condições operacionais de utilizá-la. Optou-se pelo teste de triagem Denver II, cuja formação esteve disponível aos pesquisadores antes do início da coleta, embora fosse de conhecimento do grupo de pesquisa que a escala Bayley tem obtido resultados mais confiáveis nos estudos internacionais.

Segundo Wanderley, Weise e Brant (2008) a avaliação do desenvolvimento infantil realizada por escalas de desenvolvimento, em sua maior parte descritivas, classificatórias e métricas, apesar de fornecer referenciais normativos do desenvolvimento, excluem variáveis articuladas com a constituição da subjetividade. Tais instrumentos avaliam comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si e não analisam a relação do adulto no processo de avaliação. O que as autoras parecem ressaltar é que não há uma visão de processo, mas um olhar que foca o produto, ou seja, a pura emergência de habilidades.

Considerando os pressupostos teóricos de desenvolvimento e aquisição da linguagem assumida pela presente pesquisa, tais testes não enfocam o conjunto dos aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento fundamentais à emergência da linguagem, pois não analisam o diálogo adulto-criança, mas tão somente as habilidades da criança. Isso dificulta a formulação de uma hipótese de funcionamento do bebê-família para se pensar a intervenção.

Diante dessa realidade, na clínica de linguagem é evidente a utilização de outros meios na tentativa de avaliar crianças. Uma delas é a observação comportamental como um procedimento em que se analisa o comportamento geral da criança, incluindo os comunicativos, em contextos naturais e não estruturados. Em geral, com esse método procura-se observar pelo que a criança se interessa, para onde olha, presta atenção à fala ou atividade do outro, o que pega, como manipula os objetos.

A observação comportamental pode fazer parte de qualquer processo de avaliação, independente de se estar diante de uma criança, de se ter oralidade, ou mesmo, de se estar avaliando linguagem. É o procedimento que melhor detecta as funções comunicativas da linguagem, sendo extremamente útil para entender a natureza complexa dos processos de aquisição de linguagem (PÉREZ, 1995).

Também é o procedimento que possibilita a avaliação de linguagem enquanto atividade, enquanto ação sobre o outro, independente de haver ou não oralidade (HAGE, 1996). Na avaliação por meio da observação comportamental não é possível padronizar “o que é solicitado versus o que é esperado”. Na verdade, quanto mais natural e contextualizada for a interação, mais confiáveis serão os dados obtidos (HAGE, 2003).

Segundo essa mesma autora, é importante ressaltar que apesar de ser a criança o objetivo da observação, o foco de análise na avaliação não deve limitar-se aos comportamentos da mesma, mas abranger a interação da qual emergiram. Assim, no que tange à linguagem, dentro de uma dimensão mais ampla, o foco de análise abrange as trocas comunicativas entre a criança e o avaliador. A forma como o avaliador age, reage nas interações é importante para o entendimento das ações comunicativas da criança (HAGE, 2003).

Contudo, mesmo sendo esse método presença constante na clínica, no meio científico, dentre inúmeros artigos, ainda são poucos os estudos que utilizam a interação no brincar, livre ou semi-estruturado para a análise. Pode-se aqui salientar um artigo que aborda o desenvolvimento a partir da análise da interação (LOWE et al., 2013). Neste artigo os autores analisaram o comportamento parental descrito por *scaffolding*, que em português a tradução literal seria andaime, ou seja, a sustentação da criança na interação. O método inclui a análise de 5 minutos de filmagens dos pais em sessão de brinquedo livre *standard*, interagindo com seus filhos, nascidos a termo e pré-termo. Os autores compararam os tipos de interação com variáveis sociodemográficas, neonatais e cognição. Observaram que as mães de crianças nascidas a termo utilizaram estratégias mais complexas de sustentação interativa do que as mães de bebês prematuros. Também as mães de maior escolaridade dos bebês prematuros utilizaram estratégias mais complexas de interação, sobretudo, no caso de bebês que estiveram muito doentes após o nascimento. Houve, portanto, um maior investimento das mães com maior escolaridade e daquelas, cujos bebês, passaram por maior risco biológico. Em geral, os resultados demonstraram diferenças entre bebês prematuros e a termo.

Embora o artigo citado esteja em uma visão epistemológica distinta da enunciativa assumida por este trabalho, permite que se reflita sobre a importância de se analisar o diálogo, visto que se encontraram diferenças na sustentação linguística

das mães de prematuros e não prematuros, o que pode explicar as distinções linguísticas desses grupos não apenas com base nas diferenças orgânicas dos bebês, já que a cognição, verbal ou não, é fruto da interação complexa entre ambiente e condições orgânicas. Dessa observação fica evidente a necessidade de estabelecer instrumentos de avaliação que abarquem a interface entre funções e habilidades de acordo com um lugar a partir do qual a criança dá sentido ao mundo, e não apenas verificar comportamentos resultantes de habilidades geneticamente programadas (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008).

Nesse sentido, mostra-se crucial o desenvolvimento de índices de risco abordando questões relacionadas ao desenvolvimento infantil, riscos da criança, à experiência materna, quanto à depressão materna, entre outros. Para dar conta de tal complexidade a perspectiva precisa ser multidimensional, e abranger desde a situação individual parental (materna e paterna) às questões da relação com o filho (LAZNIK, 1997; KUPFER e VOTOLINI, 2005; VITOLO et al., 2007; BELTRAMI, 2011; CARLESSO et al., 2011). Essa foi a perspectiva do trabalho de Kupfer (2008) que inspira esta tese. Cabe ressaltar que tal perspectiva apresentou-se relacionada estatisticamente com medidas bem tradicionais de linguagem como a produção de fala em número de palavras, tomada como índice no trabalho de Crestani (2012). No entanto, sabe-se que é uma medida estática e nada elucidativa do ponto de vista do funcionamento de linguagem. Por isso, a necessidade de criar índices mais específicos à aquisição da linguagem e que abranjam não só as produções infantis, mas o lugar de fala designado ao bebê, o que talvez possa detectar as contribuições ambientais na origem de distúrbios de linguagem.

Rescorla (2000) ressaltava, nesse sentido, a importância de se detectar precocemente problemas de linguagem em ausência de comprometimento orgânico, o que é muito relevante do ponto de vista epidemiológico, já que o desvio fonológico evolutivo, por exemplo, possui uma prevalência de 15% em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (CHIARI, GOULART, 2007).

2.4 O PARADIGMA INDICIÁRIO NA CRIAÇÃO DE INSTRUMENTO DE DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO E RISCO À AQUISIÇÃO A LINGUAGEM

Em seu estudo *Da subjetividade na linguagem*, Benveniste (1991, p.285) questiona e critica a noção de linguagem em sua dimensão apenas instrumental dizendo que *“Falar de instrumento, é pôr em oposição o homem e a natureza”*, mostrando que não se pode mais conceber a linguagem e o indivíduo dessa forma porque *“não atingimos nunca o homem separado da linguagem e não o vemos nunca inventando-a”*. O que o autor propõe então é uma ideia de linguagem que dê ao indivíduo o status de sujeito e assim deve ser porque *“é um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem”*.

Dessa forma, a linguagem será o lugar no qual o indivíduo se constitui como falante e como sujeito. Essa noção está desenvolvida na teoria da enunciação postulada por Benveniste, a qual direciona os estudos sobre a linguagem para uma nova situação.

A partir dessa visão, pode-se pensar na teoria que permeia a presente pesquisa na reflexão de que é necessário restituir ao homem sua condição de sujeito, como ser histórico; compreendendo a sua singularidade e, também, o vínculo que estabelece com o meio social no qual está inserido, para, nesse sentido, vislumbrar que a ciência não pode eliminar o lugar constitutivo da linguagem.

Essa concepção permite compreender que a linguagem não é um objeto que se explique sem ser implicada na interação, de um ponto de vista histórico e social que deriva em um conjunto de recursos próprios das línguas naturais, os quais se organizam em função de critérios de uso.

Pensando na concepção de linguagem proposta por Benveniste o que se pode assumir é que a aquisição da linguagem não pode ser entendida como a emergência de um sistema linguístico predeterminado ou de um modelo que se reproduz. Para Massi (2004), antes disso, constitui um processo conjunto de construção de objetos linguísticos envolvendo o jogo dialógico, a utilização do interlocutor, e a construção conjunta da significação. Essa perspectiva possibilita interpretar “erros” e “faltas”, não como manifestações de uma doença, mas como

fatos integrantes do próprio processo de construção de linguagem singular do sujeito e sua história.

Desta forma, a criança que está se apropriando da linguagem, no sentido benvenisteano, não é um mero organismo abstrato, ela é afetada pelos sentidos veiculados em diferentes espaços sociais, inclusive quando avaliam suas produções e significam suas supostas falhas como dificuldades ou distúrbios (MASSI, 2004). Diante de uma criança em seus primeiros anos de vida, essa visão que idealiza o sujeito falante e o abstrai dos efeitos de sentido veiculados pela linguagem, em especial no diálogo com seus familiares, pode surtir um efeito iatrogênico a partir de que se toma a aquisição da linguagem como passível de mensuração por meio de escalas médias de desenvolvimento sem o cuidado de identificar tais “falhas” como indícios e acabando por aderir a um padrão de rótulo posto.

Assumindo esse ponto de vista, trabalhos clássicos em aquisição da linguagem, como o de Abaurre, Fiad e Mayrink-Sabinson (1997), já haviam apontado para o fato de que “erros”, cometidos por quem está em processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, não são “imperfeições” decorrentes da não apropriação de um modelo de língua pronto e estático, mas que os próprios “erros”, como estratégias de manipulação da linguagem, indicam o trajeto percorrido pela criança na sua história de aquisição. Nesse sentido, espera-se a compreensão de que “desvios”, “inadequações” ou “erros” apresentados por crianças, em especial nos dois primeiros anos de vida, distantes de uma concepção patologizadora, sejam vistos como preciosos *indícios*, pistas da própria efetivação da aquisição e uso da linguagem, e um caminho para se analisar como elas percorrem esse trajeto, e como se pode, por meio de uma intervenção precoce, sustentá-las melhor nesse percurso, quando há indícios de que algo não está indo bem.

Portanto, as afirmações das autoras, baseadas no paradigma indiciário de Ginzburg (1989), permite pensar que dados singulares sinalizam diferenças individuais, as quais levam à compreensão que nem todas as crianças seguem o mesmo percurso na apropriação da língua. Por isso, a adoção de um modelo de índices para verificar o risco para aquisição da linguagem no sentido de sinalizar pontos que, de uma maneira geral, surgem no decorrer desse percurso.

Definindo melhor o método pensado para o presente estudo, é essencial aprimorar o conceito de paradigma indiciário. A elaboração sobre o paradigma indiciário desdobra-se por meio de argumentos que apontam a importância dos

pormenores considerados negligenciáveis no estudo dos fenômenos (GINZBURG, 1989).

Em outras palavras, os estudos que buscam estabelecer esta visão são delineados pela importância do olhar para as minúcias (GENTIL, 1997), da postura investigativa indiciária (PADILHA, 1997) ou do valor atribuído ao singular (LACERDA, 1995). Uma investigação no campo da psiquiatria infantil destaca esses vários aspectos promissores e atribui um valor mais amplo ao paradigma indiciário, sugerindo que ele permite ajudar a superar as limitações do modelo de racionalidade moderna, predominante na medicina (WERNER, 1997).

A valorização do singular, já referida, é o aspecto central do paradigma, tendo em vista que as formas de saber assumidas implicam uma atitude orientada para casos individuais, que devem ser reconstruídos, compreendidos por meio de **sinais, signos, pistas, indícios ou sintomas**. Mas decifrar e ler pistas permite estabelecer elos coerentes entre eventos e, por isso, o componente narrativo faz parte das interpretações indiciárias. Apesar de privilegiar o singular, não se abandona a ideia de totalidade, pois esse modelo epistemológico busca a interconexão de fenômenos, e não o indício no seu significado como conhecimento isolado. A realidade é complexa e opaca, mas “existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la” (GINZBURG, 1989, p. 177), que permitem buscar interconexões e efetuar tentativas de compreensão da totalidade.

Aposta-se nesse tipo de instrumento, pois se sabe que o uso de indicadores clínicos nas pesquisas da área da saúde já está consagrado (BRUNELLE e SAUCIER, 1999; ALMEIDA FILHO, 1989) e vem sendo evidenciado na orientação psicanalítica (KUPFER, 2008) que é um campo reconhecido por valorizar a singularidade do sujeito.

A clínica da linguagem infantil lida com muitas variáveis dinâmicas, cuja articulação permite, mesmo que não faça previsões exatas, ao menos, destacar tendências.

A metodologia utilizada para o estabelecimento do IAL contou com uma pesquisa na literatura em relação ao desenvolvimento e aquisição da linguagem infantil, com a experiência de pesquisa no campo dos indicadores de risco, e a consulta a *experts*, a exemplo do que já é vislumbrado em pesquisas da área da saúde (BRUNELLE e SAUCIER, 1999; KUPFER, 2008). Coube aos pesquisadores, diante desse processo recolher, dentre as observações significativas, aqueles

índices rotineiramente utilizados no cotidiano da clínica com bebês e crianças e que apresentam, por sua ocorrência frequente e pela casuística com que aparecem, uma plausibilidade, relativa simplicidade de leitura e operacionalidade clínica. Construiu-se assim um conjunto de índices cuja ausência poderá apontar para a existência de que algo não vai bem no desenrolar do desenvolvimento da criança.

Entretanto, é preciso alertar novamente ao propor tal metodologia de que, assim como o pressuposto psicanalítico afirma que aquilo que faz marca para um sujeito pode não fazer para outro, ou seja, a ausência de um indicador em um bebê não significaria necessariamente determinada evolução psicopatológica ulterior (KUPFER e VOLTOLINI, 2008), para a linguagem vale o mesmo raciocínio. Isto quer dizer que a lógica dos índices não opera segundo um modelo de causa e efeito, ou seja, uma criança ou familiar não apresentar determinado mecanismo ou estratégia enunciativa, não pode ser pensado como causa, cujo efeito seria o distúrbio de linguagem, mas sim que aquela criança-familiar estão fazendo um percurso diferente da maioria, que precisa ser observado.

Outro aspecto importante a ser apontado trata-se do esforço de articular a Fonoaudiologia com a Saúde Pública. Por isso, o que está sendo elaborado nos índices carrega uma tendência geral, que pode ser desenhada, e ter caráter preditivo, mas não diagnóstico. Quando uma mãe não atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, não se sabe qual marca isso lhe fará, mas é possível pensar que, tendencialmente, o diálogo mãe-bebê está correndo o risco de interromper-se. Podemos então fazer um cálculo futuro, sem que isso signifique um diagnóstico ou profecia negativa. Já se sabe, no entanto, que isso é fundamental para o processo de aquisição em uma perspectiva enunciativa, trata-se de confirmar ou não tal tendência em um grupo maior de crianças.

Do mesmo modo, sabe-se que a pouca variabilidade articulatória no balbucio pode ser um indício de que o bebê poderá ter problemas na realização vocal do signo, mas não necessariamente todos os bebês que apresentarem tais limitações entre 6 e 9 meses, por exemplo, terão uma dispraxia verbal (FORREST, 2003).

No entanto, os estudos do balbucio e sua continuidade com a fala (LOCKE, 1997) indicam que há certa continuidade, e este pode ser um índice importante para olhar as condições do bebê para ocupar seu lugar de fala. Esta pesquisa pretende investigar esta tendência.

A adoção da ideia de construir índices de investigação possibilita analisar essas marcas e peculiaridades como pistas, indícios, detalhes a nos revelar as estratégias usadas pelos bebês durante o processo de apropriação da língua e abre espaço para um rigor necessariamente flexível capaz de adaptar-se a cada caso observado em sua singularidade, cujo entendimento e explicação estão atrelados à análise particular do avaliador bem como, à sua capacidade de formular, a partir de tal análise, hipóteses explicativas para aspectos da realidade que aquela criança vivencia.

Nessa articulação, quando se constroem índices, encontra-se na posição mais geral, valendo-se do conhecimento da estatística para afirmar que algo pode acontecer com aquele sujeito porque já aconteceu, em um nível significativo com muitos outros, e assim o fonoaudiólogo, que está na atenção básica, por exemplo, pode levar essa tendência em conta.

Sabe-se do risco de que profissionais com formação teórica diferente da aqui proposta tomarem esses índices na forma clássica de um protocolo, sem articulação com um olhar sobre o sujeito, mas esta pesquisa quer correr este risco, tendo em vista os benefícios que os índices podem trazer aos que deles se servirem com cuidado e bom suporte teórico.

Muitos bebês poderão ser cuidados, em conjunto com suas famílias, evitando inclusive que seus irmãos mais novos possam passar pelas mesmas dificuldades. Esse fato é digno de menção, pois na pesquisa de 2010, em Santa Maria, analisou-se o caso de uma mãe e bebê em situação de risco, cujo desfecho foi risco à aquisição da linguagem do menino, superado por algumas intervenções e com a entrada na escola infantil. No entanto, a dificuldade de a mãe aderir ao tratamento como era necessário fez com que hoje o irmão mais novo do menino esteja em tratamento no grupo de extensão ligado a esta pesquisa. Tanto um quanto outro bebê não apresentou evidências de alterações orgânicas que justificassem suas dificuldades na aquisição da linguagem. Portanto, neste caso, houve uma tendência que parece ter uma relação mais evidente com os comportamentos maternos relacionados a um estado depressivo prolongado e não com tendências biológicas dos meninos. Esse caso pode ser tomado apenas como um exemplo entre outros presenciados na clínica-escola em Fonoaudiologia da UFSM, cuja casuística permite afirmar a coincidência de casos na mesma família, seja por questões ambientais, seja por predisposição genética.

De um modo geral, pode-se afirmar que a detecção precoce poderá ser um modo de aproveitar a plasticidade cerebral e a possibilidade de mudar os rumos de relações entre o bebê e a família que possam criar sofrimento e agravos à saúde.

Considerando o paradigma indiciário referido nesta seção, não foram encontrados estudos com análise de dados referenciados a aquisição da linguagem ou aos distúrbios de linguagem oral em crianças, anteriores ao início desta tese na literatura nacional e internacional, exceto o estudo de cunho teórico de Palladino (2007). No entanto, o estudo de Verly e Freire (2015) inaugura esse tipo de abordagem, formulando indicadores clínicos obtidos a partir da entrevista com pais de sujeitos com distúrbios de linguagem, na faixa etária de 2 a 6 anos, acessada em prontuários clínicos em unidades básicas de saúde. Este estudo fez abordagem semelhante ao estudo de Kupfer e Voltolini (2005) ao propor eixos de análise na constituição do sujeito falante a partir da análise de 88 casos. As autoras propuseram quatro eixos a partir da análise das queixas referidas em entrevistas pelos pais de sujeitos com distúrbios de linguagem no tratamento fonoaudiológico:

- A suposição de sujeito falante que se relaciona a antecipação da criança como um falante pelo discurso do outro;

- O reconhecimento do sujeito falante que relacionam ao reconhecimento pelo adulto de estruturas sonoras e gestos não verbais produzidas pela criança como linguagem; reconhecimento do significante que significa atribuir status de signo a seqüências de significantes ainda incompletas e inseri-las numa rede significante, como quando se identifica a partir de um 'bo' da criança o desejo de jogar bola, por exemplo;

- A responsividade do falante aos dizeres do outro que implica em a criança responder à demanda do adulto para que ocupe um lugar de fala.

A partir desses eixos, as autoras encontraram doze indicadores, seis mais relacionados à posição do adulto frente à criança e seis à posição da criança. Os indicadores que observam comportamentos do adulto foram: 1- Os pais conversam com o bebê porque supõem que ele entenda; 2- Os pais interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança; 3- Os pais recebem a fala da criança como direcionada a eles; 4- Os pais colocam os segmentos de fala criança em um contexto de língua valorizando a fala da criança; 5- Os pais não reprimem a criança por não compreendê-la; 6- A criança é ouvida e suas questões são respondidas pelos pais.

Os seis indicadores mais relacionados aos comportamentos infantis foram: 7- A criança responde a perguntas; 8- A fala da criança não está alienada à fala do outro; 9- A criança reage (sorri, olha, vocaliza) quando alguém fala com ela; 10- A criança responde a chamados; 11- A criança mostra interesse em falar com o outro; 12- A criança sustenta um diálogo (VERLY; FREIRE, 2015, p. 770).

Pode-se perceber nos indicadores citados, embora não validados estatisticamente, e sem menção explícita da teoria de linguagem que os embasa no artigo, que se afinam epistemologicamente com alguns dos princípios enunciativos descritos na primeira seção desta revisão teórica, pois se destacam aspectos como a adoção de uma perspectiva intersubjetiva já que pais e criança são valorizados na análise; a valorização da relação entre forma e sentido efetivada no processo de interpretação por homologia (KRUEL, 2015) identificável no indicador 2 e até a transversalidade de níveis quando observam a inserção dos segmentos de fala da criança em contextos linguísticos como importante no estabelecimento do sistema linguístico manifesto no indicador 4. Por fim, não menos importante, a valorização do diálogo na análise da linguagem, manifesta no indicador 12.

Portanto, apesar do acesso a este estudo ter sido posterior a concepção e execução desta pesquisa, é interessante observar a afinidade epistemológica entre o trabalho de Verly e Freire (2015) e esta tese, embora seus percursos metodológicos tenham sido distintos como se verá no próximo capítulo.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de elaboração de construto e validação de conteúdo e construção que teve seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento composto por índices (POLIT e HUNGLER, 1995).

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atendeu todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

O projeto foi encaminhado para registro no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, para apreciação e autorização da Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria - RS, bem como para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP), sendo aprovado sob a CAAE 28586914.0.0000.5346.

Sobre a participação dos juízes nos processos de elaboração e validação do conteúdo do instrumento proposto, os profissionais receberam, por meio do endereço eletrônico, a carta explicativa ao juiz (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) contendo os detalhes e esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta e de divulgação dos dados. Cientes dos possíveis benefícios e desconfortos da pesquisa assinaram o termo já citado e enviaram, via endereço eletrônico, à pesquisadora.

A coleta de dados dos sujeitos avaliados (díades mãe-bebê) foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria e na Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal da cidade de Santa Maria – RS mediante consentimento institucional por parte dos responsáveis pelo hospital e pela unidade de referência.

Após a aprovação institucional, as mães das crianças foram contatadas e convidadas para uma entrevista inicial, realizada no hospital ou na unidade de referência, onde receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta e de divulgação dos dados. Todos os pais ou responsáveis

que aceitaram participar do estudo mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) o assinaram.

3.3 AMOSTRA

3.3.1 Amostra – Juízes

Para efetivação dessa pesquisa contou-se com a participação de juízes em determinadas etapas.

Na elaboração do construto e validação de conteúdo - clareza/pertinência participaram seis *experts* (Doutores) peritos na área do construto dos instrumentos.

Na etapa de validação de conteúdo – fidedignidade contou-se com o auxílio de dois juízes-avaliadores para aplicação dos instrumentos em vídeos de díades mãe-bebê.

3.3.2 Amostra – Díades mãe-bebê

O tamanho da amostra deste estudo foi determinado com o objetivo de gerar soluções fatoriais estáveis na análise multivariada. Para tanto, foi utilizado o critério usualmente referido como "razão itens/sujeito". De acordo com este critério, para que se possa realizar uma análise fatorial confiável, é importante que a amostra seja de pelo menos cinco vezes o número de itens do protocolo a ser avaliado (PASQUALI, 1999).

Seguindo o critério, citado anteriormente, e observando que foram construídos dois instrumentos, um para analisar a faixa etária de 2 a 6 meses possuindo 8 itens e outro para analisar a faixa etária de 7 a 12 meses contendo 4 itens, tem-se:

Para o instrumento Fase 1 (2 a 6 meses): 94 díades mãe-bebê;

Para o instrumento Fase 2 (7 a 12 meses): 61 díades mãe-bebê.

Ficou assim, portanto delimitado o tamanho total da amostra sendo que, em determinadas etapas se usará outro número conforme o ajuste definido em cada estudo.

Cabe ressaltar que o projeto que originou esta tese previa a construção de mais dois instrumentos para o segundo ano de vida, que serão objeto da

continuidade da pesquisa do grupo. Tendo em vista as demandas que emergiram a partir do teste piloto observou-se que os índices do segundo ano de vida deverão sofrer várias reformulações, portanto não foram abordados na tese.

3.3.3 Critérios de inclusão da amostra díades mãe-bebê

Como critério para a inclusão do sujeito a mãe deveria aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O bebê deveria ter idade compatível com a faixa etária testada e ter nascido a termo.

Em relação às questões auditivas e visuais, se verificou que os bebês haviam passado pela triagem auditiva neonatal e pelo teste do olhinho, após o nascimento. Caso contrário, a criança foi encaminhada para o processo de avaliação no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Após a avaliação o mesmo retornou aos procedimentos da pesquisa.

3.3.4 Critérios de exclusão da amostra díades mãe-bebê

Foram excluídas da amostra as crianças com sinais evidentes de comprometimento neurológico, malformações e síndromes que atinjam a comunicação. Crianças prematuras e com deficiência auditiva ou visual devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento e bebês cujas mães apresentassem suspeita de estrutura psíquica muito comprometida como, por exemplo, psicose. No caso de dúvida em relação à situação psíquica da mãe, esta foi encaminhada para avaliação com profissionais psicólogos do grupo de pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1 Coleta de dados da díade mãe-bebê – Entrevista inicial

Após o esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma entrevista com as mães no intuito de investigar a história obstétrica, os dados sociodemográficos, bem como a existência de planejamento para a gestação, como foi recebida a notícia da gravidez, apoio familiar e social, número de filhos, número

de abortos, grau de escolaridade, idade, estado civil, profissão/função ocupacional, realização ou não de pré-natal, número de pessoas que moram na mesma casa, amamentação, entre outros, além dos sentimentos sobre a experiência da maternidade (SCHWENGBER e PICCININI, 2001) (APÊNDICE D).

Caso a criança já estivesse na idade estipulada para a aplicação do IAL a mãe era convidada a realizar o procedimento de avaliação. Quando ainda não havia completado a idade determinada marcava-se com a mãe um retorno.

3.4.2 Coleta de dados da díade mãe-bebê – Procedimentos e materiais de avaliação

Durante a entrevista inicial, que durava em média 15 minutos, caso a criança estivesse na idade adequada e se privilegiasse uma possível observação da interação mãe-bebê, os itens, atendendo a faixa etária da criança, eram aplicados. Além disso, se aproveitou a ocasião para a aplicação dos protocolos Denver II (FRANKENBURG e DODDS, 1967) e IRDI (KUPFER, 2008), conforme metodologia de avaliação dos autores dos mesmos.

Tendo em vista a dinâmica e facilitação da relação mãe-bebê, e também a possibilidade de se observar a mãe com seu filho sem a presença de terceiros foi organizada uma situação de interação filmada, procurando fazê-la à distância, de modo a interferir o mínimo possível na relação da díade.

A mãe, nesse momento, era convidada a cantar, conversar e brincar com seu filho com brinquedo em miniatura levado pelo examinador com figuras temáticas de animais ligadas ao vocabulário inicial infantil. O examinador propunha à mãe que agisse com seu filho como costumava fazer em casa.

A filmagem da díade durava em torno de 20 minutos, sendo cronometradas as solicitações do examinador a cada 3 minutos, ou seja, a examinadora solicitava que a mãe cantasse e saía da sala por 3 minutos corridos. Passado o tempo retornava convidando a mãe para conversar com o bebê e assim sucessivamente.

Desta forma, caso não fosse possível a pesquisadora atribuir o valor de presente ou ausente, para cada um dos índices propostos, de acordo com a idade da criança, ou surgisse alguma dúvida, recorria-se a filmagem.

Cabe explicitar que as salas utilizadas contavam com um ambiente silencioso com duas câmeras sustentadas por tripés em disposições estabelecidas; um tapete

de EVA, um bebê-conforto para posicionar a criança aos 3 e 6 meses, e a mãe de forma confortável, e um espelho para visualizar na filmagem tanto a criança quanto o rosto da mãe. Após 9 e 12 meses, os bebês poderiam ficar sentados no tatame, se conseguissem sustentar o tronco e também deslocar-se pelo tapete.

É importante salientar que se trata de uma pesquisa longitudinal e praticamente todos os sujeitos iniciaram a participação no primeiro mês de vida do bebê. Tem-se por interesse o segmento, pelo menos até os dois anos de idade das crianças pela equipe de pesquisa, o que permitirá avaliar o desfecho de linguagem ao dois anos, período em que se espera, por uma questão lógica, que ao menos os dois primeiros mecanismos enunciativos descritos por Silva (2009) estejam presentes no diálogo adulto-criança.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica do tipo Excel e, posteriormente foram convertidos para os aplicativos computacionais STATISTICA 9.1 e PASW 17.0 de acordo com a análise necessária.

Cada metodologia e análise foram explicadas dentro do seu estudo conforme o processo de validação dos instrumentos e demais apreciações.

4 ESTUDOS

4.1 ESTUDO 1 - ELABORAÇÃO DO CONSTRUTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

4.1.1 Juízes – Elaboração do construto

Os juízes foram contatados via endereço eletrônico como explanado na metodologia (item 3.2). Esta etapa do estudo contou com a participação de seis *experts* (Doutores) (PASQUALI, 1999) peritos na área do construto, ou seja, linguistas com formação em aquisição e desenvolvimento da linguagem na teoria enunciativa, e fonoaudiólogos com a mesma formação e experiência clínica em distúrbios de linguagem na infância.

4.1.2 Elaboração do construto – Versão preliminar – Procedimentos e Resultados

A literatura (POLIT e HUNGLER, 1995) aponta que o processo de elaboração do construto inicia-se com a formulação de definições detalhadas dos itens, derivados da teoria ou literatura, de pesquisa anterior ou da observação sistemática e análise de um comportamento.

Portanto, a construção dos itens do instrumento foi baseada na revisão de estudos existentes na literatura sobre os aspectos teóricos e metodológicos da teoria enunciativa de aquisição e desenvolvimento da linguagem (SILVA, 2007), além da análise dos estudos anteriores realizados pelo grupo de pesquisa do presente estudo (BELTRAMI et al., 2010; CARLESSO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011, CRESTANI, 2012).

Além da busca de subsídios na literatura e pesquisas, a elaboração dos itens contou com a experiência de 20 anos de clínica em distúrbios de linguagem da orientadora da pesquisa, a qual, durante seu percurso, averiguou índices observáveis no cotidiano clínico para analisar o curso evolutivo do desenvolvimento e da estruturação enunciativa das crianças (ou das díades). Por conseguinte, a pesquisadora e a orientadora, do presente estudo, elaboraram a versão preliminar do IAL.

Os itens dos instrumentos propuseram de maneira simples e objetiva fenômenos enunciativos que poderiam ser observados na interação mãe-filho desde os seus primórdios. Cabe destacar que foram organizadas questões diferenciadas de acordo com a faixa etária a ser analisada, que resultaram em dois instrumentos, sendo um para cada faixa de idade das crianças, de dois a seis meses e 29 dias e de sete a doze meses e 29 dias, respectivamente.

Os índices preliminares elaborados pelas pesquisadoras são apresentados a seguir:

Faixa de dois a seis meses

1. A mãe utiliza o manhês falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto.
2. A criança reage ao manhês.
3. A criança preenche seu turno com sons verbais como vogais e/ou outras consoantes.
4. A criança preenche seu turno com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo).
5. A criança preenche seu turno silenciosamente apenas com gestos e olhares sintonizados ao contexto.
6. A criança inicia a conversação ou Protoconversação.
7. A mãe responde ao bebê quando ele inicia a protoconversação ou conversação.

Faixa de sete a doze meses

8. A criança preenche seu turno com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos articulatórios de consoantes e dois modos).
9. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.
10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento.
11. O adulto preenche seu turno quando é o caso e aguarda a resposta da criança.
12. A criança aponta objetos estabelecendo a co-referência por mecanismos não verbais.

O processo de elaboração do construto contou ainda com a participação dos seis juízes, peritos na área do construto (PASQUALI, 1999), com o objetivo de produzir a versão experimental dos instrumentos.

Foi, portanto enviado, para os juízes, a versão preliminar dos dois instrumentos. Neste momento, foi solicitado que os mesmos verificassem se os itens mensuravam adequadamente o construto teórico que se propôs avaliar e que fizessem sugestões ou modificações nos termos e nas estruturas fraseológicas, quando necessário. Realizado este procedimento sobre a versão preliminar das pesquisadoras os juízes reenviaram as proposições para possíveis alterações dos instrumentos.

Abaixo a análise dos juízes sobre cada índice:

Faixa de três a seis meses

1. A mãe utiliza o manhês falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto.

J1. Colocar aspas na expressão “manhês”

J3. Usar termos como adulto, cuidador ou função materna – o termo mãe fica muito restritivo.

2. A criança reage ao manhês.

J2. Talvez incluir exemplos de como ela reage?

J3. Incluir: através da produção de sons, movimentos corporais, ou do olhar.

Antes de se referir aos turnos de fala (abaixo) sugiro incluir se é possível identificar a presença de turnos, o estabelecimento de um diálogo entre adulto e criança.

3. A criança preenche seu turno com sons verbais como vogais e/ou outras consoantes.

J1. A expressão “seu turno”: Como a pesquisa está ligada ao constructo enunciativo considero mais adequado colocar “ocupa seu lugar na inversibilidade interlocutória com sons verbais que se manifestam com vogais e consoantes”.

J6. Substituir “turno” por “enunciado”? Retirar expressão “outras”.

4. A criança preenche seu turno com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo).

J1. Sugestão semelhante à da questão 3: substituição do termo “turno”.

J4. Melhor especificar: contexto enunciativo.

5. A criança preenche seu turno silenciosamente apenas com gestos e olhares sintonizados ao contexto.

J1. Substituir o termo “turno”.

J3. Substituir gesto por movimentos corporais – gesto me pareceu algo muito voluntário ou definido. Incluir se o adulto preenche seu turno, quando é o caso, e se aguarda a resposta da criança

J4. Melhor especificar: contexto enunciativo.

J6. Tiraria esse “apenas”. Dá a entender que isso é pouco.

6. A criança inicia a conversação ou Protoconversação.

J2. Protoconversação com inicial minúscula.

J3. A criança inicia (ou propõe) a conversação ou Protoconversação.

7. A mãe responde ao bebê quando ele inicia a protoconversação ou conversação.

J1. Talvez aqui seja interessante outra questão: “a mãe atribui sentido às manifestações verbais e não-verbais da criança?”

J3. Sugiro incluir se o cuidador mantém o diálogo, se ele sustenta a conversação e não somente responde.

Foi sugerido ainda pelo J2 que, na faixa de 3 a 6 meses, fosse incluído algo sobre o olhar.

Faixa de sete a doze meses

8. A criança preenche seu turno com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos articulatórios de consoantes e dois modos).

J1. Substituição da expressão “turno” pelo termo já sugerido.

J4. Por que ao menos dois pontos articulatórios e dois modos?

9. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.

J4. Por que o “espontaneamente”? Não vai ser sempre de forma “espontânea” que será observada a fala da criança?

10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento.

J3. Inverter a ordem dos itens 9 e 10.

J4. Melhor especificar “espelhamento à fala do adulto”.

11. O adulto preenche seu turno quando é o caso e aguarda a resposta da criança.

J1. Modificar expressão “turno”.

J4. Sugestão de reformulação da frase para: Quando convocado a enunciar pela criança o adulto preenche o turno de fala, assim como possibilita que a criança preencha o seu turno?

J6. O adulto preenche seu turno, quando é o caso, e aguarda a resposta da criança (vírgulas).

12. A criança aponta objetos estabelecendo a co-referência por mecanismos não verbais.

J3. A criança aponta objetos (e se estabelece) a co-referência por mecanismos não verbais. Sugestão para evidenciar que o estabelecimento da co-referência depende também do interlocutor.

J5. A criança aponta objetos estabelecendo a co-referência por mecanismos não verbais. Não faria sentido levantar informações sobre o esboço da construção de co-referência através de formas verbais?

Para a faixa etária também foi sugerido pelo J3 incluir alguma questão sobre o uso da prosódia por parte da criança, como, por exemplo, se ela reproduz a prosódia da fala do adulto.

Além das sugestões específicas nos itens, os juízes ainda fizeram alguns comentários extras a cerca dos instrumentos relatados a seguir:

J3. Não sei se está nos objetivos do trabalho, mas seria interessante algo sobre como o adulto responde/reage a fala “errada” da criança.

J4. Sugiro uma alteração no título do instrumento, visto que Índices de Risco à Aquisição da Linguagem parece indicar que a criança corre o risco de não “adquirir” a linguagem. Uma sugestão é: Índices de Risco ao Desenvolvimento da Linguagem. Nesse caso sugere que o risco é o da criança ter um “atraso” no processo de aquisição. Gostaria de entender qual a referência, e justificativa, para o agrupamento de determinados índices nas faixas etárias elencadas. Explico: penso que determinados índices podem ser verificados em mais de uma faixa etária. Imagino que as faixas foram pensadas a partir de uma ideia de “desenvolvimento”, ou cronologia. Mesmo assim, parece haver uma sobreposição de itens.

4.1.3 Elaboração do construto – Versão Experimental– Procedimentos e Resultados

Averiguadas as observações e atendendo possíveis modificações diante dos pareceres dos juízes, estabeleceu-se a versão experimental compreendendo dois instrumentos com fases de avaliação para duas faixas etárias distintas, sintetizados no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 – Índices de Aquisição da Linguagem após análise dos juízes – versão experimental

| Itens 2 a 6 meses e 29 dias |
|---|
| 1. A criança reage ao <i>manhês</i> , por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar. |
| 2. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons verbais como vogais e/ou consoantes. |
| 3. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo). |
| 4. A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo. |
| 5. A criança inicia a conversação ou protoconversação. |
| 6. A criança e a mãe (ou sua substituta) trocam olhares durante a interação. |
| 7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversação ou conversação, quando o bebê a inicia. |
| 8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o <i>manhês</i> falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê. |
| Itens 7 a 12 meses e 29 dias |
| 9. A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos e dois modos articulatórios de consoantes). |
| 10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento à fala da mãe (ou substituto). |
| 11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente. |
| 12. Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança. |

4.2 ESTUDO 2 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – CLAREZA/PERTINÊNCIA

4.2.1 Análise dos Juízes – Validação de Conteúdo - Clareza/Pertinência

Os mesmos seis juízes do procedimento de elaboração do construto (4.1.1) participaram desta etapa.

4.2.2 Validação de Conteúdo – Clareza/Pertinência - Procedimentos e Resultados

Organizada a versão experimental realizou-se a validação de conteúdo onde os juízes julgaram o critério de clareza e de pertinência dos instrumentos a partir da análise semântica que objetivou verificar se os mesmos podem ser compreendidos e se apresentam validade aparente.

O procedimento foi realizado a partir da escala de *Likert* de cinco pontos, para investigar a Pertinência e a Clareza de cada item incluído no IAL, possibilitando a análise individual de conteúdo, pelos juízes.

A escala de *Likert* teve como objetivo investigar a consistência no julgamento das opiniões dos juízes quanto aos aspectos relativos aos itens do instrumento, partindo de 1 - não concordo totalmente; 2 - não concordo parcialmente; 3 - indiferente; 4 - concordo parcialmente; e 5 - concordo totalmente.

A partir dos resultados enviados pelos juízes foi calculado o percentual de juízes que concordaram totalmente e parcialmente com o item do instrumento. Este critério foi utilizado tanto para a clareza quanto para a pertinência do item. Percentuais de concordância inferiores ou iguais a 70% (PERROCA e GAIDZINSKI, 1998) foram avaliados quanto a sua alteração ou exclusão pelas pesquisadoras.

A seguir apresentam-se os resultados da avaliação dos juízes em relação à clareza e pertinência dos instrumentos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Resultados das avaliações dos itens pelos juízes, segundo a escala de Likert 5 pontos, quanto à **clareza** e percentual de concordância total e parcial

| Item | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | % C. Total | % C.Par + Total |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|-------------|-----------------|
| Faixa de 2 a 6 meses | | | | | | | | |
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 3 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 83,3 | 83,3 |
| 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 83,3 | 83,3 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 66,7 | 100,0 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 83,3 | 100,0 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 83,3 | 100,0 |
| Faixa de 7 a 12 meses | | | | | | | | |
| 9 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 83,3 | 83,3 |
| 10 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 66,7 | 100,0 |
| 11 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 33,3 | 100,0 |
| 12 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 50,0 | 66,7 |

J=Juiz; % C. Total = percentual de concordância na escala de Likert em concordo totalmente; % C.Par + Total = percentual de concordância na escala de Likert em concordo parcialmente ou concordo totalmente.

Tabela 2 – Resultados das avaliações dos itens pelos juízes, segundo a escala de Likert de 5 pontos, quanto à **pertinência** e percentual de concordância total e parcial

| Item | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | % C. Total | % C.Par + Total |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|-------------|-----------------|
| Faixa de 2 a 6 meses | | | | | | | | |
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 83,3 | 100,0 |
| 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 66,7 | 83,3 |
| 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 50,0 | 83,3 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 83,3 | 100,0 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 7 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 83,3 | 100,0 |
| 8 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| Faixa de 7 a 12 meses | | | | | | | | |
| 9 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 66,7 | 100,0 |
| 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 11 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 |
| 12 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 66,7 | 100,0 |

J=Juiz; % C. Total = percentual de concordância na escala de Likert em concordo totalmente; % C.Par + Total = percentual de concordância na escala de Likert em concordo parcialmente ou concordo totalmente.

Cabe aqui comentar que o critério inicial para permanência do item seria realizado a partir do percentual de juízes que concordassem totalmente com o item do instrumento. Percentuais de concordância inferiores ou iguais a 70% (PERROCA e GAIDZINSKI, 1998) seriam avaliados quanto a sua alteração ou exclusão pelas pesquisadoras. Contudo, percebe-se que somadas as concordâncias 4 e 5 (concordo parcialmente e concordo totalmente) ampliou-se a gama de itens que poderiam ser mantidos, sem alteração.

Além disso, ao analisar os resultados que constam nas Tabelas 1 e 2, tanto para clareza quanto para pertinência, é possível perceber que nenhum dos itens foi julgado com total discordância. Deste modo, esse ponto foi discutido entre as pesquisadoras levando em consideração, também, questões teóricas do instrumento e tomou-se a decisão de manter o instrumento sem modificações. Resolvido o impasse, deu-se continuidade ao processo de validação.

4.3 VERSÃO EXPERIMENTAL EM ESTUDO PILOTO

Após finalizar a versão experimental dos instrumentos os mesmos foram submetidos a um estudo piloto com 10% da amostra total do estudo (CANHOTA, 2008).

O objetivo do estudo piloto foi testar, em pequena escala, os procedimentos, materiais e métodos propostos para a pesquisa (MACKEY; GASS, 2005). Ou seja, foi uma mini-versão do estudo completo, que envolveu a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecedeu a investigação em si.

De acordo com Canhota (2008) e Mackey e Gass (2005), a importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. Administrou-se, deste modo, o estudo piloto com a finalidade de revelar falhas sutis e problemas em potencial na estruturação ou na utilização dos instrumentos, que, muitas vezes, não estão aparentes no plano da pesquisa no intuito de uma versão final mais experiente e com escolhas metodológicas afinadas antes da implantação da pesquisa propriamente dita.

A metodologia adotada está descrita no capítulo 3.

O estudo piloto não apontou falhas quanto à aplicação do instrumento, por isso, o instrumento foi mantido sem alterações na validação de conteúdo.

4.4 ESTUDO 3 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – FIDEDIGNIDADE E CONSISTÊNCIA INTERNA

O termo fidedignidade sugere confiabilidade. Segundo Urbina (2007) fidedignidade se baseia na consistência e precisão dos resultados no processo de mensuração. Para ter certo grau de confiança, os testes exigem evidências de que os escores obtidos seriam consistentes se os testes fossem repetidos com os mesmos indivíduos ou grupos.

A consistência interna também é uma medida de confiabilidade que, segundo Trochim (2003), refere-se ao grau com que os itens do questionário estão correlacionados entre si e com o resultado geral da pesquisa, o que representa uma mensuração da confiabilidade do mesmo.

4.4.1 Validação de Conteúdo – Fidedignidade – Procedimentos e Resultados

Para verificar a fidedignidade utilizou-se o método entre avaliadores. Deste modo, contou-se novamente com a análise de juízes-avaliadores, nesse momento dois fonoaudiólogos com experiência na clínica infantil e conhecedores da teoria enunciativa para aplicar os instrumentos em um grupo aleatório de díades participantes da pesquisa. Analisou-se 20% da amostra total da pesquisa. Os dois fonoaudiólogos assistiram de forma individual os mesmos vídeos das díades mãe-bebê e aplicaram o IAL conforme identificaram ou não os índices.

Na análise, verificou-se a concordância das respostas entre avaliadores calculando-se o coeficiente Kappa (BARTKO e CARPENTER, 1975) que pode variar de -1 a 1, indicando discordância ou concordância completa, e o valor 0 indica um valor de concordância igual ao acaso. Para uma interpretação dos valores Kappa, foram utilizadas as faixas de valores elaboradas por (LANDIS e KOCH, 1977). Esses autores sugerem que os valores acima de 0,75 representam concordância excelente, valores abaixo de 0,40 uma concordância pobre e os valores entre 0,40 e 0,75 representam uma concordância suficientemente boa.

Para a **Fase1** (2 a 6 meses) obteve-se os seguintes resultados:

Tabela 3 – Concordância entre avaliadores no instrumento Fase 1

| Item IAL | % concordância | Coefficiente Kappa | p-valor |
|----------|----------------|--------------------|---------|
| 1 | 100,0 | - | - |
| 2 | 93,8 | 0,636 | 0,006 |
| 3 | 100,0 | - | - |
| 4 | 100,0 | - | - |
| 5 | 87,5 | - | - |
| 6 | 93,8 | - | - |
| 7 | 100,0 | 1,000 | <0,01* |
| 8 | 100,0 | 1,000 | <0,01* |

IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; % = porcentagem; *Significativo pela análise de Concordância Kappa com nível de significância de 5%.

Para a **Fase2** (7 a 12 meses) obteve-se os seguintes resultados:

Tabela 4 – Concordância entre avaliadores no instrumento Fase 2

| Item | % concordância | Coefficiente Kappa | p-valor |
|------|----------------|--------------------|---------|
| 9 | 100,0 | 1,000 | <0,01* |
| 10 | 100,0 | 1,000 | <0,01* |
| 11 | 100,0 | 1,000 | <0,01* |
| 12 | 100,0 | - | - |

IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; % = porcentagem; *Significativo pela análise de Concordância Kappa com nível de significância de 5%.

A explicação para os casos em que o Kappa não foi calculado deve-se a não variabilidade na avaliação dos itens por pelo menos um dos juízes.

Considerando os resultados do coeficiente Kappa pode-se considerar que a concordância entre os juízes foi quase perfeita ($0,8 \leq \text{Kappa} \leq 1,0$). Apenas o item 2 da fase 1 apresentou uma concordância substancial ($0,6 \leq \text{Kappa} \leq 0,79$) (LANDIS; KOCH, 1977).

4.4.2 Validação de Conteúdo – Consistência Interna – Procedimentos e Resultados

Após a análise da concordância em relação aos itens dos dois instrumentos aplicou-se o método denominado de Consistência Interna com a utilização do teste

Kuder-Richardson (K-R) na amostra total, ou seja, Fase1 = 94 díades e Fase 2 = 61 díades, que analisa cada item individualmente. O teste foi selecionado devido os instrumentos apresentarem questões corrigidas de maneira dicotômica (sim/não).

Como resultado para a **Fase 1** obteve-se **alpha = 0,84** e para a **Fase 2** encontrou-se **alpha = 0,74**. Segundo Streiner (2003) o valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados.

Portanto, os resultados apontam que os dois instrumentos avaliados demonstram confiabilidade.

4.5 ESTUDO 4 – VALIDAÇÃO DE CONSTRUÇÃO - ANÁLISE FATORIAL

Segundo Pasquali (2001), a validação de construção é uma das mais importantes validades a ser considerada nos protocolos, pois indica o quanto um instrumento mensura adequadamente, o construto ao qual se propõe medir assegurando que a versão é suficientemente sensível para demonstrar os efeitos do construto teórico/traço/comportamento (ANASTASI e URBINA, 2000; VALLERAND, 1989).

A análise fatorial verifica e define a dimensionalidade do instrumento, determinando quantos fatores este está medindo, assim como os itens correspondentes a cada fator (PASQUALI, 1999).

Portanto, para identificar os fatores que compõem os dois instrumentos na validação de construção do IAL foi utilizada a análise multivariada – análise fatorial com o nível de significância de 5%.

Como pressuposto para a realização da análise fatorial do instrumento **Fase 1** (2 a 6 meses) obteve-se o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,76$), considerado moderado para indicar adequação do instrumento à análise fatorial e o teste de esfericidade de Bartlett (653,3; $p<0,01$) cuja significância atende ao pressuposto de que as variáveis estejam correlacionadas entre si.

A análise fatorial da **Fase 1** revelou a existência de dois fatores, os quais explicaram 71,9% da variância total. Ao realizar a Análise Fatorial com rotação Varimax observou-se no Fator 1, três variáveis (itens) de maior relevância, item 3, 4

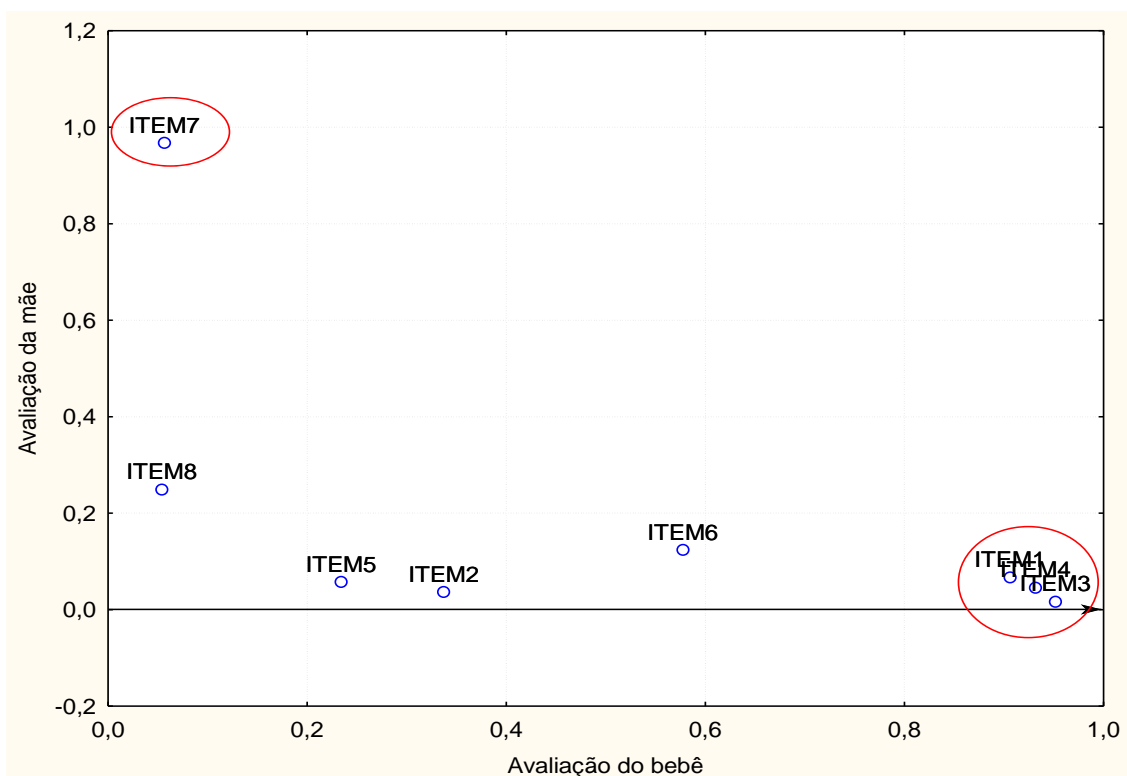
e 1, nessa ordem de importância, e o Fator 2 com uma variável (item) de maior relevância, o item 7.

O Fator 1 determinado por um autovalor $\lambda=4,2$ e correspondendo a uma variância explicada de 53,9%, representa a avaliação do bebê. Ficou composto por ordem de importância expressa pelas cargas fatoriais dos itens: **3** (0,952) - A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo); **4** (0,932) - A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo; e **1** (0,906) - A criança reage ao manê, por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar.

O Fator 2 determinado por um autovalor $\lambda=1,0$ e correspondendo a uma variância explicada de 14,4%, representa a avaliação da mãe. Ficou composto pelo item: **7** (0,992) - A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversa ou conversa, quando o bebê a inicia.

A análise fatorial é representada pela figura abaixo:

Figura 1 – Análise Fatorial Fase1 IAL



Fonte: Análise multivariada - fatorial

Como pressuposto para a realização da análise fatorial do instrumento **Fase 2** (7 a 12 meses) obteve-se o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,71$), considerado moderado para indicar adequação do instrumento à análise fatorial e o teste de esfericidade de Bartlett (45,2; $p<0,01$) cuja significância atende ao pressuposto de que as variáveis estejam correlacionadas entre si.

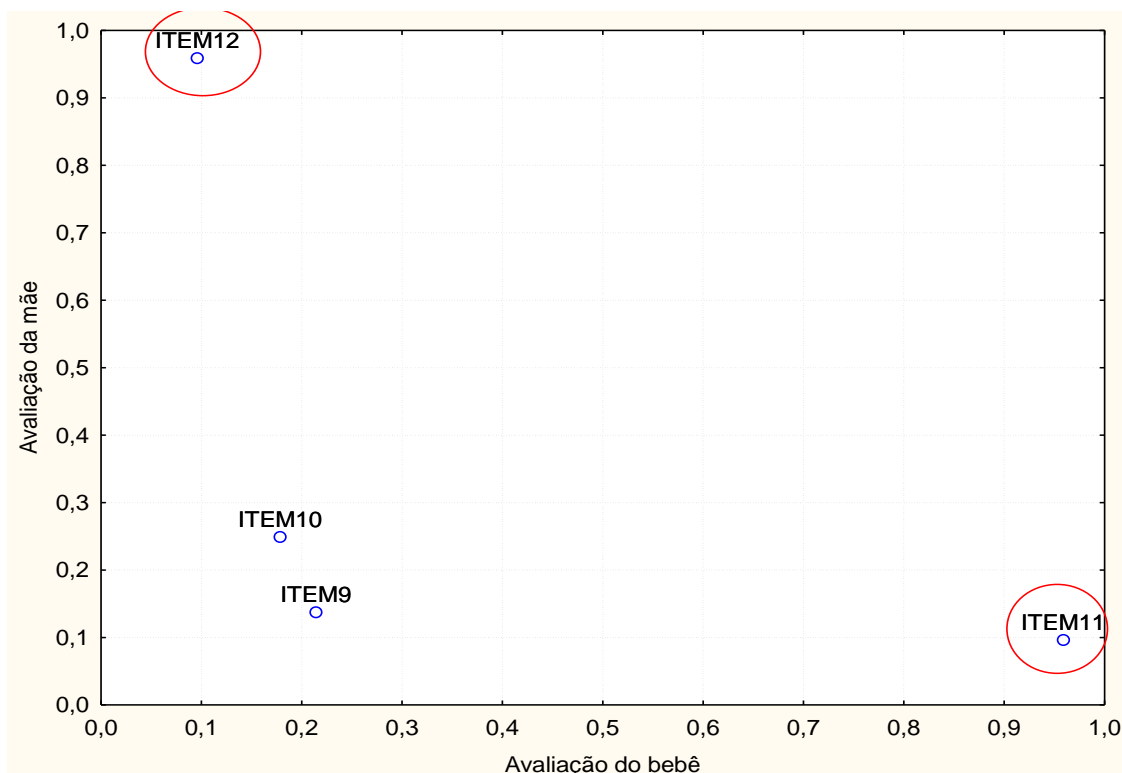
A análise fatorial da **Fase 2** revelou a existência de dois fatores, os quais explicaram 74,4% da variância total. Ao realizar a Análise Fatorial com rotação Varimax observou-se no Fator 1, somente uma variável de maior relevância, item 11 e o Fator 2 com uma variável de maior relevância, o item 12.

O Fator 1 determinado por um autovalor $\lambda=2,2$ e correspondendo a uma variância explicada de 54,1%, representa a avaliação do bebê. Ficou composto pelo item: **11** (0,959) - A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.

O Fator 2 determinado por um autovalor $\lambda=0,8$ e correspondendo a uma variância explicada de 20,3%, representa a avaliação da mãe. Ficou composto pelo item: **12** (0,959) - Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança.

Observe a figura abaixo:

Figura 2 – Análise fatorial Fase2 IAL



4.6 ESTUDO 5 – IAL E SUA CONCORDÂNCIA COM O IRDI

No intuito de analisar se havia concordância entre a avaliação de um mesmo bebê com os instrumentos IAL e IRDI, aplicou-se o Coeficiente Kappa nas idades correspondentes a cada fase.

É importante salientar que foi considerado no instrumento IRDI bebê em risco quando o mesmo apresentava apenas um indicador ausente na faixa etária testada. No caso do IAL houve duas formas de observar esse risco e, portanto diferentes formas de denominação:

IAL completo: considerou bebê em risco quando o mesmo falhou em qualquer um dos itens.

IAL exclusão: considerou-se bebê em risco quando a avaliação apontou ausência dos itens assinalados pela estatística como de maior relevância, ou seja, na Fase 1 os itens 1; 3; 4; e 7; e para a Fase 2 os itens 11 e 12.

No IAL Fase 1 completo (2 a 6 meses) em relação ao IRDI Fase 1 (0 a 4 meses) obteve-se valor de $Kappa=0,467$. Quando analisado o IAL Fase 1 exclusão (2 a 6 meses) em relação ao IRDI Fase 1 (0 a 4 meses) obteve-se valor de $Kappa=0,551$, ou seja, nos dois casos existe uma concordância moderada entre os instrumentos IAL e IRDI.

Tabela 5 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 1 e IAL Fase 1 completo e exclusão

| IRDI | IAL completo | | Kappa (p-valor) | IAL exclusão | | Kappa (p-valor) | Total IRDI |
|------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|--------------------|---------------|
| | Sem risco | Com risco | | Sem risco | Com risco | | |
| Sem risco | 37 | 27 | 0,467 | 56 | 8 | 0,551 | 64 |
| Com risco | 0 | 30 | (0,00)* | 10 | 20 | (0,00)* | 30 |
| Total IAL | 37 | 57 | | 66 | 28 | | |

IRDI= Indicador Clínico de Risco ao Desenvolvimento Infantil; IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; *Significativo pela análise de Concordância Kappa, com nível de significância de 5%.

O resultado da verificação da concordância entre o IAL Fase 2 completo e o IRDI Fase 2 apresentou valor de $Kappa=0,126$, enquanto a concordância entre o IAL Fase 2 exclusão e o IRDI Fase 2 apresentou valor de $Kappa=0,026$, ambas consideradas concordância fraca entre os instrumentos IAL e IRDI.

Tabela 6 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 2 e IAL Fase 2 completo e exclusão

| IRDI | IAL completo | | Kappa (p-valor) | IAL exclusão | | Kappa (p-valor) | Total IRDI |
|------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|--------------------|---------------|
| | Sem risco | Com risco | | Sem risco | Com risco | | |
| Sem risco | 26 | 28 | 0,126 | 36 | 18 | 0,026 | 54 |
| Com risco | 1 | 6 | (0,09) | 5 | 2 | (0,80) | 7 |
| Total IAL | 27 | 34 | | 41 | 20 | | |

IRDI= Indicador Clínico de Risco ao Desenvolvimento Infantil; IAL = Índice de Aquisição da Linguagem.

Na análise do IAL Fase 2 completo com o IRDI Fase 3 o valor de Kappa = 0,348, sugerindo concordância razoável entre os instrumentos. Entretanto na análise do IAL Fase 2 exclusão com o IRDI Fase 3 o valor Kappa=0,193, indicando concordância fraca entre IAL e IRDI.

Tabela 7 – Concordância Kappa entre IRDI Fase 3 e IAL Fase 2 completo e exclusão

| IRDI | IAL completo | | Kappa (p-valor) | IAL exclusão | | Kappa (p-valor) | Total IRDI |
|------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|--------------------|---------------|
| | Sem risco | Com risco | | Sem risco | Com risco | | |
| Sem risco | 22 | 15 | 0,348 | 28 | 9 | 0,193 | 37 |
| Com risco | 1 | 10 | (0,00)* | 6 | 5 | (0,18) | 11 |
| Total IAL | 23 | 25 | | 34 | 14 | | |

IRDI= Indicador Clínico de Risco ao Desenvolvimento Infantil; IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; *Significativo pela análise de Concordância Kappa, com nível de significância de 5%. Itens faltantes não foram calculados.

É interessante citar que, considerando os resultados, percebem-se, em uma análise geral de todas as fases, indícios de risco em maior prevalência nos itens IAL em relação ao IRDI.

Observa-se também que, em geral, quando uma criança tem ausência de algum item do IRDI essa ausência também aparece em algum item do IAL. Contudo, isso quase não ocorre na forma inversa, ou seja, a ausência do IAL não requer ausência de IRDI.

Tal implicação remete a reflexão realizada quando se propôs a elaboração do IAL, compondo em uma das justificativas deste estudo, o fato de que o IRDI poderia não ser tão sensível no que diz respeito à aquisição da linguagem, sobretudo em sua fase II (entre 4 e 8 meses incompletos) conforme se viu em Crestani (2012).

Pode-se assim, sugerir que o IAL apresenta-se como um instrumento que avalia questões diferenciadas do IRDI e, portanto, pode captar algumas questões sobre a aquisição da linguagem com maior sensibilidade e especificidade do que o IRDI, o que está de acordo com a proposição inicial desta pesquisa. Obviamente isso só será avaliado no desfecho de linguagem desses sujeitos, entre 24 e 36 meses na continuidade desta pesquisa que está sendo realizada pelo grupo da UFSM.

4.7 ESTUDO 6 - IAL E SUA CONCORDÂNCIA COM O DENVER II - LINGUAGEM

O Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (TTDD-II) é um dos instrumentos de triagem mais utilizados no Brasil e em vários países, inclusive em pesquisas clínicas e epidemiológicas. Uma das habilidades verificadas pelo teste Denver II é a linguagem. Na intenção de investigar como se comportaria a avaliação de um mesmo bebê com o instrumento IAL e o teste Denver II, subaspecto linguagem, foram realizadas as avaliações na amostra total de bebês respeitando as faixas etárias estabelecidas pelos instrumentos. Cabe ressaltar que as faixas possuem amostras distintas porque o prazo para encerramento desta tese não permitiu aguardar a finalização das coletas longitudinais.

Para analisar a concordância entre as avaliações utilizou-se o Coeficiente Kappa nas idades correspondentes a cada fase, ou seja:

IAL Fase1 *versus* Denver II (0 a 4 meses) = 90 díades

IAL Fase1 *versus* Denver II (4 a 6 meses) = 70 díades

IAL Fase2 *versus* Denver II (7 a 9 meses) = 43 díades

IAL Fase2 *versus* Denver II (9 a 12 meses) = 22 díades

É preciso destacar que o teste Denver II é um teste de *screening*. Deste modo, para compará-lo com o IAL foi necessário assemelhá-lo assinalando se a aplicação do Denver II apontava falha ou não para o bebê. Considerou-se falha no Denver II quando a criança não realizava tal habilidade que, segundo o manual do teste, 75% ou mais das crianças tinham condições de realizar na mesma faixa etária.

No caso do IAL considerou-se bebê em risco quando a avaliação apontou ausência dos itens assinalados pela estatística como os de maior relevância, ou seja, na Fase 1 os itens 1; 3; 4; e 7; e para a Fase 2 os itens 11 e 12.

No IAL Fase 1 em relação ao Denver II (0 a 4 meses) obteve-se valor de Kappa=0,125, ou seja, não existe concordância entre os instrumentos. Pelo IAL Fase 1 em relação ao Denver II (4 a 6 meses) não foi possível calcular o valor de Kappa, pois nenhum bebê apresentou falha pelo Denver II (4 a 6 meses).

Tabela 8 – Coeficiente Kappa entre Denver II Fase1 (0 a 4 meses e 4 a 6 meses)

| Denver II (0 a 4) | IAL Fase 1 | | Kappa (p-valor) | Denver II (4 a 6) | IAL Fase1 | | Kappa (p-valor) |
|----------------------|------------|-----------|--------------------|----------------------|-----------|-----------|--------------------|
| | Sem risco | Com risco | | | Sem risco | Com risco | |
| Sem risco | 61 | 21 | 0,125 | Sem risco | 51 | 19 | - |
| Com risco | 4 | 4 | | Com risco | 0 | 0 | |

Denver II= Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II; IAL = Índice de Aquisição da Linguagem. Itens faltantes não foram calculados.

O resultado da verificação da concordância entre o IAL Fase 2 e o Denver II (7 a 9 meses) apresentou valor de Kappa=0,045, e a análise IAL Fase 2 em relação ao Denver II (9 a 12 meses) expôs valor de Kappa=0,088, demonstrando não haver concordância entre os instrumentos em ambas as fases.

Tabela 9 – Coeficiente Kappa entre Denver II Fase 2 (7 a 9 meses e 9 a 12 meses)

| Denver II (7 a 9) | IAL Fase2 | | Kappa (p-valor) | Denver II (9 a 12) | IAL Fase2 | | Kappa (p-valor) |
|----------------------|-----------|-----------|--------------------|-----------------------|-----------|-----------|--------------------|
| | Sem risco | Com risco | | | Sem risco | Com risco | |
| Sem risco | 31 | 11 | 0,045 | Sem risco | 12 | 5 | 0,088 |
| Com risco | 1 | 0 | | Com risco | 4 | 1 | |

Denver II = Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II; IAL = Índice de Aquisição da Linguagem.

Em uma apreciação geral dos resultados é possível perceber, nesta análise, um comportamento semelhante aos dados do Estudo 5 apontando em todas as fases indícios de risco em maior prevalência nos itens IAL em relação a falhas no Denver II.

4.8 ESTUDO 7 - ANÁLISE DO IAL EM COMPARAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E SOCIOECONÔMICAS

Para maior averiguação a cerca do IAL buscou-se analisar clinicamente aspectos obstétricos e socioeconômicos que poderiam estar associados à ausência dos índices de aquisição da linguagem. A efetivação desse estudo contou com o uso dos dados da entrevista realizada com as mães no início da coleta.

Verificaram-se as variáveis idade gestacional, peso ao nascer e escolaridade materna em comparação com bebês sem e com risco pelo IAL Fase 1 por meio do teste U de Mann-Whitney com nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que não há diferença significativa ($p=0,094$) nas idades gestacionais e também não há diferença significativa ($p=0,093$) nos pesos ao nascer entre os bebês com e sem risco. Entretanto, a variável socioeconômica escolaridade materna apresentou diferença significativa ($p=0,008$) revelando que mães com menor escolaridade tem maior chance de ter bebês com ausência de índices de aquisição da linguagem, ou seja, pode-se pensar que essas crianças têm maior risco para a aquisição em algum aspecto avaliado pelo IAL.

Outras duas variáveis socioeconômicas foram analisadas sobre sua associação com os resultados do IAL nas díades por meio do teste Qui-quadrado. Os resultados estão exibidos na tabela 10.

Tabela 10 – Variáveis socioeconômicas em relação ao IAL Fase 1

| Variáveis | IAL Fase 1 | | p - valor |
|--------------------------|-------------|--------------|-----------|
| | Ausente (%) | Presente (%) | |
| Renda per capita | | | |
| ≥ 201 reais | 18 (78,3) | 55 (88,7) | 0,219 |
| < 200 reais | 5 (21,7) | 7 (11,3) | |
| Profissão Materna | | | |
| Outro | 10 (43,5) | 39 (61,9) | 0,127 |
| Dona de casa | 13 (56,5) | 24 (38,1) | |

IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; Ausente = criança que apresentou pelo menos um IAL ausente; Presente = criança sem IAL ausente; Outro = mãe tem alguma atividade ocupacional; *Significativo pelo Teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Percebeu-se que nenhuma das variáveis da Tabela 10 apresentou associação significativa com a aplicação do IAL nas díades mãe-bebê.

O IAL Fase 2 também foi analisado com as variáveis acima testadas. Por meio do teste U de Mann-Whitney com nível de significância de 5% analisou-se idade gestacional, peso ao nascer e escolaridade materna em comparação com bebês sem e com risco pelo IAL Fase 2. Os resultados apontaram que não há diferença significativa nas idades gestacionais ($p=0,250$), no peso ao nascer ($p=0,914$) e na escolaridade materna ($p=0,147$) entre os bebês com e sem risco.

As variáveis renda per capita e profissão materna foram analisadas sobre sua associação à aplicação do IAL Fase 2 por meio do teste Qui-quadrado. Os resultados estão exibidos na tabela 11.

Tabela 11 – Variáveis socioeconômicas em relação ao IAL Fase 2

| Variáveis | IAL Fase 2 | | p - valor |
|--------------------------|-------------|--------------|-----------|
| | Ausente (%) | Presente (%) | |
| Renda per capita | | | |
| ≥ 201 reais | 34 (68,0) | 3 (37,5) | 0,758 |
| < 200 reais | 16 (32,0) | 5 (62,5) | |
| Profissão Materna | | | |
| Outra | 14 (58,3) | 25 (73,5) | 0,225 |
| Dona de casa | 10 (41,7) | 9 (26,5) | |

IAL = Índice de Aquisição da Linguagem; Ausente = criança que apresentou pelo menos um IAL ausente; Presente = criança sem IAL ausente; Outra = mãe tem alguma atividade ocupacional.

Observa-se que a Fase 2 do IAL não apresentou resultados significativos em relação às variáveis analisadas.

5 DISCUSSÃO

Considerando os estudos que compuseram esta tese compete ressaltar que os itens dos instrumentos foram construídos com a ideia de propor de maneira simples e objetiva os fenômenos enunciativos que podem ser observados na interação adulto, que exerce a função parental, sobretudo a materna, e o filho desde os seus primórdios.

Cabe destacar que diante do desenvolvimento da criança, optou-se por separarem-se os itens de acordo com faixas etárias nas quais os mesmos sejam pertinentes, por isso fala-se em dois instrumentos. Pode acontecer de alguns itens se repetirem na evolução do bebê, contudo, busca-se pensar numa lógica de desenvolvimento em que os itens aqui elaborados sejam evidentes na etapa em que foram colocados. Segue-se, portanto, uma lógica semelhante à utilizada na construção dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008) na qual foram escolhidos indicadores em determinadas faixas de idade e a cada nova faixa novos itens eram apresentados. Esse método justifica-se inclusive pela validação a qual necessita uma variabilidade, porém, não a ponto de se propor que duas crianças, uma de dois e outra de doze meses, sejam avaliadas pelo mesmo item. Isso não seria lógico considerando a evolução dos sujeitos com o aumento da idade, o que poderia causar um falso negativo na avaliação de alguns bebês.

Com isso, não se está negando a anterioridade lógica de alguns índices relativos aos demais, mas se assumindo que algumas estratégias enunciativas são mais frequentes em determinada faixa etária em função da própria anterioridade lógica evidenciada no trabalho de Silva (2007, 2009).

Parece fundamental na discussão, conseqüentemente, explorar cada item elaborado nos dois instrumentos de modo a debater sua relevância a luz da teoria de aquisição da linguagem utilizada e dos resultados estatísticos obtidos.

IAL Fase 1 – 2 meses a 6 meses e 29 dias (8 itens)

1. A criança reage ao *manhês*, por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar.

Esse item busca verificar a reação da criança diante da fala em *manhês*, uma “língua” que todas as mães do mundo, se bem colocadas em sua função, empregam para falar com seu bebê. No plano prosódico, o *manhês* compreende um registro de

voz mais agudo que de hábito, uma gama de contorno de entonação restrita, mas com modulações e variações de altura muito exageradas, formas melódicas longas, com variações amplas. O efeito de ritmo prosódico é amplificado pela frequência de repetições silábicas. Motivados pela prosódia a criança responde com entusiasmo e prazer por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar.

Portanto, o item pretende analisar se a criança está sendo captada por essa fala singular, o que a predisporá a funcionar no diálogo. A permanência deste item na análise fatorial determina a importância da protoconversaço inicial prevista na reviso teórica por diversos estudos, em especial a reaçõ do bebê ao manhês e o significado psíquico disso (FERREIRA, 2001; LAZNIK, 2004; CATÃO, 2009; FLORES et al., 2011).

2. A criança preenche seu lugar na interlocuçõ com sons verbais como vogais e/ou consoantes.

Sabe-se que as mães se engajam em uma protoconversaço atribuindo lugar de fala ao seu bebê. Este item busca analisar se o bebê ocupa esse lugar com alguma produçõ oral, seja esta produçõ uma vogal ou uma consoante, o que anuncia uma possibilidade de produçõ de fala. Observou-se que, na primeira fase evolutiva analisada (Fase 1), a produçõ com sons verbais é menos relevante na distinçõ de bebês, pois o bebê ainda principia esse tipo de produçõ e talvez, em média, entre dois e seis meses não diferencie grupos que estão indo bem de grupos em risco de modo importante. Sabe-se que há uma intensificaçõ maior do balbucio a partir dos seis meses (DE OLIVEIRA, LIMA e GONÇALVES, 2003; SUTTORA e SALERNI, 2011).

3. A criança preenche seu lugar na interlocuçõ com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo).

Considerando a protoconversaço já mencionada, o item pretende analisar se o lugar de fala é ocupado pelo bebê de modo não verbal⁸, pois esse também

⁸ Entende-se aqui que embora a mãe possa interpretar verbalmente o sorriso, o grito, o choro, a tosse e o resmungo, eles não possuem status de língua e, portanto optou-se por usar o termo não verbal.

demonstra um modo de funcionamento do bebê na linguagem esperado nessa faixa etária. Além disso, os sons não verbais precisam estar sintonizados ao contexto. Na literatura sobre protoconversaço (DORE, 1979; BRUNER, 1981; LEVINSON, 1983; CATÃO, 2009; PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010), prevê-se que tais manifestações serão usuais nos primeiros meses de vida, logo, o resultado da análise fatorial demonstra que sons não verbais podem já diferenciar bebês que poderão ter risco ou não. A relevância deste índice pode também ser relacionada aos resultados do trabalho de Krue (2015) que afirma que a homologia entre o sistema verbal da mãe e o não verbal do bebê é constante, demonstrando que as manifestações não verbais do bebê são tão importantes quanto as verbais para que a protoconversaço se dê entre o bebê e aquele que efetiva o cuidado de tipo materno. Neste item as manifestações não verbais se dão pela realizaço sonora não verbal, ou seja, sons que não tem status de signo, mas que são tomados como tal pela mãe por meio da interpretaço.

4. A criança preenche seu lugar na interlocaço silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciaivo.

Muito semelhante ao anterior. Indica que é preciso estar atento às reações corporais da criança e se as mesmas estão de acordo com as situaço apresentadas na relaço. Trevarthen e Malloch (2004) apontam que adulto e bebê seguem um modelo rítmico, com uma regularidade predizível. Eles podem trocar assim expressões faciais e gestos, por vezes de modo síncrono, e mais frequentemente, alternando sobre um intervalo regular. Esses modos são co-criaço do bebê e do adulto, cada um capaz de prever com exatidão o que o outro fará. Os autores constataram que quando o bebê fica decepcionado quanto às respostas da mãe, suas expressões são modificadas em sintonia. Portanto, a permanência deste item na análise fatorial está em acordo com as previsões teóricas descritas por esses autores e também por Krue (2015), conforme citado na discussão do índice anterior, mas com a distinço de que se tratam de manifestações não verbais silenciosas ou não sonoras, também observadas nos estudos de caso da autora.

5. A criança inicia a conversação ou protoconversação.

Esse item atribui à criança um status de quem exhibe intenção e iniciativa enunciativa. A criança toma para si a ação de iniciar uma interlocução. O bebê utiliza a protoconversação para manifestar suas necessidades vitais e utiliza essa habilidade para expressar estados subjetivos que não são ligados à sobrevivência⁹. Busca-se saber se o bebê descobriu o poder de sua voz para capturar o outro para a interlocução. Pode-se hipotetizar que isso não diferenciou grupos, pois talvez iniciar a conversação ou protoconversação nesse momento seja algo que esteja ausente apenas em casos extremos, de patologias graves como o autismo, não diferenciando grupos na análise fatorial. Os sinais PRÉAUT (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015) indicam que o bebê com risco de autismo não toma iniciativa de diálogo, o que pode ter ocorrido em um número menor de casos da amostra. Isso pode justificar a ausência de valor distintivo deste índice na análise fatorial.

6. A criança e a mãe (ou sua substituta) trocam olhares durante a interação.

Pesquisas internacionais (LAZNIK e PARLATO-OLIVEIRA, 2010) alertam quanto ao valor desse índice. O não olhar entre a mãe e o filho, principalmente se a mãe não nota a ausência dessa troca, é um sinal de risco para a constituição psíquica e, portanto, um risco também para a linguagem advir. É esta articulação de olhares que engendrará a constituição do sujeito. No entanto, a exemplo do dito para o item 5, não diferenciou grupos na análise fatorial de modo consistente.

7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversação ou conversação, quando o bebê a inicia.

Nesse ponto, a mãe (ou substituta), considerando os sinais produzidos pela criança nos atos de fala, traduz tais sinais dando um retorno à criança, quando, por exemplo, o bebê combina uma sequência de sons, a mãe interpreta com uma narração e o encoraja a manter a protoconversação. Com este índice se busca

⁹ Entende-se que de todo modo questões subjetivas não são ligadas à sobrevivência biológica, porém, são evidentemente fundamentais para a existência do bebê enquanto ser psíquico.

analisar o investimento da mãe a partir de seu reconhecimento do bebê enquanto um possível falante. Esse fator trouxe à tona a posição do adulto que cuida da criança como fator fundamental na diferenciação de grupos pela análise fatorial, portanto, confirma estatisticamente o que a perspectiva enunciativa já previra sobre a importância da análise da aquisição da linguagem se dar a partir do olhar sobre a relação eu-tu (SILVA, 2009), sendo o **eu** a criança e o **tu** o adulto na situação enunciativa descrita.

8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o *manhês* falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê.

Neste item se analisa se a mãe ou substituta consegue atribuir interpretações às manifestações do bebê de modo coerente ao contexto. A mãe que consegue interpretar as manifestações do bebê demonstra a capacidade de reconhecer o filho como futuro falante, como alguém que apresenta demanda própria, ou seja, o supõe como sujeito, e lhe confere um lugar de fala. Se isso não ocorre minimamente bem, havendo um divórcio no significado evidente do que o bebê manifesta e o que a mãe interpreta, pode haver uma dificuldade de acesso semântico à linguagem por parte do bebê ou mesmo um silenciamento já que não é compreendido. O uso do *manhês* relaciona-se à explicitação do gozo materno em “escutar” seu bebê, fundamental em termos de circuito pulsional da voz.

É interessante notar que este item não diferenciou grupos na pesquisa, mas a reação dos bebês ao *manhês* sim. O trabalho de Krueel (2015) afirma que há muitas formas de fala dirigida ao bebê e que o *manhês* não seria a única forma. De certo modo, a permanência do item 7 na análise fatorial, demonstra que mais do que o *manhês* em si, a atribuição de sentido às manifestações do bebê parece ser mais abrangente e sensível na diferenciação de grupos. Isso não quer dizer que o *manhês* não seja relevante, pois, se assim não o fosse, o item 1 não ficaria na análise fatorial. Portanto, o item 1 parece cobrir melhor o que se demanda acerca do *manhês* na protoconversa inicial nesta fase: que o bebê demonstre apetência e seja fisgado pelo outro, mas também demonstre isso em sua movimentação.

IAL Fase 2 – 7 meses a 12 meses e 29 dias (4 itens)

9. A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos e dois modos articulatorios de consoantes).

Era esperado que a criança nessa etapa estivesse vocalizando mais e com variabilidade articulatória maior. Registra-se nessa fase uma mudança no ponto articulatorio, ou seja, uma diminuição da preponderância das consoantes velares e um aumento das labiais e alveolares. Há ainda um predomínio da emissão de semivogais e vogais soltas, e, em termos de modo articulatorio, de consoantes oclusivas e nasais. Portanto, a possibilidade de alternar dois modos (nasal e oclusiva, por exemplo) e dois pontos (labial e alveolar, por exemplo) era esperada como índice de possibilidades de produção de fala posterior, quando a criança passar da referência mostrada à referência falada.

No entanto, isso não diferenciou grupos na amostra estudada, o que indica que a produção sonora pela criança nesta etapa não evidenciaria um risco em si à aquisição da linguagem. Também se devem levar em consideração que foram raríssimas as crianças na amostra que não realizaram essas produções e, portanto, podem ser considerados casos mais específicos a serem investigados. Esse tema merece continuar a ser estudado, pois há estudos que indicam a possibilidade de se analisar o risco à aquisição da linguagem, sobretudo na diferenciação de bebês prematuros extremos de bebês a termo e prematuros tardios como a pesquisa de D'Odorico et al. (2011) que encontrou resultados que indicam maior risco à linguagem na prematuridade extrema manifesto na pouca variabilidade articulatória no balbucio.

10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento à fala da mãe (ou substituto).

Este item busca visualizar se a criança já realiza um movimento para a construção da linguagem a partir do espelhamento da produção do adulto, tomando a fala deste como referência para suas produções. Considerando que o item a seguir (11) que se refere à produção de protopalavras espontaneamente

permaneceu na análise fatorial e este não, pode-se discutir que a repetição ou espelhamento da fala do outro (adulto) não se apresentou como fator importante na diferenciação de grupos em termos de aquisição. Portanto, isso esvazia propostas de condicionamento operante com repetição como forma de incentivar a aquisição da linguagem. Parece que a iniciativa espontânea da criança é mais relevante como se verá no índice 11.

11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.

Novamente é atribuído à criança um *status* de quem exhibe intenção comunicativa e condições de passar da referência mostrada à falada. A criança toma para si a ação de iniciar uma interlocução mesmo quando não é motivada pelo outro. Este item que engloba a relação forma-sentido, e não apenas a produção da forma como se viu no item 9, sugere que o acesso ao signo e tentativas de produção espontânea dele, é o elemento central na aquisição da linguagem, demonstrando que, no segundo mecanismo proposto por Silva (2009), o estabelecimento da co-referência entre adulto e criança a partir do reconhecimento de um signo produzido pela criança espontaneamente, é o processo que melhor indica se uma criança está indo bem em termos de aquisição da linguagem, já no primeiro ano de vida.

12. Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma produz seu enunciado e aguarda a resposta da criança.

Aqui a criança instiga o adulto a enunciar e o adulto corresponde a essa solicitação enunciando, e ao mesmo tempo mantendo um lugar de fala à criança, oferecendo turno. Marca-se aqui um adulto que interpreta e lança um espaço para a criança ocupar seu lugar de fala, dando-lhe turno e provocando a falta para que a produção da criança aconteça.

Consolidam-se assim, no quadro 4 os índices, até aqui validados a partir dos objetivos desta tese, sendo destacados os que pela análise fatorial em sua ausência apontam maior risco para aquisição da linguagem na perspectiva enunciativa. Não foram eliminados do quadro os índices que não foram significativos na análise fatorial porque se entende que o desfecho em linguagem poderá ser importante na continuidade deste trabalho. A análise fatorial sugeriu alguns índices como mais

potentes na identificação de risco mas a análise do desfecho em linguagem será fundamental para uma proposta final do instrumento.

Quadro 4 – Índices de aquisição da linguagem após análise fatorial

| Itens 2 a 6 meses e 29 dias |
|---|
| 1. A criança reage ao <i>manhês</i>, por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar. |
| 2. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons verbais como vogais e/ou consoantes. |
| 3. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo). |
| 4. A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo. |
| 5. A criança inicia a conversação ou protoconversação. |
| 6. A criança e a mãe (ou sua substituta) trocam olhares durante a interação. |
| 7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversação ou conversação, quando o bebê a inicia. |
| 8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o <i>manhês</i> falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê. |
| Itens 7 a 12 meses e 29 dias |
| 9. A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos e dois modos articulatórios de consoantes). |
| 10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento à fala da mãe (ou substituto). |
| 11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente. |
| 12. Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança. |

É interessante ressaltar que a análise fatorial também indicou que as condições da criança e o investimento do adulto no diálogo com ela criaram dois fatores claros: um da criança e um do adulto, nos dois instrumentos. Isso explicita a pertinência de uma perspectiva enunciativa de aquisição da linguagem na avaliação de risco.

Na proposta por Silva (2007, 2009) a relação **eu-tu** é central na análise da aquisição da linguagem, o que se refletiu claramente nos resultados aqui expostos, ou seja, um fator do **eu**-criança (Fator 1) e um fator do **tu**-adulto (Fator 2) esteve separando grupos na análise fatorial, indicando que não só as condições do bebê mas o investimento que o adulto faz no diálogo com ele é fundamental ao processo de aquisição da linguagem. Isso comprova a hipótese inicial desta tese de que o diálogo deve ser a unidade de análise da aquisição da linguagem, por seu caráter intersubjetivo.

Os resultados observados nos fatores que permaneceram na análise fatorial pelo bebê demonstraram que, no primeiro semestre, as reações dele ao *manhês* e a expressão não verbal de suas demandas, sejam sonoras ou silenciosas, de modo sintonizado ao contexto (itens 1, 3, 4), indicam que o bebê está apetente na protoconversa e que este fator somado ao investimento do adulto (item 7), sugerem ausência de risco à aquisição da linguagem.

Vários estudos na literatura indicam a protoconversa como importante (CATÃO, 2009; PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010), mas surpreendeu o fato de que o uso de *manhês* pelo adulto e as vocalizações do bebê não sejam os fatores que diferenciam grupos nessa faixa etária, embora não se possa negar sua importância do ponto de vista psíquico (LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2008; JERUSALINSKY et al., 2009).

Nesse sentido, esta tese trouxe evidências estatísticas do que Krueel (2015) afirmou sobre haver mais tipos de fala dirigida ao bebê do que apenas o *manhês*, e, talvez ser a sintonia na protoconversa o aspecto fundamental para indicar que a aquisição da linguagem está transcorrendo bem. A autora propõe a interpretância e a homologia como princípios de análise da protoconversa no primeiro semestre de vida que indicam que o adulto está fazendo uma adaptação ativa ao bebê. Nesta pesquisa poder-se-ia afirmar uma adaptação enunciativa ativa. Este estudo confirma isso, pois a homologia e a interpretância se dão diante de sons não verbais e gestos evidenciados nos itens 3, 4 e 7 desta tese, como defende a autora (KRUEEL, 2015).

Esse fato também é destacado no trabalho de Verly e Freire (2015) quando propõem o indicador 2 sobre os pais interpretarem verbalmente as manifestações corporais da criança, que embora proposto a partir de outra metodologia, reforça o resultado aqui encontrado.

Já na Fase 2, a produção espontânea de protopalavras (item 11) e o investimento do adulto no diálogo (item 12) indicam que o uso de algo que similar ao signo pela criança e o reconhecimento pelo adulto desta protopalavra como signo, leva a um outro reconhecimento, o da criança como interlocutor, o que entendemos como um incentivo a criança para continuar a investir no diálogo. Na proposta enunciativa o diálogo, ao que acrescentamos o adjetivo sustentado, são elementos fundamentais no processo de aquisição da linguagem. Esse fato faz lembrar tanto o princípio da relação forma-sentido quanto o da intersubjetividade como princípios que se projetam nesses dois itens, advogando a favor da proposta enunciativa de

aquisição da linguagem (SILVA, 2007, 2009) e da proposta de avaliação de linguagem defendida por Cardoso (2010).

A relação forma-sentido se dá na produção do signo indicando que não há domínio da forma para depois haver domínio do conteúdo, e que, portanto, não se pode pensar em aquisição a partir da repetição do dizer do adulto como estratégia fundamental. A tentativa de produzir signos pela criança, mesmo que ainda protopalavras, de modo espontâneo, indica que ela está tentando dominar forma e sentido simultaneamente, e que ocupa um lugar de fala junto a seu alocutário. Lugar este que lhe faz investir espontaneamente no diálogo.

Isso também pode ser visualizado nos princípios propostos por Verly e Freire (2015) a partir da análise de casos de distúrbios de linguagem, que abordam a iniciativa da criança em produzir a fala espontaneamente, sem depender do outro e também de ter interesse no diálogo. Cabe ressaltar que os recursos que a criança terá para fazer isso a cada etapa evolutiva são distintos e que na etapa aqui investigada, a produção de protopalavras parece dar uma qualificação mais específica ao tipo de investimento possível no diálogo do que a proposta das autoras que não assume faixas etárias na análise, até porque seus indicadores foram feitos a partir da análise de uma larga faixa etária (2 a 6 anos).

Ainda se pode afirmar que o fato do item 11 diferenciar grupos indica que a intersubjetividade é inerente ao funcionamento da linguagem. Este princípio, também é projetado no item 12 em que o adulto precisa reconhecer a criança como locutor para que possa falar por ela e sustentá-la no diálogo. Assim, dois princípios propostos por Cardoso (2010) para avaliação da linguagem podem ser deslocados na detecção precoce de risco à aquisição da linguagem: a intersubjetividade e a relação forma-sentido.

Destaca-se que, neste último princípio, o que está em jogo não é só a produção do signo, mas o fato de ser espontânea e, com isso, a criança articular simultaneamente o domínio semiótico e o processo de semantização da língua, ocupando um lugar de locutor. Para tanto, o adulto precisa reconhecê-la como locutor e sustentá-la no diálogo.

Essa valorização do diálogo na análise de linguagem também está projetada nos eixos suposição e o reconhecimento da criança como sujeito falante no trabalho de Verly e Freire (2015). Os indicadores propostos por essas autoras, sobretudo os quatro primeiros, relacionam-se a postura de pais diante das produções infantis,

sobretudo a valorização e investimento na sustentação do diálogo e inserção dessas produções em contextos linguísticos mais complexos.

Relembrando que a ideia desta tese emergiu do trabalho de mestrado com o IRDI e seus resultados quando aplicados à aquisição da linguagem entre 13 e 16 meses (CRESTANI, 2012; CRESTANI et al., 2015), viu-se naquele trabalho que o IRDI tinha valor preditivo em relação à aquisição da linguagem nas fases 1, 3 e 4. Contudo, não ocorria o mesmo na fase 2 que parecia tão relacionada à linguagem em uma primeira leitura dos seus indicadores. Entende-se que não foi o objetivo principal dos pesquisadores que elaboraram o IRDI, analisar especificamente a linguagem, mas, que, em determinados pontos, aquele instrumento se fez apto para tal objetivo a ponto de ancorar a iniciativa desta tese. Por isso, buscou-se a análise das concordâncias e discordâncias do IAL e IRDI.

A análise entre os dois instrumentos sugeriu que o IAL identifica questões distintas do IRDI, já que não houve concordância e, portanto, pode captar pontos do desenvolvimento infantil, em particular sobre a aquisição da linguagem. Num panorama geral, em todas as fases, percebem-se indícios de risco em maior prevalência nos itens IAL em relação ao IRDI. Ressalta-se também que, em geral, quando um bebê apresenta ausência de algum item do IRDI essa ausência também aparece em algum item do IAL. Entretanto, isso pouco se repete na configuração oposta, ou seja, a ausência do IAL não requer ausência de IRDI.

Portanto, os resultados do Estudo 5 aludem para a potencialidade do IAL poder identificar de forma mais específica aspectos linguísticos, não verificados pelo IRDI. Isso indica a pertinência de sua inserção como instrumento complementar ao IRDI, sobretudo em caso de risco na fase I do IRDI, fase na qual se sabe haver correlação importante entre os indicadores e posterior desenvolvimento da linguagem (CRESTANI, 2012; CRESTANI et al., 2015).

Com relação à comparação com o teste Denver II- linguagem, os resultados da análise estatística convocam a uma reflexão acerca de por que se debruçar na elaboração e validação de um instrumento de índices de linguagem diante de alguns testes já estabelecidos e muito difundidos. A hipótese é de que, mesmo que os dois instrumentos possuam como objeto de análise a linguagem, eles não concordam entre si porque partem de premissas teóricas distintas. Como não há testes com a mesma premissa teórica do IAL, torna-se difícil uma comparação a contento. No entanto, é possível perceber que o IAL se apresentou viável na detecção de risco à

linguagem, incluindo o comportamento do adulto na sustentação enunciativa da criança, o que o Denver II não realiza. A continuidade de pesquisas com IAL e o Denver II poderá indicar melhor as especificidades e o nível de sensibilidade dos dois instrumentos a partir do desfecho de linguagem quando as crianças estiverem ao menos entre 1 ano e 6 meses e 2 anos de idade, ou mais tarde.

Cabe ressaltar, no entanto, que o Denver II apresentou-se menos preciso na avaliação de linguagem e do aspecto pessoal social, do que no motor amplo e fino, no estudo de Pinto et al. (2015) e menos ainda acima de 2 anos, na avaliação da linguagem de crianças paulistanas. É possível supor, portanto, que a idade de 2 anos será uma idade de desfecho importante para a análise do Denver II em comparação com IAL.

Também a comparação do IAL ao MLU (FENSTENSEIFER e RAMOS, 2003) e ao type/token (SCHERER et al., 2002) serão possíveis nesta mesma idade o que permitirá analisar melhor o desfecho de linguagem das crianças ao menos em termos de domínio gramatical, já que são poucas as opções de testes nesta idade na realidade brasileira conforme aponta o estudo de Lindau et al. (2015).

Em termos de processo de semantização, o desfecho em termos de evolução de mecanismos enunciativos propostos por Silva (2007, 2009) será outro aspecto relevante na continuidade desta pesquisa, conforme se viu nos procedimentos utilizados por Oliveira (2013) e Vendruscolo (2013).

É importante ressaltar a continuidade da pesquisa desta tese porque a grande maioria dos bebês avaliados na tese está sendo acompanhado pela equipe de pesquisa até dois anos de idade, o que permitirá acompanhar o desfecho de linguagem de múltiplas formas, inclusive por testes padronizados disponíveis. Também será possível concluir a validação de índices de aquisição da linguagem para o segundo ano de vida, que estava previsto inicialmente para esta tese. O tempo para a conclusão desta tese e as demandas que surgiram na coleta e análise do segundo ano de vida não permitiram que os itens do segundo ano fossem concluídos e analisados nesta tese.

Outro aspecto a ser ressaltado e apresentado como limitação deste estudo, é que outras escalas mais bem conceituadas como a Bayley não estão disponíveis de modo mais amplo no Brasil. Embora haja a formação em alguns locais, não houve disponibilidade dos formadores contatados para sua inserção nesta pesquisa, o que

sugere a continuidade de estudos comparativos entre tais escalas (BAYLEY e Denver II) e o IAL no futuro.

Espera-se, contudo, que no desfecho do estudo longitudinal, que irá até 2 anos, seja possível aplicar outros instrumentos e medidas de linguagem espontânea mais precisos para a avaliação, o que poderá facilitar comparações com os resultados do IAL.

Um ponto importante, que alguns estudos vêm argumentando, diz respeito à interação do fator biológico e social como potencializador do risco ao desenvolvimento infantil (CRESTANI et al., 2013; SOUZA et al., 2012), uma vez que a qualidade do cuidado, nos aspectos físico e afetivo-social, decorre de condições estáveis de vida da família da criança, relacionadas a questões socioeconômicas e demográficas, bem como aspectos psicossociais (ANDRADE et al., 2005).

Quando algum desses aspectos exerce influência negativa no desenvolvimento integral das crianças, tem-se o risco de atrasos e distúrbios no desenvolvimento infantil, que podem vir a comprometer a saúde geral do sujeito causando diversos danos futuros, inclusive, referentes à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem (ANDRADE et al., 2005; SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006).

Diante dessa realidade, investigou-se a relação de variáveis obstétricas e socioeconômicas com o instrumento elaborado IAL. Dentre todas as arguidas a escolaridade materna foi a que apresentou diferença significativa com o IAL Fase1 apontando que mães com menor nível de instrução tendem a ter bebês com ausência de índices de aquisição da linguagem nesta fase. A literatura sobre o assunto apresenta resultados semelhantes evidenciando diferenças significativas no que diz respeito à escolaridade materna e o desenvolvimento da linguagem de crianças, sugerindo ser este um fator que está diretamente relacionado a uma maior variedade de estimulação e interação das mães com os seus bebês e ainda a um maior conhecimento do desenvolvimento da criança (ANDRADE et al., 2005; CEBALLOS e CARDOSO, 2009). O estudo de Suttora e Salerni (2011) afirma que há maior complexidade na ancoragem linguística de mães (*maternal scaffolding*) com maior escolaridade, o que neste trabalho poderia ser afirmado como maior qualidade semiótica na sustentação enunciativa. Isso foi encontrado no estudo de Costa et al. (2015) acerca da maior escolaridade materna em sua relação com os resultados do Denver II em uma população de crianças de Belém.

Talvez esse dado também pudesse ser relacionado ao indicador quatro de Verly e Freire (2015) que aborda a importância de se inserir os segmentos de fala infantis em um contexto linguístico mais amplo, ou seja, investir no diálogo dando pistas à criança de como sua fala pode ser aprimorada, o que além de passar uma mensagem de valorização da criança como falante, apresenta, à criança, formas de visualizar o funcionamento do sistema linguístico.

É possível hipotetizar, a partir dos resultados desta pesquisa e das autoras referidas que as mães com maior escolaridade poderão ter mais recursos linguísticos para realizar esse *scaffolding*, ou seja, para sustentar enunciativamente seus filhos no diálogo. Quando se fala em sustentação enunciativa o nível semiótico (domínio gramatical) e o processo de semantização da língua que ocorre no diálogo são vistos de modo imbricados porque como disse Benveniste (1989, p.93): “é um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem”.

Acredita-se que os aspectos obstétricos não tenham apresentado resultados significativos devido à amostra ser composta por um número maior de bebês a termo e um pequeno número de bebês prematuros extremos, não oferecendo variabilidade para a análise estatística. Na continuidade da pesquisa, que se dará no grupo de estudo, haverá condições numéricas mais adequadas para tal comparação.

Cabe ressaltar, ainda que o estudo como o de Bortagarai (2015), efetivado nesta mesma amostra, demonstrou que não houve diferenças importantes entre o desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo justamente porque a amostra conta com um número maior de bebês prematuros tardios e sadios.

O grupo de pesquisa apresentou dificuldades de inserir na amostra um grupo de prematuros extremos significativo para a análise estatística, seja porque alguns ficaram com sequelas, seja porque não continuaram no seguimento de prematuros de modo sistemático para serem acessados por esta pesquisa. Pensa-se em estudos futuros realizar uma comparação mais equilibrada numericamente entre esses grupos.

Por outro lado, no estudo de Bortagarai (2015), o risco psíquico ou ao desenvolvimento, avaliado pelo IRDI, apresentou-se estatisticamente relacionado à detecção de alterações psicomotoras, como neste estudo à detecção de risco à aquisição da linguagem se relacionou com alterações no IRDI.

A partir dessas considerações, pode-se dizer que este estudo reafirma, a exemplo do estudo de mestrado (CRESTANI, 2012), a importância de inserção de instrumentos como o IRDI no sistema de saúde. Propõe, além disso, que este possa ser complementado pelo IAL, a partir da continuidade dos estudos deste instrumento comparando-o ao desfecho de linguagem que está em seguimento pela orientadora deste trabalho. Cabe ressaltar que este instrumento seria de especial interesse aos fonoaudiólogos inseridos nos Núcleos de apoio a estratégia de saúde da família (NASF) ou Centros de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi), e também que realizem trabalho em ambulatórios de puericultura em hospitais e em unidades de saúde.

6 CONCLUSÃO

Considerando a motivação da construção desta tese de **elaborar e validar** índices de aquisição da linguagem, acompanhou-se todo o processo de elaboração e discussão, bem como, da análise de juízes e dos testes estatísticos para definir-se uma versão experimental do IAL. Inicialmente, o instrumento foi composto por 12 itens que foram examinados por três processos, detalhadamente, expostos nos estudos para validação.

Ao final de todo processo, emergiram dois instrumentos específicos para duas faixas etárias sendo o primeiro denominado Fase 1 (2 a 6 meses) com quatro itens e o segundo denominado Fase 2 (7 a 12 meses) com dois itens identificados, na sua ausência, como determinantes de risco pela análise fatorial.

É importante acrescentar um dos principais desfechos deste estudo que diz respeito à análise estatística ter identificado os fatores **bebê** e **mãe** como balizadores desse procedimento de análise da linguagem infantil. Esse fato indica que a análise da aquisição da linguagem infantil não deve ser feita a partir de um olhar exclusivo sobre as produções infantis. Pode-se afirmar o que já era previsto pela perspectiva enunciativa adotada: o adulto também é protagonista desse processo. Portanto, a teoria da enunciação articula-se de forma harmoniosa no IAL, trazendo à tona o imperativo de o diálogo ser a unidade de análise linguística na aquisição da linguagem, o que se torna possível pela observação da criança e seus interlocutores de modo equiparado.

A partir da validação dos itens, a pesquisa contou com verificações acerca da concordância entre o IAL e os instrumentos IRDI e Denver II difundidos tanto na clínica quanto na pesquisa. Os resultados apreciados sugerem que o IAL parece analisar de forma particular a aquisição da linguagem em comparação aos outros protocolos, diferenciando-se deles. Apresenta uma correlação maior com o IRDI do que com o Denver II-linguagem, o que pode ser explicado por sua afinidade epistemológica maior com o primeiro instrumento e com a possível maior fragilidade do segundo.

Por fim, a análise das variáveis obstétricas e socioeconômicas em relação ao IAL apresenta uma predominância de ausência dos itens do IAL nas díades em que as mães possuem menor grau de escolaridade. Esses resultados, por consequência, ampliam o conceito de que o risco de aquisição da linguagem é multifatorial, sendo

necessário observar os diversos aspectos que envolvem a constituição do sujeito, o ambiente, e, sobretudo a relação mãe-bebê.

Este estudo indica a continuação do acompanhamento das díades examinadas para se verificar o desfecho da linguagem dessas crianças, e a necessidade de estudos futuros, com um maior número de díades, estudos clínicos entre bebês a termo e prematuros e também com bebês que desenvolvem patologias de linguagem após os dois anos de idade, que permitam dados estatísticos mais robustos, em especial sobre o aspecto da linguagem. Além disso, sugere estudos previsíveis na validação e aprimoramento de um instrumento após sua proposição.

Contudo, o mesmo demonstrou a relevância do tema dos índices de aquisição da linguagem, visto que permitiu observar e oferecer subsídios para a análise da aquisição da linguagem no primeiro ano de vida.

O instrumento IAL apresentou-se promissor enquanto estratégia de detecção precoce a ser utilizado em serviços de cuidado à saúde materno-infantil por fonoaudiólogos.

Obviamente a validação aqui apresentada pode ser identificada como uma validação preliminar, mas os dados sugerem a relevância da continuidade de pesquisas com o IAL.

REFERÊNCIAS

- AMBRÓS, T. M. B. **A musicalização de bebês como intervenção precoce junto a bebê com risco psíquico e seus familiares.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.
- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ANDRADE, A. S.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública.** v. 39, n. 4, p. 606-611, 2005.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia sem números:** Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro, RJ: Campus. 1989.
- ANDRADE, C. R. F. **A fonoaudiologia baseada em evidências.** Einstein. v. 2, p. 59-60, 2004.
- ANDRADE, C. R. F.; JUSTE, F. Proposta de análise de performance e de evolução em crianças com gagueira desenvolvimental. **Revista Cefac.** v. 7, n. 2, p. 158-170, 2005.
- ASSOCIATION PRÉAUT. Fr [homepage na internet]. Paris. **Association Préaut.** Disponível em <http://www.preaut.fr/>. acesso em novembro de 2013.
- BARBISAN, L. O conceito de enunciação em Benveniste e Ducrot. **Letras.** v. 33, p. 23-35, 2006.
- BARTKO, J. J.; CARPENTER, Jr. W. T. On the method and theory of reliability. **Journal of Nervous and Mental Disease.** v. 163, p. 307-317, 1975.
- BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil.** Santa Maria: 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, 2011.
- BENVENISTE, E. Estrutura das relações de pessoa no verbo. **Problemas de Linguística Geral I.** 3. ed. São Paulo: Pontes, 1991.

BENVENISTE, E. Da subjetividade na linguagem. **Problemas de Linguística Geral I**. 3. ed. São Paulo: Pontes, 1991.

BENVENISTE, E. Semiologia da língua. **Problemas de Linguística Geral II**. São Paulo: Pontes, 1989.

BENVENISTE, E. Estrutura da língua e estrutura da sociedade. **Problemas de Linguística Geral II**. São Paulo: Pontes, 1989.

BERNARDINO, L. M. F. Bases psicanalíticas para uma escuta de bebês e de seus pais, a partir do seminário sobre a carta roubada. **Revista psicanálise e clínica de bebês**. Curitiba. v. 4, n. 4, p. 68-75, 2000.

BERNARDINO, L. M. F. O desenvolvimento, a perspectiva estrutural e a psicanálise. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). **O bebê e a modernidade: Abordagens teórico-práticas**. São Paulo: casa do psicólogo, p. 64, 2002.

BERNARDINO, L. M. F. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). **O cravo e a rosa – A psicanálise e a Pediatria: Um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, p. 54-66, 2008.

BONVICINE, C.; QUIBÁO, E. F.; ASA, S. K. P.; SILVA, P. N., GAETAN, E. S. M. Prematuridade como possível fator influenciador do controle de cabeça. **Salusv**. v. 23, n. 3, p. 489-500, 2004.

BORTAGARAI, F. M. Análise comparativa do desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico. Monografia de qualificação de tese de doutorado, PPG em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

BOYSSON-BARDIES B, HALLE P, SAGART L, DURAND C. A crosslinguistics investigation of vowel formants in babbling. **J Child Lang**. v.16, p. 1-17, 1989.

BROOKS, J.; WEINRAUB, M. Infant intelligence testing: historical perspectives. In: LEWIS, M. (Ed.) **Origins of Infant Intelligence**. New York: Plenum, 1977.

BRUNELLE, Y.; SAUCIER, A. **Les indicateurs et le système de soins**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 1999.

BRUNER, J. **The pragmatics of acquisition**. Werner Deutsch (Ed) The child's construction of language. London, Academic Press, p. 39-76, 1981.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, p. 69-72, 2008.

CARDOSO, J. L. **Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem**. 2010. 94 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CARLESSO, J. P. P.; DE SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1119-26, 2011.

CARLESSO J. P. P. **Análise da Relação entre Depressão Materna e Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil**. Santa Maria: 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

CASTRO, S. L.; GOMES, I. **Dificuldades de Aprendizagem da Língua Materna**. Lisboa: Universidade Aberta, 2000.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CEBALLOS, A. G. C.; CARDOSO, C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. **Rev soc bras fonoaudiol**. v. 14, n. 4, p. 441-445, 2009.

CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 726-731, 2007.

COELHO, A. C. C.; IEMMA, E. P.; LOPES-HERRERA, S. A. Relato de caso: privação sensorial de estímulos e comportamentos autísticos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**. v. 13, n. 1, p. 75-81, 2008.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. N. **Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento**. Escritos da Criança. n. 4. Porto Alegre, RS: Centro Lydia Coriat, 1996.

COSTA, E. F.; CAVALCANTE, L. I. C.; DELL'AGIO, D. D. Perfil do desenvolvimento de linguagem de crianças no município de Belém segundo o teste Denver II. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1090-1103, jul./ago., 2015.

CRESPIN, G. **A Clínica Precoce. O Nascimento Humano**. Coleção 1ª Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CRESTANI, A. H.; ROSA, F. F. M.; SOUZA, A. P. R.; PRETTO, J. P.; MORO, M. P.; DIAS, L. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev. CEFAC**. v. 14, n. 2, p. 350-360, 2012.

CRESTANI, A. H.; SOUZA, A. P. R.; BELTRAMI, L.; MORAES, A. B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jorn. Soci. Brasil. Fonoa.** v. 24, n. 3, p. 205-210, 2012.

CRESTANI, A. H. **Produção Inicial de Fala, Risco ao Desenvolvimento Infantil e Variáveis Socioeconômicas, Demográficas, Psicossociais e Obstétricas**. Santa Maria: 2012. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**. v. 15, n. 4, p. 847-856, 2013.

CRESTANI, A. H.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Análise da associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 169-176, 2015.

CRONBACH, L. J. **Como julgar os testes: Fidedignidade e outras qualidades**. In: CRONBACH, L. J. (Org.). **Fundamentos da Testagem Psicológica** (pp. 197-201). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CROSSLEY, S. A. Síndrome de Down e autismo. In: BUSNEL, M. C. (Org.). **A linguagem dos bebês, sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

DAVIS, B.; MACNEILAGE, P. F. The Articulatory Basis of Babbling. **Journal of Speech and Hearing Research**. v. 38, p. 1199-1211, 1995.

DE OLIVEIRA, L. N.; LIMA, M. C.; GONÇALVES, V. M. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 61, n. 3B, p. 802-807, 2003.

DORE, J. Conversational acts and the acquisition of language. In: OCHS, E.; SCHIEFFELIN, B. (Eds.). **Developmental Pragmatics.** New York, Academic Press. 1979.

D'ODORICO, L.; MAJORANO, M.; FASOLO, M.; SLAMI, N.; SUTTORA, C. Characteristics of phonological development as a risk factor for language development in Italian-Speaking pre-term children: a longitudinal study. *Clin. Ling. Phon.*, v. 25, n. 1, p. 53-65, 2011.

EICKMAN, S. H.; MALKES, N. F.; LIMA, M. C. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. **São Paulo Med J.**, v. 130, n. 5, p. 299-306, 2012.

FENSTERSEIFER, A.; RAMOS, A. P. F. Extensão média de enunciados em crianças de 1 a 5 anos. **Pró-Fono**, v. 15, n. 3, p. 251-258, 2003.

FERNANDES, L. V.; GOULART, A. L.; SANTOS, A. M.; BARROS, M. C.; GUERRA, C. C.; KOPELMAN, B. I. Neurodevelopmental assessment of very low birth weight preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. **J.Pediatr.** v. 88, n. 6, p. 471-478, 2012.

FENSTENSEIFER, A.; RAMOS, A. P. F. **Extensão média de enunciados em crianças de 1 a 5 anos.** *Pró-Fono*, v. 15, n. 3, p. 251-258, 2003.

FLORES, M. R.; BELTRAMI, L.; RAMOS, A. P. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Distúrbios da Comunicação**, v. 23, p. 143-152, 2011.

FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 840-852, 2014.

FORREST, K. Diagnostic criteria developmental apraxia of speech used by clinical speech-language pathologists. **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 12, p. 376-380. 2003.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B. The Denver Developmental Screening Test. **Journal of Pediatrics**. v. 71, p. 181-191, 1967.

GARDNER, D. B. **Development in Early Child**. New York: Harper and Row, 1964.

GENTIL, M. **Em cima da hora? O que é isso? Palavras em uso e a elaboração conceitual em um contexto pré-escolar**. (Dissertação de mestrado). Campinas: Faculdade de Educação, Unicamp, 1997.

GESELL, A.; AMASTRUDA, C. S. **Diagnóstico do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOLDBERG, C.; VAN, S. A. **Desenvolvimento motor normal**. In: TECKLIN J. S. *Fisioterapia pediátrica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; p. 35-41, 2002.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In: MARIN, I.; ARAGÃO, R. (Org.). **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 263-278.

GOUVÊA, G.; FREIRE, R. M. A. C.; DUNKER, C. I. L. Sanção em Fonoaudiologia: um modelo de organização dos sintomas de linguagem. **Cad. Est. Ling.**, Campinas, v. 53, n. 1, jan./jun., 2011.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2008.

HAGE, S. R. V. **Investigando a linguagem na ausência da oralidade**. In: MARCHESAN, I.; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. D. *Tópicos em Fonoaudiologia*. V. III. São Paulo: Lovise. cap. 13, p. 197-214, 1996.

HAGE, S. R. V. **A avaliação fonoaudiológica em crianças sem oralidade**. *Tópicos em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Revinter. v. 5, p. 175-185, 2003.

HAGE, S. R. V.; FAIAD, L. N. V. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação - Universidade de São Paulo - Campus Bauru. **Rev. CEFAC**. v. 7, n. 4, outubro-diciembre, p. 433-440, 2005.

HAGE, S. R. V.; PEREIRA, T. C.; ZORZI, J. L. Protocolo de observação comportamental – proc: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**. v. 14, n. 4, p. 677-690, jul./ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Santa Maria – RS, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 13 Out. 2011.

JAKOBSON, R. **Child language, aphasia, and phonological universals**. The Hauge: Mouton; 1968.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem**. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador, BA: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, A.; KUPFER, M. C.; BERNARDINO, L. F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.; MOLINA, S.; SALES, L.; STELLIN, R.; PESARO, M. E.; LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath**. Online, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

JORDENS, P.; LALLEMAN, J. **Language Development**. Amsterdam: Foris Publications Holland, 1988.

FERREIRA JÚNIOR, J. T.; MEDEIROS, N. A.; NÓBREGA, P. V. A.; CAVALCANTE, M.C.B. O bebê, a mãe e o Outro: subjetividade e alteridade no processo de enunciação. In: OLIVEIRA, E. F. L.; FERREIRA, S. S.; BARRETO, T. A. (Org.). **As interfaces da clínica com bebês**. Recife: NINAR – Núcleo de estudos Psicanalíticos, p. 251-271, 2009.

KUPFER, M. C. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. **Rev Latinoame de Psicopatol Fundam**. v. 1, p. 7-25, 2003.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, 2005.

KUPFER, M. C. M. (Coord.). **Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise.** Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Revista latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v. 12, n. 1, mar., 2009.

KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v. 13, n. 1, mar., 2010.

LACERDA, C. B. F. **Inter-relação entre oralidade, desenho e escrita.** São Paulo: Cabral, 1995.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics.** v. 33, p. 159-174, 1977.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito.** Salvador: Ágalma, 2004.

LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. **Palavras em torno do berço.** Salvador: Ágalma, 1997.

LAZNIK, M. C.; PARLATTO-OLIVEIRA, E. Em busca da Melodia. **Rev. Mente e Cérebro,** v. 2, p. 56-61, 2010.

LEVIN, E. **A Infância em Cena – Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LEVINSON, S. C. **Pragmatics.** Cambridge Univ. Press, Cambridge. 1983.

LEWIS, M. M. **Infant Speech: a study of the beginning of language.** New York: Harcourt, Brace and Company, 1936.

LIMA, R. **A linguagem infantil – da normalidade à patologia.** Braga: Edições APPACDM, Distrital de Braga, 2000.

LIMA, R. **Avaliação da fonologia infantil**. dados de uma prova. Coimbra: Livraria Almedina, 2006.

LINDAU, T. A.; LUCHESI, F. D. M.; ROSSI, N. F.; GIACHETI, C. M. Instrumentos sistemáticos e formais de avaliação da linguagem de pré-escolares no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 656-662, mar./abr., 2015.

LOCKE, J. L. **Phonological acquisition and change**. New York: Academic Press; 1983.

LOWE, J. R.; ERICKSON, S. J.; MACCLEAN, P.; SCHRADR, R.; FULLER, J. Association of maternal scaffolding to maternal education and cognition in toddlers born preterm and full term. **Acta Paediatr.**, v. 102, n. 1, p. 72-77, 2013.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: MACKEY, A.; GASS, S. **Second language research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, p. 43-99, 2005.

MARTINS, L. M. O ensino e o desenvolvimento da criança de zero a três Anos. **Ensinando aos pequenos de zero a três anos**. Campinas, Editora Alínea, p. 93-121, 2009.

MASSI, G. A. Dislexia ou processo de aquisição da escrita? **Distúrbios da Comunicação**. v. 16, n. 3, p. 355-369, dez., 2004.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce no autismo**: guia prático para pediatras. Salvador: Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

NUNES, L. R. D. P. **Educação Precoce para bebês de risco**. Em B. Rangé (Org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Editorial Psy II. 1998.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 2, p. 333-342, 2012.

OLIVEIRA, L. D. **Entre a detecção e a intervenção precoces: risco ao desenvolvimento e distúrbio de linguagem**. Santa Maria: 2013. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2013.

OLLER, D. K.; EILERS, R.; BULL, D. H.; CARNEY, A. Prespeech. Vocalizations of a deaf infant: a comparison with normal metaphorical development. **J. Speech Hear Res.** p. 28-47, 1985.

OLLER, D. K.; EILERS, R. The role of audition in infant babbling. **Child Development.** v. 59, p. 441-459, 1988.

PADILHA, A. L. **Possibilidades de histórias ao contrário – ou como desencaminhar o aluno da classe especial.** São Paulo: Plexus, 1997.

PADOVANI, C. M. C. A.; TEIXEIRA, E. R. Do balbucio à fala – reflexões sobre a importância das atividades linguísticas iniciais e o desenvolvimento da linguagem oral em crianças com deficiência auditiva. **Distúrbios da Comunicação.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 45-54, abril, 2005.

PALLADINO, R. R. A propósito dos indicadores de risco. **Distúrbios da comunicação.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 193-201, ago., 2007.

PARLATO-OLIVEIRA, E.; CHRISTOPHE, A.; HIROSE, Y.; DUPOUX, E. Plasticity of illusory vowel perception in Brazilian-Japanese bilinguals. **J. Acoust. Soc. Am.** v. 127, n. 6, p. 3738-3748, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos Psicométricos:** Manual prático de elaboração (pp. 37-71). Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: PASQUALI, L. (Org.). **Técnicas de Exame Psicológico – TEP – Volume I: Fundamentos das Técnicas de Exame Psicológico.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PASSOS, M. C. Sintoma na linguagem da criança e contexto familiar. **Distúrbios da Comunicação.** In: LEMES, J. M. P. LEMES, V. A. M, GOLDFELD, M. Desenvolvimento de linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação,** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 85-94, abr., 2006.

PÉREZ, C. **Evaluación del Lenguaje Oral en la Etapa 0-6años**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1995.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enf.** v. 32, n. 2, p. 153-168. Ago. 1998.

PINTO, F. C. A.; ISOTANI, S. M.; SABATÉS, A. L.; PERISSIONTO, J. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1262-1269, jul./ago., 2015.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods**. 5. ed. Philadelphia: JB. Lippincot; 1995.

RECHIA, I. C; SOUZA, A. P. R.; MEZZOMO, C. L. Processos de apagamento na fala de sujeitos com dispraxia verbal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 3, June, 2010.

RESCORLA, L. Do late talking toddlers turn out to have languages and reading difficulties a decade later? **Annals of Dyslexia**. v. 50, p. 87-102. 2000.

SACCANI, R. **Validação da Alberta Infant Motor Scale para aplicação no Brasil: análise do desenvolvimento motor e fatores de risco para atraso em crianças de 0 a 18 meses**. Porto Alegre: 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SANTOS, M. E.; LYNCE, S; CARVALHO, S.; CACELA, M.; MINEIRO, A. Extensão média do enunciado-palavras em crianças de 4 a 5 anos com desenvolvimento típico de linguagem. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1143-1151, jul./ago., 2015.

SCHERER, S.; CASARIN, F. S.; ZART, P.; RAMOS, A. P. F.; ASSENCIO FERREIRA, V. J. Perfil evolutivo da relação type-token. **Rev. CEFAC**, v. 4, n. 3, p. 223-228.

SCHERER, S.; SOUZA, A. P. R. Types e tokens na aquisição típica de linguagem por sujeitos de 18 a 32 meses falantes do português brasileiro. **Rev. CEFAC**. v. 13, n. 5, p. 838-846, 2011.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. In:

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. v. 20, n. 3. p. 233-240, 2004.

SERENIUS, F.; KALLEN, K.; BLENNOW, M.; EWALD, U.; FELLMAN, V.; HOLMSTROM, G.; LINDBERG, E.; LUNDQVIST, P.; MARSAL, K.; NORMAN, M.; OLHAGER, E.; STIGSON, L.; STJERNQVIST, J. K.; VOLLMER, B.; STROMBERG, B. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after activeperinatal car in Sweden. **JAMA**, v. 309, n. 17, p. 1810-1820, 2013.

SILVA, C. L. C. **A instauração da criança na linguagem: princípios para uma teoria enunciativa em aquisição da linguagem.** Porto Alegre: 2007. (Tese) Doutorado em Teorias do Texto e do Discurso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

SILVA, C. L. C. **A criança na linguagem: enunciação e aquisição.** Campinas: Pontes, 2009.

SILVA, J. O.; MARTINS, J. C.; MORAIS, R. L. S.; GOMES, W. F. Influência da estimulação aquática no desenvolvimento de crianças de 0 a 18 meses: um estudo piloto. **Fisioter. pesqui.** v. 16, n. 4, p. 335-340, out./dez. 2009.

SILVA, P. L.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, V. M. G. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev. bras. Fisioter.** v. 10, n. 2, p. 225-231, 2006.

SOUZA, A. P. R.; OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Revista CEFAC.** v. 14, n. 2, p. 333-342, 2012.

STAMPE, D. **The acquisition of phonetic representation.** In: Papers from Fifth Regional Meeting of Chicago - University of Chicago. p. 433-444, 1969.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, v. 80, p. 217-222, 2003.

SURREAUX, L. **Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem.** 2006 Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006.

SUTTORA, C.; SALERNI, N. Maternal speech to preterm infants during the first 2 years of life: stability and change. **International Journal of Language & Communication Disorders**, v. 46, n. 4, p. 464-472, 2011.

TANNOCK, R. **Desenvolvimento da linguagem e alfabetização: Comentários sobre Beitchman e Cohen**. In: TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. D. E. V. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. p. 1-5, 2011.

TREVARTHEN, C.; MALLOCH, S. **Musicality and music before three: by touch, voice, and expression in movement**. In: Kate White (Ed.). Touch Attachment and the Body, p. 1-15. Karnak, London, 2004.

TREVARTHEN, C.; DELAFIELD-BUTT, J. Autism as a development disorder in intentional movement and affective engagement. **Frontiers in integrative neuroscience**: v. 7, n. 17, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713342/pdf/fnint-07-00049.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

URBINA, S. Fundamentos em fidedignidade. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre (RS): Artmed, p. 121-54, 2007.

VALLERAND, R. J. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. **Canadian Psychologie**, v. 30, n. 4, 1989.

VENDRÚSCULO, J. F.; BOLZAN, G.; CRESTANI, A. H.; RAMOS-SOUZA, A. P.; MORAES, A. B. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os índices de risco ao desenvolvimento infantil. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 24, n. 1, p. 41-52, 2012.

VERLY, F. R. E; FREIRE, R. M. A. C. Indicadores clínicos de risco para a constituição do sujeito falante. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 766-774, mai./jun., 2015.

VIHMAN, M. M.; MACKEN, M.; ILLER, R.; SIMMONS, H.; MILLER, J. From babbling to speech: a re-assessment of the continuity issue. **Language**. v. 61, p. 437-445, 1985.

VIHMAN, M. M. **Phonological development: the origins of language in the child**. Cambridge, Mass: Blackwell; 1996.

VITOLO, M. R.; BENETTI, S. P. C.; BORTOLINI, G. A.; GRAEFF, A.; DRACHLER, M. L. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev Psiquiatr RS**. v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

ZORZI, J. L. Aspectos básicos para compreensão, diagnóstico e prevenção dos Distúrbios de Linguagem na Infância. **Rev CEFAC**. v. 2, n. 1, p. 1-5. 2000.

ZORZI, J.; HAGE, S. R. V. **PROC: Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos: Pulso. p. 93-97, 2004.

YOSHINAGA-ITANO, C. **Cochlear implantation below 12 months of age: challenges and considerations**. In: SCHAUWERS, K. et al. Language acquisition in young children with a cochlear implant. Antwerp: University of Antwerp. p. 61-76, 2002.

WALTZ, C.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. **Measurement in nursing research**. New York: Springer publishing company; 1991.

WANDERLEY, D. B. Diagnóstico precoce: tê-lo ou não tê-lo. In: OLIVEIRA, E.F.L.; FERREIRA, S. S.; BARRETO, T. A. (Org.). **As interfaces da clínica com bebês**. Recife: NINAR – Núcleo de estudos Psicanalíticos, p. 115-127, 2009.

WANDERLEY, D. B.; WEISE, E. B. P.; BRANT, J. A. C. O que há de avaliável no desenvolvimento infantil? Exame e discussão das escalas de avaliação do desenvolvimento infantil mais usadas no Brasil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. Fapesp/Escuta: São Paulo, 2008.

WERNER, J. **Transtornos hipercinéticos: Contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico**. Tese de doutorado. Campinas: FCM/Unicamp, 1997.

WERNER, K. C. G. A intersubjetividade antes da subjetividade na teoria da enunciação de Benveniste. **Signótica**, v. 18, n. 2, 2007.

WIETHAN, F. M.; SOUZA, A. P. R.; KLINGER, E. F. Abordagem terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. **Rev. Soc. Bras. fonoaudiol**. v. 15, n. 3, p. 442-451, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – IRDI - INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL



Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

Nome da criança: _____ DN: _____

_____/_____/_____

| Fases | Indicadores | Presente | Ausente |
|---------------------------|--|----------|---------|
| 0 a 4 meses incompletos: | 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. | | |
| | 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). | | |
| | 3. A criança reage ao manhês. | | |
| | 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. | | |
| | 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. | | |
| 4 a 8 meses incompletos: | 6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. | | |
| | 7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou a outra pessoa está se dirigindo a ela. | | |
| | 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe. | | |
| 8 a 12 meses Incompletos: | 9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a atenção. | | |
| | 10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. | | |
| | 11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. | | |
| | 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. | | |
| | 13. A criança faz gracinhas. | | |
| De 12 a 18 Meses | 14. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada. | | |
| | 15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. | | |
| | 16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. | | |
| | 17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. | | |
| | 18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. | | |

ANEXO B – ITENS DENVER II

Teste de Desenvolvimento de Denver

Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Aplicação: ____/____/____

Data Nasc.: ____/____/____

Idade Cronológica: _____

Cond.Soc. Mol.Fina Ling. Mot.Grossas

IAP: _____

IAC: _____

Result(%) _____

Percentuais Acertos
 Pode ser tirado de 20 a 100
 de inquerito ou administração
 Anotar na lista o desempenho

Obs: _____

* ** (enda, tocando os dedos dos pé nos calcanhar do outro pé)

Consciência Social

| | |
|----|--------------------------|
| 1 | OLHA PARA FALA |
| 2 | RESPONDE SUBRINDO |
| 3 | SABE ESPONTANEAMENTE |
| 4 | BRINCA DE IMITAR PALMAS |
| 5 | JOGA BOLA COM EXAMINADOR |
| 6 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 7 | JOGA BOLA COM OBRIGADO |
| 8 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 9 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 10 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 11 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 12 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 13 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 14 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 15 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 16 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 17 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 18 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 19 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 20 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 21 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 22 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 23 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 24 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 25 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 26 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 27 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 28 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 29 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 30 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 31 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 32 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 33 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 34 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 35 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 36 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 37 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 38 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 39 | JOGA BOLA COM OUTRO |
| 40 | JOGA BOLA COM OUTRO |

Consciência Fina e de Adaptação

| | |
|----|-------------------------|
| 1 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 2 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 3 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 4 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 5 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 6 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 7 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 8 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 9 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 10 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 11 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 12 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 13 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 14 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 15 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 16 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 17 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 18 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 19 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 20 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 21 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 22 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 23 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 24 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 25 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 26 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 27 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 28 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 29 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 30 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 31 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 32 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 33 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 34 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 35 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 36 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 37 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 38 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 39 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 40 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |

Motricidade Fina e de Adaptação

| | |
|----|-------------------------|
| 1 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 2 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 3 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 4 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 5 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 6 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 7 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 8 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 9 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 10 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 11 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 12 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 13 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 14 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 15 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 16 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 17 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 18 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 19 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 20 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 21 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 22 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 23 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 24 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 25 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 26 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 27 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 28 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 29 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 30 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 31 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 32 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 33 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 34 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 35 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 36 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 37 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 38 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 39 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |
| 40 | SEGUIR O OLHAR DE OUTRO |

Linguagem

| | |
|----|--------------------------|
| 1 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 2 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 3 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 4 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 5 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 6 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 7 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 8 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 9 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 10 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 11 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 12 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 13 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 14 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 15 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 16 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 17 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 18 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 19 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 20 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 21 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 22 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 23 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 24 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 25 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 26 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 27 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 28 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 29 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 30 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 31 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 32 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 33 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 34 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 35 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 36 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 37 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 38 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 39 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 40 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |

Motricidade Grossa

| | |
|----|--------------------------|
| 1 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 2 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 3 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 4 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 5 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 6 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 7 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 8 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 9 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 10 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 11 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 12 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 13 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 14 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 15 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 16 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 17 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 18 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 19 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 20 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 21 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 22 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 23 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 24 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 25 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 26 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 27 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 28 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 29 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 30 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 31 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 32 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 33 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 34 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 35 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 36 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 37 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 38 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 39 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 40 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |

Motricidade Grossa

| | |
|----|--------------------------|
| 1 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 2 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 3 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 4 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 5 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 6 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 7 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 8 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 9 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 10 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 11 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 12 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 13 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 14 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 15 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 16 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 17 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 18 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 19 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 20 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 21 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 22 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 23 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 24 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 25 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 26 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 27 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 28 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 29 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 30 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 31 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 32 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 33 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 34 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 35 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 36 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 37 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 38 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 39 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |
| 40 | BRINCA DE BOLA COM OUTRO |

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta Explicativa ao Juiz

Prezado Dr.

Convidamos você para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida na Universidade Federal de Santa Maria, com objetivo de elaborar e validar índices de risco à aquisição da linguagem para as faixas etárias de 3 a 6 meses incompletos; 7 a 12 meses incompletos; 13 a 17 meses incompletos e 18 a 24 meses. Ressalta-se que, como índices, não se pretende criar um protocolo de avaliação, mas tão somente utilizar os índices para que se possa detectar precocemente se algo não vai bem no desenvolvimento de linguagem da criança e se merece avaliação mais minuciosa de um fonoaudiólogo e/ou intervenção precoce. Portanto, não objetiva dar diagnósticos ou profecias negativas às famílias, mas tão somente criar um instrumento que permita ao fonoaudiólogo acompanhar o processo de aquisição da linguagem e tomar medidas promocionais em saúde.

Para que participe desta pesquisa é necessário acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se estiver de acordo assiná-lo e enviar à equipe de pesquisa.

Sua participação se dará como juiz avaliador nos procedimentos de elaboração e validação do conteúdo dos índices. Você foi escolhido por seu conhecimento em teorias de enunciação e em aquisição da linguagem. Também, em alguns casos, por ser fonoaudiólogo com experiência clínica em linguagem infantil, sobretudo em bebês.

É importante ressaltar que os dados fornecidos nos procedimentos são confidenciais, e que, para confirmar sua participação na pesquisa é necessário enviar o TCLE em conjunto com a resposta às solicitações de análise realizadas no prazo de uma semana após o recebimento desta carta.

Após assinatura do TCLE enviaremos os próximos procedimentos.

Atenciosamente Comissão Organizadora da Pesquisa,
Dra. Fga. Ana Paula Ramos de Souza Ms. Fga. Anelise Henrich Crestani

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUIZ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Juiz

Universidade Federal de Santa Maria Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana Projeto de Pesquisa Título do estudo: “Elaboração e validação de índices de risco à aquisição da linguagem para crianças de 3 a 24 meses”

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza

Doutoranda Pesquisadora: Fga. Ms. Anelise Henrich Crestani

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia - Telefone para contato: 55 – 32208659

Nome do participante:

1. Objetivo do Estudo: Elaborar e validar índices de risco à aquisição da linguagem para as faixas etárias de 3 a 6 meses incompletos; 7 a 12 meses incompletos; 13 a 17 meses incompletos e 18 a 24 meses.

2. Explicação dos procedimentos: Você será convidado a responder a algumas perguntas por meio das quais julgará os índices criados. Tal procedimento será realizado individualmente, após ser respondido ele será recolhido pela pesquisadora.

3. Possíveis riscos/desconfortos e benefícios: Desconfortos: O possível desconforto está relacionado ao tempo que disponibilizará para responder ao questionário e à fadiga. Benefícios: Com os resultados deste estudo será possível obter versões confiáveis dos índices de risco à aquisição da linguagem para crianças de 3 a 24 meses, considerando seu conhecimento em linguística da enunciação e em aquisição da linguagem.

4. Direito de desistência: Você pode desistir de participar a qualquer momento sem consequências para as atividades com as quais está ou viria a estar envolvido nessa instituição.

5. Sigilo: Todas as informações obtidas neste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando-se o completo anonimato dos participantes, os quais serão identificados apenas por um número. Assim, seu anonimato está totalmente garantido.

6. Consentimento: Declaro ter lido – ou me foram lidas – as informações acima antes de assinar este termo. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo totalmente as minhas dúvidas. Declaro que ficou clara a possibilidade de contatar o pesquisador pelo telefone acima indicado ou os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Por este documento, tomo parte, voluntariamente, deste estudo.

Dr.

Prof^a Dra^a Fg^a Ana Paula Ramos de Souza

Pesquisadora Anelise Henrich Crestani
Santa Maria ___/___/___

Para dúvidas sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do estudo: ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS E A TERMO E SUA RELAÇÃO COM RISCO PSÍQUICO: DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO

Pesquisador(es) responsavel(is): Ana Paula Ramos de Souza

Colaboradores: Anelise Henrich Crestani, Dani Laura Peruzzolo, Francine Bortagarai, Inae Costa Rechia, Cristina Saling Kruel, Aruna Noal Correia, Fernanda Piccini, Rejane Uhde, Eliara Pinto Biaggio.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia Telefone para contato: 51-32209239

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria e Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal.

Nos próximos itens procuramos esclarecer os objetivos e procedimentos da presente pesquisa e nos dispomos a tirar quaisquer dúvidas que por ventura emergirem a qualquer momento da pesquisa. São eles:

1- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntaria neste estudo, que tem o objetivo principal investigar possíveis associações ente prematuridade, risco psíquico e risco ao desenvolvimento infantil, bem como avaliar a eficácia de formas de intervenção precoce diante de qualquer alteração do desenvolvimento do bebê.

2- A coleta de dados inclui entrevistas e encontros de orientação com a família, observação do bebê e da família durante a consulta pediátrica, testes auditivos e filmagem de interações (conversa ou brincadeira) entre o bebê e sua família durante 15 minutos, por meio das quais analisaremos o desenvolvimento de seu filho. Essas filmagens e observações serão realizadas quando o bebê for trazido para a consulta pediátrica. Prevê-se, portanto, um total de no máximo 30 minutos para a realização de todas as coletas, considerando entrevistas, filmagens e testes. Os dados formarão um banco de imagens para análise do desenvolvimento infantil quanto ao

desenvolvimento das capacidades de pensar, se comunicar e também de se relacionar com a família e demais pessoas. As imagens do bebê com seus familiares poderão contribuir para o ensino de graduação e mestrado do departamento de Fonoaudiologia. Em eventos e congressos só serão apresentados resultados das análises, sem utilização de imagens do bebê e sua família, salvo autorização específica dos familiares.

3- As sessões terapêuticas com a mãe-bebê serão documentadas em relatórios escritos que também farão parte da pesquisa. Entre as intervenções precoces possíveis estão aulas de música para bebês, atendimentos individuais com fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e terapeuta ocupacional. A escolha da intervenção será feita a partir da necessidade do bebê e da possibilidade de frequência do seu familiar.

4- A avaliação auditiva do seu bebê inclui dois tipos de exames: coleta objetiva de dados auditivos por meio de Otoemissões acústicas e dos potenciais evocados de longa latência, e observação de reações auditivas quando tocamos instrumentos para seu bebê sem que ele os veja. Nos exames objetivos, realizados no Hospital Universitário, aos 1 mês, 4, 12 e 24 meses do bebê, haverá a introdução de pequena sonda no ouvido do bebê, sem necessidade de qualquer resposta dele, e sem que ele sinta qualquer dor ou incômodo. Para a realização de tal exame o bebê deve estar dormindo. Para isso, serão fornecidas orientações quanto ao bebê estar bem alimentado e trocado e a marcação do exame em seu horário de sono será acertada previamente com o familiar no horário que for mais conveniente à família. Os exames comportamentais serão realizados em ambiente silencioso com o bebê acordado, no colo da mãe ou outro responsável e serão observadas

as reações dele a estímulos sonoros. O transporte do familiar e do bebê será providenciado, se necessário pelos pesquisadores. Já os bebês que fazem acompanhamento no seguimento de prematuros, terão seu exame marcado em dia de reconsulta usual no setor de pediatria. A coleta dos exames auditivos ocorrerá no setor de audiologia do HUSM (andar térreo).

No caso das filmagens poderão ocorrer no HUSM – em sala silenciosa ou na unidade básica de saúde, a depender do que ficar mais adequado à família.

5- A filmagem das interações se dará antes ou após a consulta pediátrica em sala reservada para isso, onde haverá um colchonete e bebê conforto para acomodar o bebê e a mãe ou responsável apresentará brinquedos ao seu bebê que estarão em uma caixa identificada por faixa etária. A filmagem durará em torno de 15 minutos. As entrevistas e demais testes observacionais também serão realizados durante a consulta pediátrica e antes da filmagem, prevendo-se um tempo máximo de 30 minutos de coleta. Os dados das filmagens serão armazenados para análises da pesquisa e ensino e ficarão de posse do pesquisador por no mínimo 5 anos, em HD externo e computador pessoal, e os prontuários escritos, serão ambos armazenados na sala de orientação dos laboratórios do programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, no andar subsolo do prédio de Apoio da UFSM na rua Floriano Peixoto, Santa Maria, RS- centro, em armário fechado e de acesso apenas aos pesquisadores já mencionados.

6 – A pesquisa possui risco mínimo em função do desconforto ligado ao tempo para responder entrevistas, realizar filmagens e comparecer aos testes auditivos no HUSM.

7 – Os Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo, já que em caso de algum risco iremos orientar aos familiares e/ou atender o bebê e família.

8 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. A mesma proposta de intervenção o seria implementada em caso em que você não quisesse ser voluntario na pesquisa.

9 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade da terapia de seu (sua) filho(a).

10 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa.

11 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais da pesquisa e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

12 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

13 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntario se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

14 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. O banco de imagens poderá ser utilizado em aulas teóricas da graduação e pós-graduação para estudo de casos clínicos.

15- Os pais receberão um DVD com cópias de todas as filmagens de seu bebê ao final da pesquisa.

Eu discuti com o Dr. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a terapias fonoaudiológica, terapia ocupacional, fisioterapia e psicológica quando necessário, no período de vigência da pesquisa, no serviço de atendimento fonoaudiológico e de reabilitação da terapia ocupacional. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ 2014.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal _____
N. identidade _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 201 .

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM, Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7o andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria- RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE D – Entrevista inicial

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
FUNÇÕES PARENTAIS E RISCO PARA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: INTERVENÇÕES
FONOAUDIOLÓGICAS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

AVALIADOR: _____ **DATA:** ____/____/____

Nº DA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança: _____ () M () F

Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____ **IG:** _____

DN-corrigida*: ____/____/____

*Cálculo: número de semanas que faltam para completar 40 semanas somadas à data de nascimento.

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Telefone: _____

Cidade: _____ **UF:** _____

DADOS FAMILIARES

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Estado Civil: solteira () casada () divorciada () viúva ()

Escolaridade materna: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Profissão materna: dona de casa () Outra ()

Especificar: _____

Situação profissional: licença materna () desempregada () não trabalha ()

Número de filhos: _____ **Idade dos filhos:** _____

Nome do pai: _____

Idade: _____

Estado Civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo ()

Escolaridade paterna: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Profissão paterna: _____

Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Outro cuidador: _____

Idade: _____

Parentesco do bebê: _____ Profissão: _____

Estado Civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo ()

Escolaridade: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Número de pessoas que residem na casa: 2 a 4 () 5 a 7 () 8 a 10 () Mais de 11() _____

Renda Familiar*: Até R\$500,00 () Até R\$1.000,00 () Até 2.000,00 () Até R\$3.000,00 () Até R\$ 4.000,00 () Até R\$ R\$5.000,00 Até R\$6.000,00 () Até R\$7.000,00() Mais R\$ 7.001,00()

*Salário mínimo nacional 2014: 724,00

Residência: Própria () Alugada () Cedida/Emprestada ()

Outros: _____

Iluminação: Muito escura () Escura () Clara () Muito clara ()

Não possui ()

Possui (nº): Televisão () DVD () Rádio () Geladeira () Freezer* () Máq. Lavar ()

Carro () Moto () Banheiro ()

Empregada mensalista () Diarista ()

*Geladeiras com congelador, tipo duplex, conta como 1 geladeira e 1 freezer.

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS:

Nº consultas pré-natal: _____ A partir de: 0-3 meses () 4-6 meses () 7-9 meses ()

Intercorrências: () Sim () Não Quais: _____

Ruptura prematura da membrana (bolsa): SIM () NÃO () Quando: _____

Uso de medicamentos: SIM () NÃO () Quais: _____

Uso de drogas () álcool () cigarro ()

INFECÇÕES INTRA-UTERINAS (identificação em meses):

Citomegalovírus () Quando: _____ Rubéola () Quando: _____
 Toxoplasmose () Quando: _____ Herpes () Quando: _____
 Sífilis () Quando: _____ HIV () Quando: _____
 Outros: _____ Quando: _____

HISTÓRICO OBSTÉTRICO (considerar o bebê avaliado na contagem):

Número de gestações: _____ Número de abortos: _____ Número de partos: _____
 Histórico de parto prematuro anterior: Sim () Não () Quantos: _____ OBS: _____
 Gestação: Planejada () Não planejada () Desejada () Indesejada ()

DADOS DO NASCIMENTO

Parto: () Normal/Vaginal () Cesárea Peso: _____ Apgar: 1' ____ 5' ____
 Etnia: branco () negro () hispânico () asiático () índio ()

INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS

UTI neonatal: SIM () NÃO () Tempo de UTI: _____
 Ventilação Mecânica: SIM () NÃO () Tempo ventil: _____
 Medicação Ototóxica: SIM () NÃO () Qual: Penicilina () Gentamicina ()
 Amicacina () Agentes quimioterápicos () Ceftriaxone () Vancomicina ()
 Outros: _____
 Hiperbilirrubinemia: SIM () NÃO () Nível: Leve () Discreto ()
 Infeccioso ()
 Zona: I () II () III () IV ()
 Tempo: Precoce (24h) () Tardio (após 24h) ()
 Procedimentos: Fototerapia () Ex-sanguíneo transfusão ()
 Demais intercorrências: SIM () NÃO () Meningite Bacteriana ()
 Distúrbios Metabólicos ()
 Convulsões neonatais () Hipoglicemia ()
 Hemorragia intra-ventricular () Traumat. Craniano ()
 Pneumonia () Bronquiolite () Otite ()

TIPO DE ALEITAMENTO

Materno exclusivo () Artificial () Misto () Usa mamadeira desde: _____

Qual o tipo de leite artificial utilizado: _____

Dificuldade de alimentação: SIM () () NÃO Tosse () Engasgo ()
Refluxo ()

Usa chupeta: SIM () NÃO () Desde quando: _____

Frequência: Sempre () Às vezes () Especificar: _____

VARIÁVEIS SOCIAIS

Quem permanece mais tempo com a criança: _____

Suporte social: nenhum () marido () mãe () sogra () Outros: _____

Tem contato com outras crianças/adultos (que não os pais e/ou irmãos):

SIM () NÃO ()

Quem/idade: _____

Tem brinquedos: SIM () NÃO () Quais: _____

Tem preferência por algum brinquedo? Qual: _____

Quando acordado o bebê permanece a maior parte do tempo:

Deitado de barriga para baixo () Sentado com apoio ()

Livre para movimentar-se ()

Deitado de barriga pra cima () Sentado sem apoio () Onde: _____

Como ele gosta de ficar:

Deitado de barriga para baixo () Sentado com apoio ()

Livre para movimentar-se ()

Deitado de barriga pra cima () Sentado sem apoio ()

Experimenta diferentes posições quando acordado: () SIM () NÃO

Deitado de barriga para baixo () Sentado ()

Deitado de barriga pra cima () De lado ()

Ela chama você: () SIM () NÃO Como: () chora () grita () resmunga
() vocaliza () olha

Você o chama: () SIM () NÃO Como:

Tem um jeito diferente de chamar outras pessoas: SIM () NÃO ()

Quem: _____

Como: () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha

Ele responde ao seu chamado: () SIM () NÃO Como: () olha () vocaliza () se movimentar-se

Você conversa com o seu bebê: () Sempre () Às vezes () Nunca

Em que situações: () Sempre que acordado () Troca fralda/roupa
 () Quando alimenta () Quando faz dormir
 () Quando brinca com ele () No banho

O que incomoda o bebê: _____

Como ele informa: () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha

Participa da dinâmica familiar: SIM () NÃO ()

Acorda/dorme nos mesmos horários ()

Faz refeições junto com a família () Acompanha a família em passeios ()

Como é a rotina dele: _____

Como dorme à noite, horário/ritual: _____

Onde ele dorme: berço () Cama dos pais () Carrinho () Colo ()

Com quem ele dorme: Sozinho () Com a mãe () Com os pais () Com outra pessoa ()

Enfrentou alguma crise no período de gestação: SIM () NÃO () Quais: _____

Está enfrentando alguma crise situacional: SIM () NÃO () _____

Como a mãe está se sentindo com a chegada do bebê: _____

Como o pai está se sentindo com a chegada do bebê: _____

Histórico familiar de doença mental na família: SIM () NÃO () Quem: _____

INVESTIGAÇÃO AUDITIVA

Perda auditiva/familiares (desde a infância): SIM () NÃO () Quem: _____

Recebeu orientação de profissional de saúde sobre o teste da orelhinha (TAN): SIM () NÃO ()

Profissional que indicou o exame: Médico () Enfermeiro () Fonoaudiólogo ()
 Outro: _____

Já teve infecção de ouvido: SIM () NÃO ()

Reação aos sons: Se assusta com barulho () Procura a voz materna ()

Tem atenção aos sons () Se acalma com a voz materna ()

Na residência você tem hábito de ouvir música: SIM () NÃO ()

Com que frequência: () Todos os dias () Fins de semana Outros: ____