

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

**DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE EM
CASOS DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL E DISTÚRPIO DE LINGUAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luciéle Dias Oliveira

**Santa Maria, RS, Brasil.
2013**

**DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE EM CASOS
DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E
DISTÚRPIO DE LINGUAGEM**

Luciéle Dias Oliveira

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Linguagem Oral e Escrita, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS, Brasil.

2013

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

Dias Oliveira, Luciéle

Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem /

Luciéle Dias Oliveira.-2013.

159 p.; 30cm

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2013

1. Linguagem 2. Desenvolvimento Infantil 3. Detecção Precoce 4. Intervenção Precoce 5. Risco I. Ramos de Souza, Ana Paula II. Título.

© 2013

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

Endereço: Av. Roraima, n. 1000, Cidade Universitária, Santa Maria – RS.

Telefone: (55) 99961195

E-mail: lu_fonoaudiologia@yahoo.com.br

**Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Humana**

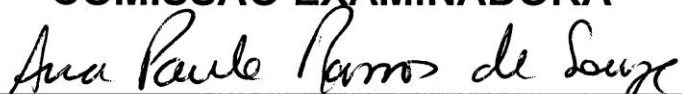
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE EM CASOS DE RISCO
AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DISTÚRBIO DE LINGUAGEM**

elaborada por
Luciéle Dias Oliveira

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

COMISSÃO EXAMINADORA



Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Elenir Fedosse, Dr^a. (UFSM)



Luciane Najjar Smeha, Dr^a. (UNIFRA)

Santa Maria, 15 de março de 2013.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Vera Lúcia e Nelson, à minha irmã Luciane (in memorian) e à minha avó Dona Morena (in memorian).

À minha mãe, pelo amor incondicional, por ser incansável na busca do melhor para mim sempre.

Ao meu pai, por me mostrar cada vez mais que sua simplicidade revela o mais puro coração.

À minha irmã Luciane, a primeira Lu, pelos nove anos de convívio, poucos, mas talvez os mais felizes. Aquelas tardes serão sempre lembradas.

*“Eu continuo aqui
Com meu trabalho e meus amigos
E me lembro de você em dias assim
Dia de chuva, dia de sol
E o que sinto não sei dizer...”*

À minha segunda mãe, minha tão amada avó Dona Morena, sinto tanto orgulho quando dizem o quanto sou parecida com a senhora. Saudades, saudades.

A vocês que compõe o que eu sou hoje, agradeço imensamente por isso, espero tê-los sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à professora Ana Paula Ramos de Souza. Nosso encontro foi essencial para minha formação, uma formação diferenciada, humana, voltada para a vida. Agradeço a confiança e amizade.

As professoras Elenir Fedosse e Luciane Smeha, pela leitura e sugestões que contribuíram para a qualificação deste trabalho.

Aos professores do curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria, pela minha formação profissional.

Aos funcionários do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

Aos bebês e suas famílias, que se dispuseram a participar da pesquisa, e cederam um pouco do seu tempo.

Aos sujeitos atendidos ao longo deste percurso, que me proporcionaram além de conhecimento, muitas alegrias.

Agradeço às minhas queridas colegas, amigas, que dividiram comigo este período: Anelise, Josiane e Mariana. Obrigada pelo apoio, pelas trocas, pelo carinho, e, sobretudo pela amizade em todos os momentos.

Aos colegas da graduação e do mestrado.

À Capes pelo auxílio financeiro.

A tantas outras pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

*It is a joy to be hidden,
but a disaster not to be found.*

Donald W. Winnicott

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE EM CASOS DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DISTÚRBO DE LINGUAGEM

Autora: Luciéle Dias Oliveira
Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 2013

Esta pesquisa circunscreve-se a três sujeitos com distúrbio de linguagem. Aborda como se deu o processo de detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil, e a identificação do distúrbio de linguagem pelos familiares e /ou profissionais da saúde, além de discutir os aspectos do funcionamento da linguagem desses sujeitos. Analisou-se, portanto, como transcorreu o processo entre a detecção de risco por profissionais da saúde e o estabelecimento de demanda terapêutica por parte da família e/ou profissionais. Para fazer tais reflexões, foram selecionados bebês identificados com risco ao desenvolvimento: um bebê com risco biológico evidente (prematuridade) e que teve a intervenção precoce antes dos 24 meses, e dois bebês sem risco biológico evidente (não prematuros, nem com lesões ou síndromes) para a linguagem. Os dois últimos sem intervenção precoce e com inserção mais tardia em terapia fonoaudiológica. Neste estudo, entrevistas com as mães foram realizadas, na busca de dados gerais de saúde das crianças, e dos históricos clínicos incluindo aspectos do funcionamento de linguagem das mesmas. Também, foram realizadas filmagens de aproximadamente 30 minutos, nas quais a situação de interação deu-se a partir dos brinquedos prediletos da criança, relacionados com o mundo infantil contemporâneo. Os episódios foram usados para analisar o funcionamento de linguagem dos sujeitos. As filmagens foram transcritas ortograficamente e os dados de linguagem apresentados em tabelas que identificam os turnos dos interlocutores envolvidos. Os casos foram analisados, tal como se apresentaram, de forma singular no que se refere à escuta do sintoma e ao funcionamento de linguagem, bem como à demanda para a terapia fonoaudiológica. Percebeu-se a importância de considerar a intersubjetividade bebê-adulto, nos casos em questão: das mães, no processo de aquisição de linguagem e os efeitos da intervenção precoce, tanto na sensibilização da escuta de um sintoma, quanto na sustentação da criança na linguagem, a partir da amenização de seu sintoma.

Palavras-chave: Linguagem. Desenvolvimento Infantil. Detecção Precoce. Intervenção precoce. Risco.

ABSTRACT

Master Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

FROM DETECTION TO EARLY INTERVENTION IN CASES OF RISK TO DEVELOPMENT AND LANGUAGE DISORDER

Author: Luciéle Dias Oliveira
Advisor: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 2013

The following research is circumscribed to three subjects who suffer from language disorder. It approaches the process of early detection of risks to development and identification of the language disorder by the family and/or health professionals, as well as discussing aspects of how language works for these subjects. The body of this research is the analysis of how the process between detection of risk by health professionals and establishment of therapeutic demand by the family happens. To make this analysis possible, three babies were selected – all three in risk of development. The first subject: a baby with obvious biological risk (prematurity) and had an early intervention; the other two babies don't had biological risk (not premature, nor lesions or syndromes) for language. The last two babies were not subjected to an early intervention and had late speech-language therapy. For this study, interviews were conducted with the aim of gathering general data on the subjects' health, with the main focus on matters of communication and language. Footage of the subjects was also taken, in which a scenario was created and organized with the babies' favorite toys, with themes related to child contemporary world, with the objective of analyzing how the subjects' language worked. The episodes were used to analyzing how the subject's language worked. The footage was transcribed orthographically and language data presented in tables that identify the shifts of the interlocutors involved. The cases were analyzed as they unfolded, in a singular manner in what concerns symptom detection and language functionality, as well as the demand for speech-language therapy. In all cases, it's important to notice the baby-adult intersubjectivity, specially of mothers in the process of language acquirement, as early as the first protoconversations. Moreover, it's important to raise awareness of the effects of early intervention, particularly the process of symptom detection, as well as stabilizing the child's language with the aim of reducing symptoms.

Keywords: Language. Child Development. Early Detection. Early Intervention. Risk.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil-IRDIs Finais	41
Quadro 2- Mecanismos Enunciativos do Processo de Aquisição da Linguagem	53
ARTIGO 1	
Quadro 1-IRDIs	80
ARTIGO 2	
Quadro 1- IRDIs...	101
Quadro 2 - Convenções de Transcrição.....	103
Quadro 3 - Cena de Interação entre T, MT e P	105
Quadro 4 - Cenas de Interação entre T, MT e IT, aos 24 meses R, MR e P.....	107
Quadro 5 - Cena de Interação entre R, MR e P	111
Quadro 6 - Cenas de Interação entre R, MR, IR e P, aos 24 meses.....	114
Quadro 7- Cenas de Interação entre M, MM e PM, aos 21 meses	118

LISTA DE ABREVIATURAS/REDUÇÕES

CCS	Centro de Ciências da Saúde
CRS	Conselho Regional de Saúde
CSA	Comunicação Suplementar e/ou Alternativa
ED	Estabelecimento de Demanda
EP	Estimulação Precoce
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FP	Função Paterna
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IRDIS	Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil
PA	Alternância Presença/Ausência
SS	Suposição de um Sujeito
SUS	Sistema Único de Saúde
TU	Terapeuta Único
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1.Detecção e Intervenção Precoces em Casos de Risco ao Desenvolvimento na Infância	29
1.1 Desenvolvimento Infantil: definições e caracterização	29
1.2. A Detecção Precoce de Orientação Psicanalítica	37
1.3 Interdisciplinariedade e Intervenção Precoce.....	45
2. Do Funcionamento da Linguagem em Tempos de Constituição Psíquica e Linguística	51
2.1 A aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa: contribuições para pensar o risco ao desenvolvimento.....	51
2.2. Funcionamento de linguagem e sintoma: por uma perspectiva enunciativa na sustentação do processo de intervenção precoce	58
3. METODOLOGIA	69
3.1.Delineamento:	69
3.2. Da Seleção dos Sujeitos:	70
3.3.Aspectos Éticos:.....	71
3.4. Instrumentos de Coleta:	72
3.4. Procedimentos de Coleta de Dados do Projeto Geral:.....	72
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados Específicos a esta Pesquisa	74
3.6.Análise dos Dados	75
4. RESULTADOS	76
4.1 ARTIGO 1 - DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE: O DIZER MATERNO SOBRE O SINTOMA DE LINGUAGEM	77
Introdução	77
Método	79
Resultados	81
Do não estranhamento materno à ausência de fala do filho: caminhos da díade MT-T.....	82
A percepção precoce de que algo não ía bem no desenvolvimento do filho: caminhos da díade MR-R.....	84
A percepção do distúrbio de linguagem: caminhos da díade MM-M.....	88
Discussão.....	91

Conclusão.....	75
Referências Bibliográficas	76
4.2 ARTIGO 2 – O DISTÚRBO DE LINGUAGEM EM TRÊS SUJEITOS COM RISCO AO DESENVOLVIMENTO: UMA PERSPECTIVA ENUNCIATIVA DO FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM	97
Introdução.....	98
Método.....	100
Resultados.....	104
Discussão	121
Conclusão.....	126
Referências Bibliográficas	127
5. DISCUSSÃO	131
6. CONCLUSÃO.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
APÊNDICES e ANEXOS.....	149
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	149
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a criação do banco de imagens	151
APÊNDICE III- Termo de Confidencialidade	153
APÊNDICE IV- Entrevista de Variáveis Sóciodemográficas e Histórico Obstétrico das Puérperas	155
APÊNDICE V- Entrevista Inicial de Desenvolvimento da Linguagem.....	157
ANEXO A - Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIs	159

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa originou-se de um projeto mais amplo que abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças submetidas à avaliação pelos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), na cidade de Santa Maria. Em 2010, 183 crianças, com um mês de vida ou mais, foram avaliadas no setor de Triagem Auditiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. Dessa amostra inicial, um grupo menor, 56 crianças, seguiu sendo avaliado até os 18 meses de idade. A referida pesquisa foi encerrada no final de 2011, e após seu término, 22 crianças foram acompanhadas até os 24 meses, por apresentarem risco ao desenvolvimento.

Todas as crianças acompanhadas não apresentavam limites biológicos evidentes como lesões ou síndromes. Porém, algumas delas possuíam a prematuridade como fator de risco biológico. A hipótese do grupo de pesquisa para as 22 crianças com risco ao desenvolvimento foi a de que entre elas poderia haver um subgrupo com risco à aquisição da linguagem. De fato, cinco crianças apresentaram distúrbio de linguagem e iniciaram terapia fonoaudiológica, sendo que apenas uma iniciou intervenção precoce, antes da terapia fonoaudiológica.

Esta pesquisa circunscreveu-se a três sujeitos deste grupo de cinco diagnosticados com distúrbio de linguagem. Buscou-se abordar como se deu o processo de detecção precoce de risco ao desenvolvimento, a identificação do distúrbio de linguagem (pelos familiares e/ou profissionais) e os aspectos do funcionamento da linguagem desses sujeitos. Portanto, analisou-se como transcorreu o processo entre a detecção de risco e o estabelecimento de demanda terapêutica, por parte da família e/ou profissionais que os acompanharam durante a pesquisa. Para tais reflexões, foram selecionados três bebês: um bebê com risco biológico evidente (prematuridade) e que teve a intervenção precoce, e dois bebês sem risco biológico evidente (não prematuros, nem com lesões ou síndromes) para a linguagem. Desses dois bebês, observou-se, com o passar do tempo, que um parecia não possuir nenhuma limitação biológica para a aquisição da linguagem e o outro apresentou alguns sinais, como por exemplo, quase ausência de vocalizações e ausência total de balbúcio, o que poderia ser considerado um risco biológico para a aquisição da linguagem. No entanto, mesmo neste caso, não se descarta a

possibilidade de fatores ambientais, sobretudo a relação parental com o menino, serem os únicos responsáveis por sua postura silenciosa. Ambos iniciaram tardiamente a intervenção terapêutica (atendimento fonoaudiológico), ou seja, após 24 meses de idade.

Para pensar as bases do desenvolvimento infantil, serão abordados nesta dissertação os pressupostos de detecção e estimulação precoces de orientação psicanalítica que, na realidade do estado do Rio Grande do Sul, têm-se no Centro Lydia Coriat de Porto Alegre um espaço fundamental de formação. Este centro apresenta trabalhos fundamentais em seus cadernos sobre o desenvolvimento infantil como o de A.Jerusalinsky e Coriat (s.d.)¹ que norteiam esta pesquisa. Tais autores diferenciam aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento infantil. Entre os aspectos estruturais estão os fatores biológicos e psíquicos; sendo que os aspectos estruturais psíquicos abrangem tanto o psicoafetivo (fundamentado nas relações parentais), quanto à emergência da cognição. A linguagem é situada, por esses autores, como um aspecto instrumental do desenvolvimento, por privilegiarem sua função comunicativa. O referido texto de A.Jerusalinsky e Coriat (s.d.) permite pensar que tanto os aspectos biológicos quanto os psíquicos devem ser analisados em conjunto no processo de detecção precoce de problemas do desenvolvimento infantil.

No entanto, em trabalhos posteriores de A.Jerusalinsky (2010) e de J.Jerusalinsky (2002)², a linguagem não é definida apenas como de ordem instrumental, mas como aspecto fundamental na constituição e estruturação do sujeito, ou seja, na sua relação com o mundo. Isso porque é a partir da entrada no mundo da linguagem (do simbólico) que a criança ou *infans* (aquele que não fala) nasce enquanto sujeito, o que lhe permite colocar-se e posicionar-se no meio social. Tal ponto de vista também é reforçado por Catão (2009), que se reporta à fala de uma criança atendida por ela, para reiterar tal concepção: “o bebê nasce pela boca”.

¹ Apesar de A.Jerusalinsky e Coriat (s.d) utilizarem o termo “Estimulação Precoce” (EP), quando defendem o atendimento psicanalítico na mais tenra idade de uma criança, neste trabalho optou-se por utilizar o termo “Intervenção Precoce”, visto que em grande parte do país, diferentemente do trabalho desses autores, “estimulação precoce” refere-se a técnicas comportamentalistas.

² J.Jerusalinsky refere-se à Julieta Jerusalinsky e A.Jerusalinsky, à Alfredo Jerusalinsky. Alfredo Jerusalinsky é psicólogo, um dos norteadores da clínica em estimulação e detecção precoce de orientação psicanalítica no Rio Grande do Sul e pai da Julieta Jerusalinsky, psicóloga, dedicada ao atendimento materno-infantil.

O enunciado, eivado pela usual inocência infantil, sintetiza a importância da linguagem no processo de constituição psíquica, sendo ela ao mesmo tempo, estruturante e instrumental (A.JERUSALINSKY, 2010; J.JERUSALINSKY, 2002, CATÃO, 2009).

Esse processo de constituição psíquica ocorre a partir da relação da criança com o outro encarnado, representante do Outro³. O Outro permite o processo de identificação e constituição psíquicas, de modo que a criança possa chegar a sua própria criação enquanto sujeito de desejo (J. JERUSALINSKY, 2002). Para a autora, as primeiras relações que levam o bebê a constituir-se na linguagem dizem respeito ao exercício das funções parentais (materna e paterna), seja quem for o outro encarnado que as exerça. Portanto, evidencia-se a relevância dessas primeiras relações para a aquisição da linguagem, já que falhas nesta etapa inicial podem trazer futuros problemas linguísticos e psíquicos (BOING e CREPALDI, 2004; KLEIN e LINHARES, 2006; LAZNIK, 2004).

Vários autores lançam um olhar sobre as interações linguísticas iniciais, e afirmam que adulto e criança são parceiros (DE LEMOS, 1989), e que as relações familiares têm papel fundamental na apropriação da linguagem pela criança (PASSOS, 2003), pois ao derramar seu olhar para a criança o cuidador convoca-a como um lugar para seus enunciados, faz dela um endereço, um ser que pode escutar (PALLADINO, 2007). Essas relações são fundamentais para que a criança constitua a linguagem e por ela seja constituída, o que se evidencia, na enunciação da criança, na emergência das primeiras palavras que, comumente, aparecem ao início do segundo ano de vida.

A propósito dos ditos acima, Silva (2009) propõe, inspirada em Benveniste (1995), mecanismos enunciativos que explicitam a constituição da criança (eu) na linguagem, a partir do diálogo com o outro (tu), tendo a língua como um terceiro elemento (ele). A autora demonstra, em um estudo de caso, a emergência lógica de mecanismos enunciativos tais como a passagem do preenchimento de turno, do outro, para o preenchimento de turno pela criança; a possibilidade de estabelecer co-referência verbal e a constituição discursiva mais elaborada do pequeno infante.

A lógica demonstrada na emergência dos mecanismos enunciativos expõe um olhar sobre o processo de aquisição da linguagem que se reveste de grande

³ Ver distinção entre os termos “outro” e “Outro” na página 22, que se encontra na seção 1 - capítulo 1, deste trabalho.

importância, embora talvez não suficiente, para o processo de detecção precoce de risco à aquisição da linguagem e possível emergência de distúrbios de linguagem. Isso porque a autora privilegia a interação bebê-adulto, e não apenas os aspectos biológicos centrados nos marcos evolutivos do desenvolvimento de linguagem, uma vez que toma o diálogo como unidade central de análise, assim como De Lemos (1989) faz, na perspectiva interacionista. Esta autora inaugura a consideração do papel do outro na análise do processo de aquisição da linguagem, ao observar que, no estabelecimento do diálogo, os adultos irão incluir o bebê em rotinas significativas, nas quais a língua (gem) é o elo entre os participantes. Silva (2009) afirma que, apesar do avanço proporcionado pela proposta de De Lemos (1989) no campo da aquisição da linguagem, ainda há a necessidade de uma explanação mais profunda acerca da natureza da relação sujeito-linguagem nesse campo. A partir da teoria de Benveniste, Silva (2009) delinea uma nova proposta teórica para o campo, cujo interesse maior a este trabalho é o fato de a análise da linguagem infantil ser possível desde o nascimento do bebê.

Tal posição teórica é interessante a este trabalho pelo fato de retomar a noção de sujeito no interior dos estudos da linguagem. Conforme afirma Surreaux (2006), as proposições de Benveniste são marcantes para se discutir a noção de sujeito linguístico, fundamental a esta pesquisa, pois reabrirá um estudo benvenisteano de aquisição da linguagem. Mas, mais que isso, Silva (2009) no campo da aquisição e Surreaux (2006) no campo clínico dos distúrbios de linguagem, apontam para a possibilidade de convocação de um exterior teórico à linguística para o debate da noção de sujeito, e apresentam uma posição epistemológica compatível com a noção de sujeito da teoria psicanalítica. Os pressupostos psicanalíticos proporcionam uma escuta para o dizer do sujeito em sofrimento no âmbito da linguagem, nesse sentido, é preciso fazer um deslocamento para além da abordagem do sintoma como patologia, a fim de que haja uma escuta do sujeito que anuncia o sofrimento em sua forma peculiar de falar (SURREAUX, 2009).

Segundo Surreaux (2006), quando a emergência das primeiras palavras não ocorre a contento, produz-se uma evidência aos interlocutores adultos de que algo

não vai bem no processo de aquisição da linguagem⁴. Na pesquisa longitudinal, na qual, especialistas acompanham o desenvolvimento infantil, como a pesquisa IRDIs em Santa Maria, tal evidência é clara aos pesquisadores e terapeutas, mas pode não sê-lo para os pais das crianças. Entende-se que há um caminho que nem sempre é direto entre a detecção precoce e o estabelecimento de demanda familiar para uma intervenção precoce, como será visto nos casos aqui analisados. Pode haver um longo tempo entre a detecção precoce e a percepção e aceitação familiar de que há a necessidade de intervenção terapêutica, seja precoce ou não.

Neste estudo, entende-se, assim como Surreaux (2006) que a evidência de um distúrbio de linguagem, pode-se manifestar como a ausência de fala, mas isso não é suficiente para pensar o funcionamento de linguagem e uma proposta terapêutica. A presença de um sintoma na linguagem pode não ser suficiente para que a família entenda que há um sofrimento, da criança, em curso. Identificar o sofrimento de uma criança torna-se ainda mais nebuloso, quando não há sintoma no funcionamento de linguagem ou obstáculo instrumental ao desenvolvimento, mas quando o obstáculo está no terreno do psíquico, ou seja, quando não é na ausência de fala que se evidencia o sintoma, mas no campo discursivo, no processo de semantização da língua, visível nos casos de risco psíquico, como recentemente apresentou Flores (2012).

Cria-se, então, um impasse ético entre alertar ou não a família para a necessidade de uma intervenção terapêutica, sem com isso enunciar profecias negativas sobre o desenvolvimento da criança, tanto em relação à linguagem oral quanto a outros aspectos cognitivos e afetivos. É complexo, no campo do cuidado de crianças pequenas, indicar demanda terapêutica (quer pelo reconhecimento da percepção familiar de que algo não vai bem, quer pelo favorecimento dessa percepção, por profissionais quando ela ainda não se deu). Ressalta-se que esse trabalho deve ser muito cuidadoso, pois os pais não podem ser culpabilizados, mas sim sentirem apoio e socorro às suas ansiedades e necessidades.

⁴ Neste trabalho não é utilizado o termo “atraso de linguagem”, pois atraso denota no campo fonoaudiológico, a noção de “fora de época” e o que vemos na maior parte dos casos é uma singularidade que aponta risco até 18 meses, e evidente distúrbio em alguns casos após 18 meses. Além disso, não é apenas o nível semiótico que define o distúrbio, mas também o processo de semantização da língua. Ver o trabalho de Flores (2012) para maior discussão do tema. Por isso, o grupo liderado pela professora Ana Paula Ramos de Souza (UFSM) prefere os termos risco ou distúrbio a depender da singularidade de cada caso.

Conforme dito anteriormente, busca-se, nesta pesquisa, analisar como se deu o acompanhamento de três crianças: o processo de detecção precoce, a identificação de risco à aquisição da linguagem (ou eventual presença de um distúrbio de linguagem), bem como o estabelecimento da demanda familiar e/ou profissional para o processo de intervenção precoce.

Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre os históricos de detecção de risco ao desenvolvimento e o estabelecimento da demanda para a intervenção precoce, bem como analisar a relação dos aspectos singulares desses históricos e o domínio dos mecanismos enunciativos, em seu funcionamento semiótico e semântico nas três crianças. Neste sentido, evidencia-se o processo de formulação de uma hipótese singular de funcionamento de linguagem, específica ao distúrbio de linguagem de cada criança.

Para sustentar as análises aqui propostas, propõem-se, na revisão de literatura, dois capítulos. No primeiro são abordados estudos de detecção e intervenção precoces na perspectiva do grupo de pesquisa e extensão, do qual participa a autora deste estudo, ou seja, abordam-se estudos que apresentam como olhar fundamental a noção de aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento infantil recorrendo-se a vários estudos sobre detecção e intervenção precoces de A.Jerusalinsky e Coriat e de outros estudos de vertente psicanalítica, bem como aos resultados já analisados no interior da pesquisa IRDIs, em Santa Maria, conduzida pela orientadora deste trabalho.

O funcionamento de linguagem, tanto em tempos de aquisição quanto em relação ao distúrbio de linguagem, são enfocados no segundo capítulo. Para tanto, são discutidos os trabalhos de Silva (2009), no campo da aquisição da linguagem, e os trabalhos de Surreaux (2006) e Cardoso (2010) no campo da clínica dos distúrbios de linguagem.

No terceiro capítulo, é exposta a metodologia geral da pesquisa que inclui o relato da pesquisa IRDIs, em Santa Maria, até a idade de 18 meses das crianças, a seleção do grupo aqui analisado, a coleta e a análise que embasaram a construção dos dois artigos que constituem esta dissertação.

No capítulo de resultados são apresentados os artigos referidos. O primeiro - "Da detecção à intervenção precoce: o dizer materno sobre o sintoma de linguagem"- trata do histórico da detecção precoce e do estabelecimento da demanda terapêutica, e o segundo - "O distúrbio de linguagem em três sujeitos com

risco ao desenvolvimento: uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem”- discorre sobre o funcionamento de linguagem dos sujeitos a partir de um olhar enunciativo, levando-se em conta os mecanismos enunciativos de aquisição da linguagem presentes nos casos analisados e o estabelecimento de uma hipótese de funcionamento de linguagem, a partir de princípios enunciativos de avaliação da linguagem. Neste capítulo, são analisados os processos singulares (a condição de cada criança) para tentar responder a questões como: O que ocorre entre a detecção e intervenção precoce? Como isso pode ser vislumbrado singularmente na relação entre o histórico de cada caso e o funcionamento de linguagem que emerge na interlocução da criança e seus outros encarnados?

O último capítulo corresponde à conclusão deste estudo.

1. DETECÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOSES EM CASOS DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA

Este capítulo é composto de uma resenha sobre desenvolvimento infantil inicial (seção 1), dos processos de detecção precoce de orientação psicanalítica⁵ (seção 2) e da visão interdisciplinar de intervenção precoce que embasa o grupo de pesquisa no qual se insere este estudo, porque se acredita que é necessário traçar um quadro teórico de referência, utilizado no estudo sobre tais processos (seção 3), para que se possa avançar no entendimento das manifestações infantis e conseqüentemente, no cuidado à infância.

1.1 Desenvolvimento Infantil: definições e caracterização

Ao propor a reflexão sobre as bases do desenvolvimento infantil, faz-se necessária a distinção entre os termos desenvolvimento, crescimento e maturação, pois em função de diversas intervenções com a infância, seus sentidos podem ser confundidos e superpostos (J.JERUSALINSKY, 2002).

Desenvolvimento, crescimento e maturação referem-se aos processos evolutivos da criança, mas em perspectivas diferentes (A.JERUSALINKY e CORIAT, 1997). O crescimento é mensurável, refere-se aos aumentos de tamanho, peso e volume, pois trata das mudanças pôndero-estaturais. A maturação, também centrada no orgânico, é vista como a conclusão das estruturas biológicas e suas articulações, que leva a coordenações cada vez mais complexas, possibilitando o exercício pleno de suas funções (A.JERUSALINKY e CORIAT, *op. cit*; J. JERUSALINSKY, 2002). O biológico nada mais é que a maturação do sistema nervoso central que rege as possibilidades de o sujeito estabelecer intercâmbio com o meio, ampliando-as ou limitando-as (A.JERUSALINSKY e CORIAT, s.d).

⁵ Fala-se em orientação psicanalítica porque este trabalho não é um trabalho teórico de psicanálise. Utiliza conceitos psicanalíticos acerca da constituição psíquica como referencial teórico para o desenvolvimento psicoafetivo do bebê. Isso porque acredita que todo profissional em intervenção precoce necessita de uma abordagem interdisciplinar (se possível transdisciplinar) que abranja saberes acerca do biológico, do psíquico (dimensões subjetiva e cognitiva) e do linguístico no desenvolvimento de um bebê.

A definição de desenvolvimento, segundo os autores referidos, é mais abrangente, pois se trata das transformações globais, que incluem o crescimento e a maturação (processos relativos aos sistemas constitutivos do corpo e encefálico), bem como os processos psicológicos. Dessa forma, não se reduz a um caráter orgânico puro, mas do *corpolingüagem*, referenciado na cultura. O desenvolvimento é um processo que se redefine a cada momento, de acordo com a cultura e as condições biológicas da criança (A.JERUSALINSKY e CORIAT, 1997). Quando o sujeito é afetado pelo significante, é preciso que haja um sistema nervoso, uma base orgânica, para que este significante que o afeta fique registrado (MAGALHÃES, 2006).

Conforme já dito (pág. 22), para A.Jerusalinsky e Coriat (*op. cit.*), quando se fala em desenvolvimento é necessário distinguir as articulações que constituem o sujeito e os instrumentos de que esse se vale para realizar seus intercâmbios com o meio ambiente e, para tanto, propõem a distinção entre os aspectos *estruturais* e *instrumentais* do desenvolvimento. Os aspectos estruturais são compreendidos pelo suporte orgânico e o psíquico, pela sua dimensão subjetiva e cognitiva.

Quando os autores explanam sobre o psíquico, transitam na definição de estrutura psíquica – subjetiva - relacionada à estrutura familiar do bebê e seu lugar como sujeito dentro da família (A.JERUSALINSKY e CORIAT, s.d.). O lugar em que os pais colocam o filho será preponderante para sua constituição subjetiva, a qual definirá seu lugar no mundo do desejo, de se diferenciar do Outro e marcar seu caminho na vida e no mundo.

Salienta-se que estes autores compartilham da visão de Lacan, na qual o Outro é visto como lugar essencial da estrutura do Simbólico, que intervém em linguagem além do outro corporificado, ou seja, o outro semelhante, parceiro imaginário, aquele com quem nos identificamos (VANIER, 2005). É o Outro enquanto lugar simbólico que determinará o sujeito, sendo a função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Além da estrutura psíquica, há a estrutura cognitiva: o sujeito do conhecimento dado pela percepção dos esquemas de comportamento baseados nas reações aos objetos do entorno. Essa estrutura inicia-se quando a criança começa a se interessar pelo ambiente, passando a experimentá-lo e a utilizá-lo cada vez mais para a realização de diferentes intercâmbios (A.JERUSALINSKY e CORIAT, s.d).

Ressalta-se na estrutura psíquica a inclusão das contribuições contextuais/ambientais que podem favorecer ou dificultar a relação mãe/bebê, como, por exemplo, a escolaridade da mãe. Alguns autores ressaltam a interferência de tal fator no desenvolvimento infantil. Na pesquisa IRDIs de Santa Maria apresentou-se como importante fator de risco (CRESTANI, 2012). Há outros estudos, no entanto, que tal interferência não foi verificada como o realizado com um grupo de crianças de dois a vinte e quatro meses em uma Unidade Básica de Saúde em Minas Gerais, no qual a escolaridade materna não apresentou influência na linguagem infantil (ESCARCE *et al.*, 2012). Neste estudo, convém considerar o fato de a amostra estudada ser muito homogênea em termos de escolaridade. Praticamente todas as mães possuíam baixa escolaridade. Enquanto no estudo de Santa Maria havia uma variação maior o que permitiu testar o fator escolaridade em relação a sua interferência no desenvolvimento infantil.

Todd (2006) e Magnosun *et al.* (2009) propõem atenção especial ao nível de escolaridade das mães, por considerarem este aspecto como elemento básico, que reflete nos cuidados com a gestação e com a saúde da criança. O aumento da escolaridade materna dá à mãe maior conhecimento sobre as necessidades do filho, como também amplia a percepção para a melhoria de alguns aspectos do ambiente, sendo esses fatores determinantes no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva das crianças (MAGNOSUN *et al.*, 2009).

Além disso, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2009) corroboram com esses estudos, ao proporem que a escolaridade materna é vista como um fator determinante no desenvolvimento infantil. Assim, a influência das condições ambientais, relacionada ao nível de escolaridade materna, são vistos como fatores que podem influenciar no desenvolvimento cognitivo de crianças e ao mesmo tempo contribuir para melhor estimulação na infância (ANDRADE *et al.*, 2005). Portanto, há uma complexa gama de fatores que se combinam para os desfechos do desenvolvimento infantil.

A pesquisa IRDIs, em Santa Maria, demonstrou, por outro lado, sobretudo os casos analisados por Flores (2012), que mães com melhor escolaridade não estão imunes ao prolongamento da simbiose inicial, o que colocou as crianças em risco em termos de desenvolvimento. Segundo a autora, sempre está em jogo o histórico da mãe como filha e suas características psíquicas atuais. Por isso, a importância de teorias de subjetividade e de linguagem que levem em conta a singularidade de

cada caso, para além dos princípios gerais de desenvolvimento infantil e dos dados epidemiológicos que definem aspectos gerais para a população, mas não eliminam a necessidade de se pensar a singularidade de cada caso na clínica da infância.

Em linhas gerais, pode-se assegurar que cada fase vivenciada no processo do desenvolvimento infantil apresenta aspectos biológicos, psíquicos e cognitivos em uma ação sincronizada, principalmente, nos dois primeiros anos de vida. Há nesse período uma espécie de amálgama desses aspectos, que a partir daí vão gradativamente se diferenciando com o aprimoramento das habilidades instrumentais.

Quanto aos aspectos instrumentais, A.Jerusalinsky e Coriat (s.d.) ressaltam que estes são as ferramentas necessárias para que o sujeito realize seus intercâmbios com o mundo e consigo mesmo. Essas ferramentas são importantes para que ele possa atender aos seus desejos, a partir do que sua estruturação permite, utilizando-se da psicomotricidade, da aprendizagem, do brincar, da linguagem/comunicação e dos hábitos de vida diária.

Os instrumentos são marcantes para a eficácia da evolução neuropsicomotora (pela sua proximidade de ação nos primeiros anos de vida da criança) que, junto aos aspectos estruturais, fazem a diferenciação de si em relação ao Outro. Assim, o desenvolvimento infantil é um lugar de encontros possíveis entre estrutura e instrumento. Apresenta-se como caminho de base para a evolução que acontece de maneira singular e própria em cada humano.

Nesse sentido, J.Jerusalinsky (2002) afirma que o desenvolvimento de um bebê não opera apenas por automatismo biológico, pois, de nada adianta um organismo são se não houver quem o introduza no mundo do humano. Somente assim, um bebê pode desenvolver-se na sua instrumentalização: na linguagem, na psicomotricidade e em atividades de vida diária.

O bebê nasce pronto para ir ao encontro do Outro, e ele só se sustenta nesse Outro (função materna e paterna). São os aspectos do Outro que impulsionam o bebê para se desenvolver. O outro encarnado, representante do Outro, cuida, antecipa para o bebê e oferece seu desejo como elemento fundamental para que ele (o bebê) evolua. Essa experiência inicial é o momento do encontro entre duas estruturas de natureza muito diferentes: o corpo do bebê (constituído de um real biológico) e o campo do simbólico (MAGALHÃES, 2006).

Para que haja aquisição instrumental e o desenvolvimento possa produzir-se é necessário o enlaçamento com o circuito de desejo e demanda do Outro que produz antecipações imaginárias endereçadas ao bebê e postas em ato nos cuidados que lhes são dirigidos (J. JERUSALINSKY, 2002). Dessa forma, ressalta-se a importância dos cuidados iniciais, das primeiras relações na vida de um bebê, para que o seu desenvolvimento se dê a contento.

Sabe-se que, nessas primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que exerça a função materna (não necessariamente a mãe biológica). A função materna é constituída pelos cuidados básicos que permitem que o bebê sobreviva (SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006). Contudo, para que sobreviva psiquicamente, esses cuidados devem ir além da mera satisfação de suas necessidades biológicas. É o “a mais” que a mãe dá - a relação afetiva, o diálogo, o olhar, o toque - que possibilita ao bebê construir sua vida mental.

Para que ocorra a constituição mental, é necessário que a mãe não esteja presente nessa relação só com seu corpo, é preciso que haja desejo (presença psíquica), o que implica que ela tenha na sua vida e na sua história, um lugar para esse filho, bem como para que possa transmitir a ele os valores da cultura, os valores simbólicos e não só seus desejos pessoais (BERNARDINO, 2008). Não se trata, portanto, de práticas maternas definidas apenas por comportamentos específicos de cuidados, mas da existência de um projeto simbólico para o bebê (J. JERUSALINSKY, 2002).

O vínculo, quando estabelecido, entre aqueles que exercem as funções parentais, inicialmente de modo mais preponderante a mãe ou quem exerce sua função, é de extrema importância para o desenvolvimento global das crianças, inclusive em relação à linguagem (CORDEIRO, 2000), foco deste estudo. Ele permite que a suposição de um sujeito se dê de modo que o adulto sustente o bebê (*infans*) no diálogo, mesmo quando ele ainda não produz signos reconhecíveis pelo interlocutor. A propósito, de Benveniste (1995) retira-se importante conceito: a possibilidade de interpretação dada pela língua. Essa possibilidade permite o que se

pode chamar de uma “semiologia corporal do bebê”⁶, o que propicia seu funcionamento na linguagem.

Nesse sentido, as atitudes conscientes, e até mesmo inconscientes, daqueles que ocupam as posições parentais (em especial a mãe) podem favorecer as ações do bebê, como podem também obstaculizar o seu desenvolvimento. No ambiente familiar, a criança pode receber proteção ou conviver com riscos para o seu desenvolvimento (ANDRADE *et. al.*, 2005). A mãe é quem consegue interpretar os sinais sutis da criança e responder adequadamente a eles (ANDRADE *et. al.*, 2005; BOING e CREPALDI, 2004). Na ausência de vínculo adequado, podem surgir dificuldades na aquisição de habilidades futuras, pois nos primeiros meses e anos de vida, o desenvolvimento e o crescimento infantil estão mais vulneráveis aos efeitos ambientais.

Conforme Winnicott (1978), a mulher, ao ter seu bebê, entra em um estado denominado “preocupação materna primária”, no qual há uma sensibilidade aumentada, cujo objetivo é propiciar a ela a preocupação com seu bebê conseguindo empatizar tais necessidades e, assim, satisfazê-las efetivamente. Nesse período, uma mãe “suficientemente boa” (termos usados pelo autor) é aquela que consegue valorizar a sua importância para que o desenvolvimento mental do bebê possa ocorrer adequadamente. A preocupação materna primária está contida na função de *holding* (sustentação), com a qual Winnicott (1978) abrange não só a função de suporte físico, mas também a de suporte psíquico, pois, a atitude emocional da mãe serve para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida à sua experiência (BOING e CREPALDI, 2004).

Para Rechia e Souza (2010), o desenvolvimento emocional na infância está intimamente associado ao desenvolvimento da linguagem. Ressaltam que, tanto o exercício das funções parentais, quanto as condições biológicas do bebê, produzem uma combinação singular que pode explicar o funcionamento de linguagem que se emerge no modo como o diálogo acontece entre mãe-filho, pai-filho, etc. Essa visão é reforçada pelo trabalho de Flores (2012) no qual fica evidente que a distinção semiótico/semântico, utilizada no tratamento da relação forma/sentido, e deslocada de Benveniste para a clínica por Cardoso (2010), é fundamental para demonstrar

⁶ O termo semiologia corporal do bebê está em trabalho ainda inédito da orientadora deste trabalho a ser apresentado no III Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o Bebê em Paris, 2013, com título “A interpretação na articulação corpolingüagem na clínica de bebês”.

que não basta haver um domínio gramatical da língua. A esse respeito, Ramos-Souza (2010) afirma que para tornar-se sujeito da linguagem é preciso ter autoria no processo de apropriação da língua, na interlocução com o outro, e que sujeitos com distúrbio de linguagem podem apresentar dificuldades nesse processo e não apenas no domínio gramatical como o campo fonoaudiológico tradicional descreve.

Um dos aspectos que podem colocar o desenvolvimento infantil em risco é o estado de humor materno. Em estudo recente, Pretto-Carlesso (2011), ao investigar os efeitos da depressão materna nas primeiras relações mãe-bebê, observou que o estado de humor materno e a capacidade de ocupar a função materna são fundamentais para que não haja risco ao desenvolvimento. Beltrami (2011) observou a mesma associação em díades mãe-bebê, nas quais a mãe possuía algum nível relevante de ansiedade. Nesse sentido, ambas autoras observaram que há risco ao desenvolvimento infantil diante da presença de humor materno alterado. Flores *et al.* (2012) encontrou associação combinada dos dois estados de humor (depressão e ansiedade) e presença de risco ao desenvolvimento.

Além da função materna, a função paterna também é responsável por introduzir o bebê no mundo do simbólico (ressalta-se que não necessariamente esta deva ser cumprida pelo pai biológico). A função paterna constitui um lugar de alteridade da ordem do discurso, que ordena e barra o gozo do sujeito e ao mesmo tempo abre caminho para a circulação do desejo (ALBUQUERQUE, 2006), dando, pois, o suporte para que a mãe se separe do bebê (WINNICOTT, 1978).

Quando a posição do pai está presente (Pai), seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (BRAZELTON e CRAMER, 1992). O Pai, enquanto função, é um referencial e pertence às condições da linguagem (VANIÉR, 2002; LACAN, 1992). Assim, o Nome-do-Pai (termo designado para denominar o significante da função paterna) é organizador do laço social na medida em que organiza o gozo e preserva o sujeito do desejo de alienar-se.

A propósito, Freud (1913) já enfatizava a importância da função paterna na organização psíquica do sujeito diante de uma mãe cujas idas e vindas deixam o bebê em desamparo, e, assim sendo, o pai aparece como o agente pacificador, que enuncia uma lei capaz de regular a relação do sujeito com sua mãe. É a função

paterna que oportuniza ao bebê conhecer novas relações e novos elementos do mundo (PERFEITO, 2007).

Para que isso se dê, é necessário que o desejo da mãe seja interditado para que a criança não fique aprisionada a responder como objeto da mãe. Se a criança representa o objeto que satura o desejo da mãe, não haverá lugar para que uma interrogação pelo desejo seja formulada. É, portanto, a incidência da função paterna que barra o desejo materno, produzindo um corte nesse desejo e possibilitando a existência de, pelo menos, dois lugares para a criança (FARIA 2003). A função paterna lembra à mãe que seu bebê é um sujeito diferente dela e do qual ela não tem posse absoluta, o que permite a sua percepção de que há no bebê desejos diferentes dos seus (BERNARDINO, 2008).

Assim, o lugar do pai está presente desde os primórdios de vida da criança a fim de sustentar e intervir na díade mãe-bebê, permitindo o estabelecimento da demanda e do desejo (MARTINS *et al.*, 2010). O pai enquanto posição subjetiva é indispensável na incorporação dos limites primordiais, do contorno subjetivo, pois quem exerce a função paterna deve se colocar como uma espécie de garantia de que tais limites veiculados pelos cuidados maternos poderão ser, de fato, internalizados (CASTRO, 2001).

São essas relações parentais que inserem o ser humano na cultura e constroem a sua subjetividade, sendo fundamentais para o desenvolvimento infantil. Portanto, a interação é o ponto de origem, o lugar de construção da subjetividade, e no qual se constrói a linguagem (PALLADINO, 2007).

Ao derramar seu olhar pela criança o cuidador convoca-a como um lugar para seus enunciados, faz dela um endereço, um ser que pode escutar (PALLADINO, 2007). Quando ocorre uma falha nessa interação, como pode acontecer em alguns casos de mães que apresentam sintomas depressivos que comprometem o exercício da maternagem (CAMPBELL, 2010), há risco ao desenvolvimento do bebê.

Sendo assim, a equipe de profissionais que trabalha no cuidado de crianças desde seu nascimento deve estar atenta às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar, observando os atos e a repercussão desses no desenvolvimento infantil (SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006). Como esta ainda não é uma prática comum nos serviços de saúde, dedicados ao cuidado materno-infantil, por exemplo, unidades básicas de saúde (no sistema público) e/ou consultórios pediátricos (no sistema privado), essas crianças chegam tarde aos profissionais,

dentre eles o fonoaudiólogo, com o sintoma, por exemplo, de ausência de fala já estabelecido.

Ressalta-se que, muitas vezes, não há uma estruturação psíquica autista ou psicótica, mas apenas limites na constituição linguística, alguns de origem biológica, outros de origem psíquica. No entanto, seja qual for a combinação singular (ambiente-psíquico-biológico do bebê) que constitui o sintoma, há que se analisar de modo dinâmico as relações entre ambiente e bebê, o exercício das funções parentais, as condições biológicas e cognitivas do bebê, entre outros aspectos, para poder intervir de modo a socorrer o bebê e seus familiares na direção de uma estruturação saudável.

A possibilidade de captar alterações precoces na interação adulto/criança e intervir a tempo motiva o interesse dos profissionais que atuam na intervenção precoce, sejam eles fonoaudiólogos ou outros profissionais de saúde. Nesse sentido, na próxima seção deste capítulo será realizada uma reflexão sobre a detecção precoce e os procedimentos de avaliação de bebês.

1.2 A Detecção Precoce de Orientação Psicanalítica

A avaliação do desenvolvimento infantil, ao longo dos últimos anos, no Brasil, tem sido realizada por escalas de desenvolvimento, que em sua maioria são descritivas, classificatórias e métricas, ocupadas em medir comportamentos (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008). As autoras salientam que as variáveis articuladas com a constituição da subjetividade acabam sendo excluídas ou negligenciadas por esses processos de avaliação. Afirmam que a maior parte das escalas utilizadas avaliam a criança em comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si, e, além disso, não consideram o adulto ou cuidador no processo de avaliação.

Assim, do ponto de vista das autoras, e também desta pesquisadora, os testes psicométricos não avaliam o conjunto dos aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento, focando apenas em um ou outro aspecto. Não permitem formular uma hipótese de funcionamento do bebê-família para se pensar a intervenção.

Escalas como o Teste Denver (1967), Gesell (1946) e Bayley (1993) não partem de uma concepção de criança como parte de um mundo essencialmente simbólico que requer uma estrutura psíquica para organizar as suas funções, porque tomam como objeto de análise apenas comportamentos do campo instrumental (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008). Assim, surge 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).

Uma vez que o desenvolvimento infantil, nos primeiros anos, está intimamente associado ao exercício das funções parentais, é necessário que os instrumentos de avaliação captem o estabelecimento e como se manifesta a relação mãe-bebê e pai-bebê.

Nesse sentido, recentemente, no Brasil, foi implementada uma pesquisa visando o estabelecimento de Índices de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), aplicáveis nas consultas pediátricas, por exemplo, 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 índices, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, cuja ausência poderia indicar uma perturbação do curso evolutivo infantil. Os índices 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 índices.

A metodologia utilizada na elaboração da pesquisa foi de um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal. Teve como amostra quatro grupos de crianças nas faixas etárias i) de 1 a 3 meses e 29 dias; ii) de 4 a 7 meses e 29 dias; iii) de 8 a 11 meses e 29 dias e iv) de 12 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica de unidades básicas e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde). Os pediatras foram capacitados e utilizaram os índices durante a consulta clínica regular, durante os 18 meses de idade das crianças, e as mesmas foram reavaliadas por meio de avaliação psicanalítica e psiquiátrica aos 3 anos de idade. A ideia 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 índices não foram pensados para proporcionar diagnósticos, mas como forma de detectar se algo não está indo bem nas relações da criança com suas figuras parentais e, a partir daí, convocar a avaliação psicanalítica mais precisa. Portanto, não são índices de uso exclusivo de profissionais do campo psíquico (psicólogo, psicanalista ou psiquiatra). Foram pensados para inserção em equipes da linha de cuidado materno-infantil do Sistema Único de Saúde.

A análise de dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a associação dos índices com variáveis clínicas e epidemiológicas. Após três anos de seguimento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os índices de risco ao desenvolvimento infantil.

Na pesquisa, foram utilizados eixos teóricos que determinam a constituição da subjetividade, tendo a função de organizar e orientar a seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento. Assim, os quatro eixos são: estabelecimento da demanda (ED), suposição de um sujeito (SS), alternância presença/ausência (PA) e função paterna (FP) (KUPFER, 2008).

O eixo Estabelecimento da Demanda (ED) compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, tais como: o choro, a agitação motora, e a sucção da própria língua. Tais demandas precisam ser entendidas pela mãe como um pedido da criança à ela; sendo previsto que a mãe se coloque em posição de responder. 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 maminhas 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 índices, chegou-se a 18 índices finais com poder preditivo de risco ao desenvolvimento, expostos no quadro a seguir:

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 mamanhês.	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 semissólida, 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

Quadro1- Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil- Finais (KUPFER, 2008)

Na lógica da intervenção precoce, acredita-se que esses índices 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 índices possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER e BERNARDINO, 2009).

Alguns índices foram mais importantes na predição do risco psíquico: a ausência dos cinco índices da primeira fase, e dos índices 6, 12, 14 e 18, estes isoladamente, foram capazes de prever risco psíquico isoladamente. De um ponto de vista fonoaudiológico, os cinco primeiros, e os índices 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 intensas (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Palladino (2007) afirma que os indicadores possibilitam o indício de pistas encenadas pela e na criança que podem sugerir acontecimentos, sendo essas pistas consideradas na subjetividade da díade mãe-bebê.

Palladino (2007) afirma, ainda, que para o campo fonoaudiológico, os indicadores devem ser considerados indícios que dão propriedade à construção de hipóteses acerca de movimentos que são completamente subjetivos e exclusivos. São pistas que, ao serem elencadas, fazem outros clínicos sensíveis a elas e permitem a criação e a aplicação de procedimentos que podem promover um desenvolvimento mais apropriado a cada um. Nesse contexto, denota-se a relevância de se utilizar os índices (IRDIs) como instrumento de detecção de risco à aquisição da linguagem, conforme demonstrou Crestani (2012) e de se acompanhar e avaliar o bebê, sobretudo na etapa entre 12 e 18 meses para ver a real necessidade de uma intervenção precoce, sobretudo em casos em que o obstáculo ao desenvolvimento parece estar na aquisição da linguagem.

Analisando atentamente o protocolo percebe-se que vários itens parecem ter relação direta com a protoconversa o inicial (PARLATO-OLIVEIRA, 2010) (do 1 ao 11 e 13) e os demais relacionam-se a fun oes importantes na constitui o ps iquica, sobretudo, no processo de resolu o da simbiose inicial (15 ao 18). Todos os índices demonstram como a rela o pais-beb e est a se desenvolvendo e acredita-se que, por isso, tamb em possam ser elementos preditivos do processo de aquisi o da linguagem.

A partir disso, novas pesquisas, utilizando os índices de risco ao desenvolvimento infantil, t em confirmado que eles podem captar falhas no desenvolvimento do beb e. Pretto-Carlesso (2011) e Beltrami (2011) em pesquisas de acompanhamento longitudinal de beb es, por meio de tais índices, apontaram para as interferências do vínculo na presença de risco ao desenvolvimento.

Pretto-Carlesso (2011) verificou a correla o estatística entre crescente risco ao desenvolvimento infantil diante da depressão materna, enquanto Beltrami (2011) observou o mesmo efeito, a partir da ansiedade em níveis acima do leve. As autoras chegaram a tais resultados por meio da aplica o do Inventário de Beck (BECK e STEER, 1993). Tamb em observaram que a presença de companheiro e uma maior renda familiar possuem um efeito de prote o em rela o   presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Crestani (2012), em pesquisa que utilizou a mesma amostra inicial das autoras referidas acima, comprovou estatisticamente que h a uma associa o entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais. Além disso, seu estudo demonstrou que a aquisi o da linguagem inicial associa-se, de modo significativo,   presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças com risco apresentaram uma produ o de fala inicial, em magnitude numérica, significativamente inferior em rela o às crianças sem risco.

Flores (2012), em um estudo de casos, salientou a importância do acompanhamento de crianças desde o seu nascimento, pois os  ndices (IRDIs) apresentaram-se sensíveis   detec o de sinais que indicam impasses na constitui o do sujeito. Essa detec o   fundamental enquanto h a maiores chances de prognósticos favoráveis, ou seja, no primeiro ano de vida, quando os processos subjetivos estão ainda em constitui o. Para a autora, o acompanhamento precoce e a detec o de um risco   constitui o e   aquisi o da linguagem possibilitariam

que uma intervenção 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 medições relativas às condições biológicas do bebê, mas amplie o seu olhar para o sujeito que ali está se constituindo.

Outro estudo, na mesma linha de pesquisa, buscou investigar a associação entre a transição 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 índices (IRDIs), principalmente, ao eixo teórico que se refere à função paterna.

Os estudos referidos vão ao encontro de revisão teórica realizada por Oliveira, Flores e Ramos (2012), na qual, as autoras evidenciaram que crianças, com riscos biológicos e psíquicos nos primeiros anos de vida, são mais propensas a apresentarem problemas no seu desenvolvimento. Assim, torna-se fundamental a constante observação dos fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e à aquisição da linguagem a fim de uma detecção e intervenção precoces, proporcionando um melhor prognóstico para o desenvolvimento infantil. Dessa forma, a proposta de índices de Kupfer (2008) apresenta-se promissora enquanto estratégia de detecção precoce a ser utilizada em serviços de cuidado à saúde materno-infantil, inclusive no que diz respeito à possibilidade de detectar precocemente o risco para a aquisição da linguagem que pode levar ao estabelecimento de um distúrbio de linguagem.

Além dos índices de risco ao desenvolvimento infantil, é importante destacar a pesquisa Préaut (ASSOCIATION PRÉAUT, 2012), realizada na França. A pesquisa analisa falhas nas interações iniciais a partir de dois sinais identificados aos 4 e 9 meses, cuja base epistemológica é a noção de circuito pulsional (LAZNIK, 2004), que permite detectar precocemente o risco ao autismo.

Essa proposta, que já avaliou mais de 11.000 crianças na França, está tendo seu início na realidade brasileira por meio de uma pesquisa multicêntrica. Tal pesquisa também será realizada em Santa Maria-RS, junto ao seguimento de prematuros do Hospital Universitário de Santa Maria. Hipotetiza-se, a exemplo do que foi visto na pesquisa IRDIs, que nesta realidade, há uma correlação entre os níveis intermediários de pontuação nos sinais Préaut 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 Préaut na França, ou seja, que os sinais Préaut não seriam tão específicos ao autismo, mas que detectam outros riscos à interação adulto-bebê e também ao desenvolvimento de linguagem do bebê.

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. Embora ainda não se tenha dado, no plano de políticas públicas, a devida importância ao tema das doenças mentais, não há dúvida de que a depressão, por exemplo, é uma doença da modernidade e que a mesma traz desafios fundamentais tanto em seu entendimento quanto em sua abordagem psicossocial, como se pode constatar na obra de Maria Rita Kehl (2009). Por isso, acredita-se que os processos de detecção precoce transcendem o “salvamento” de um bebê e podem servir ao cuidado da família, na medida em que se estabeleça uma parceria e um cuidado com os pais, que não os culpabilize, mas que também os socorra terapêuticamente.

1.3 Interdisciplinaridade e Intervenção Precoce

A partir do momento da detecção precoce tem-se a possibilidade de intervir junto a crianças pequenas, com potencial para problemas de desenvolvimento. Assim, surge a estimulação precoce como uma disciplina terapêutica que tem por objetivo apoiar à criança no desenvolvimento de seus aspectos instrumentais, estando na interdependência de outras disciplinas teórico-técnicas, que complementam sua tarefa, na busca de recobrir as áreas estruturais do desenvolvimento (A.JERUSALINSKY e CORIAT, 1997).

Cabe ao terapeuta em intervenção precoce trabalhar no conjunto dos aspectos estruturais e instrumentais e, assim oferecer à criança a possibilidade de recuperar, ou construir, seu lugar como pessoa, modificando e/ou compensando substancialmente suas deficiências e as suas condições psicossociais (A.JERUSALINSKY e CORIAT, 1997; A.JERUSALINJY, 1999).

Coriat (1997) salienta que a possibilidade de inscrição das marcas fundantes do psiquismo depende da variável temporal, pois o sistema nervoso central só está apto a receber determinadas inscrições no início da vida. Para que isso aconteça é preciso prover os “estímulos”⁷ necessários para o bebê que apresenta dificuldades em seu desenvolvimento, sejam elas orgânicas e/ou psíquicas. Também, neste sentido, Laznik (2004) afirma que é a plasticidade neuronal que confere a possibilidade de fazer suplências, tendo-se a idade da intervenção um dado central, para que se possam instaurar as estruturas que suportam o funcionamento dos processos de pensar inconsciente, antes que uma possível deficiência se instale.

No entanto, o estímulo por si só não basta, e pode vir a ser prejudicial para o bebê. Para A.Jerusalinsky e Coriat (1997), o estímulo deve estar carregado de sentido que é adquirido em função da cadeia significante na qual se inscreve. Esta inscrição vai permitir que a criança situe sua posição frente aos outros e diferencie a significação das coisas no mundo (A.JERUSALINKY, 1998).

Um cuidado que se deve ter no atendimento de bebês diz respeito ao fato de se estar trabalhando em tempos de constituição psíquica, assim, a introdução de diferentes profissionais, nesse momento, pode ter um efeito dissociativo em relação aos pais e ao exercício de suas funções, prejudicando, o desenvolvimento do bebê (J. JERUSALINSKY, 2002). Além disso, nos primeiros anos de vida do bebê, qualquer operação adquire uma marca estruturante, assim, a decisão de quem,

⁷ Aqui a palavra “estímulos” não se relaciona a uma concepção comportamentalista, mas à relação da experiência com as marcas neurológicas que produz.

quantos e como será esta intervenção tem consequências fundamentais. Para a criança, esta fragmentação imaginária pode ter consequências simbólicas, pois os discursos de vários terapeutas podem não possibilitar que se constitua nela uma escolha para determinar seu sistema de significações (A.JERUSALINKY, 1998).

Nesse sentido, ao longo da construção da clínica para bebês foram sendo inseridos os conceitos de Interdisciplina e Terapeuta Único (TU). A interdisciplina configura-se como constituição de um espaço comum em que o conhecimento não se esgota na própria identidade profissional do terapeuta que atende (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta...), mas vai mais além de si mesmo numa articulação mais abrangente (A.JERUSALINKY, 1998).

Dessa forma, na prática clínica com bebês, o ideal será um número mínimo de terapeutas que trabalhem diretamente com o bebê e sua família. O Terapeuta Único deverá ser um especialista em intervenção precoce com uma formação específica em relação aos bebês e não com conhecimento parcializado de um aspecto instrumental apenas do desenvolvimento (CORIAT, 1997). Afirma-se ser possível construir um discurso único sobre o bebê, que não esteja pautado por suas dificuldades, mas que seja o tradutor da unicidade da linguagem falada na diversidade dos discursos técnicos e científicos (J.JERUSALINSKY, 2002).

Além disso, prioriza-se, nos atendimentos em intervenção precoce, a presença dos pais, e que o terapeuta possa lhes atribuir um papel significativo, não apenas passivo, a fim de que possam exercer plenamente as funções parentais que são fundamentais para o desenvolvimento da criança. Os pais são convocados a olhar, a partir de uma posição na qual exerçam uma marca simbólica (BRANDÃO et. al., 1997).

Brandão et. al. (*op. cit.*) diz que as cenas terapêuticas são caracterizadas por diferentes configurações quanto à distância entre criança-pais-terapeuta, que vão se adequando conforme o caso. Propõe ainda que não é a distância física, nem a intensidade das interações entre os participantes que caracteriza a situação clínica, mas as significações que circulam entre esses personagens.

Entre os profissionais importantes na intervenção precoce, destaca-se o fonoaudiólogo, pois além de sua atuação na clínica com crianças constituída desde a instituição da área, é possível vê-lo na atuação precoce por ser um profissional que pesquisa e desenvolve métodos terapêuticos em linguagem e audição. Assim, ele deve e pode compor as equipes de intervenção precoce. Para tanto, conforme os

conceitos de Interdisciplina e Terapeuta Único, terá a demanda de um saber para além da aquisição e desenvolvimento das estruturas formais que constituem a linguagem. Certamente, devem ser mantidas as peculiaridades do olhar de sua especificidade e de sua escuta (J.JERUSALINSKY, 2002), mas há que conhecer sobre estruturação psíquica, ou seja, a subjetividade e cognição (visualizável no brincar), bem como os demais aspectos biológicos referentes a aspectos neurológicos e auditivos, das funções neurovegetativas, sobretudo as orofaciais, da psicomotricidade corporal, entre outros aspectos⁸.

A partir desses pressupostos, a pesquisa IRDIs, realizada em Santa Maria, abriu espaço para a criação de um grupo de intervenção precoce para que fossem acolhidos os bebês e suas famílias em situação de risco. Também a observação de que na cidade não havia uma prática interdisciplinar na clínica de bebês, e que os bebês com limites biológicos evidentes eram encaminhados a diversos atendimentos simultâneos (equoterapia, hidroterapia, fonoaudiologia, educação especial, fisioterapia, etc.), causou perplexidade em duas profissionais, atuais docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, que, formadas no Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, fundaram o grupo na forma de um Programa de Extensão Universitário. São elas a professora do Curso de Fonoaudiologia - Ana Paula Ramos de Souza (orientadora deste trabalho) e a professora do Curso de Terapia Ocupacional - Dani Laura Peruzzollo. Este grupo interdisciplinar atende hoje mais de 30 crianças no programa de Intervenção Precoce e conta com profissionais da fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e educação especial.

Os casos apresentados nesta dissertação integram este programa e demonstrarão, de certo modo, os dilemas e tropeços da instalação de um novo fazer, bem como os desafios na transição da pesquisa à estruturação do atendimento. Apenas um dos três sujeitos, conforme já mencionado, recebeu uma intervenção precoce, embora os três já dessem sinais de que algo não ia bem em seu desenvolvimento no primeiro ano de vida.

⁸ Considerando o histórico da formação do fonoaudiólogo, sabe-se que as áreas de conhecimento da linguagem, voz, motricidade orofacial e audição, bem como conhecimentos de neurologia, psicologia cognitiva e aprendizagem, otorrinolaringologia, sempre estiveram presentes. Os aspectos psíquicos, em perspectiva psicanalítica, é que se intensificaram na formação de modo heterogêneo no país, da década de 90 para cá. A Pontifícia Universidade de São Paulo foi o centro inovador no Brasil e, no Rio Grande do Sul, a fonoaudióloga Luíza Surreaux a primeira a buscar essa formação, e fazer essa interface Fonoaudiologia-Psicanálise.

Também evidenciarão os dilemas da interdisciplinaridade, pois vários saberes comparecem como fundamentais para a clínica com bebês. Nos sujeitos aqui analisados, coube um enfoque maior no funcionamento de linguagem, que será objeto de reflexão no capítulo 2.

2. DO FUNCIONAMENTO DA LINGUAGEM EM TEMPOS DE CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E LINGUÍSTICA

Neste capítulo, busca-se refletir sobre a perspectiva enunciativa e suas contribuições para entender o processo de aquisição e o funcionamento de linguagem de bebês em tempos de constituição psíquica e linguística. Para tanto, trabalhos da Linguística, de perspectiva enunciativa, em especial, com base nos pressupostos teóricos de Benveniste, são revisados.

Inicialmente, dedica-se à revisão de um trabalho de aquisição da linguagem, pois se entende que na atuação com bebês é preciso conhecer o curso usual da aquisição para poder refletir acerca do que está ou não evoluindo em termos de linguagem em situações de risco ao desenvolvimento. A seguir, são revisados trabalhos do campo clínico que deslocaram a teoria benvenistiana para pensar princípios de avaliação e intervenção fonoaudiológica. Embora não pensados especificamente para a faixa etária aqui estudada, são princípios amplos acerca do funcionamento da linguagem que podem sustentar uma clínica de distúrbios de linguagem em qualquer faixa etária. A escolha de autores de concepção benvenistiana se dá pela afinidade epistemológica com a visão de constituição psíquica apresentada no primeiro capítulo.

2.1 A aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa: contribuições para pensar o risco ao desenvolvimento

Flores (2008) ressalta a importância dos trabalhos de Benveniste, afirmando que a Linguística da Enunciação, nos seus termos, trata da representação do sujeito na língua. Tal fato pode ser constatado em Benveniste (1995), quando o autor afirma que ao identificar-se como pessoa única pronunciando **eu**, cada locutor se propõe como sujeito do discurso⁹.

⁹ Quando Benveniste fala de sujeito, está fazendo referência ao sujeito que se marca discursivamente e não ao sujeito da subjetividade psíquica. O autor faz a distinção entre sujeito psíquico e sujeito discursivo, ressaltando que enquanto a Psicologia trata do primeiro, a Linguística trata do segundo.

A linguagem é caracterizada por um sistema de referências cuja chave é o **eu**, lugar no qual se define uma pessoa pela sua construção linguística particular, que ela utiliza quando enuncia como locutor (BENVENISTE, 1995). Nesse sentido, a linguagem só é possível quando cada locutor se apresenta como sujeito, remetendo a ele mesmo como **eu** em relação a um outro **tu** (SILVA, 2009). Portanto, os marcadores **eu** e **tu** só podem existir na instância do discurso, em que marcam o processo de apropriação da língua pelo locutor (BENVENISTE, 1995).

As afirmações anteriores possibilitaram à Silva (2009) eleger Benveniste como autor fundamental para pensar o sujeito no processo de aquisição da linguagem. Essa autora, ao deslocar a perspectiva enunciativa de Benveniste para a aquisição da linguagem, pressupõe que, por meio da enunciação, a criança inscreve-se na linguagem emergindo como sujeito da linguagem quando é constituída pelo outro (o **tu**), ao mesmo tempo, constituindo-se como **eu**. A partir desse pressuposto, Silva (2009) elenca princípios que sustentam a abordagem enunciativa em aquisição da linguagem: a intersubjetividade como constitutiva da linguagem e a construção do conhecimento linguístico que se dá no ato enunciativo, ou seja, na dimensão discursiva.

Tomando a intersubjetividade enquanto princípio enunciativo, a autora afirma que a relação dialógica do **eu (criança)** e **tu (outro-adulto)** é definidora e constitutiva do **ele** (língua enquanto sistema simbólico de referências), assim marca-se um espaço de presença (**eu-tu**) no ato enunciativo 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. Assim, o **tu** constitui o **eu** por meio de um sistema de referências (**ele**), recriado a cada ato enunciativo. O **eu** e **tu** passam a ter existência linguística ao se marcarem no discurso. Ao se inscrever na linguagem, a criança, como locutor irá apontar o novo (estruturas enunciativas) para o já estabelecido (a língua) trazido pelo seu alocutário, o que permitirá sua instanciação enquanto sujeito linguístico-enunciativo.

Além disso, é pela observação da língua em uso, no discurso, percebida inicialmente em segmentos analisáveis (frases), nos quais o locutor instancia sentido e referência, que a criança vai constituindo-se como sujeito na estrutura da enunciação e instaurando-se na estrutura de sua língua.

O discurso da criança comporta as regularidades da língua e a singularidade do sujeito que enuncia. O diálogo entre o **eu** e o **tu** devem ser olhados como

instâncias de funcionamento linguístico-discursivo, pois o modo como a criança apreende a língua e instaura o locutário no momento presente parece ser definidor da apreensão em outro presente (o depois). Assim, a criança não desenvolve os mecanismos e as formas da língua, mas os constitui e, ao mesmo tempo, por eles é constituída. Dessa forma, instancia-se na linguagem, lugar de habitação das relações intersubjetivas e da língua como sistema de unidades (SILVA, 2009).

A partir desses princípios, Silva (2009) analisou o processo de aquisição da linguagem de uma menina de 1 a 2 anos e 6 meses, destacando cenas enunciativas com interlocutores familiares, e propondo mecanismos enunciativos, sintetizados no quadro 2:

Mecanismos Enunciativos	Estratégias Enunciativas
1º mecanismo enunciativo: as relações de conjunção eu-tu e de disjunção eu/tu.	I- apresentação pelo eu de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu; II- instanciação pelo tu de estruturas rotineiras da família para o eu que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações; III- solicitações do eu ao tu; IV- reconhecimento do eu acerca do efeito do preenchimento de seu lugar enunciativo sobre o tu;
2º mecanismo enunciativo: a semantização da língua e a construção da referência pela díade (eu-tu) /ele.	I – nomeação dêitica produzida pelo eu na proximidade de um referente; II- comentários e pedidos dêitico constituídos pela relação de referência do eu e do co-referência do tu face à presença de um referente; III- marcação de posição do eu no discurso sobre o ele para o tu de modo dêitico e discursivo; IV- repetição do dizer do tu no discurso do eu; V- reformulação do eu sobre a referência do tu (marcas de reflexividade); VI- combinação de palavras no discurso do eu: a) estrutura com palavras em inversão na frase; b) estrutura com palavras ordenadas na frase; VII- ajustes de sentido entre eu e tu: a) repetição do eu diante do não entendimento do tu; b) não entendimento do eu acerca do dizer do tu; c) retorno de forma não-específica do dizer do eu com forma específica no dizer do tu;
3º mecanismo enunciativo: a instauração do sujeito na língua-discurso.	I- do aparelho de funções: a) através da intimação; b) através da interrogação; II- do aparelho de formas de instanciação do eu: a) uso do nós; b) oscilação entre terceira e primeira pessoa; c) marca do eu no verbo; d) instanciação do nome; e) atualização de referência ao locutor com a forma pronominal eu; III- Mecanismos de instanciação da dupla enunciação pelo eu:

	a) recuperação da alocução anterior pelo eu através de indução do tu; b) constituição do relato de ações e a posição do eu com o estabelecimento de relação entre os tempos linguísticos presente e passado; c) constituição do relato de dizer e a posição do eu: c.1) por projeção do eu de nova enunciação; c.2) por retomada do eu de enunciação anterior; d) simulação de eu de outra enunciação a criança brincando com o outro via língua.
--	--

Quadro 2- Mecanismos enunciativos do processo de aquisição da linguagem (SILVA, 2009)

Tais mecanismos devem ser tomados no sentido de que o primeiro mecanismo será importante para a emergência do segundo, e este ao terceiro. Isso não significa, no entanto, uma ordem cronológica, pois na análise da constituição linguística da criança, em uma mesma filmagem, os três mecanismos podem estar presentes.

Silva (2009) afirma que para adquirir linguagem, a criança requer um “outro” que a torne sujeito dessa aquisição. A presença da criança, com seus movimentos, gestos, olhares, choros, risos, balbucios, palavras são tomados por esse “outro” como significativos e, assim, a partir da enunciação, instaura-se no uso da língua, a estrutura de diálogo, como já observado anteriormente, na seção acerca da constituição psíquica, essencial para a constituição do sujeito na linguagem.

No diálogo, o **eu** e o **tu** se invertem. No processo de implicação entre a criança e o adulto, ambos podem ocupar o papel de locutor e de alocutário, a depender da situação discursiva (SILVA, 2009). Nesse sentido, torna-se importante focar a interação adulto-criança para compreender o processo de aquisição da linguagem pela criança. Tal como os estudos assentados em testes psicométricos, os estudos que possuem como foco a fala isolada da criança, não podem ir além de caracterizar as habilidades linguísticas momentâneas da criança. Não conseguem prover informações importantes da participação dos adultos primordiais dessa criança em seu processo de constituição linguística. Assim, perdem-se informações preciosas para a clínica, pois esta só pode intervir a partir da interação adulto-criança. Se as habilidades infantis fossem inatas e não dependessem da interlocução com o adulto não haveria porque realizar intervenção precoce, ou seja, não restaria nada a fazer.

A dimensão discursiva proposta pela autora, a partir da análise de cenas enunciativas entre adulto e criança, permite analisar não só se a criança fala (ou não) - como tradicionalmente se buscou investigar na Fonoaudiologia e demais disciplinas do desenvolvimento - mas como o diálogo está (ou não) ancorando esse falar. Tal abordagem permite constatar se esse falar é também um dizer, no sentido mais amplo da dimensão discursiva. A autora aponta a importância de considerar, no campo da aquisição da linguagem, teorias exteriores à linguística, como as teorias de desenvolvimento psíquico propostas pelo campo psicanalítico. Estas permitem que se pense na relação entre sustentação enunciativa realizada pelo adulto no diálogo com a criança e aspectos da relação parental.

Sabe-se que muitas crianças que apresentam risco psíquico podem falar, mas isso não significa estar constituída de um modo singular no discurso, como se pode visualizar no trabalho de Catão (2009), no qual se pode ver a discussão sobre o endereçamento da fala ao outro a partir do conceito de circuito pulsional da voz. Por este conceito, uma criança pode falar, mas seus enunciados não serem endereçados ao outro. Isso também pode ser visto nos casos relatados por Moro (2010), para exemplificação mais extensa e precisa deste tema.

Outra vantagem dessa visão é pensar que, mesmo que uma criança não fale em função de limite biológico evidente, por exemplo, uma anartria a partir de uma encefalopatia motora, ela pode instaurar-se no discurso e constituir-se como um ouvinte/falante, embora tenha de recorrer a um modo alternativo de expressão (por exemplo, uma prancha impressa ou um software, recursos de comunicação suplementares e/ou alternativos-CSA).

A reflexão produzida por Silva (2009) acerca da aquisição da linguagem permite pensar na potencialidade do deslocamento para a clínica da teoria de Benveniste. Ramos-Souza (2010) observou peculiaridades enunciativas nos diálogos entre pais e filhos que não falam ou falam pouco, algumas comuns a casos do espectro autista, como o preenchimento de muitos turnos pelos adultos, as solicitações por nomeações e o foco excessivo na correção da forma da fala infantil. Tais fatos levaram à suposição de que tais interlocutores parecem sustentar suas ações na ideia de que é possível ensinar a linguagem por meio da mudança de comportamento, pela oferta do signo para que a criança o imite, ou pela indução do nomear por meio de perguntas e da correção da forma fonológica (RAMOS-SOUZA, 2010).

Em sua reflexão, a autora, observou que a passagem de locutor a sujeito parece ser um efeito do processo de apropriação que se dá nos níveis semiótico e semântico da língua, ou seja, o sujeito se apropria do sistema linguístico em uma instância discursiva e, para tanto, depende tanto do lugar enunciativo que o outro/adulto lhe oferece, quanto de suas possibilidades biológicas para ocupar este lugar. Para que tal processo se dê é preciso que o adulto suponha um sujeito para a criança que ainda não fala. Assim, como no campo psicanalítico (J. JERUSALINSKY, 2002; KUPFER e VOLONTOLINI, 2005), no campo linguístico (SILVA, 2009), a suposição de um sujeito por parte do adulto parece ser aspecto fundamental para a sustentação de um lugar de fala à criança que ainda está em processo de constituição psíquica e linguística (RAMOS-SOUZA, 2010).

No campo psicanalítico o conceito tem sido utilizado para explicar o fato de que quem ocupa a função materna supõe um sujeito quando ele ainda não está plenamente constituído e, por isso, atribui sentido, via linguagem ou atendimento de demandas, às ações do bebê. Percebe-se que tal suposição não se relaciona apenas às condições do bebê, como também às condições daqueles que ocupam as funções parentais (RAMOS-SOUZA, 2010).

Já no campo linguístico, o trabalho de Silva (2009), explicita este aspecto ao falar das relações conjuntivas e disjuntivas **eu-tu**, como mecanismos enunciativos fundamentais para o processo de aquisição da linguagem. Ao afirmar que o adulto toma a criança como um **tu** ou se coloca como um **tu** para a criança, está implícito o fato de que o adulto supõe que a criança é um sujeito capaz de ocupar tais posições enunciativas.

Ramos-Souza (2010) acredita que tal suposição irá determinar sua capacidade de ocupar um lugar enunciativo de **tu** que interpreta os enunciados dos sujeitos com distúrbio de linguagem. Pensar nessas relações permite levar em consideração “o sujeito que enuncia, do modo como é possível enunciar naquele momento” (SURREAUX, 2006, p.4) e como o adulto poderá ou não sustentá-lo na enunciação. Esta sustentação será fundamental para que a criança possa apropriar-se do sistema linguístico e atualizá-lo na instância discursiva. Esse movimento foi definido, por Benveniste (1956), como princípio de apropriação:

Quando o indivíduo se apropria dela, a linguagem se torna em instâncias do discurso caracterizadas por esse sistema de referências internas cuja chave é o eu, e que define o indivíduo pela construção linguística particular de que ele se serve quando se enuncia como locutor (BENVENISTE, 1956, p.281).

Acredita-se que tal princípio de apropriação esteja ativo desde os primórdios do desenvolvimento infantil, nas protoconversações iniciais (PARLATO-OLIVEIRA *et al*, 2010). Momentos nos quais o bebê ainda não fala, mas pode vocalizar, gesticular, olhar, enfim, produzir sinais comunicativos que são interpretados pelo adulto e traduzidos em linguagem pelo mesmo (RAMOS-SOUZA, 2010).

Quando ocorre alguma ruptura nessas relações iniciais, existe a possibilidade de tais processos não estarem ocorrendo de modo suficientemente bom para que a ancoragem enunciativa se dê a contento. Na perspectiva da clínica fonoaudiológica, e mais especificamente da clínica de bebês, torna-se, portanto, importante detectar precocemente os sinais de tais rupturas, que possivelmente podem ter efeitos na constituição linguística da criança, sejam essas rupturas por condições biológicas, psíquicas, ou mesmo quando se trata de uma combinação singular de ambas (RAMOS-SOUZA, 2010).

Nesse sentido, conforme dito anteriormente, os Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008), em função de seus eixos teóricos de base psicanalítica, apresenta-se promissor para tal detecção precoce, tendo em vista os estudos de Crestani (2012) e Flores (2012). O estudo de Crestani (2012) encontrou relação estatística significativa entre a aquisição da linguagem inicial e a presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças sem risco ao desenvolvimento apresentaram uma melhor produção de fala inicial em relação às crianças com risco.

A propósito, Flores (2012), a partir de relato de casos, observou em seu estudo que crianças que apresentaram risco psíquico, apesar de estarem em pleno desenvolvimento do nível semiótico da língua, apresentaram dificuldades quanto ao processo de semantização da língua. A autora observou a presença dos mecanismos enunciativos propostos por Silva (2009), mas com estratégias reduzidas e, sobretudo, com limitação na escolha de interlocutores. As crianças, três meninas, só iniciavam o diálogo com as mães, e nunca com os pais. Estes apresentavam sérias dificuldades para manter o brincar e o diálogo com as filhas, e não conseguiam permanecer na sala sozinhos com as filhas, sem a presença das mães.

Esses resultados permitem retomar o estudo de Silva (2009) para pensar que os déficits nos índices relacionados à protoconversação poderão evidenciar-se, posteriormente, em dificuldades dos mecanismos iniciais de conjunção e disjunção

enunciativa e, sobretudo, na passagem do preenchimento do lugar enunciativo a partir do outro para o reconhecimento do que esse lugar provoca no outro, elementos fundamentais ao processo de apropriação linguística anteriormente referido.

A análise de Flores *et al.* (2011), acerca do manhês e sua importância na aquisição da linguagem, tomando cenas enunciativas de um bebê em risco e outro sem risco para ilustrar tal importância, demonstrou, no primeiro caso, que o preenchimento de lugar enunciativo a partir do adulto não se dava de modo sintonizado às demandas do bebê, e que tal bebê, já se apresentava atrasado na emergência de mecanismos enunciativos aos 15 meses de idade. O estudo de Silva (2009) pode, portanto, sustentar uma análise enunciativa nos primeiros 24 meses de vida, mas é preciso pensar nas peculiaridades do processo aquisitivo em um sujeito com distúrbio de linguagem, pois é visão deste estudo que a clínica não pode ancorar-se apenas em teorias de aquisição típica. É preciso pensar a clínica a partir de um referencial proposto especificamente para ela.

Como este trabalho aborda crianças que já estão apresentando distúrbio de linguagem, é importante revisar outros trabalhos que deslocaram a enunciação, em especial a proposta de Benveniste, para reflexão acerca da clínica fonoaudiológica. Para tanto, são revisados alguns estudos clínicos sobre o distúrbio de linguagem na próxima seção, e realizada uma reflexão sobre suas contribuições para a intervenção precoce.

2.2 Funcionamento de linguagem e sintoma: por uma perspectiva enunciativa na sustentação do processo de intervenção precoce

Silva (2009), conforme já dito, traz importantes contribuições para entender a aquisição da linguagem sobre uma perspectiva enunciativa, e assim compreender como estão se constituindo os mecanismos enunciativos na instauração da criança na linguagem. Suas reflexões permitem pensar como está funcionando a linguagem no sujeito a partir da interlocução com o outro, mas como é um estudo em aquisição típica, não traz elementos suficientes para refletir sobre o sintoma de linguagem. Por isso, é importante revisar os trabalhos de Surreaux (2006) e de Cardoso (2010).

Sobre a estruturação e funcionamento de linguagem, Surreaux (2006) diz que são elementos que podem promover uma articulação conceitual entre linguagem, sintoma e clínica. Assim, a autora traz suas contribuições para pensar a clínica dos distúrbios de linguagem a partir de uma hipótese sobre o funcionamento de linguagem.

A autora buscou na Linguística uma concepção de linguagem que respondesse à heterogeneidade das manifestações languageiras na clínica de linguagem. A partir de seu percurso teórico, Surreaux (2006; pág. 80) propõe que o trabalho clínico de linguagem deve ser a respeito do funcionamento da linguagem de cada sujeito atendido, tendo como pano de fundo a “língua concebida como passível de comportar o enigmático que cada subversão evoca”. Ou seja, o terapeuta deve estar capturado pelo funcionamento da língua e pensar o outro como instância do funcionamento da língua, o que significa reconhecê-lo como sujeito dividido entre fala e escuta, e, portanto, sob efeito da própria fala e da do outro (ARAÚJO, 2007). É dessa posição de escuta de falante que se pode (ou não) estranhar o singular de uma fala e interpretá-la (SURREAUX e BENDER, 2011).

Quando o sistema linguístico de um sujeito apresenta-se como um enigma, cabe ao clínico de linguagem elaborar a “hipótese sobre o seu funcionamento de linguagem”. Assim, define-se a linguagem na clínica de linguagem como sendo sempre uma hipótese sobre o seu funcionamento. Surreaux (2006) refere, portanto, que se trata da hipótese sobre um funcionamento específico da linguagem, ou seja, de cada sujeito em questão.

Assim, há nessa perspectiva, lugar para o geral e para o específico. No âmbito do geral, pode-se dizer que se trata sempre da hipótese sobre o funcionamento da linguagem; do ponto de vista específico, essa hipótese é particular, pois leva em consideração a peculiaridade enunciativa de um estilo de fala (esta se apresenta sempre como uma combinação singular). Surreaux (*op. cit.*) não dispensa uma investigação sobre as instâncias audiológica, neurológica e cognitiva, no caso de uma criança que não fala ou fala pouco. Assim, não se trata de negar o biológico, mas de pensar que por si só este não é suficiente para compreender o funcionamento linguístico do sujeito e propor estratégias de intervenção.

Na clínica de linguagem, o sujeito que fala se inscreve na língua e nela dá lugar ao sintoma. Para falar de sintoma, a autora recorre à concepção tomada pela

psicanálise freudiana e lacaniana (FREUD, 1915, LACAN, 1949). O sintoma, em psicanálise, é uma formação do inconsciente, é sempre uma metáfora, uma substituição, algo que vem “no lugar de”. Assim, busca-se nas reflexões psicanalíticas, uma forma de pensar o que é que falha quando o sujeito fala. Além disso, pensa-se em sintoma como sendo uma posição que o sujeito ocupa na língua, como condição peculiar de um momento desse sujeito (BENDER e SURREAUX, 2010). Desse modo, o sintoma em linguagem é como o sujeito pode enunciar a cada momento. Tanto as posições discursivas que o mesmo ocupa diante do interlocutor, quanto seu nível de apropriação do sistema linguístico estão incluídos nessa análise.

A noção de sujeito em Freud (1915) e Lacan (1949) permite situar o lugar daquele que chega ao clínico com um sofrimento no campo da linguagem. Para Surreaux (2006), os pressupostos psicanalíticos proporcionam uma escuta para o dizer do sujeito e permitem contextualizar esta escuta na clínica de linguagem. Essa escuta do sujeito anuncia o seu sofrimento em sua forma peculiar de falar (SURREAUX, 2006).

A autora trata da “fala que falha” e a compreende como uma fala sintomática, como um tipo singular de organização, portanto, algo que tem sua lógica específica. A fala sintomática é linguagem e, sendo linguagem, deve ser concebida como linguagem em funcionamento. A linguagem que tem irregularidades e particularidades marcadas por cada sujeito.

Na fala sintomática o irregular toma lugar de maior evidência, não apenas de um desvio, de um distúrbio de linguagem, mas de evidência de uma manifestação da singularidade do locutor e da relação existente entre ele (sujeito) com a língua. (SURREAUX, 2006; SURREAUX e LIMA, 2011). Assim, o terapeuta que reflete sobre a singularidade da fala sintomática dos sujeitos em atendimento entende-a como emergindo de um sujeito que está capturado pelo funcionamento da língua (BENDER e SURREAUX, 2010), distinguindo-se das abordagens que pensam a fala desviante apenas como patológica.

O papel do terapeuta de linguagem é o de um interlocutor privilegiado, que escuta e reconhece a formação languageira como tendo um sentido possível (SURREAUX, 2006). A autora acredita que esta posição de escuta do terapeuta possibilita que ele escute a produção criativa do sujeito atendido de um lugar de suporte, ou seja, o terapeuta sustenta esta fala desviante (ou a ausência de fala), ou seja, o terapeuta consegue reconhecer no sujeito que fala fora da norma, um falante.

A partir da sustentação da fala sintomática, o terapeuta permite ao sujeito atendido que ele se aproprie desta fala e produza deslocamentos, passando a fazer uso criativo de seu sintoma (SURREAUX, 2009).

Cabe ressaltar que na clínica de bebês, a análise do sintoma, ou seja, do modo como o bebê pode enunciar, demanda de modo fundamental a análise das ações do interlocutor, pois nesse período de constituição linguística, a dependência do bebê em relação ao outro (o interlocutor) é ainda mais significativa do que em outras fases da vida. Assim, o trabalho de Surreaux (2006) permite pensar em uma clínica de linguagem na infância, a partir da escuta do sintoma que começa a formar-se. Neste ponto, o trabalho de Silva (2009) entra em cena como referência do que se espera quando as coisas andam bem na aquisição da linguagem, mas é preciso pensar-se na escuta do sintoma como algo específico à clínica, que inclui um saber tanto sobre o curso de instalação de uma patologia de origem biológica, quanto psíquica. Se essa instalação for barrada, e se puder oferecer a sustentação enunciativa adequada ao bebê, acredita-se que, quando não houver um limite biológico extremo, ele poderá ser instalado como um **eu** pelo manejo do **tu** (terapeuta e familiar) da situação enunciativa e passar a apropriar-se do **ele** (a língua). Em alguns casos, poderá haver restabelecimento do curso típico de aquisição, em outros, formas compensatórias neste processo. O que parece fundamental, no entanto, é possibilitar à criança a ocupação de uma posição discursiva de falante/ouvinte, de um **eu** na linguagem.

Na clínica de bebês o sintoma de linguagem geralmente se configura como ausência de fala. Para pensar numa hipótese sobre o funcionamento da linguagem de crianças em processo de aquisição, é necessário que se faça a escuta do sintoma de linguagem do sujeito, junto à família. Mas, nem sempre, os pais percebem que algo não está indo bem na aquisição de linguagem de seu filho, e muitas vezes, estas crianças chegam até os profissionais, quando já estão com uma idade mais avançada, encaminhados por professores ou outros profissionais. E, na maioria das vezes, com o sintoma cristalizado.

Nesse sentido, observa-se a importância da detecção precoce a partir dos índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil, que possibilitam acompanhar o desenvolvimento do bebê, e assim, pensar na possibilidade de intervenção precoce quando algo não vai bem ao processo de aquisição, visto que o protocolo parece captar riscos à aquisição de linguagem, além do risco ao desenvolvimento. No

entanto, deve-se ter o cuidado de sensibilizar a família, orientá-la, sem que sejam feitos diagnósticos negativos sobre o desenvolvimento do bebê, e intervir a partir de uma hipótese sobre o funcionamento de linguagem particular de cada bebê.

Outro trabalho fundamental para pensar a clínica dos distúrbios de linguagem na infância é o trabalho de Cardoso (2010). O autor, a partir de detalhada revisão da obra de Benveniste, propõe princípios enunciativos que se afinam teoricamente à visão de Silva (2009) acerca da aquisição da linguagem, e que nos parecem importantes no processo de avaliação e terapia fonoaudiológica de crianças com sintomas de linguagem.

Cardoso (2010) propõe três princípios enunciativos: as relações de intersubjetividade, os níveis da língua e a relação forma-sentido.

A partir do princípio de intersubjetividade, representado pela tríade **eu-tu/ele**, o autor busca refletir sobre a especificidade das relações intersubjetivas em situação de clínica. Para elaborar tal princípio, Cardoso (2010) fundamenta-se na obra “A natureza dos pronomes” (BENVENISTE, 1995). Esclarece que o problema dos pronomes estabelece duas realidades diferentes: uma referente ao discurso e outra referente à língua (enquanto repertório de signos).

Assim, há duas condições que fazem **eu** e **tu** pertencerem à ordem da linguagem: a primeira é a condição do diálogo, em que **eu** depende de **tu** para enunciar, ou seja, o eu é dependente porque está numa relação de reciprocidade com o tu. Trata-se da condição mesma da linguagem, fundamentada pelo fenômeno da alteridade, em que **eu** se constitui pelo **tu** e vice-versa, na alternância dessas posições no diálogo. A segunda condição, a que se refere à realidade da língua, está no fato de que para **eu** e **tu** enunciarem, e, se constituírem como sujeitos, necessitam do **ele**, a “não-pessoa”, de Benveniste (1995), que representa a sintaxe da língua.

A partir dessas duas condições, o fenômeno de alteridade e a participação da língua na estrutura do diálogo, Cardoso (2010) se propõe a pensar na tríade **eu-tu/ele**, deslocando o conceito para refletir sobre as relações que se estabelecem entre fonoaudiólogo e sujeito atendido na cena clínica, em que os participantes (**eu-tu**) estabelecem relações linguístico-enunciativas mediadas pela língua (**ele**).

O autor entende que o distúrbio de linguagem mostra uma face específica da relação do falante com a língua. Numa concepção de linguagem enunciativa, os erros ditos patológicos, que fazem presença na fala, integram o conjunto de

elementos, linguísticos e extralinguísticos, que possibilitam ao falante enunciar. Nessa perspectiva, Cardoso (2010), assim como Surreaux (2006), vê a fala desviante 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.

Nesse sentido, o autor propõe 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 os mantêm na língua e pela língua. Em intervenções clínicas mais tradicionais que priorizam a forma linguística, o sujeito é, muitas vezes, colocado numa posição enunciativa de quem meramente repete e nomeia o segmento linguístico (enunciado) dado pelo fonoaudiólogo. Nessas circunstâncias, há o “paciente”, o sujeito é colocado na posição de um **tu** “passivo”, circunscrita à solicitação do fonoaudiólogo. Isto vai contra ao que Benveniste (1995) chama de correlação de subjetividade e que supõe que **eu** e **tu** estejam constituídos numa relação de alteridade.

No sentido acima, enunciar é assumir o lugar de **eu** no diálogo, para, em seguida, abandoná-lo em favor de **tu**, para que este assuma também o lugar de **eu**. Assim, Cardoso (2010), sob uma nova perspectiva, ressalta a importância de propiciar ao sujeito uma situação enunciativa que implique ocupar uma posição na linguagem sob uma condição de reciprocidade e de reversibilidade, observando as posições ocupadas, pelo sujeito em atendimento e também pelo fonoaudiólogo, na estrutura do diálogo.

Em casos de distúrbios de linguagem, a condição enunciativa do sujeito geralmente está abalada, e nessa relação, para que o **eu** e **tu** se constituam intersubjetivamente, é necessário que o fonoaudiólogo possibilite e sustente uma mudança de posição, reconhecendo o direito à fala do sujeito. Salienta-se que tal direito também deve ser assumido pelo sujeito em questão. Portanto, na clínica, acredita-se que, independente dos erros na fala ou da ausência de fala, o fundamental é pensar sobre a posição que o sujeito atendido ocupa na linguagem (sem desconsiderar a forma linguística). Nessa perspectiva, possibilita-se uma condição enunciativa que privilegia a atribuição de referência por meio da atualização da língua (CARDOSO, 2010).

Além das relações intersubjetivas, Cardoso (2010) destaca outra proposta benvenistiana para a análise dos distúrbios de linguagem: os níveis da língua. A

este respeito, o autor explica que Benveniste (1995) inova em dois aspectos. O primeiro está na proposição das relações de implicação mútua entre os níveis, ou seja, no processo de análise linguística sempre há, no mínimo, dois níveis simultaneamente atingidos. Por exemplo, ao realizar a combinação dos merismas tem-se o fonema, e, ao decompor o fonema têm-se os merismas. E o segundo aspecto, diz respeito ao fato de encontrar no nível superior da análise a condição linguística das relações de implicação entre os níveis. Para Cardoso (2010), tais condições dizem respeito à inclusão do sentido na análise linguística, e destaca que esse parece ser o grande avanço de Benveniste (1995) para a análise linguística.

A forma caracteriza as relações distribucionais e o sentido caracteriza as relações integrativas, e é a noção de sentido que faz a noção de nível de análise interessar à clínica dos distúrbios de linguagem (CARDOSO, 2010). O sentido diz respeito à capacidade de uma unidade linguística ser integrante num determinado nível e, além disso, relaciona-se ao fato de a língua servir para estabelecer uma relação com o mundo que possibilita a expressão de ideias a partir da frase, a unidade de discurso, segundo Benveniste (1995).

Assim, Cardoso (2010) faz um deslocamento da noção de nível de análise linguística de Benveniste (1995) para pensar a avaliação e intervenção nos distúrbios de linguagem. O distúrbio que se mostra na fala do falante, não pode ser isolado dos componentes que participam da cadeia de fala, nem do falante. Assim, quando se tem um desvio fonológico, não é apenas o nível do fonema que está atingido, mas há uma implicação em todos os níveis linguísticos, podendo causar um enunciado estranho ao interlocutor ou até a produção de um discurso não entendido em sua totalidade. Isto ocorre também devido aos diferentes graus de complexidade dos e entre os níveis linguísticos.

Nesse sentido, Cardoso (2010) propõe uma análise que considere a relação entre os níveis linguísticos, ou seja, deve-se focalizar o nível em que o distúrbio de linguagem se manifesta, pois, abordar os níveis da língua de forma isolada é trabalhar clinicamente com a parcialidade da língua-sistema, sem considerar a situação discursiva. E, é no discurso, cuja unidade é a frase, que se materializa a linguagem. Assim, cabe ao fonoaudiólogo pensar em um atendimento clínico que vise à linguagem em funcionamento, pois os locutores fazem uma análise linguística no exercício do discurso.

Outro princípio de análise a ser praticado na clínica dos distúrbios de linguagem que Cardoso (2010) propõe é a análise da relação forma/sentido. Benveniste (1995) 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 dessa perspectiva, compreende dois universos: o do repertório dos signos (semiótico) e o do discurso (semântico).

Para Benveniste (1995) 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 e de outro, o discurso deve ser compreendido. Nas formas 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, colocando o uso da língua em questão (CARDOSO, 2010).

Conforme Cardoso (2010), cada distúrbio de linguagem, com suas particularidades, reflete um problema de reconhecimento do signo ou uma dificuldade na compreensão da ideia, ou, ainda, há os casos em que ambos os aspectos estão envolvidos. Quando a palavra dita por um falante não é reconhecida por seu interlocutor, pode gerar uma dificuldade de entendimento do enunciado. Assim, o autor propõe pensar numa abordagem clínica que considere as relações entre o semiótico e o semântico.

Algumas abordagens clínicas mais tradicionais na Fonoaudiologia visam a forma linguística, focando-se no plano semiótico apenas. Cardoso (2010) afirma que o fonoaudiólogo deve sim focar a forma linguística, pois ela é constitutiva da língua, mas que só isto não basta. O autor salienta que forma e sentido estão articulados na língua, e assim devem ser considerados na intervenção clínica nos casos de distúrbios de linguagem de modo conjunto e indissociável. Do mesmo modo, os níveis linguísticos devem ser pensados em sua dinamicidade, pois, por exemplo, uma restrição fonológica pode trazer consequências para a fluência, ou uma restrição lexical pode ter efeitos na organização da sentença. Portanto, é a dinâmica dos níveis linguísticos que deve ser analisada e não apenas o que o sujeito domina ou não de cada nível linguístico.

O trabalho de Cardoso (2010) permite, então, pensar na clínica de bebês que não falam ou falam pouco. As relações intersubjetivas são essenciais no processo de aquisição da linguagem. Na interlocução, ou seja, nas relações da tríade **eu-**

tu/ele ocorre a emergência na e da linguagem. Assim, na avaliação de crianças em aquisição da linguagem, torna-se interessante analisá-las em interlocução com seus interlocutores usuais e com o pesquisador/clínico.

No período de aquisição de linguagem, as crianças são mais dependentes da ancoragem enunciativa do adulto. É necessário avaliar se está ocorrendo uma sustentação enunciativa (pelo adulto) que possibilite à criança advir na linguagem e estabelecer as relações entre língua-fala-falante, a partir da transversalidade dos diferentes níveis linguísticos, com ou sem a existência de algum limite biológico à aquisição da linguagem.

Para a avaliação de crianças, o princípio da relação forma/sentido também traz sua contribuição, como afirma Flores (2012), que estudou tal princípio projetado na análise do diálogo entre pais e mães e seus filhos com risco ao desenvolvimento. As crianças do seu estudo apresentaram bom domínio semiótico da língua, ou seja, apresentavam realização vocal que permitia o reconhecimento do signo pelo interlocutor, adequada construção sintática e semântica dos enunciados, considerando os mecanismos e estratégias propostos e descritos por SILVA (2009). No entanto, o diálogo só acontecia quando o interlocutor era a mãe. Com os pais o diálogo não se mantinha, o que permitiu perceber uma falha no domínio semântico (FLORES, 2012).

Também é possível associar o trabalho de Cardoso (2010) ao de Silva (2009). Pensar a avaliação de linguagem dos bebês, a partir do olhar dinâmico dos níveis linguísticos em conjunto com os mecanismos enunciativos propostos por Silva (2009) parece ser produtivo, pois se sabe que se um bebê não passa da referência mostrada à falada, dificilmente poderá utilizar estratégias de combinação de palavras, devido aos poucos recursos de realização vocal. No entanto, pode efetivar estratégias enunciativas importantes, pois na intersubjetividade adulto-bebê, o sentido pode circular mesmo sem que signos verbais reconhecíveis estejam presentes na fala do bebê.

Este trabalho, portanto, propõe que é possível formular uma hipótese de funcionamento de linguagem do bebê a partir da análise dos mecanismos enunciativos propostos por Silva (2009), desde que considerados, minimamente, os princípios da intersubjetividade e da relação forma/sentido proposto por Cardoso (2010). Assim, diferentemente de Surreaux (2006) que recorre aos processos metafóricos e metonímicos, a partir de Jakobson, para formular hipóteses sobre o

nível semiótico da língua, este estudo considera que elementos da teoria enunciativa de Benveniste podem ser trazidos, de modo satisfatório, para formular a hipótese de funcionamento de linguagem dos bebês analisados neste estudo, a partir do trabalho de Silva (2009) e dos princípios propostos por Cardoso (2010).

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento:

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo qualitativo e retrospectivo. A pesquisa qualitativa depende da natureza dos dados coletados, da extensão da amostra, dos instrumentos de pesquisa e dos pressupostos teóricos que nortearam a investigação sendo, assim, um processo sequencial de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório (GIL, 2002). Além, disso, o estudo qualitativo possibilita um olhar mais ampliado na medida em que apreende o indivíduo em sua integridade e em seu contexto (PEREIRA, GODOY, TERÇARIOL, 2009).

Nesta pesquisa, o delineamento adequado para análise dos dados é o estudo de caso, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos (YIN, 2001). Conforme Richardson (1999), o estudo de caso busca uma compreensão mais detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos sujeitos em estudo. Ainda, segundo Pereira, Godoy e Terçariol (2009), o estudo de caso constitui uma estratégia que busca tanto a compreensão e subsídios para atuação particular e construção dos objetivos clínicos específicos, quanto contribuir para a construção de conhecimentos científicos em dada área.

O estudo de caso compreende de forma mais abrangente os aspectos pessoais, psicológicos e sociais do sujeito pesquisado (MARTINS & BICUDO, 1994), pois se aprofunda nos significados das ações humanas, naquilo que não é perceptível e capturável por equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2003). Para Minayo (2003), o estudo de casos convoca a um espaço mais profundo das relações, considerando o universo dos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes.

3.2 Da Seleção dos Sujeitos:

O projeto de pesquisa denominado “Funções Parentais e Fatores de Risco para a Aquisição da Linguagem: Intervenções Fonoaudiológicas”, sob orientação da professora Dra. Ana Paula Ramos de Souza, teve início em 2010, tendo como amostra inicial 182 bebês, nascidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a termo ou pré-termo, sem alterações orgânicas. Foram excluídos da pesquisa, os bebês que apresentaram malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para desenvolvimento infantil.

Para determinar o tamanho da amostra inicial dessa pesquisa, contatou-se o responsável pelo projeto da triagem auditiva neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual informou que eram triados em torno de 30 bebês semanalmente no setor. Assim, considerou-se o número de bebês que realizavam triagem auditiva neonatal anualmente e os que atendiam aos critérios de inclusão para calcular a amostra mínima para o estudo de 165 díades, considerando-se um erro de amostragem de 5 pontos percentuais e um nível de significância de 5%. Como se trabalhou com uma reserva técnica no projeto, em função da perda de sujeitos prevista em um estudo de coorte, a amostra inicial ficou constituída de 182 díades.

Tais bebês, após realizarem a triagem auditiva neonatal (com resultado positivo, ou seja, sem indicativos de perda auditiva) passaram a ser acompanhados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a partir do final do primeiro mês de vida, durante 18 meses por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (Anexo A). Portanto, foram acompanhados desde os primeiros meses de idade, por meio da aplicação dos IRDIs nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses, e com entrevistas continuadas com seus pais.

Como o Hospital Universitário de Santa Maria atende também aos municípios da região, mais de 50% da amostra eram de bebês residentes em cidades vizinhas à Santa Maria. Assim, foi natural a ocorrência de perdas durante o acompanhamento longitudinal. Além desse motivo, houve outros como a desistência da família, mudança de cidade e dificuldades logísticas da equipe de pesquisa, como o fato de

que os bebês estavam distribuídos por vários bairros de Santa Maria e alguns mudaram o telefone ou endereço sendo impossível localizá-los em tempo para toda a coleta.

Da amostra inicial de 182 crianças, um grupo de 56 crianças seguiu sendo avaliado até o final do projeto que se encerrou ao final de 2011, quando foram coletados os últimos índices de risco ao desenvolvimento. Dessas 56 crianças, 22 foram acompanhadas até os vinte e quatro meses, por apresentarem risco ao desenvolvimento. Para elaboração deste trabalho, contou-se com uma amostra de três crianças, três meninos (R., T e M), localizadas nesse grupo de 22 crianças, que apresentavam risco ao desenvolvimento infantil e à aquisição da linguagem.

As três crianças foram selecionadas tendo as variáveis ter, ou não ter buscado a intervenção precoce antes dos 18 meses, e ter desenvolvido ou não um distúrbio de linguagem, conforme descrito na introdução do trabalho. Assim, na amostra final tem-se um bebê prematuro que buscou intervenção precoce, dois bebês com risco ao desenvolvimento que fizeram sintoma de linguagem e depois chegaram à terapia fonoaudiológica. Entre esses dois, um bebê tem características que não evidenciam a presença de risco biológico para distúrbio de linguagem (a prematuridade) e outro, nascido a termo, possui sinais de comprometimento ambiental evidenciado nos índices de risco ao desenvolvimento infantil.

3.3 Aspectos Éticos:

Esta pesquisa atendeu todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos; o projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” foi aprovado pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Os pais ou responsáveis foram instruídos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, e após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Criação do Banco de Imagens (APÊNDICE II), autorizando a participação na pesquisa e, posteriormente, a publicação dos resultados em forma de artigos

científicos. As pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE III) assim, os responsáveis pelos bebês tiveram a garantia de anonimato e sigilo de suas identidades. Além disso, foram esclarecidos sobre o seu direito de recusar ou desistir de sua participação a qualquer momento deste estudo.

Salienta-se que as mães que não estavam bem emocionalmente, assim como as que possuíam bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, foram orientadas para atendimento de acordo com a demanda principal do caso, cumprindo-se, portanto, rigorosamente todos os preceitos éticos e metodológicos previstos pela Resolução 196/96 e complementares do Conselho Regional de Saúde (CNS).

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados:

Todos os casos que fizeram parte desta pesquisa foram avaliados por meio dos seguintes instrumentos:

A-Entrevista de variáveis sócio-demográficas e histórico obstétrico das puérperas (APÊNDICE IV);

B- Inventário de Beck: Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) (BECK e STEER, 1993)¹⁰;

C- Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (ANEXO A);

D- Check list de vocabulário entre 16 e 22 meses (BASTOS, RAMOS e MARQUES, 2004)¹⁰;

E- Entrevista com as mães (APÊNDICE V).

3.4 Procedimentos de Coleta de Dados do Projeto Geral:

Após assinatura dos TCLES, as mães foram entrevistadas pela equipe de pesquisadoras psicólogas em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio HUSM, tendo a duração aproximada de 40 minutos para toda a coleta.

¹⁰ Tais inventários não estão nos anexos ou apêndices porque não são objeto de análise desta pesquisa, mas encontram-se nos artigos e dissertações de Preto-Carlesso (2011), Beltrami (2011) e em trabalho do grupo de pesquisa em fase de elaboração.

Entre os procedimentos iniciais, realizou-se a entrevista (APÊNDICE IV) pela equipe de psicólogas. Esta entrevista teve o objetivo de investigar a história obstétrica das mães, os dados socioeconômicos e demográficos, bem como dados psicossociais com questões referentes à existência de planejamento para a gestação ou 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.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BECK e STEER, 1993), sendo que tal procedimento foi realizado pelas psicólogas, mestrandas do Programa de Distúrbios da Comunicação Humana, para identificação da situação psíquica da mãe em tais aspectos.

A avaliação dos bebês foi feita pela aplicação dos IRDIs, correspondentes à faixa etária, conforme exposto na revisão teórica. A observação dos índices foi realizada sempre com a presença de, ao menos, uma fonoaudióloga ou psicóloga mestranda, além do auxílio de graduandos em Fonoaudiologia, também membros do grupo de pesquisa.

Para a avaliação dos IRDIs, as díades mãe-bebê foram observadas em interação. A partir da observação da díade mãe-bebê e de relatos das mães, a pesquisadora atribuiu o valor de ausente ou presente para cada um dos índices correspondente a idade que a criança apresentava. Em seguida, foi feita uma pequena filmagem de 15 a 20 minutos, para que a orientadora deste trabalho conferisse os valores atribuídos aos IRDIs. Em caso de dúvida ou de impossibilidade de observar algum índice, em função de, por exemplo, na primeira fase de coleta, muitos bebês estarem dormindo, houve o reteste dos IRDIs em até uma semana após a primeira avaliação, pela observação, sendo esta sem filmagem. Tal conferência sempre foi realizada na mesma semana da testagem, para que o reteste não ultrapassasse mais de uma semana do teste.

Considerou-se que poderia haver interferência da filmagem na interação, possibilitando às mães mudarem seu comportamento frente à câmera. Assim, foram tomadas medidas que minimizassem a interferência da filmagem na interação com seu bebê. Nesse sentido, foi realizada a filmagem, a certa distância com zoom da câmera. Além disso, observou-se a interação da díade sem a filmagem, na qual,

ressalta-se que as mães apresentaram o mesmo comportamento. Este fato se deu, talvez, porque as pesquisadoras procuraram deixar a mãe bem à vontade e solicitaram apenas que interagisse com seu bebê, como usualmente fazia. Buscou-se dar mais um tom de registro de filmagem familiar do que de avaliação, ou seja, como uma lembrança do bebê que seria entregue ao final da pesquisa na forma de um DVD.

Esse mesmo ordenamento foi seguido em todas as fases de coleta dos IRDIs e, com o passar do tempo, percebeu-se que as mães ficavam cada vez mais à vontade, sempre aproveitando as visitas para conversarem com as pesquisadoras, tirando dúvidas, e pedindo ajuda e/ou orientações sobre o desenvolvimento do filho ou questões familiares.

Portanto, além de observar os IRDIs e filmar momentos de interações dos bebês com as mães e familiares, uma entrevista não estruturada foi conduzida livremente com as mães de modo a deixá-las à vontade para falar sobre os filhos e a família. Assim, as informações da entrevista inicial realizada pelo profissional de psicologia sempre foi sendo confirmada ou não a partir dessa observação continuada.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados Específicos a esta Pesquisa

Para esta pesquisa, a situação de interação deu-se com os brinquedos prediletos da criança levados pela mãe ou pelo pesquisador com temáticas ligadas ao mundo infantil contemporâneo, tais como bonecas, miniaturas de animais, objetos da casa, meios de transportes, plantas, etc., pois, conforme Cardoso (2010), o sentido é condição indispensável de análise.

A pesquisadora propôs à mãe que brincasse um pouco com seu filho, deixando uma câmera instalada na sala para filmar a interação de modo que permitisse captar o brincar, a psicomotricidade e a troca linguística entre o bebê, a mãe e a pesquisadora. Outros interlocutores usuais (pai, irmão, irmã, etc) também foram filmados, caso acompanhassem a díade. As filmagens foram de aproximadamente 30 minutos. As mesmas considerações e cuidados referentes à

interferência da filmagem na interação entre adulto-criança, citados anteriormente, foram adotados.

Além disso, a pesquisadora realizou entrevista com a mãe, cujo roteiro está no apêndice V, para procurar entender como a mesma via a linguagem e comunicação do filho, se percebia a necessidade de intervenção terapêutica, ou seja, se identificava o distúrbio de linguagem do filho. As entrevistas foram transcritas ortograficamente.

Uma das crianças (R.) recebeu intervenção precoce a partir dos 17 meses, por iniciativa da mãe. Em função disso, as filmagens realizadas aos 24 meses já possuíam efeitos desse processo. Cabe ressaltar que a intervenção deu-se na proposta interdisciplinar, de terapeuta único (TU) (BRANDÃO *et al.*, 1997; J.JERUSALINSKY, 2002).

3.6 Análise dos dados

Os resultados deste estudo e respectivas análises são apresentados no formato de dois artigos. No primeiro artigo, expõe-se e analisa-se o histórico de cada criança de 1 a 18 meses, bem como o discurso materno aos 24 meses, e o relato do processo de estabelecimento da demanda para o processo terapêutico.

Assim, o artigo configura-se como uma narrativa do pesquisador sobre os casos. Em alguns momentos, são apresentados recortes das falas das mães para revelar a percepção materna sobre o filho e do processo de estabelecimento de demanda para terapia fonoaudiológica. Esses recortes se constituem de cenas da entrevista, as quais estão transcritas de modo ortográfico, sendo que T, R e M as crianças; M as mães das crianças (MT, MR, MM) e P a pesquisadora.

Para a análise dos dados, utilizou-se a noção de sintoma de linguagem proposta por Surreaux (2006). Buscou-se fazer a escuta de um sofrimento do sujeito, no campo da linguagem, em sua forma peculiar de falar. Nesta escuta, a pesquisadora toma o papel de um interlocutor privilegiado, que escuta e reconhece o sintoma de linguagem das crianças, a partir da fala das mães.

No segundo artigo, faz-se a análise de linguagem, tomando como referencial teórico os mecanismos enunciativos de Silva (2009), para verificar a sustentação

enunciativa da criança, a partir de estratégias enunciativas identificadas na interação familiar(es)¹¹- criança. Também o trabalho de Surreaux (2006) serviu de referencial para a análise do sintoma de linguagem, ou seja, a análise do modo como o bebê pode enunciar, considerando-se as ações do interlocutor, para pensar numa hipótese de funcionamento de linguagem singular a cada um dos três casos.

A contribuição de Cardoso (2010) neste artigo refere-se ao princípio de análise enunciativa da relação forma/sentido (o signo deve ser reconhecido, e o discurso compreendido).

Nos dois artigos, utilizou-se a transcrição ortográfica, que conforme Surreaux (2006), também é um ato enunciativo. A partir da autora, considera-se que as cenas selecionadas não se configuram como uma transcrição da verdade. Constituem-se um ato enunciativo de escuta do pesquisador.

¹¹ Em geral o familiar mais analisado é a mãe. Em alguns casos o pai e a irmã mais velha.

RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1 - DA DETECÇÃO À INTERVENÇÃO PRECOCE: O DIZER MATERNO SOBRE O SINTOMA DE LINGUAGEM¹²

Resumo

Objetivo: compreender como ocorreu o estabelecimento ou não da demanda terapêutica por parte da família e/ou profissionais, considerando os efeitos de uma pesquisa de detecção precoce, que se propôs a acompanhar bebês de um a dezoito meses. **Método:** São analisados três sujeitos que fizeram parte desse estudo de coorte, que foram avaliados entre os vinte e um, e vinte e quatro meses. Essa avaliação constituiu-se de entrevista que buscou dados gerais de saúde dos sujeitos, com foco principal em questões de comunicação e linguagem. Buscou-se captar a percepção de cada mãe acerca da presença ou não do distúrbio de linguagem em seu filho. Trabalhou-se com a análise da produção do sentido, a partir do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e as mães. **Resultados e Discussão:** Demonstraram que o acompanhamento longitudinal dessas famílias e de seus filhos facilitou a sensibilização das mesmas em relação à escuta do sofrimento dos sujeitos, e o estabelecimento da demanda terapêutica, tanto em intervenção precoce (em um caso), quanto à terapêutica fonoaudiológica (em dois casos). **Conclusão:** A demanda por intervenção precoce ou terapia fonoaudiológica ocorreu de modo singular caso a caso. A pesquisa comprovou a necessidade de inserção de um acompanhamento longitudinal que olhe o psíquico e aspectos do desenvolvimento para além de marcos motores e nutricionais, foco mais tradicional na política da saúde da criança.

Palavras-chave: distúrbio de linguagem, desenvolvimento, infância, detecção, risco, intervenção precoce.

Abstract

Objective: It is to understand how was the establishment or not of therapeutic demand from family and / or professionals, considering the effects of an early detection research, which proposed to accompany the babies one to eithteen months. **Methods:** There were analyzed three subjects who were part of the cohort study and were evaluated among the twenty-one and twenty-four months. This evaluation consisted of interview data sought general health of the subjects, focusing primarily on issues of communication and language. We attempted to capture the perceptions of each parent about the presence or absence of language disorder in your child. The analysis worked with the production of meaning from the dialogue established between the researcher and mothers. **Results and Discussion:** They showed that the longitudinal follow of these families and their children facilitated the awareness-raising with regard to listening to the suffering of subjects, and the establishment of therapeutic demand, in early intervention (in one case), as well as for speech and

¹² Artigo elaborado para publicação na revista Distúrbios da Comunicação da PUCSP.

language therapy (in two cases). **Conclusion:** The therapeutic demand for early intervention or speech therapy occurred in a singular way, case by case. The research demonstrated the need for insertion of a longitudinal covering a look on the psychic aspects of development and beyond motor milestones and nutritional focus, the more traditional focus in child health's policy.

Keywords: language disorder, development, childhood, detecção, risk, early intervention.

Introdução

Quando bebês nascem com um evidente limite biológico, por exemplo, no caso de síndromes, é realizado o encaminhamento precoce desses bebês aos serviços adequados as suas necessidades de saúde. No entanto, em casos de risco ao desenvolvimento, entre os quais o risco psíquico, ainda é tímida a inserção, no sistema de saúde, de instrumentos de detecção que permitam o encaminhamento precoce. Nesse sentido, pesquisas recentes realizadas na França (ASSOCIATION PRÉAUT, 2012) e no Brasil (KUPFER *et. al.*, 2010, KUPFER e BERNARDINO, 2009) comprovam a possibilidade de detecção e encaminhamento precoces em casos de risco ao desenvolvimento e/ou psíquico a partir das teorias psicanalíticas de Freud (1915) e Lacan (1949).

A partir da possibilidade de detecção precoce por meio de instrumentos como os Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (KUPFER *et. al.*, 2010), realizou-se uma pesquisa de acompanhamento longitudinal de bebês em um Hospital Universitário de uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul, utilizando-se tais índices. Desta pesquisa, originaram-se trabalhos que permitem comprovar a força de tais índices para a detecção nos casos de risco ao desenvolvimento e psíquico, bem como à aquisição da linguagem, a partir da verificação estatística e de estudos de casos (FLORES, BELTRAMI e SOUZA, 2011; VENDRUSCOLO *et. al.*, 2012; FLORES *et al.*, 2012; CRESTANI *et. al.*, 2012).

No entanto, o acompanhamento de bebês em projetos como os que utilizam os IRDIs não se fez acompanhar de acesso imediato a intervenções precoces sobre os bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, tanto no estudo multicêntrico (KUPFER *et al.*, 2010) quanto nos estudos do grupo do RS. Salienta-se que desde o início da pesquisa deste grupo, as mães que não estavam bem emocionalmente,

assim como as mães dos bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, foram orientadas para atendimento de acordo com a demanda principal do caso. No entanto, a busca pelo mesmo não foi imediata na maioria dos casos.

Neste artigo, tem-se como foco a reflexão acerca do momento em que a família, mais especificamente a mãe, deu-se conta de que seu filho necessitava de intervenção precoce ou que aceitou a mesma pela indicação do pesquisador, e buscou o atendimento.

Assim, o objetivo deste artigo é refletir sobre os fatores que possam ter contribuído para o processo de percepção do sintoma de linguagem e busca da intervenção precoce para bebês com risco ao desenvolvimento, ou seja, compreender como ocorreu o estabelecimento (ou não) da demanda terapêutica (para intervenção precoce ou terapia fonoaudiológica) por parte da família, considerando-se o histórico de cada família, em especial da relação dos familiares com o bebê, e os efeitos da pesquisa de detecção precoce no qual os bebês estavam sendo acompanhados.

Método

A amostra deste estudo é constituída de três meninos na faixa etária de 2 anos, aqui identificados como T., M. e R. Os três foram acompanhados do primeiro mês aos dezoito meses de idade no projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade na qual se realizou a pesquisa, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Os bebês e seus familiares foram contatados durante a realização da triagem auditiva neonatal no Hospital Universitário, sendo que foram excluídos da pesquisa, os bebês que apresentaram malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento, e foi iniciada a avaliação dos bebês por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER *et al.*, 2010). Os responsáveis, em geral a mãe, receberam explicações detalhadas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa e foram

observados em suas interações para análise da primeira etapa dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Naquele momento as mães foram entrevistadas acerca da experiência da maternidade (SCHWENGBER e PICCININI, 2004) e avaliadas pela escala de Beck (BECK e STEER, 1993).

Conforme já dito, os três meninos foram acompanhados longitudinalmente, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento (ver quadro 1) e entrevistas continuadas, até 18 meses. Após o término da pesquisa IRDIs, os bebês continuaram sendo acompanhados por apresentarem risco ao desenvolvimento, sendo avaliados novamente, entre 21(M) e 24 meses (R, T). Esta avaliação constituiu-se de entrevista realizada na clínica escola do Curso de Fonoaudiologia, com duração aproximada de uma hora. Tal entrevista buscou dados gerais de saúde das crianças e teve foco principal em questões de comunicação e linguagem das mesmas, procurando captar a percepção (ou não) de cada mãe acerca do distúrbio de linguagem do filho. Evoca-se, aqui, a noção de sintoma de linguagem elaborada por Surreaux (2006), que anuncia a escuta de um sofrimento do sujeito no campo da linguagem, em sua forma peculiar de falar.

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 semissólida, 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

Quadro1- Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil-IRDIs (KUPFER, *et. al.*, 2010).

O histórico de cada uma das três crianças no estudo de coorte de 1 a 18 meses, o discurso materno aos 24 meses de idade do filho, bem como o relato do processo de estabelecimento da demanda para a intervenção precoce são aqui expostos, no formato de estudo de casos.

Trabalhou-se com a análise da produção do sentido, a partir do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e as mães, procurando demonstrar como a pesquisadora fez a questão e como elas responderam. O sentido relaciona-se ao fato de a língua servir para estabelecer uma relação com o mundo que possibilita a expressão de ideias a partir da frase, a unidade do discurso (CARDOSO, 2010). Trata-se de uma análise de conteúdo do dito pela mãe, mas que tenta preservar o diálogo e as questões da terapeuta como pano de fundo. Portanto, não é apenas uma análise de conteúdo aos moldes de Bardin (1977), mas tenta expor simultaneamente a expressão/interpretação dos interlocutores em situação de diálogo.

Assim, este artigo configura-se como uma narrativa do pesquisador sobre os casos. Em alguns momentos traz recortes das falas das mães em diálogo com o pesquisador para revelar a percepção das mães no estabelecimento de demanda para a terapia, e, em outros momentos, são trazidas cenas da entrevista entre pesquisadora e mãe, as quais estão transcritas de modo ortográfico, com indicação da pesquisadora (P) e das mães das crianças (MT, MR, MM).

Resultados

Como a percepção da demanda terapêutica é singular, os resultados são apresentados caso a caso.

Do não estranhamento materno à ausência de fala do filho: caminhos da díade MT-T

T. é o quarto filho de uma família que se constitui de sua mãe (27 anos), seu pai (29 anos), seus irmãos mais velhos, duas meninas de 10 e 4 anos e um menino de 8 anos, e seu irmão mais novo de 6 meses. A mãe não conta com auxílio de seus familiares nos cuidados do filho. Nas avaliações mostrava-se visivelmente cansada e depressiva. Todos habitam a mesma casa, e as crianças maiores frequentam a escola do bairro. A mãe de T é dona de casa e tem o 1º grau incompleto, o pai trabalha como pedreiro e tem o 2º grau incompleto. A renda familiar é de aproximadamente R\$ 510,00.

T. nasceu de uma gravidez não planejada, pré-termo, e não teve nenhuma intercorrência ao nascimento. Na primeira fase do protocolo IRDIS, ou seja, quando o bebê tinha 1 mês, detectou-se ausência do IRDI 2 (“A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela [manhês]”). Salienta-se que quando a avaliadora falou com o bebê utilizando o manhês, T. respondeu com sorriso e vocalizações. Ao identificar este risco, à época, a equipe da pesquisa convidou a mãe de T. para participar de um grupo de mães que apresentaram sinais importantes de depressão; pois considerou que ela apresentava um nível moderado de depressão, mas a mãe de T. não achou importante participar do grupo.

Na segunda fase, quando T. tinha 6 meses, não foram observadas particularidades relacionadas aos IRDIs. Porém, a mãe relatou que ele foi hospitalizado duas vezes, pois apresentou crises de bronquite desde os três meses. Na terceira fase, aos 10 meses de T. a mãe comentou que ele estava com anemia profunda e estava em tratamento. Nessa ocasião, observou-se que T. não estava muito ativo durante o encontro.

Ao ser avaliada a última fase do protocolo IRDIs, aos 18 meses de T., observou-se a ausência do IRDI 16 (“A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage as ausências prolongadas”), e do 18: (“Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”). T. não ficava com ninguém além da mãe,

pois chorava muito em sua ausência. Além disso, nenhuma regra fora inserida em sua educação. Na presença de estranhos, T. apegava-se ainda mais à mãe, a qual relatou que ele era amamentado em livre demanda.

Quanto à linguagem, observou-se que T. produzia poucas palavras, apresentando pouca possibilidade de passar da referência mostrada à verbal (Silva 2009). Deste modo, a emergência de mecanismos enunciativos de co-referência estava praticamente ausente, o que não é esperado para sua faixa etária, configurando-se, assim, um distúrbio de linguagem.

Na entrevista, aos 24 meses, a mãe pareceu desconhecer ou não processar algumas características que norteiam o desenvolvimento de T., como os marcos evolutivos, por exemplo, ao afirmar que T. caminhou aos 9 meses, quando questionada sobre época de início da deambulação: “nove méis mais ou menos”, e também sobre o fato de T. não ter engatinhado. De acordo com o acompanhamento realizado, sabe-se que T. engatinhou aos nove meses e após os 12 meses deu-se início à marcha.

Quanto à comunicação e à linguagem, constatou-se que T. estava agitado e falando pouco, tanto com a mãe, quanto com o irmão. A mãe não disse nada que pudesse ser interpretado como percepção de alguma peculiaridade, ou até mesmo dificuldade de aquisição da linguagem pelo filho. Seu discurso é muito sucinto e, na maioria das vezes, limita-se a confirmar, negar ou, ainda referir que não se lembra de como T. se expressa. Abaixo alguns recortes da entrevista realizada com a mãe de T. No diálogo 1 a pesquisadora procura saber mais sobre o período do balbucio e primeiras palavras, bem como a compreensão de T.

Diálogo 1:

Recorte 1

P: E assim..., quando ele começou a fazer aquele balbucio assim, aquela fala enroladinha? Respondia quando tu falava com ele?

MT: Um ano e um mês.

P: As primeiras palavrinhas? Um ano?

MT: Uhum. Era enrolado, mas saía.

P: Sim!

MT: Era enrolado, mas saía alguma coisa.

P: E, quando ele era mais bebê assim, aquela conversinha sabe? Aqueles enrolados de bebê, sabe?

MT: Aí, não lembro.

Recorte 2

P: E como vocês se comunicam com ele? É mais por gestos ou ele já tá falando mais?

MT: Ah, ele fala mais assim...se eu falo alguma coisa ele vai lá e sabe o que que é...

P: Uhum... Mas o que predomina assim...ele se comunica mais por gestos ou mais por palavras?

MT: Por palavras e por gestos.

Recorte 3

P: E assim tu consegue entender o que ele tá querendo?

MT: Uhum.

P: Ele, também, te entende?

MT: Uhum

P: E as coisas que ele quer, quando ele pede alguma coisa é pela fala?

MT: Pela, fala e também aponta.

P: Ele tá falando agora mais palavras que tu consegue entender?

MT: Uhum.

Observa-se que a mãe de T. acredita que tem boa interação comunicativa com o filho, pois não sente dificuldade de compreender ou ser compreendida por T. Não estranha a quase ausência de produção de palavras de T., o que fica evidente nos recortes 2 e 3. Tal situação sugere que o estranhamento da pesquisadora na avaliação de 24 meses trouxe T. para a terapia. Ressalta-se que foi dado à mãe o retorno de que T. estava com dificuldades de avançar na aquisição da linguagem, conforme o esperado para sua faixa etária. Uma vez alertada desse fato, a mãe veio à terapia, mas é interessante observar que não se apresenta aflita quanto a pouca expressão oral do filho.

Outro fato a observar é que apresenta dificuldades de compreender algumas perguntas, sem um exemplo concreto. No recorte 1, a pesquisadora não forneceu um exemplo concreto de balbucio e a mãe não alcança a diferença de enroladinho de bebê (balbucio) e fala enroladinha inicial pontuada pela terapeuta.

A percepção precoce de que algo não ía bem no desenvolvimento do filho: caminhos da díade MR-R

R. nasceu no 6º mês de gestação de uma gravidez não planejada. É 5º filho de M. A família constitui-se de sua mãe (40 anos), seu pai (42 anos), e seus quatro irmãos mais velhos (três meninas nas faixas etárias de 4, 12 e 19 anos e um menino de 14 anos). Todos moram na mesma casa, que se localiza na zona rural próxima à

cidade. Quanto à escolaridade dos pais, ambos não concluíram o primeiro grau. Os filhos frequentam escola mais próxima à sua casa. A mãe é dona de casa, o pai é motorista, e a renda familiar é de aproximadamente R\$ 700,00.

Devido à prematuridade ficou internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário, cerca de 3 meses. O bebê tem acompanhamento pediátrico no Seguimento de Prematuros do HUSM, desde a sua alta. Sua mãe também esteve internada no mesmo hospital, em coma induzido, devido à hemorragia provocada pelo desprendimento da placenta por 42 dias, sendo que 28 deles na UTI. Após a recuperação de ambos, a mãe refere não se lembrar da gravidez, nem do período de internação, e ainda relatou que chegou a pensar que R. era filho de sua filha mais velha.

Em um primeiro contato com a equipe do projeto IRDIs, faziam 3 semanas que R. havia saído do hospital, estava com 1 mês (corrigido) e encontrava-se dormindo. Nesse momento, observou-se que a filha mais velha cumpria a função materna. Além disso, a mãe referia-se ao bebê como tendo características sindrômicas (mãe relatava que se parecia com bebês com Síndrome de Down), Porém, nos encontros seguintes constatou-se que esta primeira impressão deveu-se à prematuridade de R. A mãe não apresentou nenhum grau de depressão e ansiedade.

No reteste, foi pedido à mãe que conversasse com o bebê como fazia em casa. Durante a filmagem, o bebê permaneceu no colo da mãe, que tentava acalmá-lo embalando-o, pois R. chorou muito. A mãe justificou o choro do bebê referindo que ele não estava acostumado a sair de casa e, também que estava com dor de barriga. A mãe utilizou o manhês ao falar com seu bebê, no entanto, seu tom de voz demonstrava certo desânimo e insatisfação pela situação em que se encontravam. O bebê, na maior parte do tempo, permaneceu chorando, evitando o olhar da mãe, o que demonstrou falta de sintonia entre a mãe e o bebê. Assim, percebeu-se que a mãe não conseguia identificar as demandas de R., o que caracterizou a ausência do IRDI 1 (“Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer”).

Aos 6 meses de idade (corrigida), R. compareceu com a mãe e a irmã mais velha que cuidava dele grande parte do tempo à segunda avaliação do protocolo IRDIs. O bebê estava sorridente e interagiu com a mãe e a irmã. No entanto, a mãe mostrou-se nervosa e preocupada, perguntando várias vezes se a pesquisadora

achava que ele estava bem. Percebia-se, nesta época, a desconfiança da mãe em relação à presença de algum limite biológico em R.

No acompanhamento da terceira fase dos IRDIs, aos 11 meses (corrigido), as dificuldades de relação entre a mãe e o bebê, que pareciam amenizadas na fase anterior, voltaram a aparecer. R. demonstrou maior agitação. Nesta fase, observou-se a ausência do seguinte indicador de risco: “Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe”. Conforme relato da mãe, o bebê estava agressivo ao toque, não gostava do contato corporal, e não costumava procurá-la para brincadeiras.

Aos 17 meses (idade corrigida), ao ser testada a última fase dos IRDIs, o menino mantinha uma agitação motora persistente já observada na avaliação anterior, e a mãe relatou que ele não se concentrava em brincadeiras, costumava destruir seus brinquedos, era muito agressivo com as pessoas e objetos, o que também foi observado pela pesquisadora. Nesta fase observou-se a ausência dos seguintes índices: “A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses” e “Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”. R. necessitava estar sob o olhar constante da mãe e dos familiares, pois sua agitação o colocava em perigo, além de não compreender/atender aos pedidos dos pais. A mãe demonstrava cansaço ao falar do filho, e alegava que ele era diferente de todos os outros filhos, pedindo ajuda à equipe.

Dessa forma, R. foi encaminhado ao Programa de Intervenção Precoce da instituição, um programa interdisciplinar dedicado ao desenvolvimento infantil e orientado por teorias do campo da psicanálise (A.JERUSALINSKY e CORIAT, 1997) e da linguagem (SURREAUX, 2006, SILVA, 2009). Na avaliação realizada em tal programa percebeu-se que R. não tinha construído uma imagem corporal que o sustentasse na relação com os objetos, com o espaço e, principalmente, na relação com o outro. Além disso, apresentava pouca evolução linguística. A partir dos atendimentos de intervenção precoce, R. foi reconstruindo seu lugar familiar. O corpo em movimento, posto anteriormente como o catalisador dos transtornos do desenvolvimento, agora era entendido como o espaço potencial para a construção de uma nova relação subjetiva com o mundo (BRANDÃO *et al.*, 1997). Também a possibilidade de um funcionamento de linguagem sintonizado às demandas de R. permitiu seu acesso pleno ao simbolismo e sua evolução no processo de apropriação linguística (SILVA, 2009).

Ressalta-se que no acompanhamento, durante as fases de coleta dos IRDIs, a partir da análise de interação da díade mãe-bebê, observou-se que não havia o preenchimento de turno pelo outro (mãe) de modo sintonizado, o que se materializava na ausência de uma protoconversa, portanto, ausência do primeiro mecanismo enunciativo de aquisição (SILVA, 2009).

Após período de intervenção precoce, em nova análise da interação da díade, observou-se que R. além do primeiro mecanismo enunciativo presente, apresentava evidências do segundo mecanismo enunciativo de co-referência verbal (SILVA, 2009) ao espelhar a fala da mãe ao enunciar 'taaa' e 'catá', suas produções para "sentar", e algumas incursões pelo terceiro mecanismo enunciativo pela instanciação do nome (SILVA, 2009), quando olha para o espelho e diz "Ata" para seu nome.

Assim, quando R. foi avaliado para esta pesquisa, já estava sendo realizada a intervenção precoce. Na ocasião, R. com 24 meses, compareceu com a mãe e a irmã, e estas fizeram relatos sobre como ele estava se desenvolvendo. Elas compreendiam que havia uma demora em seu desenvolvimento geral (brincar, psicomotor), e também, relacionada à linguagem. A seguir, diálogos que evidenciam o que a mãe e a irmã percebiam sobre a comunicação/linguagem de R.

No diálogo 2 a pesquisadora investiga sobre o início da expressão de vocabulário por R, bem como sobre a compreensão dele.

Diálogo 2:

Recorte 1

P: Primeiras palavras assim, quando ele começou?

MR: Ele começou agora, faz pouco tempo, sabe ele só pronuncia assim, que nem assim...pouco e mamã...até nisso ele tá meio atrasadinho.

Recorte 2

IR: Agora que a gente tá entendendo mais ou menos o que ele quer.

MR: Mamá, agora que ele tá pedindo mamã...

P: Ah, agora que ele começou?

MR: Ahan.

P: E quando, antes quando ele queria alguma coisa, ele não usava a fala ?

MR: Não

P: Vocês tinham que perceber o que ele queria?

IR: É, agora ele aponta e pede...

P: Ah, agora ele aponta e pede...

IR: Quando ele começa a fala a gente entende o que ele quer dizer, mas quando não dá, ele aponta. Que a gente entende que ele quer dizer mãe e pai foi agora...

MR: Agora eu já sei, mais ou menos, o que ele quer...

Nos dois recortes, observa-se que tanto a mãe quanto a irmã estão percebendo a emergência do mecanismo enunciativo de co-referência verbal, no qual se pode perceber estratégias de R. para se fazer entender, agora não mais apenas pela referência mostrada, mas pela falada.

O caso de R. evidencia, portanto, uma evolução na linguagem e a minimização de efeitos da prematuridade no processo de aquisição pela intervenção precoce. Houve um progresso geral no desenvolvimento de R., também com a eliminação do risco psíquico que era evidente ao início da intervenção precoce. Mesmo percebendo o distúrbio de linguagem de R., a mãe e a irmã conseguem significá-lo, como efeito da prematuridade e tem como foco principal, a partir da intervenção precoce, o que ele já pode fazer, como quando afirmam “agora ele aponta e pede”. Percebem o progresso de R. e após a data da coleta entenderam que R. está em franca evolução solicitando tanto à terapeuta ocupacional, como à fonoaudióloga (que iniciava seu atendimento), para que ele pudesse receber alta, pois moram em outra cidade e creem que dão conta de estimulá-lo sem a terapia, por inserção dele na pré-escola.

Outro aspecto a ser analisado é que a pesquisadora necessitou perguntar pouco em ambos recortes, pois bastava propor um tema e ambas, mãe e irmã, pareciam ter o que dizer. Cabe ressaltar que antes da intervenção precoce, a mãe não sabia o que dizer do filho, delegando à irmã a missão de responder sobre o desenvolvimento inicial de R.

A percepção do distúrbio de linguagem: caminhos da díade MM-M

M. nasceu aos 8 meses e meio de gestação de uma gravidez planejada. O menino é o 2º filho de uma família que se constitui de sua mãe (40 anos), seu pai (33 anos), e sua irmã de 14 anos. Todos moram na mesma casa e, a irmã frequenta a escola. Quanto à escolaridade, o pai tem o 1º grau completo e a mãe, o 2º grau

incompleto. A mãe é dona de casa, o pai trabalha como gesseiro. Possuem renda familiar de R\$ 2,000,00.

O bebê não teve nenhuma intercorrência ao nascer. Na avaliação da primeira fase dos IRDIs, M. estava com um mês de vida; a mãe estava bastante tímida durante a filmagem, mas parecia estar bem e, conforme seu relato, o bebê já procurava a voz dos pais quando falavam com ele.

Na entrevista inicial, a mãe relatou que teve depressão há um ano devido a preocupações no trabalho, mas que resolveu sair para engravidar e melhorou. Tomou medicação por poucos meses (receitada por clínico geral), parando por conta própria.

Na segunda fase dos IRDIs, aos 5 meses de M, ele e sua mãe estavam bem, não havendo particularidades. Já na terceira fase detectou-se ausência do IRDI 12("A criança estranha pessoas desconhecidas a ela"). O bebê interagiu bem com a mãe. Neste momento, a mãe relatou que teve brigas na família porque não chamavam o bebê pelo nome e sim de "xiruzinho", ela diz que seu filho tem um nome e não admite que o apelidem.

Na última fase dos IRDIs, o bebê estava com 18 meses e muito apegado à mãe, foi relatado que só ficava com o pai, além dela. A mãe disse que ele passou a ter medo de caminhar desde que caiu, quando estava com 1 ano e 1 mês. Por isso, não foi inserido logo em escola infantil. Na avaliação só ficou no colo da mãe, não quis descer, nem brincar com as pesquisadoras. M. ainda nessa idade tinha livre demanda ao seio, à noite. Observou-se ausência do IRDI 15 ("A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses") e 16 ("A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas").

Aos 21 meses, o bebê e sua mãe foram convidados a um encontro para avaliação e a mãe quando contatada por telefone, logo aceitou, pois referiu que M. estava "preguiçoso" para falar. Em seu relato, a mãe dizia que o menino apontava e emitia alguns sons para se comunicar, mas que não estava tendo a evolução esperada para sua idade. Quando tinha 1 ano começou a falar algumas palavras, mas segundo a mãe, assustou-se e passou a falar menos. A seguir excertos da entrevista com a mãe, realizada por ocasião de 21 meses de M.

No diálogo 3, MM relata ter notado uma regressão da aquisição de linguagem em M., e faz um comparativo da aquisição da linguagem em M, em relação à irmã mais velha.

Diálogo 3:

Recorte 1

MM: Isso, ele falava assim a nanãna.. daí ele tava assim com um ano, um ano assim ele já dizia pro grêmio ele dizia o “emio”. Falava umas coisas assim...só que daí ele meio regrediu assim, sabe? Ele meio voltou assim...pra coisas que ele meio que já falava mais declarado.

P: É, eles tem muita coisa ao mesmo tempo pra aprender aí acaba esquecendo outras...

MM: Aí a gente tem uma cachorra, aí o meu marido, ele disse vai deita! e ele olhava ela e dizia “ata ata” e depois ele não falou mais isso aí. Ele começou assim ó: quando ele começou meio falar assim... éé... falou e...meio parou um pouco aí depois só hiahiehihehiiahi (nasal)

P: Tudo que ele queria ele apontava?

MM: Sim, e agora ele tá uhuhuhuhuhummm (nasal). Se ele quer água ele vem assim e ó: huhuuhuhumhh. Se ele quer comer alguma coisa, faz uhuhuhummm. E aí eu digo água, água eu falo né? Mas ele sempre com o pai dele depois...assim uhuhuhummm.

P: E tu usa palavras então com ele?

MM: Sim, aí ele diz a nanãna e, às vezes, eu digo amamama e ele ananãna, papapa ele diz... Ai um dia ele acordou, há um mês atrás, há dois meses atrás, avavaoavava ele dizia sem eu falar assim né. E que a minha mãe mora ali do lado ta sempre aqui, aí ele começou avavava...

Recorte 2:

P: Sim, tava procurando... E tu acha que é satisfatória a comunicação de vocês? Vocês se entendem?

MM: Eu entendo ele, mas só que eu digo assim ó: a outra, a menina que, hã, irmã dele, com 8 meses ela dizia “bobó”. A G. tinha uma amiguinha dela, ela dizia a “bebéia”. Ela chegava e dizia “bebéia bebéia”. A R. pra falar R., nós tinha uma vizinha, ela ia lá e falava “Diandi”.

P: Aham, falava mais que ele, com menor idade...

MM: Com 1 ano e dois meses ela falava Diandi e ele não...

P: Ele não faz isso?

MM: Não, não faz.

P: Que idade tem a irmã?

MM: Ela tá com 14.

P: E ela entende ele?

MM: Entende, só que eu digo assim, pra mim ele tá um ano atrasado na idade dela...então até a minha mãe diz assim: não deixa tomar susto quando eles começam falar! Então, tinha um vizinho que tem um caminhão, né?! Então, às vezes ele chegava e soltava assim o freio tssshhhh e aí ele gritava, gritava...assim desesperado, chorava assim. Então daquilo ali ele levou uns sustos, e foi daquilo ali!

A partir dos recortes de fala observa-se que a mãe de M. compreende que o filho tem um distúrbio de linguagem, e para tanto utiliza como parâmetro como foi o desenvolvimento de linguagem de sua filha mais velha. Além disso, ela traz em seu discurso detalhes sobre o funcionamento de linguagem de M., como quando dá

exemplos da variação articulatória de alguns signos (banana), ou do esquecimento de outros, que sugerem que M. pode ter um risco biológico interferindo em sua aquisição da linguagem (SOUZA, PAYÃO e COSTA, 2009). Contudo, a hipótese explicativa da mãe para o distúrbio de linguagem do menino é que ele se assustou e a partir de então regrediu na linguagem. Possui, portanto, um imaginário muito particular acerca da origem do problema do filho.

Observa-se também nos recortes do diálogo 3 que a pesquisadora sequer pergunta muito, pois a mãe apresenta a necessidade de falar sobre o tema, já que a percepção do sintoma de linguagem do filho mobilizou sua vinda à terapia. Seus enunciados são longos e repletos de detalhes sobre a linguagem do filho, sem que a pesquisadora precise perguntar muito a respeito do tema.

Discussão

Os casos dos três sujeitos relatados neste artigo apresentaram distúrbio de linguagem, cada um em sua forma peculiar, tal como a linguagem é particular de cada sujeito, e, portanto, com irregularidades (BENDER e SURREAUX, 2011). São três casos nos quais se detectou risco ao desenvolvimento, a partir dos IRDIs, sendo que em um dos casos, realizou-se intervenção precoce (a partir dos 17 meses), o que resultou em progresso maior no desenvolvimento infantil e na linguagem.

Para pensar sobre o processo de percepção (ou não) do sintoma de linguagem nessas crianças, por suas famílias, recorre-se ao trabalho de Surreaux (2006) que propõe o sintoma de linguagem como uma combinação singular, por parte do sujeito que enuncia. Assim, a noção de sintoma, na clínica de linguagem, é marcada pelos interrogantes que a falha evoca (SURREAUX, 2006).

Nos casos de T., R. e M., a percepção desta falha marcada pela ausência ou pouca fala, deu-se de formas distintas. No caso de T., observa-se que sua mãe, não percebeu que havia um distúrbio de linguagem e, mesmo após esclarecimento da pesquisadora sobre o tímido avanço de linguagem de seu filho, pareceu não tê-lo como preocupante.

A partir do histórico dos IRDIs, é possível perceber que a desconexão em relação ao filho surge nas primeiras interações entre MT e T, quando da ausência do

IRDI 2 (“A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela [manhês]”). Esclarece-se que este indicador corresponde ao eixo teórico - suposição de um sujeito (SS) - (KUPFER *et. al.*, 2010) que se refere à antecipação materna, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito. A constituição do bebê depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao seu apelo, e, portanto, de como ela o vê. O bebê, por sua vez, tentará corresponder ao que foi suposto nele. É dessa forma que a subjetividade pode efetivamente construir-se.

Observa-se que MT apresentou dificuldades em supor um sujeito em T., o que permitiu vislumbrar sua dificuldade em fazer a escuta dele, como um sujeito que anuncia um sofrimento (via linguagem) a partir de sua pouca expressão verbal. Assim, MT não toma para si, a posição de escuta, na qual pode estranhar o singular de uma fala e interpretá-la (BENDER e SURREAUX, 2011). Isso se reflete na ausência de ansiedade, que seria natural, frente a pouca expressão verbal do filho, e também no fato de que a pesquisadora tem de lhe perguntar e instigar mais para que fale algo sobre o filho.

Os outros IRDIs ausentes em T. correspondem, principalmente, ao eixo teórico função paterna (FP) (KUPFER *et al.*, 2010). Sabe-se que o Nome-do-pai traz à criança certa estabilização psíquica, devido a um trabalho de enodamento dos três registros que ele lhe oferece: i) uma simbolização da falta, ii) uma resposta ao real da angústia de castração e iii) uma contenção imaginária para o corpo. Quando o pai (ou aquele que exerce esta função) está presente, a sua participação como mediador da interação mãe-bebê, pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (KUPFER e BERNARDINO, 2009).

Diferentemente da mãe de T., a mãe de M. faz a escuta do sintoma de linguagem de seu filho. Assim, MM ocupa a posição de escuta de quem estranha a fala singular de seu filho, e traz elementos sobre aspectos do funcionamento de linguagem de M, que permitem à pesquisadora pensar como sendo característicos de um distúrbio de linguagem. Embora, considere-se o distúrbio de linguagem, a partir de sintomas que podem ser comuns a vários casos, pode-se dizer que do ponto de vista específico, o relato da mãe de M permite uma hipótese particular de funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2006). Ainda assim, a percepção do sintoma de linguagem de M e a demanda para terapia fonoaudiológica pela mãe, é mais tardia em relação à mãe de R. MM. estranha o funcionamento de linguagem do

filho e busca de modo consciente um profissional que possa auxiliá-la a entendê-lo e ajudá-lo.

Esse estranhamento se manifesta em uma ansiedade natural frente ao sintoma e na demanda por ser escutada em seu sofrimento e preocupação como mãe, o que diminui a necessidade de a terapeuta questioná-la muito, e também em longos e detalhados enunciados da mãe nos quais ela descreve os sintomas do filho.

No caso de R., a mãe e a irmã percebem o sintoma de linguagem, creditando-o a um atraso, explicável pela prematuridade. Também observam evoluções na constituição linguística de R., pelo fato dele estar em atendimento no programa de intervenção precoce, desde os 17 meses.

Nas interações iniciais, obteve-se ausência do IRDI 1 (“Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer”) que corresponde aos eixos teóricos estabelecimento de demanda (ED) e suposição de um sujeito (SS) (KUPFER *et. al.*, 2010). No primeiro eixo, o modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior de inserção do sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros. O segundo eixo, como já foi referido, trata da antecipação e das significações que a mãe dá ao apelo do bebê, e de como ela o vê, as quais são essenciais para a constituição do sujeito.

Assim, na avaliação dos IRDIs de R. e na fala de sua família, observou-se a dificuldade dele estabelecer uma relação subjetiva com o mundo, salientada pela relação que ele mantinha com seu próprio corpo. Assim, a mãe pediu ajuda, ou seja, naquele momento, já era possível ver a escuta de um sintoma, ainda que não fosse específico sobre a linguagem. A família, em especial, as cuidadoras principais de R. - a mãe e a irmã - a partir do acompanhamento nos atendimentos em intervenção precoce, participaram de espaços importantes para que, principalmente a mãe recontasse sua história e reconstruísse o espaço do filho na relação familiar.

Desse modo, fez-se também a escuta do sintoma de linguagem pela família de R. Possivelmente, os atendimentos em intervenção precoce propiciaram a sensibilização desta família para demanda terapêutica fonoaudiológica em menor tempo, mas também minimizaram os possíveis efeitos da prematuridade e do risco psíquico pelo qual o menino passou na aquisição da linguagem. Isso é visível nas afirmações da mãe e da irmã sobre R. estar apenas atrasado. Elas não percebem sofrimento no filho porque de fato parece não haver. Também não estão ansiosas

frente ao seu desenvolvimento. Parecem bem apropriadas de seu papel e do potencial do menino.

De um modo geral, a família do bebê tem seu tempo na percepção de eventuais alterações do desenvolvimento (do bebê) e esse tempo obedece a questões simbólicas tais como a representação do filho idealizado e imaginarizado antes do seu nascimento (STELLIN *et al.*, 2011). Assim, mesmo que um profissional tenha certeza da importância de uma intervenção precoce, ele necessita respeitar o tempo familiar para aceitá-la, salvo a criança corra extremo risco físico, ou seja, riscos previstos em lei, como por exemplo, necessidade de suspensão da alimentação via oral, no caso de bebês com disfagia severa.

Conclusão

A escuta do sintoma de linguagem pelas mães, deu-se de modo particular nos casos estudados. Para a mãe de T., a participação na pesquisa e olhar do pesquisador foi fundamental, pois não perceberia nada por si só. Para a mãe de M. embora indicada para intervenção precoce, apenas a emergência do sintoma de linguagem, ou seja, o surgimento de um sofrimento para si e para o filho a fez buscar a terapia. Já no caso de R., havia outros sofrimentos da família e do bebê que demandaram cuidado mais precoce, e a presença dos pesquisadores proporcionou um espaço de escuta para a mãe e demais familiares.

O acompanhamento longitudinal dessas famílias e de seus bebês facilitou a sensibilização das mesmas em relação à escuta do sofrimento dos filhos, e assim o estabelecimento da demanda terapêutica, tanto em intervenção precoce, quanto para a terapia instrumental fonoaudiológica. Quando há uma dificuldade da família em perceber o sintoma de linguagem, cabe ao profissional propiciar esta escuta e também indicar os caminhos para o estabelecimento da demanda terapêutica, sem, contudo, realizar diagnósticos negativos sobre a constituição linguística do bebê.

Esta pesquisa comprova a necessidade, portanto, de inserção de um acompanhamento longitudinal dos bebês e a relação com seus familiares, que abranja um olhar sobre o psíquico e aspectos do desenvolvimento para além de marcos motores e nutricionais, foco mais tradicional, na política da saúde da criança.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BENDER, S. ; SURREAUX, L. M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. **Cadernos do IL (UFRGS)**, v. 42, p. 129-145. 2011.

CRESTANI, A.H.; RAMOS, A.P.; BELTRAMI L., MORAES A. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v. 24 , n. 3, 205-10.2012.

FLORES, M.R.; RAMOS, A.P., MORAES, A., BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, 2012, no.ahead, p.00-00. ISSN 1516-1846.

FLORES, M.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Distúrb Comum**. V. 23, n. 2, p. 143-52, ago. 2011.

FREUD, S. **Totem e tabu**. 1996 (J. Salomão, Trad.), Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. v. XIII, p.17-198. (Original publicado em 1913).

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 .

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. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 .

LACAN, J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. In: **Cadernos Lacan – 1º Parte**. 1ª Ed. Porto Alegre/RS: Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA; 1949.

PRÉAUT. Fr [homepage na internet]. Paris. Association Préaut. Disponível em <http://www.preaut.fr/>

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

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.** v.20, n.3, p.233-240, 2004.

SOUZA, T.N.U.; PAYÃO, L.M.C.; COSTA, R.C.C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 21, n. 1, p. 75-80. 2009.

STELLIN R.M.R.; MONTEIRO C.F.D.; ALBUQUERQUE, R.A.; MARQUES, C.M.X.C. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos clín.** v. 16, n. 1, p.170-85. 2011.

SURREAUX, L.M. **Linguagem, sintoma e clínica de linguagem**. 2006. 202 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006.

VENDRUSCOLO, J.F.; BOLZAN, G.M.; CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.; MORAES, A.B. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**. V. 24, n. 1, p. 41-52.2012.

4.2 ARTIGO 2 – O DISTÚRBO DE LINGUAGEM EM TRÊS SUJEITOS COM RISCO AO DESENVOLVIMENTO: UMA PERSPECTIVA ENUNCIATIVA DO FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM¹³

Resumo

Tema: Hipótese sobre o funcionamento da linguagem na clínica infantil. **Objetivo:** Analisar o funcionamento de linguagem e as relações forma/sentido de três crianças com distúrbio de linguagem e risco ao desenvolvimento, comparando-se os casos: um houve intervenção precoce e outros dois em que a intervenção foi mais tardia. **Método:** Três bebês e seus pais foram acompanhados desde o primeiro mês de idade, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil, e com idades entre 21 e 24 meses, foram filmados com suas mães, com outro familiar (Pai ou irmão) e com a pesquisadora. Pediu-se para mãe (pai e/ou irmão) que brincasse com a criança como em casa. As gravações foram analisadas e transcritas ortograficamente. As filmagens foram analisadas e transcritas ortograficamente e analisadas por meio dos mecanismos e estratégias enunciativas, da relação forma/sentido, buscando-se identificar o funcionamento de linguagem. **Resultados:** Apontaram para a necessidade de se considerar cada caso em sua forma particular de funcionamento da linguagem, pois os mecanismos enunciativos de aquisição da linguagem emergiram de modo singular e com estratégias específicas, às vezes restritas, para cada sujeito e se relacionaram com as ações dos distintos interlocutores. O bebê que realizou intervenção precoce a partir dos 17 meses apresentou maior apropriação da linguagem do que os outros dois bebês que iniciaram os atendimentos após 24 meses. Também teve supressão do risco ao desenvolvimento após a intervenção. **Conclusão:** O funcionamento de linguagem do sujeito submetido à intervenção precoce demonstrou ausência de sofrimento e maior desenvolvimento de mecanismos enunciativos do que os funcionamentos dos sujeitos tratados tardiamente.

Palavras-chave: desenvolvimento, linguagem, infância, risco, intervenção precoce.

Abstract

Theme: Language Functioning Hypothesis in the childhood clinic. **Objective:** To analyze how language works and how form/meaning relates to three children with language impairment and risk to development, comparing the cases: one was early intervention and two others in which the intervention was delayed. **Method:** Three babies and their parents were followed from the first month of age using the Index of Risk to Infant Development (IRID), and aged between 21 and 24 months, were filmed with their mothers, with another family (father or brother) and with the researcher. The parents were asked to play with the child at home. The recordings were analyzed and transcribed orthographically and were analyzed by means of enunciative mechanisms and strategies, by form/sense relations, as well as language working. **Results:** They pointed the need to consider each case on its particular form of language functioning, as enunciative mechanisms of language acquisition emerged so singular and with specific strategies, sometimes restricted to each

¹³ Artigo elaborado para publicação na Revista Cefac

subject and were related to the actions the different interlocutors. The baby subjected to early intervention from 17 months of life showed greater ownership of language than the other two babies who initiated the treatment after 24 months. The risk to development was suppressed after the intervention. **Conclusion:** The innerworkings of the language of the subject undergoing early intervention showed no distress and further development of the enunciative mechanisms than the subjects that were treated late.

Keywords: development, language, childhood, risk, early intervention.

Introdução

Tradicionalmente, o foco nos distúrbios de linguagem na infância tem sido explicar os limites biológicos e linguísticos de casos clínicos, estes a partir de uma noção modular e/ou normativa dos níveis da língua (BEFI-LOPES, BENTO e PERISSINOTO, 2008; SHENG E MCGREGOR, 2010; BOTTING *et al.*, 2010; FORTUNATO-TAVARES, 2009; MILLER e GILBERT, 2008; GIRBAU e SCHWARTZ, 2008; TANNOCK, 2011; TUCKMAN e RAPIN, 2009; VERNES, 2008; TAMANAHA, 2011). Outros estudos (WIETHAN, SOUZA e KINGLER, 2010; CRESTANI *et al.*, 2012), têm abordado as interações iniciais em uma perspectiva interacionista.

São recentes os estudos em uma perspectiva enunciativa, em especial, aqueles voltados à natureza da relação sujeito-linguagem. Destacam-se, neste campo, Surreaux (2006) e Cardoso (2010) que abordam tal relação nos distúrbios de linguagem, em uma perspectiva enunciativa. Tais autores, assim como Silva (2009), inauguram um novo pensar sobre os distúrbios de linguagem e a aquisição da linguagem, que traz contribuições importantes à clínica fonoaudiológica.

Silva (2009), ao deslocar a perspectiva enunciativa de Benveniste para a aquisição da linguagem, pressupõe que, por meio da enunciação, a criança inscreve-se na linguagem; emerge como sujeito de linguagem (constitui-se como **eu**) quando é constituída pelo outro (o **tu**). A relação dialógica do **eu** e do **tu** marca um espaço de presença (**eu-tu**) e, ao mesmo tempo, de ausência (**ele**). Assim, a criança na enunciação, instaura-se no uso da língua pela estrutura de diálogo, essencial para a constituição do sujeito na linguagem (BENVENISTE, 1995).

Para adquirir linguagem, a criança requer o outro que a torne sujeito dessa aquisição (SILVA, 2009). Assim, a criança instancia-se na linguagem, lugar de

habitação das relações intersubjetivas, e se apropria da língua como sistema de unidades (CARDOSO, 2010). Os autores explicam que enunciar é assumir o lugar do **eu** no diálogo, para, em seguida, abandoná-lo em favor de **tu**, para que este assuma também o lugar do **eu**.

A partir do fenômeno de alteridade e da participação da língua na estrutura do diálogo, Cardoso (2010) propõe a tríade **eu-tu/ele**, deslocando o conceito para refletir sobre as relações que se estabelecem entre fonoaudiólogos e sujeitos atendidos na cena clínica, nos casos de distúrbios de linguagem, nos quais participantes (**eu-tu**) estabelecem relações linguístico-enunciativas mediadas pela língua (**ele**).

Cardoso (2010) entende que o distúrbio de linguagem mostra uma face específica da relação do falante com a língua. Os erros ditos patológicos, que fazem presença na fala, numa concepção de linguagem enunciativa integram o conjunto de elementos, linguísticos e extralinguísticos, que possibilitam ao falante enunciar. A língua compreende dois universos: o do repertório dos signos (semiótico) e o do discurso (semântico). O signo deve ser reconhecido, e o discurso compreendido. No distúrbio de linguagem, há um problema de reconhecimento do signo (semiótico) ou uma dificuldade na compreensão da ideia (semântico), ou, ainda, há os casos em que ambos os aspectos estão envolvidos.

Nessa perspectiva, Cardoso (2010), assim como Surreaux (2006) vê, a fala desviante 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.

Ao tomar a criança como um **tu** ou ao se colocar como um **tu** para a criança, o adulto já a supõe um sujeito capaz de ocupar tais posições enunciativas. Esses autores defendem que tal suposição irá determinar a capacidade do adulto ocupar um lugar enunciativo (de **tu**) que interpreta os enunciados dos sujeitos com distúrbios de linguagem. Pensar essas relações leva em consideração o sujeito que enuncia, e do modo como é possível enunciar naquele momento (SURREAUX, 2006), e isso implica como o adulto poderá (ou não) sustentá-lo na enunciação.

Esta sustentação será fundamental para que a criança possa apropriar-se do sistema linguístico e atualizá-lo na instância discursiva. Surreaux (2009) afirma que é a partir da sustentação da fala sintomática, que o terapeuta permite ao sujeito

atendido se apropriar desta fala e produzir deslocamentos, ou seja, ao fazer uso criativo de seu sintoma para poder sair dele.

O terapeuta que reflete sobre a singularidade da fala sintomática dos sujeitos atendidos mostra-se como um sujeito que está capturado pelo funcionamento da língua (BENDER e SURREAUX, 2010), distinguindo-se das abordagens que pensam a fala desviante apenas como sinal de sistema linguístico atípico em função de agravo ou patologia. Na clínica de bebês, o sintoma de linguagem geralmente se configura como ausência de fala. Assim, torna-se interessante pensar numa hipótese sobre o funcionamento da linguagem de crianças em processo de aquisição, pois se compreende que o discurso da criança comporta as (ir) regularidades da língua e a singularidade do sujeito que enuncia (SURREAUX, 2006).

Os estudos de casos dos sujeitos analisados neste artigo provêm de uma pesquisa longitudinal realizada em uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul, na qual os sujeitos foram acompanhados por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER *et al*, 2010) e cujos resultados quantitativos já foram divulgados em outros artigos (FLORES, BELTRAMI e SOUZA, 2011; VENDRUSCOLO *et. al*, 2012; FLORES *et al.*, 2012; CRESTANI *et. al.*, 2012). Este estudo, de foco qualitativo, aborda o funcionamento de linguagem de três meninos que chegaram ao processo terapêutico em idades diferentes, ou seja, em etapas distintas do acompanhamento na pesquisa IRDIs. Tem por objetivo analisar o funcionamento de linguagem e as relações forma/sentido (semiótico/semântico) de três crianças com distúrbio de linguagem e risco ao desenvolvimento, comparando-se os casos, quanto à variável ter ou não tido intervenção precoce.

Método

Esta pesquisa está vinculada a uma mais ampla denominada “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade na qual foi realizada sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Tal projeto de pesquisa realizou o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças a partir dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) na realidade da cidade acima indicada. Para este estudo, a amostra de conveniência constitui-se de três sujeitos na faixa etária de 2 anos, aqui nomeados como T., M. e R.

Os bebês e seus familiares foram contatados durante a realização da triagem auditiva neonatal realizada no Hospital Universitário. Nesse momento, os responsáveis foram convidados a participar e tiveram explicações detalhadas sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, ressaltando-se o seu direito de voluntariado e o sigilo de identidade. Quando autorizaram a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos, os bebês que apresentaram malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Os pais e bebês foram acompanhados desde o primeiro mês de idade, por meio da aplicação dos IRDIs nas faixas etárias de 1 a 18 meses (ver quadro 1) e também por meio de entrevistas continuadas. Ressalta-se que foram aplicadas entrevistas acerca da experiência da maternidade (SCHWENGBER e PICCININI, 2004) e escala de Beck (BECK, 1993) por psicólogas na primeira etapa da pesquisa e avaliada a linguagem aos 12 meses e 24 meses de modo qualitativo.

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 semissólida, 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

Quadro1- Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIs (KUPFER, *et al.*, 2010)
 ED= estabelecimento de demanda; SS=suposição de sujeito; PA= alternância entre presença e ausência e FP= Função paterna.

Os meninos, com idades entre 21 e 24 meses, foram filmados com suas mães, com outro familiar de seu convívio e com a pesquisadora na clínica escola do Curso de Fonoaudiologia, no qual se realizou a pesquisa. Pediu-se para mãe (pai e/ou irmão) que brincasse com a criança como em casa. As gravações foram analisadas e transcritas ortograficamente. Conforme Surreaux e Deus (2010), a transcrição de dados linguísticos nos distúrbios de linguagem é um ato enunciativo, no qual estão em jogo dois enunciadores: o que fala (na cena) e o que transcreve. Assim, a transcrição implica o transcritor, neste momento, fazendo parte de um ato enunciativo, pois na clínica de linguagem, muitas vezes, configura-se como um recurso da escrita que permite escutar, perceber o que uma enunciação singular evoca (SURREAUX e DEUS, 2010).

Na transcrição ortográfica da cena os sujeitos são indicados por suas iniciais T, R, M, as mães pela letra M, seguida da inicial dos sujeitos (MT, MR, MM), os irmãos a letra I seguida da inicial (IT, IR), o pai de M como PM e a pesquisadora por P. Para transcrever os dados de linguagem utilizaram-se as normas de transcrição adotadas pelo banco de dados Enunsil (Enunciação e sintoma na linguagem) coordenado por Flores (2006). Em cada início de transcrição é fornecido o contexto da cena enunciativa. Os atos de fala são divididos em duas/três colunas, conforme os interlocutores. As convenções de transcrição encontram-se no quadro 2:

(.) um ponto entre parênteses	Indica que há uma pausa curta intra ou interturnos
(...) três pontos entre parênteses	Indicam que há uma pausa longa intra ou interturnos
PALAVRA letra maiúscula	Indica fala com intensidade acima da fala que a rodeia
Pala- hífen	Indica corte abrupto de fala
() parênteses vazios	Indicam que o transcritor foi incapaz de transcrever o que foi dito – segmento ininterpretável.
(()) parênteses duplos	Indicam comentários do transcritor sobre o contexto enunciativo restrito

Quadro 2: Convenções de transcrição-Flores(2006).

A análise de linguagem das crianças realizou-se pelos mecanismos enunciativos de Silva (2009), de modo a verificar a sustentação enunciativa da criança, a partir das categorias enunciativas e seus mecanismos, a saber: 1º mecanismo enunciativo - as relações de conjunção eu-tu e de disjunção eu/tu, 2º mecanismo enunciativo - a semantização da língua e a construção da co-referência pela díade (eu-tu) /ele e 3º mecanismo enunciativo - a instauração do sujeito na língua-discurso. Também se recorreu ao trabalho de Surreaux (2006) para se pensar numa hipótese de funcionamento de linguagem singular aos três casos, a partir da análise do sintoma, ou seja, do modo como o bebê pode enunciar. Realizou-se a análise das ações do interlocutor, pois no período de constituição linguística, a dependência do bebê em relação ao outro (o interlocutor) é ainda mais significativa do que em outras fases da vida. O trabalho de Cardoso (2010) propiciou a análise de linguagem a partir das relações forma/sentido e da distinção entre nível semiótico e semântico.

O relato dos casos se dará pela exposição do histórico de cada criança e por cenas enunciativas que revelam o funcionamento de linguagem das mesmas.

Por fim, cabe ressaltar, que o sujeito R., foi o único a receber intervenção precoce aos 17 meses, sob uma perspectiva de orientação psicanalítica, com Terapeuta Único, com foco no brincar e na psicomotricidade, em presença da mãe e/ou irmã. A intervenção foi realizada por uma terapeuta ocupacional, membro do grupo de pesquisa e do Programa de Extensão Interdisciplinar em Intervenção Precoce. Assim, quando R. foi filmado para este artigo já se podem vislumbrar os efeitos da intervenção terapêutica. Este será mais um dos aspectos a ser considerado na análise do funcionamento de linguagem.

Resultados

A seguir são apresentados os resultados, por meio de breve histórico dos sujeitos, sobretudo em relação aos índices de risco, e de recortes de filmagem das crianças, suas mães e pesquisadora em interação.

O sujeito T.

T. nasceu de uma gravidez não planejada, pré-termo e não teve nenhuma intercorrência ao nascimento. O menino é o quarto filho de MT (27 anos) e esposo (29 anos), que têm ainda mais quatro filhos, duas meninas de (4 e 10 anos) e dois meninos (6 meses e 8 anos). A mãe não conta com auxílio de seus familiares nos cuidados do filho. Nas avaliações mostrava-se visivelmente cansada e depressiva. Todos habitam a mesma casa, e as crianças maiores frequentam a escola do bairro. A mãe de T é dona de casa e tem o 1º grau incompleto, o pai trabalha como pedreiro e tem o 2º grau incompleto.

Na primeira fase dos IRDIs, a mãe apresentou nível moderado de depressão (resultado obtido a partir de avaliação objetiva – Inventário de Beck - 1993). Foi detectada a ausência do IRDI 2: (“A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela [manhês]”). Salienta-se que quando a pesquisadora falou com o bebê utilizando o manhês, T. respondeu com sorriso e vocalizações. MT apresentou dificuldade para sintonizar sua fala com as manifestações de T., evidenciando uma falha na interpretação de suas ações.

Esse fato pode ser observado no quadro 3 que mostra a interação entre MT e T. A pesquisadora (P) também participou do encontro.

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, MT, T., P a avó de T. O bebê está no colo da mãe em uma avaliação dos IRDIs. P. pede a mãe que ela converse com o bebê, como faz em casa.

MT	T	P
1) T! ((em tom agressivo)) (...)		
2) Uhn~~~~! ((a mãe faz força para levantá-lo, como se fosse muito pesado)) (...)		
3) Tua mãe ta estressada (.) T! ((a mãe pega o bebê de frente e o faz olhar para ela))		
4) (...) Ohhhh! Bebeeê, bebeeê?! ((Fala em tom de repreensão))		
	5) ((T. começa a colocar a mão na boca da mãe))	
6) Ããã ((a mãe resmunga negando o carinho e virando o rosto))		
7) (...)Uhummm! Não me belisca.		
	8) ((T. geme e segue com a mão na boca da mãe))	
9) Não é pra belisca euuu! ((em tom de reprovação))		
	10) ((o bebê segue tentando brincar com o rosto da mãe))	
11) Uhmhhh! Não é pra beliscá a mãe ((a mãe respira forte parecendo irritada com a brincadeira do filho.)) (.)		
12) Olha a vó. Cadê a vó? ((a avó materna está na sala. MT faz isso para desviar a atenção de T. de seu rosto.		
	13) ((T. olha para a câmera filmadora))	
14) Qué mexê lá? Não dá pra ti mexe bebê. Heinnn! ((pela primeira vez na cena a mãe entra em sintonia com o que o bebê quer))		
	15) ((T. não olha mais para a mãe e sorri para a pesquisadora))	
		16) O que vocês conversam em casa? ((pergunta para a mãe))
	17) ((T. se volta novamente para mãe e retorna a mexer no seu rosto))	
18) Uhmhhh! Ai, não belisca ((parece bastante incomodada)) (.)		
19) Não belisca forte.		
	20) ((T. sorri e olha fixamente para mãe))	
21) Não belisca. Não belisca. Não belisca. (...)		
22) Páaaaa ((fala em intensidade bem baixa))		
	23) ((T. continha mexendo no rosto da mãe, que vira o rosto))	
24) Pára bebê! (.)		
25) Issss (.) pará quieto! ((tom repreensivo))		
	26) ((T. vira-se para câmera filmadora))	
		27) O que mais tu diz pra ele em casa?
28) Ah! Digo bastante coisa...		

	29) ((T. segue olhando para a câmara))	
		30) Fala! Vê se ele olha pra ti. ((dirige-se à mãe))
31) Aaah! Quando ele tá entretido pra cima, ele olha pra tudo e na dá bola pra gente (.)		
32) Tira a mão da boca ((tira a mão dele da boca))		
	33) ((T. olha para P, sorri, se mexe e geme))	

Quadro 3-Cena de Interação entre T, MT e P.

Nesta cena, observa-se que a mãe não deixa turnos de “fala” para T em alguns momentos (linhas 1,2,3,4). Além disso, o tom de sua voz é agressivo, em muitas vezes reprovando, o comportamento de T. (linhas 1,4,9,11). Percebe-se que MT não estava sintonizada às demandas de T., não havendo o preenchimento de turno pelo outro (mãe) de modo sintonizado, o que se materializa como uma dificuldade no primeiro mecanismo enunciativo observado por (SILVA, 2009), na fala sintonizada do tu (adulto) à demanda do eu (criança).

MT interpretou os gestos de T na exploração de seu rosto como uma agressão a ela. Salienta-se que na ocasião, a mãe foi convidada a participar de um grupo de mães que apresentavam sinais de depressão, porém, não achou importante participar.

Durante a segunda e terceira fases de avaliação, T. com 6 e 10 meses, respectivamente, não houve índices ausentes na observação da díade. Ao ser avaliada a última fase dos IRDIs, observou-se a ausência do IRDI 16 (“A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas”), e 18: (“Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”). T. não ficava com ninguém além da mãe, pois chorava muito em sua ausência. Além disso, nenhuma regra foi inserida em sua educação. Na presença de estranhos, T. apegava-se mais à mãe, que também relatou que ele era amamentado em livre demanda.

Aos 24 meses de T., foi realizada nova filmagem da interação da díade e, neste dia, estava seu irmão com 8 anos (indicado na transcrição como IT). O quadro 4 apresenta recortes da filmagem realizada com o sujeito e seus familiares.

T., MT e IT estão presentes na cena, onde há brinquedos distribuídos pela sala. T. e IT e MT exploram os brinquedos, mas o fazem de forma superficial.

MT	T	IT
CENA 1		
1) Aqui ó, vem! Liga pra vó? Liga pra vó! (Pega T. que está em cima da escadinha, na janela)		
		2) Liga pro pai pra vê como que tá o pai.
3) Alôô! (Pega o telefone e coloca na orelha de T.)		
	4) Mãe (.) aôô ((fala ao telefone, enquanto aperta o jacaré, que toca uma música))	
		5) Assim ó faz assim (.) alô! ((T. aperta o jacaré))
6) Faz alô pra vó! Alô vó!		
	7) Aô ((T. sai com o telefone na orelha e carregando a rampa do carrinho em direção à janela))	
8) Pega o carrinho dele lá! ((MT levanta e busca o carrinho e pega a rampa))		
	9) Mãe mãe manhê, pai, paiê, ((T. vai com o telefone em direção à mãe e o coloca na orelha dela))	
10) Alôô paizinho ((MT coloca o carrinho na rampa e o faz descer))		
	11) Paiêê! ((T. tira o telefone da orelha e coloca na sua))	
CENA 2		
	12) Ei, ei eieiei ((olha pela janela e grita, está sobre a escadinha))	
		13) Ei! ((IT fala se aproximando de T.))
	14) Ei ei, bo...a ((grita e aponta pela janela))	
		15) Carro! É o carro ((IT explica para T))
	16) Ei Ei!	
17) Não é pra gritáá! ((fala de onde está sentada na cadeira, voz em intensidade forte))		
	18) AÔÔÔ! ((bate no espelho com a mão))	
19) () ((fala baixo, com T. resmungando, contém T. motoramente e o coloca no chão))		
CENA 3		
	20) Aiee ((T. ri e sobe na escadinha novamente))	
21) T., T. joga a bola aqui pra mim ((T está perto da bola e MT pede que ele jogue, mas ele não o faz))		
		22) Ó lá ó, ó o pai! chama o pai! ((Aponta para a janela, como se o pai estivesse lá fora))

	23) Paiee ((chama o pai pela janela))	
		24) E a Cátia? Chama a Cátia?
	25) Catiaa! ((chama a irmã))	
		26) Chama a Nicole.
	27) NIII!	
		28) Chama o Ruan!
	29) UAN!	
		30) Chama a mãe!
	31) Manhêê!	
		32) Chama a vó!
	33) Voo.	
		34) Chama o vô!
	35) Vô vó.	
		36) Chama o tio!
	37) Tio.	
		38) Chama o carro!
	39) Cáol!	
		40) Chama a moto!
	41) Mato	
		42) Chama o prédio!
	43) Tá.	
		44) Chama tudo!
	45) ((T. olha para IT e ri)) (...)	
46) Ó! Pega, pega! Tem que ficar lá ó, vai lá e atira! ((MT pega a bola para chutar para T., retornando o jogo de bola))		
		47) Aqui ó, fica aqui ó, perai, vem aqui assim ó pega ((posiciona T mais longe de MT e T abre seus braços pra receber a bola quando MT atirar))
48) Pega! Pega! ((Joga a bola nas mãos de T.))		
		49) Vem vem. Fica aí, fica aí! Pega a bola! ((Dá ordens dúbias à T.))
50) Peguei (.) pega pega ((pega a bola e a joga para T))		
	51) ((T. ri e rebate a bola, chuta))	

Quadro 4 - Cenas de Interação entre T, MT e IT, aos 24 meses.

Na cena 1 do quadro 4, observa-se que houve uma melhora em relação à dificuldade de MT em dar turnos de fala ao filho, quando comparada à cena exposta no quadro 2, mas MT e IT falam quase que ao mesmo tempo (linhas 1,2,3), dando pouco tempo para que T. possa tomar uma iniciativa por conta própria, ou seja, MT e IT são diretivos no diálogo com T. (linhas 1, 6). Pode ser que tais atividades sejam pela ansiedade do encontro, ou seja, querem mostrar o que T. consegue fazer em

termos de fala à terapeuta. Nessa angústia, MT e IT dão comandos, às vezes, dúbios à T. (linhas 47, 49).

Percebe-se que no início da filmagem MT interage com T, tentando interpretá-lo, este por sua vez, espelha a fala da mãe ao enunciar “aô” (linhas 4,7) para “alô”, reproduzindo o dizer do tu (MT) no discurso do eu (T). Ele passa da referência mostrada à falada, conforme prevê Silva (2009) no segundo mecanismo, mas há um funcionamento colocado à fala do outro. No entanto, cabe ressaltar que durante o todo da filmagem, a mãe de T. não sustenta o filho enunciativamente, por muito tempo.

Na cena 2 (quadro 4), também, nota-se algo que é comum a toda filmagem, que não há espaço para uma brincadeira mais concentrada. T, assim como seu irmão, permanece agitado durante toda a filmagem. Ainda, nesta cena, observa-se que a dificuldade de relação entre a díade que era evidente na primeira fase dos IRDIs, retorna em muitos momentos, como nas linhas 17 e 19 em que a mãe toma o espaço enunciativo de T. e o contém em suas ações, mostrando-se bastante irritada com o filho.

Já nas linhas 20 a 45 da cena 3 (quadro 4) percebe-se os avanços de T. no nível semiótico, pois está utilizando recursos para a realização vocal da língua, como os fonemas /k/, /p/, /v/, /t/, /m/ e a produção de sílabas, e espelhando a fala de IT. Há na cena um jogo de repetição do dizer do tu no dizer do eu, que embora previsto como estratégia enunciativa para o estabelecimento de co-referência, espera-se que não seja a única estratégia neste mecanismo, e que o diálogo não seja direcionado apenas a demonstrar para os demais presentes o que o sujeito pode enunciar em termos semióticos. Parece, portanto, que IT está mais preocupado em mostrar, à pesquisadora, o que T. pode falar do que em dialogar com ele.

A percepção global da filmagem e outras observações não filmadas na avaliação de T demonstram restrição de estratégias enunciativas nas produções do menino, que se relacionam à falta de oportunidades de escuta de seus interlocutores habituais (os familiares). Não parece haver uma expectativa em IT de que T tenha algo a dizer por si mesmo. Do mesmo modo, a mãe. Ela não proporciona um diálogo que ancore produções de sentido, ou seja, em que a forma seja mobilizada para produzir um sentido conjunto, pois quando T se manifesta espontaneamente, ela interpreta suas manifestações como grito. Na cena 3 (quadro 4) também se observa o domínio da estratégia de instanciação pelo tu (IT e MT) de estruturas rotineiras da

família para o eu, que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações (linha 51).

As cenas escolhidas no quadro 4 demonstram que T possui algumas estratégias do primeiro e segundo mecanismos, no entanto, não se percebe a emergência de estratégias mais elaboradas como a combinação de palavras ou mesmo a iniciativa do diálogo por T e o reconhecimento desta iniciativa por IT e MT, esperadas para o segundo mecanismo. Em termos semióticos, há restrição em relação ao domínio dos recursos vocais, mas não há sinais fisiopatológicos, pois T não parece ter dificuldades de memorizar/reter o signo, tanto em sua dimensão vocal quanto em termos de significado.

Ele compreende frases e pode, quando concentrado, entender os enunciados do interlocutor. Já no processo de semantização, observa-se que dominam estratégias em que sua fala ainda está colada à fala do outro, e limita-se a repetir a produção do outro, não sendo reconhecido quando utiliza os recursos linguísticos que possui para dizer o que deseja. Não se concentra e mantém uma agitação motora na sessão terapêutica. A linguagem do adulto nem sempre possui função reguladora de suas ações. De um modo geral, os diálogos não se encaminham para uma elaboração maior tanto do domínio semiótico de T., quanto com o estabelecimento de autoria em seu dizer.

O sujeito R.

R. nasceu no 6º mês de gestação de uma gravidez não planejada. É 5º filho de M. A família constitui-se de sua mãe (40 anos), seu pai (42 anos), e seus quatro irmãos mais velhos (três meninas nas faixas etárias de 4, 12 e 19 anos e um menino de 14 anos) Todos moram na mesma casa, que se localiza na zona rural próxima à cidade. Quanto à escolaridade dos pais, ambos não concluíram o primeiro grau. Os filhos frequentam escola mais próxima à sua casa. A mãe é dona de casa, o pai é motorista.

Devido à prematuridade ficou internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário, cerca de 3 meses. O bebê mantém acompanhamento pediátrico no Seguimento de Prematuros do HUSM, desde a sua alta. Sua mãe também esteve

internada no mesmo hospital, em coma induzido, devido à hemorragia provocada pelo desprendimento da placenta, por 42 dias, sendo que 28 deles na UTI. Após a recuperação de ambos, a mãe refere não lembrar da gravidez, nem do período de internação, e ainda relatou que chegou a pensar que R. era filho de sua filha mais velha.

Em um primeiro contato com a equipe do projeto IRDIs, faziam 3 semanas que R. havia saído do hospital, estava com 1 mês (corrigido) e encontrava-se dormindo. Nesse momento, observou-se que a filha mais velha cumpria a função materna. Além disso, o bebê aparentava ter características sindrômicas, conforme o discurso da mãe e demais familiares. Porém, nos encontros seguintes constatou-se que esta primeira impressão deveu-se à prematuridade de R. A mãe não apresentou nenhum grau de depressão e ansiedade nas escalas de Beck, mas possuía um total desconhecimento de seu bebê. Em função de ter ficado muito tempo em coma, não conseguia lembrar de que era mãe de R e de sua filha menor de 4 anos.

No reteste da primeira fase observou-se que MR não conseguia identificar as demandas de R (ausência do IRDI 1- “Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer.”), pois não atribuía sentido ao choro e demais manifestações do bebê. Tal situação foi identificada na entrevista (vide linha 21 do quadro 5 – a mãe sorri “sem jeito”, quando questionada se conversava com R.) enquanto ele chora sem cessar. R por sua vez, parece sentir-se incomodado no colo da mãe, pois no momento em que ela o coloca mais perto de seu corpo, R reage com choro intenso. No quadro 5, expõe-se a cena gravada na mesma fase, sendo que estão presentes a mãe (MR), o bebê (R) e a pesquisadora (P).

Em termos de contextualização enunciativa, P. conversa com a mãe de R, na ocasião do reteste da primeira fase dos IRDIs, o bebê chora bastante durante a cena e a mãe tenta acalmá-lo.

MR	R	P
1) Psiu, não! ((fala em tom repreensivo; olha para o bebê e o embala))		
	2) ((R chora no colo da mãe))	
		3) Como é que ele tá?
4) Hã? ((o choro de R. parece atrapalhar o entendimento da mãe))		
		5) Como é que ele tá indo?
6) Bem ((tom de voz denota desânimo))		

		7) Tá bem?
8) É, bem ((R. continua chorando e a mãe demonstrando desânimo, MR o embala))		
		9) Tenta conversar um poquinho.
10) Que quefoi? Eh psiu que véio, que que foi nenê psiu aqui ó? O que que foi nenê?Oqueee que foi? ((mãe fala em manhês, enquanto tenta arrumá-lo no colo))		
	11) ((R olha para o lado da janela e chora))	
12) Chora porque tá incômodo aqui pra ele, lá ele fica o dia inteiro bem quietinho. ((tenta por a chupeta na boca do bebê, ele rejeita))		
		13) É quietinho?
	14) ((R. permanece chorando e agora olha para o lado da câmara))	
		15) E ele dorme muito? Ou já fica mais acordado?
16) Ahan, dorme bastante.	17) ((Bebê segue olhando para o lado da câmara, mais calmo))	
		18) Ainda dorme bastante?
19) Ahan. (Ssssss-para o bebê, embalando-o) (.) não, ele não dorme tanto como era antes, mas ele dorme bastante.		
		20) E dá pra ti conversar com ele?
21) Ahan, bom lá é casa cheia, né? ((MR sorri sem jeito))		
		22) Sim, todo mundo conversa!
23) É, casa cheia!	22) R segue olhando para o lado da câmara.	
		23) E tu nota que ele gosta assim quando vocês tão com ele?
24) Ahan, ele ri, sorri, ele olha, ahan ((faz sinal afirmativo com a cabeça))		

Quadro 5 - Cena de Interação entre R, MR e P.

Percebe-se que MR utilizou o manhês ao falar com seu bebê (linha 10), no entanto, seu tom de voz demonstrava certo desânimo e insatisfação pela situação em que se encontrava. Considerando-se os mecanismos enunciativos (SILVA, 2009), observa-se que o preenchimento de turno pelo outro (mãe) não buscava uma interpretação às motivações do choro de R. Isso ocorre quando a pesquisadora instiga a mãe a tentar acalmá-lo na linha 9. Ao não identificar as demandas do bebê, a mãe não conseguia atribuir sentido (via linguagem) e enunciar por seu bebê. Ao

contrário, o único sentido atribuído está na linha 12 em que afirma estar incômodo em sessão para ele, pois em casa fica bem quietinho o dia inteiro, ou seja, ela se sente incomodada em estar fora de casa e faz essa projeção para o filho. Os sinais de desânimo e inatividade da mãe são evidentes em seu discurso. O bebê como resposta faz uma série barulhenta, o choro, em terapia, embora silencie em casa.

Na segunda avaliação dos IRDIs, R. estava com 6 meses; manteve-se sorridente e interagindo com a mãe e a irmã. No entanto, nesta época, ainda se percebia uma desconfiança da família em relação a R. apresentar algum um limite biológico para desenvolver-se.

Na terceira avaliação, R. com 11 meses, constatou-se uma agitação motora exagerada e a ausência do IRDI 10 (“Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe”). Conforme relato da mãe, o bebê estava agressivo ao toque, não gostava do contato corporal, e não costumava procurá-la para brincadeiras. Novamente, a evitação do bebê registra uma série barulhenta em termos de desenvolvimento, o que se observa também ao ser testada a última fase dos IRDIs. R. com 17 meses, mantinha a agitação motora persistente, observada na avaliação anterior (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Conforme a mãe, R não se concentrava nas brincadeiras, costumava destruir seus brinquedos, era muito agressivo com as pessoas e objetos (o que também foi observado pela pesquisadora). Só parava por meio da contenção mecânica; ou seja, o limite oferecido pela palavra não fazia sentido. Assim, observaram-se os seguintes índices ausentes: 15 (“A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”), e 18 (“Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”). Nesse momento, a mãe demonstrava cansaço ao falar de R., e alegava que ele era diferente de todos os outros filhos, e pediu ajuda à equipe. Dessa forma, R. foi encaminhado à Intervenção Precoce - Programa Interdisciplinar de Extensão Universitária coordenado por uma das autoras deste estudo.

Assim, quando R. foi avaliado neste estudo, já estava em intervenção precoce há sete meses. Na ocasião, R. com 24 meses, compareceu com a mãe e a irmã. Na nova filmagem da interação de R com sua mãe (MR) e irmã (IR), observa-se a evolução linguística de R. e também a melhora nas relações de R. com a mãe e irmã. Nas cenas a seguir, expostas no quadro 6, é possível observar o primeiro mecanismo enunciativo de preenchimento de turno pelo outro (MR e IR). Ainda, percebe-se que R e MR, estão dialogando, ou seja, a mãe consegue sustentá-lo

enunciativamente durante a brincadeira. Na primeira cena do quadro 6, MR e R brincam sozinhos na sala, com os brinquedos disponíveis. Na cena 2 do mesmo quadro, IR e P também participam da interação.

MR	R
CENA 1	
1) Vamo acha o mu! Vamo acha o mu! ((sentada na cadeirinha perto do colchonete))	
	2) Hummm...muuuu... ((R chegou mais perto da mãe, e pega a vaca que a mãe mostra para ele))
3) E o pocotóó, então cadê o pocotó? Tá aqui o pocotó! Opocotó saiu, tá sem uma pernaaaa (.) o pocotóó, aqui tá o mu! ((MR acha o cavalo no meio dos animais, e comemora através de sua fala.R. pega o cavalo))	
	4) Humm ((R coloca o cavalo junto com a vaca no chão))
5) Muuu (.) Outro bicho! Muuu, jacaré! ((MR está colocando animais no chão, um ao lado do outro))	
	6) ((R pega um pedaço de cerca de fazenda))
7) Vai montá filho!! ((MR antecipa a ação de montar a cerca para os animais enfileirados))	
	8) ((R segue mexendo nas peças da cerca))
9) Que legal!! ((Após abrir o jacaré de brinquedo, que começa a tocar))	
	10) ((R presta atenção nos movimentos da mãe))
11) Alô!! ((pega o telefone de brinquedo, começa a discar, e fala olhando para o menino))	
	12) Aôôô.
13) Alô! Alô! ((Enquanto R. bate nos brinquedos com a mão))	
	14) Aaaaaa...uuuhhh...uuuu...
15) Uhh! ((MR segue arrumando os animais lado a lado))	
	16) Uuuhhh...mããã...muuuuuu....muuu ((pega a vaca de brinquedo e olha para ela enquanto fala))
17) Ó o porco!!O porco!! ((R pega o porco que a mãe tem na mão))	
	18) Uuuuuuuuhhh ((bate a vaca contra o porco))
19) Uuhh ((espelha a fala de R.)) (...)	
20) O pocotó! ((MR mostra o cavalo de brinquedo))	
	21) Cotó ((fala balançando outro cavalo que estava no chão)) (.)
	22) Ucuutató ((mostra cavalo para a mãe e faz movimento de cavalgada)) (.)
	23) Uhhhhhhh ((vocaliza enquanto o cavalo cavalga))
24) Pocotó, pocotó, pocotó ((mãe fala e movimentada o cavalo em cavalgada))	
	25) Uh! ((bate o cavalo no chão! Para de cavalgar))

26) Pocotó, pocotó ((mãe continua cavalgando))		
		27) Ocotó! ((fala como a mãe, e tenta se levantar do colchonete para se sentar no cavalo-como se fosse cavalgar-))
28) Dá pra sentar?!?((fala em tom interrogativo))		
		29) Éééé ((desequilibra-se enquanto tenta se levantar e cai))
30) Ã, cuidado! ((fala enquanto R bate com a cabeça no chão))		
		31) Ocotó, ocotó ((vocaliza enquanto "cavalga" no cavalo))
32) Bateu... fez dodói? ((coloca a mão na testa de R, que senta novamente))		
		33) Cotó ((bate o cavalo no chão))
34) Vai sentá em cima do pocotó? ((observando a ação de R.))		
		35) Cotó ((olha para a mãe))
36) Vai sentá no pocotó? ((interpretando a intenção de R se sentar para cavalgar))		
		37) Quéqué ((fala olhando para o cavaliño))
38) Então senta, vamo vê? ((autorizando a ação de R.))		
		39) Tááá ((levanta-se para sentar no cavalo, mas não consegue))
40) Tu ia andar no pocotó? ((interpreta que R não conseguiu))		
		41)Táá
42) Aqui tem outro pocotó, ó!		
		43) Cotó!
44) Catá		
		45) Uh! Catá! ((enquanto observa o cavalo))
CENA 2		
MR	R	IR
Recorte 1		
46) Não, em cima da mesa não. R. Aqui ó, alô ((MR pega o telefone e chama atenção de R para não subir na mesa))		
		47) Voltei, é a Mila ó. É meu, é meu... ((IR volta para sala e pega o trem de cima da mesa))
	48) É mé... ((R tenta pegá-lo, querendo mostrar que é seu))	
		49) É meu! Dá! ò... ((Batida na porta))
Recorte 2		
MR	R	P
50) Ele qué montá. ((Quando P pega as peças da cerca))		
		51) Ah ele gosta de brinquedo de montá ((interpreta a informação de MR)) (.)
		52) Mas dá pra montá

		ó! ó uma cerquinha, pra fazer uma fazenda ó. Ah agora gostou. Ó esse aqui dá pra montar. Esse outro, não sei... ((R vai até P))
	53) Uhh...tutá... ((R entrega outra peça de cerca à P, para que ela a monte))	
Recorte 3		
R	IR	P
54) Áãhhh		
	55) Ah tem que bota as rodinha, assim ele não vai anda ((arruma o carro que estava sem as rodas))	
		56) Um atrás do outro? ((sobre os carros))
57) Êeeehhheeeehhhheeeehhhh...((R faz som dos carros andando))		
		58) Vrumvrummm....
59) Vummmm...		
		60) Vrumvrum....vai longe esse carro hein? (.) Vamo levanta aqui a bermudinha...opa!
	61) Hummm...ããuuuuuuuuuhhhh...((R vai em frente ao espelho))	
		62) Rafa!
	63) Tata!	

Quadro 6- Cenas de Interação entre R, MR, IR e P, aos 24 meses.

A presença do primeiro mecanismo enunciativo percebe-se, também, na apresentação do **eu**(R) de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu (MR) (linhas 14, 18, 23, 25), e na instanciação pelo tu (MR) de estruturas rotineiras da família para o **eu** (R), que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações (linhas 4 ,8,23).

Na cena 1 (quadro 6), R também apresenta evidências do segundo mecanismo enunciativo de co-referência verbal (SILVA, 2009), ao enunciar “cotó” para “pocotó” (linhas 21,27,31,33) e espelhar a fala da mãe ao enunciar “taaa” (linha 39) e “catá” (linha 45) suas produções para “sentar”. Outra evidência do segundo mecanismo enunciativo é a combinação de palavras, observada no recorte 1, da cena 2 (linha 48), do mesmo quadro.

No recorte 2, da cena 2 (quadro 6), observa-se que R está conseguindo espelhar verbos (linha 53), repetindo o discurso do tu (óh, aqui para montar) no dizer do eu (tutá). Nota-se que é um espelhamento seletivo, pois solicita ao outro que

monte ao entregar a peça. No recorte 3 da mesma cena, observa-se o espelhamento de fonemas e onomatopéias (linha 59). Além disso, nesta cena tem-se a evidência de que R. já está fazendo incursões pelo terceiro mecanismo enunciativo a partir da instanciação de seu nome. R olha para o espelho e produz “Tata” (linha 63).

As cenas escolhidas demonstram que R. apresenta um rico funcionamento de linguagem, pois utiliza de modo produtivo os recursos linguísticos que possui da língua. É capaz de produzir sons da língua (p, m, t, v, n; sílabas, vocábulos, dissílabas oxítona e paroxítona, alternando pontos e já com esboço de trissílabas) para cobrir mecanismos enunciativos variados. Assim, verifica-se que R. está em processo de desenvolvimento do domínio semiótico e semântico da língua de modo sintonizado, ou seja, mobiliza seus recursos vocais em favor de uma riqueza de veiculação de sentidos os quais são interpretados e partilhados por seus interlocutores usuais: a mãe e a irmã.

O sujeito M.

M. nasceu aos 8 meses e meio de gestação de uma gravidez planejada. É o menino é o 2º filho de uma família que se constitui de sua mãe (40 anos), seu pai (33 anos), e sua irmã de 14 anos. Quanto à escolaridade, o pai tem o 1º grau completo e a mãe, o 2º grau incompleto. A mãe é dona de casa, e o pai trabalha como gesseiro. Possuem renda familiar de R\$ 2000,00.

O bebê não teve nenhuma intercorrência ao nascer. Na avaliação da primeira fase dos IRDIs, M. estava com um mês de vida; a mãe estava bastante tímida durante a filmagem, mas parecia estar bem e, conforme seu relato, o bebê já procurava a voz dos pais quando falavam com ele.

Na entrevista inicial, a mãe relatou que teve depressão por um ano devido a preocupações no trabalho, mas que resolveu sair para engravidar e melhorou. Tomou medicação por poucos meses (receitada por clínico geral), parando por conta própria.

Entre um e oito meses M. não apresentou risco ao desenvolvimento. Já na terceira fase, entre 8 e 12 meses, ele com 12 meses, detectou-se ausência do IRDI

12 (“A criança estranha pessoas desconhecidas a ela”). Na última fase dos IRDIs, M. estava com 15 meses e muito apegado à mãe, só ficava com o pai além dela. A mãe disse que ele passou a ter medo de caminhar desde que caiu. Na avaliação só ficou no colo da mãe, não quis descer, nem brincar com as avaliadoras. M. ainda nessa fase tinha livre demanda do seio à noite. Observou-se ausência do IRDI 15 (“A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”) e 16 (“A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas”).

Aos 21 meses, M e sua mãe retornaram para avaliação; no quadro 7, observa-se, a interação entre a mãe (MM) e o bebê (M). Há boa alternância de turnos entre a mãe e M., que o engaja na cena. Em alguns momentos, percebe-se que MM oferta vários signos em pouco tempo, isto parece ocorrer pela ansiedade devido à quase ausência de fala de M; ele produz apenas algumas onomatopeias (linhas 8, 23).

Na linha 2 constata-se a instanciação pelo **tu** (MM) de estruturas rotineiras da família para o **eu** (M), que preenche seu lugar enunciativo com gestos. Outro momento interessante a ser observado nesta cena, é a rejeição do M. quando a mãe coloca o telefone perto de sua orelha (linha 28).

Na cena 1, do quadro 7, MM e M brincam sozinhos na sala, com os brinquedos disponíveis. A cena 2 do mesmo quadro, mostra a interação de PM e M, brincando sozinhos na sala.

MM	M
CENA 1	
1) Vou arrumar aqui (.) Olha aqui o bum bum! ((prende o velcro do tênis do filho e mostra o carrinho que estava no chão))	
	2) ((M movimenta um trenzinho no chão))
3) Ó! A música. Ó a música! ((mostra o jacaré-com música- para M))	
	4) ((Aperta o jacaré para ouvi-lo, mas ainda mantém a outra mão no trem))
5) Ô o cavalinho ó! Ó o cavalinho! O cavalinho ó! ((coloca o cavalo de plástico em frente ao filho))	
	6) ((M pega o cavalo de plástico na mão))
7) Olha aqui, olha os bichinho ó. Ó o elefante ó, elefante! Ó o leãozinho ó, leãozinho. Põe o cavalinho ó? âh? âh? ((mostra a cesta de bichos de plástico para M))	
	8) Hum hum ((Vocaliza, pega da cesta a vaca e o coloca no chão com os outros))
9) Ah? Ó, tartaruga! ((mostra a tartaruga a M.))	
	10) ((M encosta na tartaruga e retira o

	dinossauro da cesta))
11) Cadê o outro ó? Ó a vaca, ó vaca! ((puxa a cadeira pequena e senta-se))	
	12) ((M mexe nos bichos da cesta e retira o cavalo))
13) Ó! O cavalo! É o cavalinho? Ó! O cavalinho, ó! Pocotó, pocotó, pocotó. ((MM comenta sobre o animal que M tem na mão))	
	14) ((M olha os animais e os organiza lado a lado, joga alguns da cesta no chão))
15) Ó o au-au lá ó (.) pega o au-au ((mostra o cachorro)) Ó, pega o au-au. Cadê o au-au? ((dá ordem)) (...)	
16) Hum, o que que é esse ali? (Mostra o cachorro e, pergunta à M)	
	17) ((Enquanto a mãe fala, M mexe nos animais da cesta)
18) O au-au, pega o au-au (.) Onde tá o au-au?	
	19) ((M pega os animais da cesta e os ordena no chão))
20) Onde tá o au-au? Pega o au-au (.) onde tá o au-au?	
	21) ((M pega o cachorro na cesta))
22) Olha o au-au! ó, o au-au! ((pega o cachorro e mostra para M))	
	23)Hummmm.
24) Onde tá o au-au? (...) Vamo pega o cavalo ó, ó o cavalo. Ó o cavalo, ó. ((dá o cavalo para M))	
	25) Uuuuu ((M anda com o cavalo no chão))
	26) Huhu ((Olha para os lados procurando novo brinquedo e pega a bola))
27) Olha o boi, ó! (.) ó vum-vum. Ó o telefone, ó. Ó o telefone, ó, alô! ((mostra o boi, o carro e o telefone na sequencia, coloca o telefone perto da orelha de M))	
	28) ((M rejeita dizer algo ao telefone afastando-o com a mão. Pega o cachorro e o coloca em pé ao lado dos demais))
CENA 2	
PM	M
	29) ((M dá a roda do carro para o pai consertar))
30) Deu, ó! O vunvum! (Dá o carro após colocara roda))	
	31) Eoaaaaaaa ((comemora e bate com as mãos no chão))
32) Oba oba! Ó o au-au: auauauauau ((comemora também,. Batendo o cachorro no chão)) (...)	
33) Ó M. esse? tem trenzinho, vou te mostrar, ó o trenzinho, trenzinho (.) foi lá embaixo o trenzinho.	
	34) ((M pega o trem, explora o brinquedo novo))
35) Olha só, coloca aqui de novo, a vaquinha ó! A vaquinha, meu amor! Ééé... ((Coloca a vaca em cima do jacaré. Fala em tom suave, semelhante a um manhês))	
	36) ((Pega a vaca e mostra ao pai))
37) Ó.O cavalo cavalo cavalo ((coloca o cavalo em cima do jacaré))	

	38) ((M se abaixa e coloca a vaca no chão, pega o cavalo que estava em cima do jacaré e dá ao pai))
39) É? O cavalo pro papai? É? Cavalo pro papai, meu amor. Hein? ((Fala em tom melódico, enquanto o menino pega outros animais e da ao pai))	
	40) ((M pega dois animais do chão e dá ao pai))
41) Credo! Que que é isso aí, que que é? (.) É a vaquinha também? (.) É a vaquinha é? olha só, ó, ó, viu? ((comenta sobre o animal que M tem na mão e coloca animais lado a lado no chão))	
	42) ((M abaixa-se para pegar os animais também, pega a vaca))
43) Ó o porquinho ó, ó o porquinho! É a vaquinha, é, é? (.) Ó ó o pocotó, segura ele ((coloca mais animais perto de M))	
	44) Hum humhum ((M está com uma mão nos animais e outra no telefone))
45) Mais um boi, ó óó (.) Me dá o cavalo? (.) O cavalo? É? ((coloca mais um animal no chão e ganha de M o cavalo))	
	46) Humhim hum ((Dá o cavalo ao pai))
47) Com a vaquinha aqui? (.) Ó ((coloca o cavalo ao lado da vaca))	
	47) ((M mexe com os animais e depois com o telefone))
48) () Alô, diz alô, ó? Fala alô pra mamãe! Alô! Alô, mamãe! ((coloca o telefone na orelha de M e depois na sua))	
	49) ((M recusa-se ao gesto do pai, esquivando a cabeça))
50) O que é hein? (.) aqui ta outro ó! ((coloca mais um animal para M))	
	51) Himhim ((MM olha para o pai e sorri))

Quadro 7- Cenas de Interação entre M, MM e PM, aos 21 meses.

Na cena 2 (quadro 7) observa-se a presença de uma estratégia do primeiro mecanismo enunciativo (SILVA, 2009). Na linha 31 encontra-se a apresentação pelo **eu** (M) de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do **tu** (MM).

Ainda nesta cena, observa-se boa alternância de turnos entre o pai (PM) e M. O pai demonstra menor ansiedade em relação à mãe na oferta de signos à M. No entanto, nota-se que tanto na cena com a mãe quanto na cena com o pai não há a criação de um tema para a brincadeira. Nesta cena com o pai, novamente M. recusa-se a falar ao telefone (linha 49), o que é compreensível ao se perceber que os recursos vocais de M. são muito precários.

A partir das cenas expostas no quadro 7, compreende-se que M. vocaliza pouco, com algumas onomatopeias e prolongamentos de vogais, o que demonstra

uma limitação importante inclusive nas possibilidades de balbúcio. Sua compreensão é satisfatória, pois, consegue atentar aos pedidos da mãe e do pai que, por sua vez, procuram sustentá-lo (via linguagem) especialmente por nomeação de objetos. Assim, M. apresenta estratégias rudimentares, como a produção de estruturas sonoras indiferenciadas (comuns ao primeiro mecanismo enunciativo), mas o segundo mecanismo (relacionado ao estabelecimento da co-referência verbal) está ausente. Tal condição pode ser caracterizada como um distúrbio de linguagem.

Discussão

Os três meninos foram acompanhados pelos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER *et al.*, 2010), a partir do qual apresentaram risco ao desenvolvimento; mas com evoluções linguísticas distintas. Enquanto R. possui uma aquisição da linguagem com mecanismos enunciativos variados, T. e M. apresentam limitações importantes na aquisição da linguagem. T possui um distúrbio de linguagem em que é evidente um comprometimento maior do processo de semantização da língua e M. possui uma restrição importante no estabelecimento do domínio semiótico da língua. Portanto, fica evidente a singularidade de cada caso no funcionamento de linguagem conforme aponta Surreaux (2006). Para Surreaux e Lima (2011) falar desta singularidade implica considerar a particularidade por meio da qual um determinado falante fará seu percurso na apropriação de uma dada língua.

Em dois dos casos, T e R, detectou-se ausência dos indicadores da primeira fase de avaliação dos IRDIs (1 a 4 meses), que correspondem aos eixos teóricos estabelecimento de demanda (ED) e suposição de um sujeito (SS) (KUPFER *et al.*, 2010). Tais ausências foram identificadas por meio da dificuldade de as mães sustentarem uma protoconversa com seus filhos. MT não conseguiu sintonizar suas expressões às de T., pareceu ligada unicamente em expressar seus sentimentos de cansaço e desânimo na relação com T. MR apresentou dificuldades claras para interpretar o filho, embora parecesse mais preocupada com ele, o que a levou a buscar a intervenção precoce.

Para Kupfer *et al.* (2010), o modo como acontece a construção de uma demanda (ED), está na base de toda a atividade posterior de inserção do sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros. A suposição de um sujeito (SS) refere-se a uma antecipação, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito. Paradoxalmente, a constituição do bebê depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao apelo do bebê, e de como ela o vê. As mães de T. e R. não estavam sintonizadas às demandas de seus filhos, e assim não conseguiam atribuir sentido (via linguagem) às manifestações deles. Assim, percebe-se a dificuldade no primeiro mecanismo enunciativo de preenchimento de turno pelo outro (SILVA, 2009). MT, por exemplo, por vezes, preencheu o turno, porém o fez de modo não sintonizado.

Silva (2009) afirma que para adquirir linguagem, a criança requer que o outro (tu) a torne sujeito dessa aquisição (eu). Os movimentos, gestos, olhares, choros, risos, balbucios, palavras da criança são tomados como significativos. As mães de T e R apresentavam, já na primeira fase de acompanhamento dos índices de risco, dificuldades em significar as manifestações de seus bebês.

Nas cenas de interação entre MT, IT e T, observa-se que não há uma ancoragem para T. ter autoria durante o diálogo. Em vários momentos há um jogo de repetição, que na visão interacionista (DE LEMOS, 1989), é um jogo dialógico que pode ancorar a construção do domínio linguístico, sobretudo da realização vocal da língua. Na visão enunciativa trata-se de uma estratégia do segundo mecanismo enunciativo (SILVA, 2009), mas que quando em excesso, pode manter o sujeito colado à fala do outro como pontua Surreaux (2006) quando analisa cenas de uma criança com distúrbio de linguagem. T. repete o dizer de seus interlocutores, demonstrando que está iniciando a construção no nível semiótico da língua. No entanto, não é interpretado quando arrisca alguns dizeres por si próprio. A atribuição do sentido de gritaria para suas tentativas pode estar desapropriando o menino de seu dizer. A respeito desse fato, Catão (2009) afirma que crianças que apresentam risco psíquico podem estar falando, mas isto não significa que estejam constituídas de um modo singular no discurso. Em situações de distúrbio de linguagem, pode ocorrer de os significantes não encontrarem o significado, ou produzirem um encontro desarranjado (SURREAUX e LIMA, 2011).

Assim, percebe-se que em T, há uma maior defasagem no processo de semantização da língua, pois enquanto o processo terapêutico de R. permitiu que tal

falta de sintonia inicial fosse corrigida, em T isso não se deu pela demora em a mãe aceitar a intervenção. Esta, em idade mais avançada, já se direciona a um sintoma de linguagem e pode ser denominada como terapia de linguagem e não mais intervenção precoce.

Em M. há sinais que podem ser considerados como risco maior para o estabelecimento de um distúrbio de linguagem, em função da quase ausência de realização vocal e a características peculiares desta. Tais sinais referem-se à pobreza na produção de consoantes de pontos articulatorios variados e a dificuldade de M. espelhar a fala da terapeuta, o que se observou nas sessões que seguiram à avaliação do menino aqui apresentada. Mesmo que haja alguma base biológica funcional, já que M. não apresenta lesões neurológicas, não se descarta a possibilidade de fatores ambientais, sobretudo a relação parental com o menino, serem os únicos responsáveis por sua postura silenciosa. M. apresenta postura retraída em sessão. Não toma a iniciativa do brincar com a terapeuta, embora responda aos seus convites.

Tanto a mãe (MM) como o pai (PM) esforçam-se por tentar incluir M. em um funcionamento linguístico, mas seu domínio semiótico na época da filmagem, além de limitar sua participação no diálogo, cria uma ansiedade nos pais que provoca desencontros entre M. e os mesmos durante o diálogo. Um exemplo de desencontro é o excesso de nomeação da mãe em seus turnos. Esse comportamento no diálogo também foi observado em outros casos de distúrbios de linguagem em que as mães apresentavam depressão e/ou ansiedade e as crianças limitações práxicas orais (CRESTANI *et al.*, 2012).

No caso de R, as dificuldades iniciais que poderiam criar um maior impasse na constituição linguística do menino, não se perpetuaram, devido ao seu ingresso na intervenção precoce aos 17 meses. Isto possibilitou amenizar os sintomas e uma melhor evolução linguística, visto que R, apesar de apresentar uma combinação singular de risco biológico (prematuridade) e psíquico, após período de 7 meses em intervenção precoce, apresenta algumas restrições no domínio semiótico, que está em construção. Existe um processo amplo de constituição dos mecanismos e estratégias enunciativos (SILVA, 2009) durante a semantização da língua (CARDOSO, 2010). Seu encaminhamento para avaliação fonoaudiológica não se deveu à grande preocupação da mãe com a linguagem do filho, mas a um procedimento do grupo de extensão e pesquisa antes que R. tivesse alta da

intervenção precoce, visto que há um desencontro cronológico natural entre sua realização vocal e sua idade em função da prematuridade.

O primeiro e segundo mecanismos estão mais presentes, e o terceiro começa a emergir, pois, R. já passou da referência mostrada à falada e inicia a instanciação do nome. Em termos semióticos, possui um bom domínio de recursos vocais e de atribuição da co-referência. Há um atraso cronológico em relação à idade linguística, mas não há sinais fisiopatológicos de limites orgânicos como restrições na produção vocal ou na memorização de signos. Quanto ao processo de semantização, R. inicia os turnos, e não apenas de repete, nem está colado à fala do outro.

Compreende-se, dessa forma, que R. está em pleno desenvolvimento dos domínios semiótico e semântico da língua. Os atendimentos na intervenção precoce contribuíram para que a mãe e seus familiares pudessem sustentar seu modo peculiar de enunciar, o que permitiu a R tomar sua posição de falante, enunciar e construir um lugar na estrutura intersubjetiva peculiar ao funcionamento da linguagem (CARDOSO, 2010).

Em todos os casos houve dificuldades no estabelecimento da função paterna (FP) (KUPFER, *et al.* 2010). Este eixo teórico diz respeito à estabilização psíquica da criança, devido a um trabalho de enodamento dos três registros que ele lhe oferece: uma simbolização da falta, uma resposta ao real da angústia de castração e uma contenção imaginária para o corpo (KUPFER e BERNARDINO, 2009).

Assim, as satisfações imediatas que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe/cuidador, devem ser renunciadas, entretanto, para que essa função possa operar é preciso que a mãe situe a lei como uma referência a um terceiro em seu laço com a criança. A possibilidade de entrada do terceiro, em conjunto com outros aspectos estruturais e instrumentais, tanto aqueles diretamente ligados ao bebê, como aqueles relacionados ao ambiente, compõem condições complexas que culminam no desenvolvimento da linguagem (KUPFER *et al.*, 2010). As dificuldades na função paterna não são tratadas aqui como causa das dificuldades de linguagem, mas como um dos fatores que podem estar relacionados a obstáculos na construção do simbolismo, dentro do qual se insere a linguagem. Observando os três casos, cabe ressaltar que enquanto T. e R. têm uma presença dos pais nos discursos maternos, para M. o pai está presente inclusive no processo terapêutico, pois foi o único a participar da consulta fonoaudiológica. Há, no entanto, um paradoxo, embora seja presente, e tente se inserir como terceiro para o filho,

enfrenta maior resistência da mãe ao corte simbiótico. Já nos casos de T. e R. os pais embora ausentes fisicamente na terapia, são presentes no discurso materno e sofrem menos resistência a sua introdução aos 24 meses, período em que os sujeitos foram avaliados para esta pesquisa.

Na avaliação pré-intervenção precoce de R, e em todas as avaliações de T, observava-se uma agitação motora persistente que podia estar relacionada à dificuldade do estabelecimento da função paterna. Kupfer e Bernardino (2009), a partir dos resultados da pesquisa multicêntrica IRDIs, observam uma relação estatisticamente significativa entre o sintoma clínico dificuldade de separação dos pais, de um lado, e os sintomas clínicos agitação motora, condutas agressivas e dificuldades de aceitação da lei, de outro lado.

Em R. e T., percebiam-se distúrbios na construção da imagem corporal, uma agitação motora e condutas agressivas ao início do estudo de coorte. Porém, no caso de R, no qual foi iniciada a intervenção precoce aos 17 meses, tais sintomas aos 24 meses já estavam amenizados. Nos atendimentos em intervenção precoce, sustentou-se outra interpretação sobre as atitudes de R.; buscando oferecer-lhe outra possibilidade de ser além do (já antecipado) lugar de agressividade e agitação, e com isso, procurou-se constituir uma nova imagem corporal para o menino, o que teve efeitos também na linguagem.

No caso de T, a agitação motora não permite que se construa um espaço enunciativo, no qual o adulto toma a criança como um tu ou se coloca como um tu para a criança (SILVA, 2009). Associado a isto, está o fato de que a mãe de T apresenta dificuldade em supor que ele é um sujeito capaz de ocupar tais posições enunciativas, desde o início da pesquisa.

Já nas interações de M. com seus familiares, também se observaram falhas na função paterna, mas conforme análise de seu funcionamento de linguagem é possível observar que pode apresentar um risco biológico para aquisição da linguagem. Apesar da sustentação enunciativa de seus interlocutores, M não está se constituindo linguisticamente de acordo com sua faixa etária. Ele produz apenas onomatopeias e vogais prolongadas, e possui apenas duas estratégias do primeiro mecanismo enunciativo de Silva (2009). A realização vocal necessária para a memorização do signo é precária. Para compensar, utiliza expressões faciais, gestos e sons não verbais (SOUZA, PAYÃO e COSTA, 2009).

Portanto, enquanto em T e R as limitações estratégicas presentes no primeiro mecanismo enunciativo atrasaram a emergência do segundo mecanismo e limitou o domínio semiótico da língua, no caso de M. parece haver uma interação entre os domínios semiótico e semântico no funcionamento de sua linguagem. Assim, enquanto em T e R o problema parecia estar originariamente nas interações e protoconversaçoão inicial em função de distintas dificuldades de interpretação das mães, em M. o limite no domínio semiótico associado à dificuldade de entrada da função paterna, pelo excesso de apego da mãe ao menino, foi criando mais limites às interações, embora a mãe estivesse disponível para as mesmas. Em cada caso, a ideia de funcionamento singular da linguagem, implicando a intersubjetividade bebê-adulto, em especial das mães com seus filhos, parece fundamental para pensar o processo de avaliação e de intervenção precoces, de modo a socorrer a díade na construção de novas interações.

Conclusão

Os três casos permitem pensar que a detecção precoce de risco favorece o cuidado precoce em linguagem. De como o bebê enuncia e, da análise das ações do interlocutor, no período de aquisição da linguagem, pode-se perceber a emergência do sintoma de linguagem.

Salienta-se ainda a necessidade de se considerar cada caso em sua forma particular de funcionamento da linguagem, pois os mecanismos enunciativos de aquisição da linguagem emergiram de modo singular e com estratégias específicas, por vezes restritas, para cada sujeito e se relacionam com as ações dos interlocutores.

Observa-se também a importância da detecção precoce de risco para o desenvolvimento a partir dos índices de risco ao desenvolvimento infantil, não apenas para aspectos psíquicos, mas sua correlação com o processo de aquisição da linguagem. O acompanhamento de bebês por tais índices pode manter os profissionais de saúde alertas ao risco de déficits de desenvolvimento associados

aos de linguagem, por meio da protoconversa o inicial e da observa o dos sentidos veiculados entre o beb  e seus familiares.

Referências Bibliográficas

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BEFI-LOPES, D.M.; BENTO, A.C.P.; PERISSINOTO, J. Narra o de histórias por crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pr -Fono R. Atual. Cient.** V. 20, n. 2, p. 93-8. 2008.

BENDER, S. ; SURREAUX, L. M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. **Cadernos do IL (UFRGS)**, v. 42, p. 129-145. 2011.

BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**: tradu o de Maria da Glória Novak e Maria Luisa Neri: revisão do Prof. Isaac Nicolau Salum. 4 ed. Campinas, SP: Pontes, 1995.

BOTTING, N.; RICHES, N; GAYNOR, M.; MORGAN, G. Gesture production and comprehension in children with specific language impairment. **Br J Dev Psychol.** v. 28, n. 1, p. 51-69. 2010.

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

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

CRESTANI, A.H.; RAMOS, A.P.; BELTRAMI L., MORAES A. Análise da associa o entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v. 24 , n. 3, 205-10.2012.

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, Abr. 2012

DE LEMOS, C.T.G. **Uma abordagem socioconstrutivista da aquisi o da linguagem: um percurso e muitas questões**. ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisi o de Linguagem, PUC-RS. 1989.

FLORES, M.R.; RAMOS, A.P., MORAES, A., BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, 2012, no.ahead, p.00-00. ISSN 1516-1846.

FLORES, M.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Distúrb Comum**. v. 23, n. 2, p. 143-52, ago. 2011.

FLORES, V.N. Benveniste e o sintoma de linguagem: A enunciação do homem na língua. **Revista Letras**. N. 33, p. 99-118. 2006.

FORTUNATO-TAVARES, T.; ROCHA, C.N.; ANDRADE, C.R.F.; BEFI-LOPES, D.M.; SCHOCHAT, E.; HESTVIK, A. *et al.* Processamento linguístico e processamento auditivo temporal em crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 21, n. 4, Dec. 2009.

GIRBAU, D.; SCHWARTZ, R. Phonological Working Memory in Spanish-English Bilingual Children with and without Specific Language Impairment. **J Commun Disord**. v. 41, n. 2, p. 124-45. 2008.

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 .

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. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 .

MILLER, C.; GILBERT, E. Comparison of performance on two nonverbal intelligence tests by adolescents with and without language impairment. **J Commun Disord**. v. 41, n. 4, p. 358-71. 2008.

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

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.** v.20, n.3, p.233-240, 2004.

SHENG, L.; MCGREGOR, K.K. Lexical-semantic organization in children with specific language impairment. **J Speech Lang Hear Res.** v. 53, n.1, p. 146-59. 2010.

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

SOUZA, T.N.U.; PAYÃO, L.M.C.; COSTA, R.C.C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 21, n. 1, p. 75-80. 2009.

SURREAUX, L.M. **Linguagem, sintoma e clínica de linguagem.** 2006. 202 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006.

SURREAUX, L.M. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, Carla Guterres (org.) **Quando a fala falta: Fonoaudiologia, linguística e psicanálise.** Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2009.

SURREAUX, L.M.; LIMA, T.M. Relações possíveis entre a Linguística da Enunciação e a Clínica de Linguagem. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem**, v. 9, p. 356-370, 2011.

SURREAUX, L. M.; DEUS, V.F. A especificidade da transcrição com base enunciativa na clínica fonoaudiológica. **Verba Volant**, v. 1, 2010.

TAMANAHARA, A.C.; OSHIRO, L.T.; KAWANO, C.E.; OKUMURA, M; GHIRINGHELLI, R.; MINAGUCHI, T. *et al.* Queixa nos distúrbios de linguagem. **J Soc Bras Fonoaudiol.** v. 23, n. 2, p. 124-8.2011.

TANNOCK R. Desenvolvimento da linguagem e alfabetização: Comentários sobre Beitchman e Cohen. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-5. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/TannockPRTxp1.pdf>. Consultado [setembro de 2011].

TUCKMAN, R.; RAPIN, I. **Autismo: abordagem neurobiológica.** Porto Alegre: Artmed; 2009.

VENDRUSCOLO, J.F.; BOLZAN, G.M.; CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.; MORAES, A.B. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**. V. 24, n. 1, p. 41-52.2012.

VERNES, S.C.; NEWBURY D.F.; ABRAHAMS B.S.; WINCHESTER, L; NICOD, J., GROSZER, M. *et al.* A Functional Genetic Link between Distinct Developmental Language Disorders. **New England Journal of Medicine**. V. 359, n. 22, p. 2337-45. 2008.

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. 442-51.2010.

5. DISCUSSÃO

A possibilidade de detecção precoce de riscos ao desenvolvimento infantil, entre eles o psíquico, permite uma nova reflexão para a clínica de bebês (ASSOCIATION PRÉAUT, 2012, KUPFER, *et al.*, 2010). Encaminhar precocemente um bebê para atendimento clínico, a fim de que seus sintomas possam ser revertidos ou ao menos amenizados, impõe, no entanto, dilemas éticos e a necessidade de inovação do sistema de saúde.

Os estudos referidos acima apontam ser necessário pensar no processo da detecção e do encaminhamento de crianças pequenas à intervenção precoce. Sabe-se que a percepção do sintoma, isto é, de que algo não vai bem ao desenvolvimento infantil, ocorre de forma peculiar às famílias. Desse modo, cabe aos profissionais ajudar no processo de percepção do sintoma quando a família não o faz. Contudo, deve-se ter o cuidado de não fazer profecias negativas sobre o desenvolvimento do bebê. Eticamente, não se pode precipitar de modo impositivo essa percepção, pois a mesma poderia não ter o efeito desejado. Por outro lado, não é possível abandonar casos de risco, sendo necessário um acompanhamento continuado até que a percepção do risco tenha algum espaço.

Nesse sentido, observa-se a relevância de procedimentos de detecção como os IRDIs, que permitem não só a detecção do risco ao desenvolvimento e psíquico, mas também parecem detectar o risco à aquisição da linguagem (CRESTANI, 2012). Enquanto recurso de acompanhamento atento ao desenvolvimento infantil, esse tipo de olhar pode tornar possível a sensibilização das famílias para a escuta do sintoma de seu filho e, assim, o estabelecer a demanda terapêutica.

Os casos dos sujeitos, neste trabalho, revelam que a escuta (ou não escuta) do sintoma teve repercussões no desenvolvimento das crianças. Os três bebês (T, R, e M) apresentaram risco ao desenvolvimento, e à aquisição da linguagem. A procura pela intervenção se deu em momentos distintos, ou seja, o momento e a intensidade com que cada família percebeu o sofrimento do bebê foi peculiar, singular. Enquanto a mãe de T. demonstrou limitações para perceber as necessidades do filho (que persistem até hoje), a mãe de R. precocemente procurou

ajuda, e a mãe de M. só percebeu que algo não ia bem quando um sintoma de linguagem se estabeleceu.

Como efeito do diferente comportamento da família, R., apesar de apresentar maior risco biológico por sua prematuridade, encontra-se mais instalado na linguagem do que T. Já M. parece apresentar restrições mais evidentes aquisição da linguagem, que tanto podem ser de funcionamento neurológico¹⁴ como provenientes da dificuldade no estabelecimento da função paterna. Nos casos analisados, vê-se, então uma conformação comum à clínica da infância: a singularidade do funcionamento psíquico e de linguagem, e a presença de demandas distintas para o processo terapêutico. Os casos colocam em evidência o fato de que um bebê nunca poder ser acompanhado sem um olhar atento à sua dinâmica familiar. Como dizia Winnicott (2000) não existe um bebê sem sua mãe.

A experiência em clínica-escola fonoaudiológica demonstra que há crianças que chegam à terapia por insistência da escola, como T. chegou por insistência das pesquisadoras, ao mesmo tempo em que há crianças trazidas pelos pais porque estes percebem seu sofrimento, como aconteceu nos casos R e M. Obviamente que não há regras quanto ao prognóstico terapêutico a partir de como a demanda foi estabelecida, pois tudo depende do curso terapêutico, do processo de transferência e contratransferência estabelecido entre terapeuta e familiares. No entanto, é certo que o início da terapia pode ser facilitado por esta percepção familiar do sofrimento do filho.

A mãe de T apresentou dificuldade em se conectar ao filho (detectada pelos IRDIs, logo nas interações iniciais), evidenciada no fato de que a protoconversa não ocorreu de modo sintonizado. A dificuldade de supor um sujeito em T. contribuiu para que MT não percebesse o sintoma que ele apresentava. Cabe ressaltar a presença de um nível de depressão moderado em MT, evidenciado na aplicação da escala Beck (BECK e STEER, 1993), o que pode ter colaborado para a desconexão da mãe em relação ao filho. Tal fato pode contribuir para a dificuldade de percepção do sintoma de linguagem por parte da mãe. O estudo do artigo 2, demonstrou que T apresentou dificuldade na emergência de estratégias mais elaboradas como a combinação de palavras e a iniciativa do diálogo, esperadas para o segundo

¹⁴ Aqui funcionamento neurológico não diz respeito à lesão, mas à disfunção que pode ter uma base genética. Ver estudos sobre *Speech and Language Impairment*, traduzido como distúrbio específico de linguagem. Vários estudos genéticos comprovam alterações que podem explicar o funcionamento neurológico deficitário para áreas especializadas no processamento da linguagem.

mecanismo enunciativo (SILVA, 2009). A partir da análise das poucas produções orais de T., observa-se que o menino tem condições de estabilizar-se no domínio semiótico da língua. No entanto, a falta de reconhecimento das iniciativas de T. durante o diálogo, o impossibilita de acessar à plena semantização da língua, pois neste caso o que está em questão é o processo de apropriação e passagem de locutor a sujeito na linguagem (RAMOS-SOUZA, 2010) e não apenas se T. pode ou não falar. Assim, persiste, de certo modo, a desconexão entre falar e dizer que agora começa a ser trabalhada com a família no processo terapêutico.

Somado a isto, tem-se o fato de T apresentar uma agitação motora persistente que pode estar relacionada à dificuldade do estabelecimento da função paterna (FP) (KUPFER, *et. al*, 2010; KUPFER e BERNARDINO, 2009). A função paterna favorece a estabilização psíquica da criança, a partir de uma simbolização da falta, uma resposta ao real da angústia de castração e uma contenção imaginária para o corpo. Além disso, o estabelecimento da função paterna (FP), pela entrada de um terceiro, faz com que o bebê advenha à linguagem (KUPFER, *et. al*, 2010).

Esses sinais também foram detectados na díade MR e R, no entanto, a escuta do sintoma pela família, em menor tempo, possibilitou a amenização dos sintomas e ressignificação do desenvolvimento de R, visualizados a partir dos distúrbios da imagem corporal e da pouca evolução linguística do menino. A escuta do sintoma salientada pela relação que R. mantinha com seu próprio corpo possibilitou à família o acesso à intervenção precoce, aos 17 meses. O distúrbio na imagem corporal era o sintoma mais evidente naquele momento. No entanto, a partir dos atendimentos em intervenção precoce, as cuidadoras principais (mãe e irmã), principalmente, a mãe pode reconstruir sua relação com R., e assim (re)construir seu papel na função materna (BERNARDINO, 2008).

Isso possibilitou também um redirecionamento das interações linguísticas com R. Percebe-se, que a intervenção precoce propiciou a ele, além da remissão dos sintomas na imagem corporal, instaurar plenamente o processo de aquisição linguística. O funcionamento de linguagem de R. permite hipotetizar que ele está constituindo-se no domínio semiótico e semântico da língua. Ele é capaz de transitar pelos três mecanismos enunciativos (SILVA, 2009), utilizando-se dos recursos de realização vocal não só para falar, mas para dizer. Ele será acompanhado à distância, tendo em vista a aposta familiar de que agora poderá dar conta de seu desenvolvimento, em conjunto, à inserção escolar. Embora seja um falante tardio, R.

dá indícios de que poderá compensar esse atraso de modo espontâneo (sem terapia a partir daqui). Assim, suas produções deixam de ser tomadas como sintomáticas, ou seja, não são mais estranhadas pela família, mas significadas. Isso tem feito o menino avançar muito, tanto no domínio semiótico como no processo de semantização da língua.

No caso de M, não se detectaram falhas nas interações iniciais, ou seja, não houve um impedimento da mãe em supor um sujeito em M. MM não apresentou dificuldades em supor que M. é um sujeito capaz de ocupar posições enunciativas (eu-tu) no diálogo (SILVA, 2009), embora as limitações nas fases finais dos IRDIs demonstrem dificuldades na entrada da função paterna, ou seja, de supor o filho em separado da mãe. Hoje, M. apresenta um distúrbio de linguagem que foi percebido pela família, principalmente pela mãe, que é capaz de dar detalhes sobre o funcionamento de linguagem de M.

Os pais sustentam M enunciativamente para a construção do domínio semiótico, pela oferta do signo. Porém o menino apresenta indícios observados pela mãe e a partir de transcrição das cenas enunciativas de que sua constituição linguística não está bem, sobretudo pela evidente limitação na realização vocal da língua. M apresenta limites tanto no domínio semiótico, como no processo de semantização da língua. Assim, a família fez a escuta do sintoma de linguagem e buscou ajuda profissional.

Os casos apresentados são singulares no que se refere à escuta do sintoma pela família e ao funcionamento de linguagem. Em todos se percebe a importância de considerar a intersubjetividade bebê-adulto, em especial das figuras parentais, no processo de aquisição de linguagem desde as protoconversações iniciais. Além disso, a análise dos casos permite perceber os efeitos da intervenção precoce, tanto na sensibilização da escuta de um sintoma, quanto na estabilização da criança na linguagem, a partir da amenização de seus sintomas, como ocorreu no caso de R. Percebe-se, por outro lado, nos casos de T e M que o estabelecimento da demanda pode ser mais demorado e laborioso por parte da equipe que faz o seguimento de bebês.

As considerações acima trazem algumas reflexões sobre as implicações deste estudo para o estabelecimento de uma equipe de saúde que possa acompanhar a saúde de bebês. Em primeiro plano, o foco exclusivo na saúde corporal do bebê, como tem sido a tradição de serviços de puericultura, não pode

continuar a ser o único do acompanhamento dos primeiros dois anos de vida. Um olhar atento, que inclua o psíquico como aspecto fundamental do desenvolvimento infantil, precisa ser inserido no fazer das equipes de saúde em puericultura. Atualmente, o que se vê é um foco exclusivo no crescimento físico, na ausência de doenças físicas e no acompanhamento de marcos motores. Muitas vezes, sequer os marcos linguísticos são acompanhados.

É comum, na clínica fonoaudiológica, chegarem crianças com distúrbio de linguagem, aos três anos de idade, porque os pais não aguentaram a ansiedade em relação à ausência de fala, contrariando a orientação pediátrica de que daria para esperar mais um pouco. Alguns pediatras, por falta de formação acerca dos marcos linguísticos, não compreendem que já ao final do primeiro ano de vida é possível prever risco à aquisição da linguagem e que diante da dúvida seria melhor encaminhar o bebê para uma avaliação fonoaudiológica.

Do mesmo modo, é comum que pediatras não identifiquem sinais de sofrimento psíquico, tentando, em vão, encontrar razões biológicas, por exemplo, para a inconsolabilidade de um bebê. Outras vezes até estranham que um bebê nunca lhe olhe ou reaja a sua voz ou a da mãe, mas não se sentem autorizados a encaminhar o bebê e sua família para uma avaliação psicológica, pois sua formação não é direcionada a este aspecto do desenvolvimento.

Como efeito dessa primeira reflexão, abre-se o debate de como inserir esse novo olhar. Em parte, parece clara a necessidade de movimentos que abranjam a formação dos pediatras, sobretudo dos estudantes de Medicina e/ou residentes em Pediatria. Essa formação deve contar com profissionais da Psicologia e da Fonoaudiologia. Na perspectiva desta pesquisa, acredita-se ser produtivo incluir na formação, preferencialmente profissionais que tenham na interdisciplina um olhar mais amplo sobre o desenvolvimento infantil, e que não se detenham apenas na especificidade de seu fazer técnico. Tais profissionais podem ser, por exemplo, o psicológico e o fonoaudiológico. É preciso pensar na complexidade do desenvolvimento inicial que pede uma mirada interdisciplinar.

Surge, então, um outro desafio, que é o fato de que a formação dos fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, também é ainda muito disciplinar (nuclear), e que não se diferencia a atuação na clínica de bebês da atuação em outras faixas etárias. É preciso assumir a especificidade dessa clínica, pois ela convoca de modo complexo, uma combinação de saberes e uma

escuta familiar qualificada. É preciso assumir que se pode estar alimentando uma estruturação psíquica patológica quando se utilizam, por exemplo, técnicas educativas em saúde que desautorizam a mãe e demais familiares do seu saber sobre o bebê. Esse é outro problema comum; um exemplo claro é o que se vê nas orientações sobre a amamentação, quando não se discute com a mulher grávida, se ela pretende ou não amamentar seu filho (a), quando se busca incutir nela a necessidade de amamentar sem o desejo para tal.

O que fazer? Parece claro que é trabalhar na formação dos profissionais, criar grupos de atendimento interdisciplinar de bebês nas instituições de ensino que possam alertar para o fato de que a clínica de bebês se trata de uma clínica específica. Este parece ser o primeiro passo para criar condições no sistema de saúde para um novo olhar sobre o desenvolvimento infantil. Além disso, uma política mais ampla de criação de uma carreira profissional em saúde, na qual psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, as profissões ditas terapêuticas, sejam tão importantes no sistema como são os médicos e enfermeiros, as profissões biológicas. Trata-se, portanto, de uma luta de valorização e inserção desses profissionais no SUS e na saúde suplementar. O cuidado da primeira infância, praticado nas unidades de atenção primária à saúde (Unidades Básicas de Saúde-UBS-tradicionais ou Estratégias de Saúde da Família-ESF) e consultórios particulares pode ser qualificado e intensificado com a participação de profissionais do campo terapêutico. Nesse sentido, a complexidade de uma rede de atenção à saúde materno-infantil não se resolve criando apenas centros de reabilitação, mas parece ser preciso pensar a saúde de modo radical, lá na sua origem, nos cuidados primários, pois afinal como alerta o trabalho de Catão (2009): “o bebê nasce pela boca”.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa buscou analisar o estabelecimento da demanda para a intervenção clínica precoce; bem como analisar a relação dos aspectos singulares desse histórico e o domínio dos mecanismos enunciativos, no processo de formulação de uma hipótese singular de funcionamento do distúrbio de linguagem a partir de um estudo de casos de três sujeitos.

Entre a detecção e a intervenção precoces, os três sujeitos e suas famílias tomaram caminhos diferentes, que se vislumbram na particularidade de cada caso, tanto na escuta do sintoma de linguagem, como no estabelecimento de uma hipótese sobre o funcionamento de linguagem, isto é, o modo como o bebê podia enunciar naquele momento.

Os casos demonstram que a escuta do sintoma pela família torna-se importante neste processo da detecção até que se estabeleça a intervenção precoce, pois pode possibilitar o engajamento dessas famílias em um processo de intervenção, como no caso de R. Além disso, o estudo permite observar que o acompanhamento das famílias e de seus bebês por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil possibilita a sensibilização da escuta do sintoma de linguagem nas crianças e a demanda para a terapia fonoaudiológica em menor tempo; embora isso não tenha ocorrido da mesma forma em todas as famílias. Assim, quando a família encontra dificuldades em perceber o sintoma de linguagem, o profissional deve propiciar essa escuta, tomando os cuidados necessários quanto a um diagnóstico negativo, ou seja, alertar, mas não fazer profecias negativas.

Observa-se também, que os atendimentos em intervenção precoce podem propiciar a escuta do sintoma, pois, no caso em que houve a intervenção mais cedo, pôde-se perceber uma melhor evolução da criança, em relação aos outros casos no desenvolvimento como um todo, e também de modo específico em relação à aquisição da linguagem.

Ressalta-se ainda a importância da análise das ações do interlocutor no período de aquisição da linguagem, considerando-se cada caso de forma singular, e assim, pensar na intervenção precoce, priorizando a participação das famílias no

processo terapêutico para que possibilitem a sustentação enunciativa desses bebês, antes que o sintoma de linguagem se cristalize.

Visões de linguagem com foco exclusivo na produção de fala da criança, não dão o suporte necessário para uma clínica dos distúrbios de linguagem ou mesmo uma clínica precoce. É preciso lembrar o que Winnicott afirmava sobre um bebê ser sempre ele e sua mãe. E, se há uma mãe, há um pai (biológico ou não - alguém que cumpra a função paterna). Enfim, o bebê é sempre ele e sua família. A linguagem só pode ser vista nessa interlocução (bebês-familiares), já que é preciso formular uma hipótese sobre seu funcionamento para poder intervir de modo consistente.

De um ponto de vista mais global, a pesquisa permite concluir pela necessidade de repensar a inserção de profissionais do campo terapêutico nos serviços públicos ou privados, por meio da qualificação da formação desses profissionais e dos profissionais que enfocam mais o biológico, como médicos e enfermeiros. É preciso pensar o desenvolvimento infantil de modo a transcender o foco exclusivo em aspectos biológicos, em especial, o crescimento físico e marcos motores. Essa parece ser uma nova e produtiva construção que este trabalho indica e evidencia. Tais conclusões são possíveis porque um grupo de docentes/profissionais da Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, e Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, tem-se dedicado à clínica de bebês. Este grupo, tem-se inspirado em outros grupos que há algum tempo vêm buscando na interdisciplina a construção de uma clínica especializada em bebês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, J.E.R. Declínio da autoridade : do Nome-do-Pai ao Sinthoma. **Revista Regional do Trabalho 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 43, n. 73, p.61-8. 2006.

ANDRADE, S.A. *et al* . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.

ARAÚJO, S.M. Clínica de Linguagem: sobre a posição do fonoaudiólogo na relação com a fala sintomática de crianças. In: LIER-DE-VITO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia Maria. **Aquisição, patologias e clínicas de linguagem**. São Paulo Editora PUC-SP, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BASTOS, J.C.; RAMOS A.P; MARQUES J. Estudo do vocabulário infantil: limitações das metodologias tradicionais de coleta. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v. 9, n. 1, p. 1-9. 2004

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BEFI-LOPES, D.M.; BENTO, A.C.P.; PERISSINOTO, J. Narração de histórias por crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pró-Fono R. Atual. Cient**. V. 20, n. 2, p. 93-8. 2008.

BENDER, S. ; SURREAUX, L. M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. **Cadernos do IL (UFRGS)**, v. 42, p. 129-145. 2011.

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil**. 2011. 102f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BOTTING, N.; RICHES, N; GAYNOR, M.; MORGAN, G. Gesture production and comprehension in children with specific language impairment. **Br J Dev Psychol**. v. 28, n. 1, p. 51-69. 2010.

BRAZELTON, T. B; CRAMER, G. B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

BENVENISTE, E. A natureza dos pronomes. - For Roman Jakobson, Mouton & Co., Haia, 1956, p.277-283. In: BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**: tradução de Maria da Glória Novak e Maria Luisa Neri: revisão do Prof. Isaac Nicolau Salum. 4 ed. Campinas, SP: Pontes, 1995.

BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**: tradução de Maria da Glória Novak e Maria Luisa Neri: revisão do Prof. Isaac Nicolau Salum. 4 ed. Campinas, SP: Pontes, 1995.

BERNARDINO, L. **Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil**. In: Wanderley DB. O cravo e a rosa - a Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível? Salvador: Ágalma; 2008. p. 54-66.

BOING, E; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 21, n. 3, Dec. 2004.

BRANDÃO, P.; MEIRA, A.M.; MOLINA, S.; JERUSALINSKY, A. Abordagens do Imaginário na Cena Terapêutica em Estimulação Precoce. In: **Escritos da Criança**, n 3. 2ª Ed. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; 1997.p. 8-21.

BRASIL. **FUNDAÇÃO INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações? Rio de Janeiro: IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. [internet]. [citado 2011 Set 08]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic Saud e.pdf

CAMPBELL, S.B. Maternal Depression and Children's Adjustment in Early Childhood. Encyclopedia on Early Childhood Development. Pittsburgh, fevereiro, 2010.

CARDOSO, B.V.A.S. Apraxia de desenvolvimento: aspectos diagnósticos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 14, n. 1, p. 39-50, 2002.

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.

CASTRO, S. No limite. A criança entre a mãe e a mulher. Curinga, **Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 15/16, p. 43-57, 2001.

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

CORDEIRO, D. T. **Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem: o que diz a literatura.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2000.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês.** Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios. 1997.

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

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, Abr. 2012

CRESTANI, A.H.; RAMOS, A.P.; BELTRAMI L., MORAES A. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v. 24 , n. 3, 205-10.2012.

DE LEMOS, C.T.G. **Uma abordagem socioconstrutivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões.** ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem, PUC-RS. 1989.

ESCARCE, A.G.; CAMARGOS, T.V.; SOUZA V.C.; MOURÃO, MP; LEMOS, S.M.A. Escolaridade Materna e Desenvolvimento da Linguagem em Crianças de 2 meses a 2 anos. **Rev.Cefac** ahead to print. 0-0, 2012.

FARIA, M.R. **Constituição do sujeito e estrutura familiar - o complexo de Édipo de Freud a Lacan.** São Paulo: Cabral, 2003.

FLORES, M.R. **Exercício das funções parentais e funcionamento de linguagem em três casos de risco psíquico.** 2012. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

FLORES, M.R.; RAMOS, A.P., MORAES, A., BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, 2012, no.ahead, p.00-00. ISSN 1516-1846.

FLORES, M.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Distúrb Comum**. v. 23, n. 2, p. 143-52, ago. 2011.

FLORES, V.N. Benveniste e o sintoma de linguagem: A enunciação do homem na língua. **Revista Letras**. n. 33, p.99-118. 2006.

FLORES, V.N. Das relações entre a linguística da enunciação e o estudo da fala sintomática. In: GRAÑA, C.G. **Quando a fala falta: Fonoaudiologia, Linguística e Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 61-77.

FORTUNATO-TAVARES, T.; ROCHA, C.N.; ANDRADE, C.R.F.; BEFI-LOPES, D.M.; SCHOCHAT, E.; HESTVIK, A. *et al.* Processamento linguístico e processamento auditivo temporal em crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 21, n. 4, Dec. 2009.

FREUD, S. **Totem e tabu**. 1996 (J. Salomão, Trad.), Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. v. XIII, p.17-198. (Original publicado em 1913).

FREUD, S. **Métapsychologie**. Paris: Gallimard; 1915.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRBAU, D.; SCHWARTZ, R. Phonological Working Memory in Spanish-English Bilingual Children with and without Specific Language Impairment. **J Commun Disord**. v. 41, n. 2, p. 124-45. 2008.

JERUSALINSKY, A.N. **Riscos Calculados**. In: Autismo. Coleção Doenças do Cérebro. *Mente & Cérebro*. 2010, 2:62-6.

JERUSALINKY, A. N. Quantos terapeutas para cada criança? In: *Escritos da Criança nº5*. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; 1998.

JERUSALINSKY, A.N.; CORIAT, E. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento Infantil. In: **Escritos da Criança nº 4**. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; s/d.

JERUSALINSKY, A.N.; CORIAT, E. Desenvolvimento e maturação. In: **Escritos da Criança nº 1**. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; 1997.

JERUSALINKY, A. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. 2ª Ed. Porto Alegre/RS: Artes & Ofícios; 1999.

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

KEHL, M.R. **O tempo e o cão: atualidade das depressões**. São Paulo: Editora Boitempo, 2009.

KLEIN, V.C.; LINHARES, M.B.M. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. **Psicol. Estud.** Maringá, v.11, n.2, 2006.

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, Dec. 2005.

KUPFER, M.C.M. **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. *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 .

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. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 .

LACAN, J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. In: **Cadernos Lacan – 1º Parte**. 1ª Ed. Porto Alegre/RS: Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA; 1949.

LACAN, J. A Instância da Letra ou a Razão desde Freud. In: **Escritos**. Editora Perspectiva. São Paulo. 1992.

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

MAGALHÃES, D.D.M.M.O. Constituição do sujeito X Desenvolvimento da criança: um falso dilema. **Estilos clín.**, São Paulo, v. 11, n. 20, jun. 2006 .

MAGALHÃES, D.; MEINERTZ, F.; OLIVEIRAS, L. D.; CRESTANI, A.H.; MORAES, A.; RAMOS, A.P. Análise comparativa da compreensão e produção de vocabulário em crianças com e sem risco ao desenvolvimento. **Rev. CEFAC**, no prelo.

MAGNOSUN, K.A.; SEXTON, H.R.; DAVIS-KEAN, P.E.; HUSTON, A.C. Increases in Maternal Education and Young Children's Language Skills. **Merrill Palmer Q.** v.55, n.3, p.319-50, 2009.

MARTINS, K.P.H; SAMPAIO, I.L; LIMA, M.C.P.; DIAS, T.M.M.D. Reflexões sobre a função paterna no trabalho psicanalítico com crianças. **Cadernos de Psicanálise-CPRJ**, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 133-143.2010.

MARTINS, J., BICUDO, M^a. A.V. **A Pesquisa qualitativa em Psicologia-Fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Editora Moraes Ltda, 1994.

MILLER, C.; GILBERT, E. Comparison of performance on two nonverbal intelligence tests by adolescents with and without language impairment. **J Commun Disord.** v. 41, n. 4, p. 358-71. 2008.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MORO, M.P. **O brincar, a interação dialógica e o circuito pulsional da voz na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico.** 2010 Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Santa Maria.

OLIVEIRA, L. FLORES, M.; RAMOS, A.P. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC.** v. 14, n. 2, p. 333-42.2012

PASSOS, M.C. Sintoma na linguagem da criança e contexto familiar. **Distúrbios da Comunicação.** v.15, n.1, p.83-96. 2003.

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

PEREIRA, L.; GODOY, D. M.; TERÇARIOL, D. **Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica**. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, 2009.

PERFEITO, H.C.C.S. **Os impasses nas funções parentais: da clínica psicanalítica do precoce às transformações sócio-histórico-culturais**. 2007.164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia-Uberlândia, 2007.

PRÉAUT. fr [homepage na internet]. Paris. Association Préaut. Disponível em <http://www.preaut.fr/>

PRETTO-CARLESSO, J.P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. 2011. 160f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

RAMOS, A.P. Relatório de Final de Pós Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

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

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P.R. Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 2, June 2010.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROUDINESCO, E. PLON, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

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.** v.20, n.3, p.233-240, 2004.

SHENG, L.; MCGREGOR, K.K. Lexical-semantic organization in children with specific language impairment. **J Speech Lang Hear Res.** v. 53, n.1, p. 146-59. 2010.

SILVA, C.L.C. **A criança na linguagem: enunciação e aquisição.** Campinas: Pontes, 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.** São Carlos, v. 10, n. 2, 2006 .

SOUZA, T.N.U.; PAYÃO, L.M.C.; COSTA, R.C.C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 21, n. 1, p. 75-80. 2009.

STELLIN R.M.R.; MONTEIRO C.F.D.; ALBUQUERQUE, R.A.; MARQUES, C.M.X.C. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos clín.** v. 16, n. 1, p.170-85. 2011.

SURREAUX, L.M. **Linguagem, sintoma e clínica de linguagem.** 2006. 202 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006.

SURREAUX, L.M. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, Carla Guterres (org.) **Quando a fala falta: Fonoaudiologia, linguística e psicanálise.** Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2009.

SURREAUX, L.M.; LIMA, T.M. Relações possíveis entre a Linguística da Enunciação e a Clínica de Linguagem. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem**, v. 9, p. 356-370, 2011.

SURREAUX, L. M.; DEUS,V.F. A especificidade da transcrição com base enunciativa na clínica fonoaudiológica. **Verba Volant**, v. 1, 2010.

TAMANAH, A.C.; OSHIRO, L.T.; KAWANO, C.E.; OKUMURA, M; GHIRINGHELLI, R.; MINAGUCHI, T. *et al.* Queixa nos distúrbios de linguagem. **J Soc. Bras Fonoaudiol.** v. 23, n. 2, p. 124-8.2011.

TANNOCK R. Desenvolvimento da linguagem e alfabetização: Comentários sobre Beitchman e Cohen. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-5. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/TannockPRTxp1.pdf>. Consultado [setembro de 2011].

TODD, N.W. Universal newborn hearing screening follow-up in two Georgia populations: newborn, mother and system correlates. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol.** v.70, n.5, p.807-15, 2006.

TUCKMAN, R.; RAPIN, I. **Autismo: abordagem neurobiológica.** Porto Alegre: Artmed; 2009.

VANIER, A. O sintoma social. **Àgora: estudos em Teoria Psicanalítica, Rio de Janeiro**, v. 5, n. 2, p. 205-217, dez. 2002.

VANIER, A. **Lacan.** São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

VENDRUSCOLO, J.F.; BOLZAN, G.M.; CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.; MORAES, A.B. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum.** V. 24, n. 1, p. 41-52.2012.

VERNES, S.C.; NEWBURY D.F.; ABRAHAMS B.S.; WINCHESTER, L; NICOD, J., GROSZER, M. *et al.* A Functional Genetic Link between Distinct Developmental Language Disorders. **New England Journal of Medicine.** V. 359, n. 22, p. 2337-45. 2008.

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.

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. 442-51.2010.

WINNICOTT, D.W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago. 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo:

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

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia

Telefone para contato: 55-32208348

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde do Município de Santa Maria

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário(a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a viabilidade de uma formação em prevenção e promoção da saúde fonoaudiológica para profissionais em puericultura atuantes no Hospital Universitário de Santa Maria. Intenciona-se possibilitar, ao profissional, a identificação precoce dos distúrbios da comunicação, de modo especial em distúrbios de linguagem e audição com risco para saúde mental. Busca-se instrumentalizar o profissional para encontrar medidas necessárias para interrupção destes, por meio da orientação as familiares dos bebês e/ou pelo encaminhamento terapêutico quando necessário. A formação pretende fornecer meios para o profissional de puericultura para incentivar o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento da linguagem e audição do bebê.

2 - A coleta de dados inclui um questionário com questões abertas, aplicado ao início e ao final de um período de formação. A formação se dará por grupos focais, realizados em 2 encontros de 3 horas em horário e local a ser combinado com os profissionais. Tais grupos serão gravados para posterior transcrição e análise do conteúdo abordado e da evolução dos profissionais frente às questões abordadas. Tais dados serão transcritos e analisados pelos pesquisadores e descartados após análise. Haverá apagamento das gravações após transcrições.

3 – A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de ampliação de seus conhecimentos em comunicação humana e seus distúrbios, o que pode lhe fornecer condições melhores de intervenção junto à comunidade para promover a saúde da mesma.

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos pois relaciona-se à formação continuada do profissional em puericultura.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição;

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

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

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

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado de qualquer forma poderá desistir de participar da pesquisa.

11 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

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 tratamento hospitalar quando necessário. 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 _____ 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2010.

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 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A CRIAÇÃO DO BANCO DE IMAGENS

Eu, _____, CPF _____,

autorizo a Dra. Ana Paula Ramos de Souza a utilizar as filmagens realizadas comigo e meu filho para fins acadêmicos, sobretudo em aulas teóricas com alunos de Fonoaudiologia para formação dos mesmos, sobre o tema de sua pesquisa, o que me foi esclarecido anteriormente. As imagens também poderão ser utilizadas para novas análises teóricas em linguagem.

Foram fornecidas garantias de que tal banco de imagens tem fins pedagógicos e que há um compromisso ético em relação à divulgação de dados confidenciais meus e de meu filho fora dos momentos acadêmicos. Ficou assegurado que, a qualquer momento, posso solicitar a destruição ou devolução das filmagens para minha pessoa.

Este termo está assinado em duas vias, uma fica em minha posse.

Assinatura do Voluntário:

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

Nome do pesquisador:

Assinatura do Pesquisador:

APÊNDICE III

Termo de Confidencialidade

TÍTULO DO ESTUDO: Da detecção à intervenção precoce: Risco ao Desenvolvimento e para o Distúrbio de Linguagem

PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S): Msd^a. Luciéle Dias Oliveira, Prof.^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza.

COLABORADORES:

CAPES

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria- Departamento de Fonoaudiologia.

TELEFONE PARA CONTATO: 55- 99961195

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria e Serviço de Atendimento Fonoaudiológico - UFSM

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes. Concordam, igualmente, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo. As informações somente poderão ser divulgadas sem a identificação dos sujeitos. As fichas de coleta dos dados serão armazenadas e de responsabilidade da orientadora da presente pesquisa.

Santa Maria,dede 2010.

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza
Orientadora responsável

Luciéle Dias Oliveira
Pesquisadora

Características Obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social.

Planejamento da gestação: Planejada () Não planejada () Indesejada ()

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Idade gestacional: Termo () Pré-termo () Pós-termo () _____ semanas

Intercorrências com o recém-nascido: Não () Sim ()

Baixo peso: Não () Sim ()

Tipo de aleitamento:

Materno exclusivo ()

Predominante/complementar ()

Artificial ()

Suporte social:

Nenhum () Marido () Mãe () Outros ()

Temas acrescentados para a análise da experiência da maternidade

- Histórico de doença mental na família

- Crise situacional (se está passando por algum problema familiar, pessoal,...no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade

Observações: _____

APÊNDICE V

ENTREVISTA INICIAL DE DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Nome :

Data de nascimento:

Informante:

Idade:

Histórico de gestação e parto:

Aleitamento () materno () artificial Duração:

Alguma intercorrência (doença, tratamentos realizados, uso de medicação):

Com quantos meses a criança iniciou o balbucio? E as primeiras palavras?

Como você e seu filho se relacionam/comunicam? Através de gestos, olhares, palavras?

Você consegue se comunicar satisfatoriamente com seu filho (a)? Consegue compreendê-lo(a) e ser compreendida por ele(a)?

A criança tenta expressar suas necessidades e desejos através da fala, ou de gestos? Isso acontece espontaneamente ou após sua intervenção ou de outra pessoa?

Quais as outras pessoas que mais convivem com a criança, e como é a relação/comunicação da criança com essas pessoas?

ANEXO A

Nomes (mãe e bebê):

DN: mãe: bebê:

Examinador:

0-4meses

- 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 (mamanhês).
- 3- A criança reage ao mamanhês.
- 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.
- 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.

4-8meses

- 6- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
- 7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
- 8- A criança procura ativamente o olhar da mãe.

8-12meses

- 9- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua 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.
- 14- A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.

12-18meses

- 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.