

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

**PRODUÇÃO INICIAL DE FALA, RISCO AO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL E VARIÁVEIS
SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS,
PSICOSSOCIAIS E OBSTÉTRICAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Anelise Henrich Crestani

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

**PRODUÇÃO INICIAL DE FALA, RISCO AO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS,
PSICOSSOCIAIS E OBSTÉTRICAS**

Anelise Henrich Crestani

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: Profª Drª Anaelena Bragança de Moraes
Co-orientadora: Profª Drª Ana Paula Ramos de Souza**

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

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

Crestani, Anelise Henrich
PRODUÇÃO INICIAL DE FALA, RISCO AO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS,
PSICOSSOCIAIS E OBSTÉTRICAS / Anelise Henrich Crestani.-
2012.
111 p.; 30cm

Orientadora: Anaelena Bragança de Moraes
Coorientadora: 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, 2012

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

© 2012

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

Endereço: Rua André Marques, n.185/ 301, Bairro Centro, Santa Maria – RS.

CEP: 97.010-041 – Telefone: (55) 96739255

Email: any.h.c@hotmail.com

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

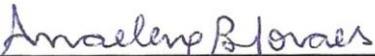
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PRODUÇÃO INICIAL DE FALA, RISCO AO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS,
DEMOGRÁFICAS, PSICOSSOCIAIS E OBSTÉTRICAS**

elaborada por
Anelise Henrich Crestani

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

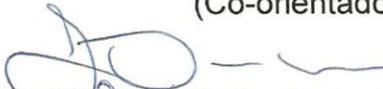
COMISSÃO EXAMINADORA:



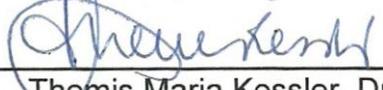
Anaélena Bragança de Moraes, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a (UFSM)
(Co-orientadora)



Luciane Najjar Smeha, Dr^a (UNIFRA)



Themis Maria Kessler, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 29 de fevereiro de 2012.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Maria Elise e Gilmar por serem grandes exemplos, profissionais dedicados, pessoas incríveis, entusiasmados e batalhadores me inspirando a lutar e acreditar nos meus sonhos. Pais que não mediram esforços para investir no bem mais precioso que poderiam me deixar de herança: a educação.

Pais que mesmo a quilômetros de distância, estiveram presentes a cada momento, me dando força quando tudo parecia improvável e festejando comigo a cada nova conquista.

Á vocês meus amados, que não se contentaram em apenas me dar a vida, foram além, me ensinaram a vivê-la! Muito obrigada!

Ao meu irmão Matheus, que ainda na infância me fez aprender algo muito importante: dividir. Sim, aprendi com ele a dividir a atenção do pai e da mãe, os brinquedos, as broncas, o banco de trás do carro, o quarto e inclusive as festas de aniversário. Obrigada maninho! Essas divisões trouxeram multiplicações de alegria, diversão, maturidade, respeito, amor, e, sobretudo, uma amizade sem igual!

Vocês, minha família, são a prova de que o amor sustenta tudo e nos faz gigantes diante de qualquer desafio!

Amo muito vocês!

Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Profª Drª Anaelena Bragança de Moraes**, minha querida orientadora, pela sua alegria contagiante, pela sua disposição em ensinar os infundáveis cálculos estatísticos. Por confiar no meu trabalho e acreditar que era possível. Por me receber sempre de sorriso no rosto. É uma pessoa muito especial e uma admirável profissional.

Agradeço a **Profª Drª Ana Paula Ramos de Souza**, minha grande inspiração profissional, por desde a graduação investir e acreditar na minha competência.

Obrigada pelas suas aulas esclarecedoras, pela sua compreensão, pela profundidade nas suas colocações, ações e amizade. É para mim um grande exemplo e uma pessoa de grande sensibilidade e sabedoria. Teu diferencial está justamente no fato de que tu amas aquilo que faz.

Obrigada por me deixar fazer parte deste importante e apaixonante projeto.

As professoras da **banca** pela leitura e sugestões que aprimoraram a dissertação.

Por todos os **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.

A secretária do Pós **Adriana**, sempre se mostrando prestativa quando solicitada.

À **Universidade Federal de Santa Maria** pela qualidade de ensino público prestado.

Agradeço a **equipe da triagem auditiva neonatal**, assim como os **professores e funcionários do HUSM** que perceberam a importância deste estudo.

Agradeço a toda equipe de **funcionários** e aos **pacientes** do **Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM**.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa, especialmente as **famílias, as mães e bebês** que aceitaram participar e se entregaram ao trabalho com expectativas e confiança total.

Agradeço o grande apoio que tive do aluno da graduação em Estatística **Felipe Mattana** por “emprestar” seus conhecimentos valiosos para comprovar o valor deste estudo.

Ao meu tio **Joel Crestani** por me fazer sentir mais próxima ao carinho da minha família e por estar sempre disposto a encontrar os endereços na procura dos bebês e suas mães, por mais difíceis que fossem. Tenho certeza que sem essa ajuda não seria possível à conclusão dessa pesquisa.

A **CAPES** pela bolsa concedida.

Agradeço muito a todos os **colegas e amigos de mestrado** por dividirem os momentos de aprendizagem, de angústias e de alegrias em meio ao percurso da pós-graduação.

Agradeço também aos **alunos da graduação em fonoaudiologia**, principalmente: **Josiane, Giordana, Fernanda, Fabíola, Dandara, Thalisson** e mesmo aos que tive pouco contato, pois também fizeram parte desta etapa de minha vida.

Agradeço de maneira especial as colegas de pesquisa que tive maior contato: **Luciane, Janaína, Ellen, Michele e Cristina** pela disponibilidade de ajudar na coleta, além de transmitirem grandes experiências no decorrer do nosso convívio.

Agradeço em especial às grandes parceiras desta pesquisa: **Mariana e Luciele**, com quem dividi constantemente os trabalhos, as conquistas, as incertezas e os desejos neste último ano, sendo que sem o apoio e a dedicação destas, a realização desta pesquisa não seria possível.

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

Agradeço a todos os **meus amigos!** Os de Uruguaiana: da época de escola, os da minha querida Paróquia São João Batista, os do MCC, entre outros. Os de Santa Maria: aqueles que conheci por conta da faculdade, pelas festas, pelo Movimento de Cursilho, e por todos lugares que passei durante esses 6 anos. Sempre pude contar com a torcida de todos para a realização dos meus sonhos.

Agradeço à amiga **Nathalia**, profissional responsável que sempre esteve disponível para revisar meus resumos e dar aulas de inglês, e particularmente pelos diálogos, risos e pela grande amizade consolidada que me ajudaram a me manter firme na fé e na busca pelos meus ideais.

Agradeço a minha amiga e companheira de “teto” **Bianca**, por me tirar da rotina de estudo e me por na cozinha, aguentar meus dias difíceis, a minha música alta, o meu bom humor exagerado e ser a minha família aqui em Santa Maria.

Agradeço a minha **família Henrich e Crestani** pelo apoio, carinho e, mesmo de longe, estarem sempre na torcida por mim.

Agradeço aos meus **pais** e ao meu **irmão** por serem exatamente como são!

Meu muito obrigada a todos!

Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.

Mahatma Gandhi

RESUMO

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

PRODUÇÃO INICIAL DE FALA, RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, PSICOSSOCIAIS E OBSTÉTRICAS

Autora: Anelise Henrich Crestani
Orientadora: Anaelena Bragança de Moraes
Co-Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 29 de fevereiro de 2012.

Esta pesquisa teve como objetivos analisar as associações entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas, e investigar a associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala de crianças na faixa de 13 a 16 meses de idade. O estudo quantitativo, descritivo com caráter comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê, constituiu-se da avaliação de uma amostra inicial de 182 díades mães-bebês que foram acompanhadas durante 18 meses em um estudo de coorte. A amostra final para o estudo de variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas foi de 58 crianças e para o estudo de produção inicial de fala de 54 crianças. Os procedimentos de coleta constaram de uma entrevista inicial, na primeira etapa da coleta (1 a 4 meses), a aplicação do Protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (1 a 18 meses) e da coleta da produção de fala entre 13 e 16 meses, por meio da observação espontânea e relato materno. A análise estatística deu-se pela aplicação de testes não-paramétricos e pela estimação de modelos de regressão logística. Os resultados demonstraram que há uma associação significativa entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas. Também se verificou que a aquisição da linguagem inicial apresenta associação de modo significativo com a presença de riscos ao desenvolvimento, visto que bebês com risco apresentam produção de fala inicial em magnitude numérica estatisticamente inferior em relação aos bebês sem risco. Portanto, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, sendo necessário observar os aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo em relação a quem exerce a função materna, para analisar e decidir acerca do encaminhamento clínico.

Palavras-chaves: Cuidado do lactente. Fonoaudiologia. Fatores de risco. Linguagem. Desenvolvimento infantil. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

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

SPEECH EARLY PRODUCTION, DEVELOPMENT RISK AND SOCIOECONOMIC, DEMOGRAPHIC, PSICOSOCIAL AND OBSTETRIC FACTORS ANALYSIS

Author: Anelise Henrich Crestani
Adviser: Anaelena Bragança de Moraes
Co-Adviser: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, February 29, 2012.

The objectives of the present research were to study the correlations between the presence of risk to child development and the interference of socioeconomic, demographic, psychosocial and obstetric variables, and to investigate the association between the presence of risk to child development and children initial speech production from 13 to 16 months of age. The quantitative, descriptive study of comparative nature about the behavioral manifestations of the mother-infant interactive process consisted of the evaluation of an initial sample of 182 mother-child dyads who were followed for 18 months in a cohort study. The final sample for the study of socioeconomic, demographic, psychosocial, and obstetric variables consisted of 64 infants and for the initial speech production study, the sample consisted of 54 infants. The collecting procedures were based on an initial interview, during the first stage of collection (1-4 months), on the application of the Risk Indicators for Child Development Protocol (1-18 months) and on the collection of children speech production between 13 and 16 months of age, by spontaneous observation and maternal report. Statistical analysis was developed through the application of non-parametric tests. The results demonstrated that there is a significantly association between the presence of risk to infant development and socioeconomic, demographic, psychosocial and obstetric variables. It was also verified that the initial language acquisition correlates significantly with the presence of development risks, since infants at risk present initial speech output in numerical magnitude statistically lower compared to infants without risk. Therefore, the risk to child development is multifactorial, being necessary to observe the constitutional aspects of the infant and relational to the environment, especially in relation to who plays the maternal role, in order to analyze and decide on the clinical referral.

Keywords: Infant care. Infant. Child development. Risk factors. Language. Socioeconomic factors.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REVISÃO TEÓRICA	17
1.1 Fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais e as possíveis repercussões no desenvolvimento infantil	17
1.2 Desenvolvimento Infantil: importância das funções parentais e detecção precoce de risco	20
1.2.1 O exercício das funções parentais e sua importância para o desenvolvimento infantil.....	20
1.2.2 Os índices de risco ao desenvolvimento infantil: o Protocolo IRDI.....	26
1.3 A aquisição e o desenvolvimento da linguagem infantil: a produção de fala inicial em distintas perspectivas	34
2 METODOLOGIA	43
2.1 Amostra	43
2.2 Aspectos éticos	44
2.3 Procedimento de seleção de amostra	45
2.4 Procedimentos de coleta de dados	45
2.5 Procedimentos para análise de dados	49
3 ARTIGO 1: Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil	51
4 ARTIGO 2: Análise da associação entre Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil e Produção Inicial de Fala entre 13 e 16 meses	67
5 DISCUSSÃO	83
6 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE E ANEXOS	105
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para as mães	107
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para as mães	109
ANEXO B - Termo de Confidencialidade	111

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano envolve fatores biológicos e ambientais que interagem de forma dinâmica e complexa ao longo da vida (SILVA *et al.*, 2009). Assim, tanto a potencialidade genética do bebê, quanto as interações iniciais com os familiares, que sofrem a influência das condições econômicas e culturais, são fundamentais no desenvolvimento de uma criança.

Em relação a aspectos psíquicos, Spitz (2000) afirma que a vivência da mãe acaba sendo transmitida para o seu filho. A simples presença da mãe engendra respostas no bebê, pois sua menor ação, por insignificante que seja e mesmo quando não está diretamente relacionada ao filho, age como um gatilho para o funcionamento do recém-nascido. Portanto, desejando ou não, as interferências sociais às quais os pais, sobretudo a mãe ou quem faça sua função, estão expostos podem ter papel decisivo no desenvolvimento infantil.

Muitos estudos têm discutido diversos fatores que interferem na vida familiar e no desenvolvimento infantil, entre eles, aspectos demográficos como a faixa etária e o estado civil das mães. O crescente número de gestantes adolescentes na atualidade vem sendo apontado como um problema social em todo o mundo, demonstrando que tal população enfrenta riscos adicionais no exercício das funções parentais (BRANDÃO e HEILBORN, 2006).

Em relação ao estado civil, estudos como o de Venâncio *et al.* (2002), apontam que viver legalmente ou consensualmente em relação conjugal poderá influenciar na maneira como a gestação será percebida e aceita.

O nível de escolaridade, a ocupação, a renda familiar, são outros fatores socioeconômicos que também refletem na saúde das mães. Estudo de Todd (2006) propõe atenção especial ao nível de escolaridade das mães, por considerar este aspecto como elemento básico, que reflete nos cuidados com a gestação e com a saúde da criança.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2009), o número de filhos por mulher está diminuindo nos últimos anos. Porém, constata-se maior quantidade de filhos nas famílias menos favorecidas economicamente e uma redução entre as famílias com melhores condições de vida.

Em paralelo, surgem as situações obstétricas de risco, tais como o nascimento prematuro, também visto como um problema na área do desenvolvimento da criança, na medida em que, a prematuridade, além de ser um risco para mortalidade e morbidade, constitui-se em risco relativo para transtornos de desenvolvimento e comportamento da criança (NOBRE *et al.*, 2009).

Pesquisas indicam que questões obstétricas e psicossociais podem estar vinculadas ao desenvolvimento infantil como, por exemplo, a depressão durante o período gestacional que é vista como possível fator de risco para o baixo peso ao nascer (OBERLANDER *et al.*, 2006; EVANS *et al.*, 2007). Embora tais pesquisas correlacionem as distintas variáveis sociais, econômicas, demográficas e obstétricas com o desfecho encontrado no desenvolvimento infantil, poucos correlacionam as mesmas com índices evolutivos que sejam capazes de captar o que ocorre entre o bebê e seus familiares.

Nesse sentido, pesquisas realizadas recentemente observaram que estados emocionais maternos, bem como, a dificuldade de exercer a função materna podem estar relacionados tanto a dificuldades no aleitamento exclusivo, favorecendo práticas de aleitamento misto, quanto à presença de riscos ao desenvolvimento infantil, analisados a partir do campo psicanalítico por meio de índices que observam a interação da díade adulto-bebê, sobretudo, aquele adulto que exerce a função materna (BELTRAMI, 2011). Carlesso (2011) encontrou resultados semelhantes à Beltrami (*op.cit.*) na correlação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e depressão materna.

Em relação à comunicação mãe-bebê, esta tem papel importante na formação vincular de tal díade, pois por meio dela se dá não só o intercâmbio de informações que favorecem a aquisição da linguagem verbal, por meio do qual o bebê assegura a atenção de seus cuidadores (RAMOS e FURTADO, 2007), mas também dos sinais afetivos que transmitem um projeto simbólico dos pais ao bebê. Visto que está em questão nessa relação não apenas as atitudes conscientes da mãe, mas as inconscientes que podem tanto facilitar as ações do bebê como podem também influenciar de modo patológico o seu desenvolvimento, pois a quebra de sintonia entre mãe e bebê é uma possibilidade sempre presente (SPITZ, 2000).

Reconhecendo não só o papel comunicativo da linguagem, mas abordando sua dimensão constitutiva, autores do campo psicanalítico lacaniano propõem uma série de aspectos como fundamentais nessa interação, por meio dos quais se

podem analisar tanto os efeitos do exercício das funções parentais quanto as condições do bebê para ser investido pelos familiares. Kupfer e Voltolini (2005) afirmam que a existência de um sujeito psíquico só pode ser verificada a partir dos efeitos indiretos que a linguagem produz e que tal verificação só se dará a partir de sinais fenomênicos; para tanto é necessário estabelecer indicadores que traduzam tais sinais. Portanto, a partir destes indicadores é possível supor como está ocorrendo a instalação/constituição de um sujeito na linguagem.

Tal grupo de *experts* do desenvolvimento infantil, no campo psicanalítico, recolheu indicadores, já utilizados no cotidiano clínico, para analisar o curso do desenvolvimento e da estruturação psíquica de um sujeito, para construir um protocolo de índices cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo. Nessa perspectiva o índice funciona como um signo que se relaciona com outros da rede discursiva (KUPFER, 2008). Esses índices possuem um valor preditivo, mas não se constituem em profecias sobre o desenvolvimento. Assim, uma questão que se coloca é que na lógica psicanalítica aquilo que produz um efeito num bebê pode não produzir em outro, ou seja, na psicanálise não se trabalha com uma lógica de causa-efeito. Logo, os indicadores da estruturação psíquica estariam desconectados da ótica psicanalítica se fossem tomados pelo caráter de previsão. Deste modo, seu caráter se relaciona com uma lógica de tendência (KUPFER e VOLTOLINI, 2005).

Com tal propósito, foi implantada no Brasil de 2000 a 2008, com financiamento do Ministério da Saúde, importante pesquisa para o estabelecimento de Índices de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Esta pesquisa, ancorada na teoria psicanalítica, volta-se para Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança.

Acredita-se, nesta pesquisa, que os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs) possam ser usados como importante recurso em saúde pública. Nesta área esta tendência poderia ser assumida, sobretudo pelo profissional de puericultura (pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, etc.), como indicativa da necessidade (ou não) de uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico ou de outros aspectos do desenvolvimento já que os IRDIs se apresentaram sensíveis ao desenvolvimento como um todo e não apenas ao risco psíquico (KUPFER, 2008; LERNER e KUPFER, 2008).

Também, a partir dos estudos realizados por Beltrami (2011) e Carlesso (2011), percebe-se que o protocolo IRDI permite identificar os efeitos de aspectos socioeconômicos, demográficos, psicossociais e obstétricos no desenvolvimento infantil por seu caráter interativo na análise da díade mãe-bebê. Tais estudos analisaram 182 díades mãe-bebê, no entanto, apenas na etapa inicial da evolução de bebês de um a quatro meses.

Considerando que boa parte desse grupo de bebês seguiu sendo investigado em um estudo de coorte, nesta dissertação propõe-se analisar toda a evolução da mesma amostra inicial das autoras referidas no parágrafo anterior, no período de 01 a 18 meses, buscando aprimorar a análise dos fatores socioeconômicos, psicossociais, demográficos e obstétricos e seus efeitos no desenvolvimento infantil em termos de risco. Embora este estudo tenha iniciado com 182 bebês, como evidenciado no Projeto mãe e nos demais estudos do projeto, em função de perda de amostra considerável relacionada ao fato de muitos bebês residirem fora de Santa Maria e não retornarem para as avaliações, a amostra final aos 18 meses será diferenciada para cada um dos dois estudos apresentados nesta dissertação.

Considerando-se os critérios de avaliação em cada estudo, a análise da produção de fala inicial contava com a realização de todas as etapas de coleta dos IRDIs (1 - 4; 4 - 8; 8 - 12; 12 - 18), além da coleta de fala inicial entre 13 e 16 meses de idade dos bebês. Cabe ressaltar que todo projeto sofreu com a perda de amostra, pois as coletas do projeto mãe foram sendo realizadas em conjunto com os estudos apresentados na presente dissertação. Deste modo, esta dissertação busca contribuir para uma análise mais precisa, inclusive em termos estatísticos, de variáveis que vão tomando a cena no decorrer do desenvolvimento das crianças, cuja evolução inicial dos bebês e sua relação parental de zero a quatro meses de idade foram analisadas nos trabalhos de Beltrami (2011) e Carlesso (2011).

Como já relatado, também é foco desta pesquisa o início da aquisição da linguagem infantil, tomando como evidência importante o início da produção de fala. Esta, embora possa ser analisada a partir de distintas visões teóricas, é considerada nesta pesquisa como um índice para se dizer que uma criança está ocupando a posição de falante. Sem dúvida, a medida de tal produção em extensão numérica é limitada e fornece uma visão parcial do processo de aquisição da linguagem, mas permite mensurar o quão falante a criança está, sobretudo se a mesma se encaminha para o domínio amplo dos vocábulos de uma língua. Neste estudo, tal

dimensão é tomada, a exemplo do protocolo IRDI, como um índice evolutivo e não como uma análise abrangente da evolução lingüística infantil. Analisa-se, portanto, a produção inicial de fala enquanto possibilidade de estabelecer uma co-referência verbal com o interlocutor adulto, em especial a mãe, a partir do reconhecimento por parte do adulto da extensão da produção infantil.

A partir de tais pressupostos a hipótese central desta pesquisa é de que fatores socioeconômicos, demográficos, psicossociais e obstétricos produzem efeitos no desenvolvimento infantil detectáveis pelo protocolo IRDI. Também se coloca a hipótese de que a extensão vocabular inicial pode demonstrar os efeitos das relações iniciais entre o bebê e seus pais no funcionamento de linguagem infantil, aqui observado em uma dimensão: a capacidade de estabelecer co-referência verbal com o adulto (SILVA, 2007) mensurada a partir do número inicial de palavras produzidas pelo bebê.

Assim, este trabalho está considerando que a presença de fatores de risco ao desenvolvimento infantil também evidenciam possível risco ou limitações à aquisição da linguagem.

Considerando tais questões, o objetivo desta pesquisa foi verificar a existência de associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 18 meses e as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, bem como, relacionar o risco ao desenvolvimento infantil (0 - 18 meses) à extensão da produção inicial de fala de crianças nas idades entre 13 e 16 meses.

Para abordar o tema, busca-se resenhar estudos que versam sobre os efeitos de aspectos socioeconômicos, psíquicos, demográficos e obstétricos no desenvolvimento infantil. A seguir são apresentados estudos acerca do exercício das funções parentais, e detecção precoce de risco ao desenvolvimento abrangendo o protocolo IRDI. Uma breve revisão das distintas visões acerca da produção inicial da fala infantil também é apresentada para ancorar a metodologia desta pesquisa. A metodologia geral de coleta constitui o próximo capítulo.

Os resultados da investigação são expostos na forma de dois artigos. No primeiro são analisados os aspectos socioeconômicos, demográficos, psíquicos e obstétricos e seus efeitos no risco ao desenvolvimento infantil. A análise da produção inicial de fala infantil e sua relação com os resultados no protocolo IRDI é apresentada no segundo artigo.

A dissertação segue com a discussão dos artigos em conjunto e com a conclusão final.

1 REVISÃO TEÓRICA

Conforme anunciado na introdução, nesta primeira seção serão analisados os fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais e suas possíveis repercussões no desenvolvimento infantil. Na segunda seção serão relatados estudos acerca do exercício das funções parentais, e detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil. Neste aspecto será descrito o protocolo IRDI e as pesquisas que o testaram. Por fim, resenham-se estudos sobre a produção inicial de fala em distintas perspectivas teóricas.

1.1 Fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais e as possíveis repercussões no desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados à consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de fatores de risco (CID, MATSUKURA e SILVA, 2007).

As condições precárias de saúde, a falta de recursos sociais e educacionais, a educação materna, os estresses intra familiares (violência, abuso, maus tratos e problemas de saúde mental da mãe ou do cuidador), as práticas inadequadas de cuidados, entre outros, são classificados como riscos sócio-ambientais, ou seja, toda e qualquer experiência adversa de vida ligada à família, ao meio ambiente e a sociedade (AMORIM *et al.*, 2009).

Estudo sobre práticas de criação entre pais de diferentes níveis socioeconômicos realizado por Melchiori *et al.* (2007), mostrou a tendência de pais trabalhadores de serviços que necessitam de baixa qualificação profissional, valorizar as práticas de criação voltadas para a conformidade, repetição e a obediência. Porém, os pais que ocupam funções mais executivas decorrente de uma qualificação profissional/educacional maior, enfatizam valores ligados à autonomia e à iniciativa. Os autores apontam que as habilidades sociais e de linguagem são

dependentes das oportunidades oferecidas pelo ambiente, para que se desenvolva a potencialidade genética da criança.

A escolaridade materna é vista como um fator determinante no desenvolvimento infantil. Andrade *et al.* (2005), em estudo, verificaram a influência dos estímulos ambientais intercalados com o nível da escolaridade materna, como fatores que podem influenciar no desenvolvimento cognitivo de crianças e ao mesmo tempo contribuir para melhor estimulação.

Outro estudo comprovou que o aumento da escolaridade materna dá a mãe maior conhecimento sobre as necessidades do filho, como também na percepção da melhoria de alguns aspectos do ambiente, sendo estes, segundo os autores, fatores determinantes no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva das crianças (MAGNOSUN *et al.*, 2009).

Além da escolaridade materna, o nível socioeconômico dos pais também é responsável pela aquisição de novas competências das crianças. O nível socioeconômico teve efeito significativo na identificação de determinantes no estudo de Andrade *et al.* (2005), sendo possível verificar que o trabalho materno além de servir como gerador de renda e facilitador do acesso de recursos, também gera uma satisfação ocupacional, proporcionando à mãe auto-estima e motivando a mesma à experiências positivas com seu filho.

O aumento da renda *per capita* diminui o porcentual de atraso no desenvolvimento em uma tendência linear, estatisticamente significativa. Assim, crianças cujas famílias têm renda de até setecentos reais mostram-se com 2,81 vezes mais riscos de apresentar atraso no desempenho de suas habilidades (SANTOS *et al.*, 2009).

Conforme estudo de revisão de literatura recente, tanto a escolaridade materna, como o nível socioeconômico da mãe, mostraram-se de fundamental importância para a aquisição das habilidades motoras e/ou cognitivas nas crianças de zero a três anos. Os autores afirmam que um melhor ambiente para as crianças e melhoras das condições maternas favorece a interação mãe-bebê (SILVA *et al.*, 2011). Este fato é fundamental na situação de mães adolescentes, pois o estudo de Mello *et al.* (2009) demonstra que mães pertencentes a esta população tendem a ter bebês em situação de risco ao desenvolvimento infantil.

Também o tamanho da família e a existência de muitos filhos em famílias de baixa renda foram destacados por instituições internacionais, como a Organização

das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação e a *United Nations for Developing People*, como condições associadas ao risco nutricional, particularmente em países desenvolvidos (ROMANI e LIRA, 2004).

Quanto ao estado civil das puérperas, estudos indicam que há influência no modo como a gestação é percebida e aceita, diferenciada na mãe que vive legalmente ou consensualmente em relação conjugal, das mães solteiras ou separadas (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

Souza (2002) investigou a história e a vivência da maternidade nas classes populares de mulheres solteiras. A autora constatou, por meio de entrevistas semi-estruturadas, que a gravidez das mães solteiras ocorria de forma não planejada e transcorria sem o apoio do pai da criança. Nos depoimentos dessas mães, a autora identificou temas referentes à desumanização, preconceito, estigma, solidão, humilhação, pobreza e desamparo, aspectos que apontaram para uma vivência negativa da maternidade.

O estudo de Ferrari (2001) endossou esses achados ao examinar as implicações da ausência paterna nas expectativas e nos sentimentos sobre a maternidade de mães solteiras e casadas, que responderam a entrevistas e foram observadas interagindo com seus bebês de três meses de idade. Constatou-se que a experiência da maternidade foi mais sofrida para as mães solteiras, que relataram sentimentos de tristeza, ansiedade e revolta.

Nesse sentido, uma pesquisa alerta que falhas persistentes na manipulação dos bebês, nos primeiros meses de vida, sobretudo a de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebê, contribuem para diminuir e/ou não desenvolver adequadamente conexões neuronais (PERRY e POLARD, 1998).

Estudos já demonstraram a associação de alguns transtornos psicológicos, tais como a ansiedade/estresse durante a gestação no desencadeamento do baixo peso ao nascer, após o controle de variáveis que poderiam estar relacionadas a tal fato, como o estado socioeconômico, ganho de peso durante a gestação e comportamentos de risco durante este período, tais como hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas (RINI *et al.*, 1999).

Guedes (2008) revisa uma série de trabalhos sobre a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem. Afirma que os autores têm indicado diferenças das crianças prematuras tanto na sua recepção como na sua

expressão, manifestadas pelo tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo.

1.2 Desenvolvimento Infantil: importância das funções parentais e detecção precoce de risco

1.2.1 O exercício das funções parentais e sua importância para o desenvolvimento infantil

Souza (2005), em uma revisão de literatura, afirma que a compreensão do comportamento humano requer investigação do porque os indivíduos estabelecem relações de vínculo. Diversos autores, até 1950, defendiam que a formação dos vínculos afetivos se dava pela necessidade de satisfação dos impulsos primários, ou seja, alimentação e sexo. No entanto, tal visão foi ampliada a partir das propostas teóricas de autores como Bowlby (1962), Soifer (1980), Maldonado (1988), Spitz (1988) e Winnicott (1999), que analisaram a maternidade, dando ênfase à interação mãe-bebê como aspecto fundamental da constituição do sujeito.

Em respeito à maternidade, o desejo que uma mulher sente de ter um filho é alimentado por vários motivos e impulsos diferentes. De acordo com Brazelton e Cramer (2002), toda mulher, em alguma fase da vida, vivenciou alguma experiência de cuidado materno, recebendo o carinho ou o cuidado de uma mulher mais velha. À medida que recebe, sente a vontade de dar este carinho e cuidado, e não mais somente recebê-lo, portanto, toda mulher, em algum momento de sua vida, sentiu vontade de ser mãe.

Outros ingredientes importantes na construção deste desejo materno são a vontade de conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou de se espelhar num outro, e o desejo de realizar os próprios ideais na satisfação de várias necessidades narcisistas (BRAZELTON e CRAMER, op. cit.).

Os aspectos citados, referentes ao desejo de ser mãe sustentam que a construção da maternidade e as possibilidades de um bom vínculo mãe-bebê

delineiam-se ainda na infância. A relação da menina com a própria mãe revela muito da motivação de seu comportamento atual com o bebê. Klein (1975) relata que, quando a menina brinca de boneca, vai desenvolvendo e intensificando seu amor maternal, já ensaiando sua futura posição como mãe. É, portanto, um processo gradativo que será construído da infância até a idade adulta e passará pela imaginação do próprio filho até deparar-se com o filho real.

Deste modo, o apego pelo recém-nascido se dá a partir de forças biológicas e ambientais que levam mulheres e homens a desejar o bebê, bem como às fantasias suscitadas por esses desejos. Além disso, o apego constrói-se com base em relacionamentos preliminares com uma criança imaginária e com o feto que durante nove meses foi elemento integrante da vida dos pais (BRAZELTON e CRAMER, 2002).

Com efeito, Aulagnier (1963) argumenta que a relação mãe-bebê não espera o parto para existir. Desde o início da gravidez existe um relacionamento imaginário entre a mãe e seu filho que é descrito como um “corpo imaginário”. A mãe não imagina um feto, ela imagina um bebê inteiro, com o corpo unificado.

Além disso, a mulher geralmente experimenta sentimentos contraditórios no período de gestação, tais como querer ter logo o bebê e dar como encerrada a gravidez, e, também, a vontade de prolongar a gestação e adiar a necessidade de novas adaptações exigidas com a chegada do filho (BRAZELTON e CRAMER, 2002; MALDONADO, 1988).

O bebê ao nascer, já tem um passado emocional de nove meses, e a interação mãe-bebê continua após a vida intra-uterina, no encontro com o recém-nascido que possui capacidades sensoriais e únicas, e através das experiências cotidianas dos cuidados, que irão completar e atualizar o processo de se tornar mãe (MAROJA, 2011).

O desenvolvimento e a continuidade das atitudes de apego maternal, após o nascimento do filho, dependem da capacidade que a mulher tem de retomar suas fantasias de unidade com a própria mãe. O futuro bebê encerra em si a promessa de uma relação íntima, de uma realização de fantasias de infância (BRAZELTON e CRAMER, op.cit.).

No convívio diário com o bebê, a mãe irá construir o amor de modo gradativo (MALDONADO, 1988), não havendo o amor ideal mitificado por muitas culturas (BADINTER, 1985).

Segundo Badinter (op. cit.), o instinto materno é um sentimento humano e como tal, incerto, frágil e imperfeito. Há uma extrema variabilidade desse sentimento, em relação à cultura, as ambições, ou as frustrações da mãe. A autora, contrariando diversas crenças, defende que não existe uma conduta materna universal, ou seja, o amor materno visto como profundamente inscrito na natureza feminina é um mito. O amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher, ele é algo que se adquire.

No contexto do puerpério muitas adaptações ainda serão exigidas da mãe e do bebê, contudo, é sabido que a experiência vivida continuará influenciando os momentos posteriores do processo de construção da maternidade, fazendo parte da história da mulher e de seu filho (BRAZELTON e CRAMER, 2002; KLAUS, KENNEL e KLAUS, 2000; LANGER, 1986; SOIFER, 1980; WINNICOTT, 2000, 1999, 1978).

Quanto à relação mãe-bebê, Winnicott (1994) evidencia que tal díade é uma unidade essencial para a construção da vida psíquica do ser humano. A mãe tem responsabilidade de dar proteção ambiental ao bebê e, sabendo que pode falhar, tem a possibilidade de se adaptar. Esses cuidados foram chamados de “preocupação materna primária”. Há, portanto, um cuidado extremo ao início da vida do bebê que permite a formação do vínculo na etapa de dependência absoluta.

Conforme destacam Smotherman e Robinson (1996), já no período logo após o nascimento, pode-se observar claramente interações entre o bebê e seus cuidadores. Em especial, constrói-se um sistema de comunicação entre mãe-bebê que propicia essa interação da díade (VINTER, 1987).

A interação do bebê, em seus primeiros meses, dá-se pela demonstração de interesse pela fala da mãe e pela sua capacidade, nas primeiras trocas entre os dois, de orientar sua atenção para o rosto da mãe e de responder imediatamente às solicitações dela. Respondendo a estas características do bebê, e orientados pelos sistemas de cuidados parentais, os adultos que cuidam do bebê são muito mais sensíveis às pistas que o mesmo emite (KELLER, 1998).

As mães apresentam, em graus variados, a capacidade de reconhecer as necessidades, preferências, limites do bebê. Elas reconhecem ainda, a forma peculiar de comunicação do seu filho, ajustando seu comportamento a esses aspectos (BRAZELTON e CRAMER, 1992). O bebê também realiza ajustes (HECKHAUSEN, 1987). Na relação mãe-bebê, tanto a criança age sobre sua mãe

através de olhares e mímicas, quanto a mãe age sobre seu filho por meio de sua fala e movimentação (ROBIN, 1980).

Em complemento, Ribas e Seidl de Moura (1998) apontam que as interações mãe-bebê apresentam dois elementos fundamentais caracterizados pela reciprocidade e a comunicação. As autoras ressaltam que a interação exige que a díade responda aos comportamentos um do outro e que seja, sobretudo, sustentada por ambos. É preciso considerar que ocorre algum nível de comunicação entre a mãe e o bebê. Essa comunicação pode acontecer, por exemplo, através do contato olho a olho, sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, tom de voz, aproximação e afastamento corporal, brincadeiras e do choro. Portanto, mãe e filho são sensíveis aos sinais um do outro e respondem a eles.

No caso da mãe, pode-se inclusive verificar a atribuição de significados de acordo com os contextos de troca e de seu conhecimento do bebê. Esse processo de atribuição de significado é mediado pelas representações da mãe acerca do mundo, de um modelo geral de infância e, ainda, de um conjunto de representações e expectativas do bebê e de seu desenvolvimento. É no processo de interação e na negociação de significações nele envolvido que se desenvolvem esses meios de comunicação, de fazer sentido um para o outro (RIBAS e SEIDL de MOURA, op.cit.).

Deste modo, na relação mãe-bebê, os afetos, sentimentos e emoções de um, ecoam no outro. E será justamente essa troca que permitirá o desenvolvimento da subjetividade do infante. Cabe ressaltar que o termo mãe é utilizado em um sentido amplo, relacionado aquela pessoa que exerce a função materna e não necessariamente a mãe biológica.

Portanto, o bebê está à espera do Outro que o sustente e o antecipe como sujeito, que o insira na história familiar e o represente no discurso. O bebê, mesmo nascido a termo é prematuro, pois a genética pode determinar a cor dos olhos, a estatura e outras características, contudo, não determina do que e de quem o mesmo gosta, o que o interessa e o que ele será subjetivamente, pois estas serão construídas na linguagem (LICHT, 2006).

No decorrer do desenvolvimento do bebê e com o retorno gradativo da mãe para sua vida, a sustentação formada inicialmente vai sofrendo rupturas e permite que se abra um espaço potencial, chamado por Winnicott (2000) de área transicional. Essa área é importante para a criação dos objetos transicionais. Os bebês, que inicialmente estão mais voltados para o estímulo potente que é a face

humana, aos poucos incluem nas suas preferências visuais, além do rosto humano, objetos animados e inanimados do ambiente. A criança se relaciona com tais objetos em uma zona intermediária entre a realidade psíquica e a realidade externa, articulando presença e ausência da mãe. Para que ela se consolide, a mãe precisa apresentar essa realidade dos objetos ao bebê por meio da linguagem, permitindo que se crie um espaço para percorrer um caminho da subjetividade à objetividade.

Além dessas transformações relacionadas ao curso do desenvolvimento infantil, as formas que as trocas interacionais mãe-bebê assumem podem variar de acordo com a diversidade de contextos socioculturais nas quais as díades estão inseridas (FOGEL, TODA e KAWAI, 1988) e também do exercício da função paterna que tem por objetivo o corte na simbiose inicial mãe-bebê.

Nesse sentido, é consenso que o indivíduo, salvo em situações patológicas, nasce predisposto e equipado para se relacionar e se vincular a quem lhe é disponível, sendo a mãe ou outra pessoa (babá, enfermeira, tios, avós). Esse comportamento persiste durante toda a vida, com frequência e intensidade diminuída (BOWLBY, 1962).

Em relação à separação da criança de sua mãe, conforme Lebovici (1987) e Winnicott (1994), esta deve ocorrer de modo gradual, depois da formação do vínculo mãe-bebê e de ocorrerem algumas evoluções psíquicas na criança.

Para que todo esse processo se dê, é preciso que haja a unidade familiar como matriz de apoio para a mãe e o filho (WINNICOTT, 2000). Nos casos em que o pai está presente, 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), em especial, ao exercer a função paterna, que dará esse suporte para que a mãe se separe do bebê (WINNICOTT, op.cit.).

Freud (1913) enfatiza 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. Lacan (1992) concede a essa função um alcance ainda mais amplo, estendendo sua reflexão para um nível que ultrapassa o da família: o nível da linguagem.

Desta forma, a ausência materna é o que oferece a condição da inserção da criança no campo simbólico, porque faz surgir a necessidade do sujeito de lidar com

a ausência do objeto, no caso, a mãe. É preciso que o desejo da mãe seja interdito, seja barrado, 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, produz um corte nesse desejo e possibilita a existência de pelo menos dois lugares, em vez de um, para a criança (FARIA, 2003).

Logo, a função paterna consistirá justamente numa instância capaz de fornecer ao sujeito um marco de referência, permitindo-lhe interpretar o desejo do Outro; ou seja, essa função é uma palavra que exerce autoridade sobre a mãe, atua como uma regra autorizando a criança a decifrar o enigma do desejo da mãe, dando origem à significação e introduzindo a criança no campo da linguagem (KUPFER e BERNARDINO, 2009).

Sendo assim, a participação do pai 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).

Essas relações parentais inserem o ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, contudo, as novas configurações familiares, sem dúvida, muitas vezes não favorecem a instalação da função paterna que barra o desejo da mãe (COTTET, 2006). Assim, a criança corre o risco de ficar aprisionada ao desejo materno, como efeito de uma opaca intervenção paterna na relação entre mãe-filho (LUSTOZA e CALAZANS, op.cit.) e da não sustentação, pela mãe, de um rompimento simbólico no funcionamento das funções da criança (PESARO, 2010). Dessa falha, pode decorrer a dificuldade de separação mãe-filho e problemas frente à lei (LUSTOZA e CALAZANS, op.cit.). Além disso, havendo a falha na instalação das funções parentais, surge o risco de a criança se estruturar no campo dos transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil (CARVALHO *et al.*, 2008).

Quanto às funções parentais, ainda pode-se supor que uma mãe que não se vê apoiada e reconhecida em sua função pela intervenção paterna fica desconcertada para cumprir o que se espera dela na sustentação do bebê. Tal fato dificulta o cuidar da criança oferecendo significações afetivas e simbólicas ao seu toque e às funções corporais, e finalmente para apresentar os objetos do mundo

externo e ensinar a criança a se relacionar com eles, conduzindo seus movimentos do corpo materno aos objetos transicionais (LUSTOZA e CALAZANS, op.cit.).

Deste modo, o desenvolvimento emocional na infância está intimamente associado ao estado psíquico inicial da mãe, sobretudo às condições para o exercício da função materna e também pelo descolamento que a função paterna irá proporcionar na função materna (Araújo, 2005), sendo que esse descolamento irá proporcionar o surgimento do brincar simbólico e da linguagem.

No contexto das relações parentais, Winnicott (1999) aponta que a ausência da segurança materna terá efeitos sobre o desenvolvimento emocional e poderá acarretar danos à personalidade e ao caráter da criança. Uma parceria bem estabelecida no início da vida sustenta um desenvolvimento emocional sadio e dá confiança para que o sujeito se envolva em relacionamentos pessoais íntimos e gratificantes.

Portanto, as relações parentais, em especial a relação mãe-bebê, mostram-se vitais e servem de base para todos os relacionamentos do sujeito, tendo como gênese o desejo da mulher em ser mãe. A construção dessa maternidade será bem sucedida tanto em função das condições do bebê que nasce de suas possibilidades de reciprocidade, quanto em função da atitude emocional da mãe e do apoio que esta receba no seio familiar.

Essa relação é fundamental para o desenvolvimento infantil, pois, ao supor um sujeito no bebê e atribuir sentidos aos comportamentos, a mãe irá inseri-lo em rotinas significativas nas quais ocorre o funcionamento lingüístico (BELTRAMI, 2011). Portanto, o acompanhamento precoce da relação mãe-bebê, bem como da díade com o pai, pode ser fundamental para prevenir e promover a saúde da criança.

Infelizmente, ainda hoje, os trabalhos de intervenção precoce com bebês na Fonoaudiologia são escassos, e as crianças chegam, em geral, após os dois anos de idade, quando o sintoma de ausência de fala, por exemplo, já está instalado. Na clínica de linguagem embora haja, muitas vezes, um laço psicopatológico evidente entre pais e filho, o fonoaudiólogo é o profissional procurado em função da ausência de linguagem (VORCARO, 2003).

Por isso, interessa à Fonoaudiologia, assim como à Psicologia, detectar e intervir precocemente com crianças em situações de risco psíquico, que comumente são acompanhadas de distúrbios de linguagem.

1.2.2 Os índices de risco ao desenvolvimento infantil: o Protocolo IRDI

Os índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) surgiram com o financiamento do Ministério da Saúde, como uma proposta interessante de estabelecimento de indicadores de detecção de risco psíquico e do desenvolvimento infantil precoce (KUPFER, 2008; LERNER e KUPFER, 2008).

Na pesquisa foram utilizados eixos teóricos, a partir da constatação de operações de constituição estrutural verificadas na experiência clínica de especialistas - psicanalistas - da infância, o que indica uma metodologia baseada na consulta à *experts*. Esse grupo de *experts* recolheu entre si aqueles indicadores já utilizados no cotidiano para analisar o curso do desenvolvimento e da estruturação psíquica de um sujeito. Construiu-se, então, um grupo de índices observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, cuja ausência pode indicar uma perturbação nesse curso evolutivo.

O pressuposto é que esses indicadores clínicos podem ser empregados pelos pediatras durante a consulta nas unidades básicas e/ou centros de saúde e podem ser úteis para detectar precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil (KUPFER, op. cit.).

A metodologia em sua elaboração utilizou um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal, tendo como amostra crianças nas faixas etárias de 1 a 3 meses e 29 dias; de 4 a 7 meses e 29 dias; de 8 a 11 meses e 29 dias e de 12 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica de unidades e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde) (KUPFER, op. cit.).

A análise de dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a sua associação com variáveis clínicas e epidemiológicas durante os 18 meses de idade das crianças. Após três anos de seguimento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os IRDIs.

Os indicadores clínicos obedeceram a quatro eixos que, segundo a autora, balizam a constituição da subjetividade: **supor um sujeito, estabelecer a demanda da criança, alternar presença e ausência por parte da mãe e função paterna.**

Segundo Kupfer (2008) o eixo “suposição do sujeito” (SS) caracteriza uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no

bebê, que ainda não se encontra, porém, realmente constituído. Tal constituição depende justamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador).

Essa antecipação causa grande prazer no bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe sob a forma de palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa chamada de *mamanhês* (LAZNIK, 2000), o que fará o bebê tentar corresponder ao que foi suposto nele. Ao realizar essa tentativa, reeditará o efeito de prazer vivido por ele quando ocorreu a antecipação materna – o esgar traduzido pela mãe como um sorriso passará a ser mesmo um sorriso quando for inconsciente ou voluntariamente utilizado para agradar o outro ou manifestar para esse outro seu próprio agrado. É precisamente desse modo que a subjetividade – que não é inata - pode efetivamente construir-se (PESARO, 2010).

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, a sucção da própria língua, que precisam ser interpretadas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela.

Pode-se dizer que, por exemplo, quando a mãe interpreta que ao chupar a própria língua seu bebê está lhe pedindo para lhe dar de mamar, em verdade é a mãe mesma quem quer dar o peito a seu filho; é ela quem demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. Esse processo, totalmente inconsciente, conduz a mãe a reconhecer em cada gesto insignificante de seu filhote um signo de demanda endereçada a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda – sempre inserida numa trama de amor – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se (PESARO, op. cit.).

O modo em que essa matriz venha se instalar (ou não) durante os primeiros tempos da vida estará na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

O eixo “alternância presença/ausência” (PA) se refere às ações mínimas nas quais a presença materna vai se tornando símbolo da satisfação substituindo a presença do objeto real. Assim, a mãe presente evoca o objeto ausente, como o objeto presente evoca a mãe ausente (PESARO, op. cit.).

A descontinuidade da satisfação tanto quanto a descontinuidade 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 a ausência humana como um acontecimento existencial, especialmente significativo, obrigando a criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação, proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras (PESARO, 2010).

Por acréscimo, a descontinuidade, marcada por essa presença/ausência, é o fundamento estrutural da linguagem na medida em que para que exista a palavra tem que se romper o enlace entre o “objeto causa” e a satisfação. A palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto. Na linguagem, propriamente dita, é necessária uma separação entre a palavra e a coisa.

No eixo “função paterna” (FP), trata-se do 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. Esse lugar terceiro é facilmente atribuível ao pai já que ele se faz presente como um “intruso” na paixão mãe-filho. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem a negativa (PESARO, op. cit.).

É reconhecido, já de longa data, o papel estruturador do “NÃO” na vida e no pensamento das pequenas crianças. Entende-se que a função paterna ocupa, para a dupla mãe-bebê, o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social. Uma mãe que está submetida à função paterna leva em conta, em sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros de limites e regras (BOSSARDI e VIEIRA, 2010).

O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como 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 (PESARO, op. cit.).

De acordo com esses quatro eixos, foram levantados, inicialmente, 51 indicadores que ficaram reduzidos a 31 porque nas experiências piloto os outros 20

mostraram estatisticamente não ser consistentes nem sensíveis para definir qualquer magnitude do que se pretendia medir (KUPFER, 2008).

A partir das análises desses 31 IRDIs os autores chegaram a 18 IRDIs finais, significativos à pesquisa, expostos no quadro 1 com as anotações SS, ED, PA e FP, que indicam os eixos aos quais se referem:

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 a ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao manhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
13. A criança faz gracinhas.	ED
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
12 A 18 MESES	
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às	ED/FP

ausências prolongadas.	
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

Quadro 1 – IRDIs finais conforme Kupfer *et al.* (2010). SS=supor um sujeito; ED=estabelecer a demanda da criança; PA=alternar presença-ausência por parte da mãe; FP=função paterna.

A análise estatística realizada nesse estudo apontou que os IRDIs, como um todo, possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER *et al.*, 2010).

Os seguintes conjuntos de indicadores apresentaram correlação significativa para prever risco psíquico:

6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades;

12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela;

14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada;

18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Os indicadores a seguir, além de prever risco psíquico, possuem maior predição de problemas de desenvolvimento:

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.

Diante desta pesquisa, Kupfer e Voltolini (2005) afirmam que o encontro entre a psicanálise e a medicina, sobretudo a do campo positivista, é possível. Isso permite que se construam instrumentos de medidas apoiados na ciência da saúde e humana.

Como mostra Palladino (2007), é importante salientar que os indicadores não são sintomas, são pistas esboçadas na e pela criança que, por suposição, podem antecipar e, de certa forma, reorientar historicamente sua realidade na vida. Além disso, é relevante apontar que os IRDIs não avaliam causas para o risco psíquico,

sendo que os autores da área têm mostrado que, nesses casos, os transtornos do desenvolvimento tendem a ser multifatoriais, podendo advir de dificuldades do bebê, dos pais ou de ambos. Portanto, o risco psíquico é entendido como uma tendência à alteração do desenvolvimento, que ocorre por uma combinação complexa e singular das tendências biológicas do bebê, com os fatores ambientais de seu desenvolvimento.

Entre tais alterações, a presença do distúrbio de linguagem pode ser um efeito importante, conforme já está relatado na própria sintomatologia descrita por Kupfer (2008) ao apresentar os resultados de sua pesquisa.

Também no campo dos estudos de distúrbios de linguagem, já há evidências de que a história da relação entre aqueles que exercem as funções parentais e a criança, pode ter papel decisivo na construção do funcionamento de linguagem infantil quanto no processo terapêutico das crianças no campo fonoaudiológico.

Embora possa haver predisposições genéticas da criança para algum distúrbio, o diálogo mãe-filho assume características singulares influenciadas tanto por fatores relacionados ao exercício da função materna, quanto por limitações biológicas do filho, o que pode dificultar muito o funcionamento da linguagem infantil (MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005; SOUZA *et al.*, 2009; RECHIA e SOUZA, 2010; CESA, SOUZA e KESSLER, 2010; CRESTANI *et al.*, 2010). Observa-se nesses estudos tanto dificuldades no exercício das funções parentais (depressão e ansiedades maternas, simbiose prolongada com os filhos, etc.) quanto interferência dos limites biológicos das crianças (dispraxia verbal, encefalopatia motora cerebral). Assim, não se postula uma relação de causa-efeito entre o funcionamento de linguagem e aspectos psíquicos, mas uma combinação singular em que tanto aspectos biológicos da criança quanto as posições parentais possuem relevância na construção do distúrbio de linguagem infantil.

Portanto, é visível a necessidade de acompanhar o mais precocemente possível o exercício das funções parentais na saúde materno-infantil, pois é a etapa privilegiada para detecção e intervenção precoce e, muitas vezes, para reverter uma estruturação patológica, tal como a psicótica, por exemplo. Em termos fonoaudiológicos, ressalta-se a importância de detectar precocemente o risco à aquisição da linguagem tendo em vista o fato de que linguagem e psique são aspectos intrinsecamente associados. Por isso a importância do protocolo IRDI como possibilidade de detecção precoce.

A esse respeito, Jerusalinsky (2002) afirma que a maturação, o crescimento, as aquisições instrumentais e a constituição do sujeito psíquico, embora aconteçam durante toda a infância, apresentam um espaço crucial de evolução nos três primeiros anos de vida. Diante de tal afirmação, a autora refere que nesse período inicial é possível perceber que algo não vai bem na estruturação de uma criança, por meio da análise do modo como o bebê é tomado no circuito de desejo e demanda dos pais.

Desta forma, é possível falar em risco de uma tendência de a estruturação psíquica não acontecer de modo adequado, ou seja, indicativas de que pode haver a estruturação de uma psicose ou autismo em curso. No entanto, é importante que esse risco seja tomado como uma tendência e não como uma profecia que possa obscurecer a relação dos pais com o seu filho. O profissional que trabalha na atenção primária em saúde, diante de um índice de risco teria, portanto, que ter muito cuidado em não direcionar o olhar dos pais para a patologia, mas, ao contrário, sustentar o exercício das funções parentais de modo a ancorar o desenvolvimento do bebê de modo adequado (JERUSALINSKY, 2002).

Assim, a implementação deste tipo de protocolo em serviços de saúde materno-infantil deve ser feita mediante formação continuada dos profissionais, pois, caso contrário, pode-se correr o risco de que seja tomado de modo profético, como alguns marcos do desenvolvimento infantil o são.

Por isso, a presente pesquisa priorizou a participação de profissionais da área terapêutica, que já possuíssem conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e do efeito iatrogênico de um diagnóstico inadequado. Considera-se diagnóstico inadequado quando este é feito em época ainda não propícia para tanto, como por exemplo, afirmar que um bebê de um ano possui estrutura psicótica, quando se sabe que o mesmo ainda está em constituição. Outra forma de inadequação seria o profissional, em seu discurso, profetizar negativamente as possibilidades do bebê, criando um imaginário negativo dos pais sobre a criança, levando-os a não acreditar na relação com o filho.

Considerando que a qualidade do vínculo influencia diretamente o desenvolvimento físico, linguístico e emocional do bebê, a utilização do Protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil pode, em hipótese levantada nesta pesquisa, fornecer elementos para a detecção precoce aos riscos no desenvolvimento infantil, e à aquisição da linguagem, cuja análise pode ser

importante para impedir a instalação ou reverter o processo patológico em seus primórdios.

Os trabalhos de Carlesso (2011) e Beltrami (2011) demonstraram tais interferências do vínculo na presença de risco ao desenvolvimento. Enquanto a primeira autora verificou a correlação estatística entre crescente risco ao desenvolvimento infantil diante da depressão materna, a segunda observou o mesmo efeito, a partir da ansiedade em níveis acima do leve. As autoras chegaram a tais resultados através da aplicação do Inventário de Beck. Também observaram que a presença de companheiro e uma maior renda familiar possuem um efeito de proteção em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Beltrami (op. cit.), que contou com a mesma amostra inicial desta pesquisa, encontrou ainda que, a presença de dificuldades para o exercício da função materna é altamente correlacionado estatisticamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil na primeira fase estudada pelo protocolo IRDI. A partir dos resultados de tais autoras, tornou-se relevante acompanhar o desenvolvimento de tais bebês, bem como, observar outras variáveis de possível interferência no mesmo.

1.3 A aquisição e o desenvolvimento da linguagem infantil: a produção inicial de fala em distintas perspectivas

Em uma perspectiva psicolinguística clássica existe uma descrição da aquisição da linguagem na qual ocorre a internalização da linguagem por meio de exposição a uma língua que funciona como *in put* lingüístico para que princípios universais entrem em ação direcionando o processo de aquisição da linguagem (MEISEL, 1997). Os autores desta perspectiva descrevem tal processo como uma série de ativações e inibições de princípios universais e parâmetros específicos da língua a ser adquirida.

Tal perspectiva acaba por oferecer uma boa descrição do domínio progressivo de níveis linguísticos (fonológico, semântico, sintático, morfológico) e suas regras de uso (pragmática), mas sempre centrada na fala da criança sem correlacioná-la à fala do adulto. A busca pelo funcionamento gerativo da língua a

partir do estabelecimento de hierarquias de aquisição em cada nível lingüístico é o foco desse tipo de abordagem. Muitos desses estudos enfocam a aquisição da linguagem a partir do momento em que a criança começa a falar e buscam explicar suas hipóteses de aquisição a partir de teorias lingüísticas, cujo foco principal é a língua e não a linguagem. Portanto, nesta perspectiva é fundamental o início da produção de fala infantil como evidência de que a aquisição da linguagem está iniciando.

Especificamente, em relação ao início da fala, Barret (1997) faz extensa revisão sobre o mapeamento lexical inicial. O autor traz algumas hipóteses interessantes a partir de distintas teorias.

A primeira hipótese abordada é a da teoria de traços semânticos, a qual afirma que as crianças adquirem o léxico pelo mapeamento de traços semânticos dos vocábulos e isso geraria erros, tais como, superextensões a partir das quais uma criança estenderia um vocábulo como au-au para todos os animais domésticos de quatro patas. Tal hipótese não encontra muita sustentação empírica, pois, implica uma análise comparativa extensa e detalhada dos objetos por parte das crianças, o que possivelmente não tenha lugar ao início do mapeamento lexical.

Outra teoria é a de protótipos que afirma que as crianças fazem mapas semânticos limitados dos itens lexicais iniciais a partir de características prototípicas do objeto que serviu de referência inicial ao item lexical a ela apresentado. Tal teoria explicaria a subextensão, ou seja, por que uma criança restringiria um determinado nome para um objeto em particular e não a todos que compõem sua extensão. No entanto, tal fenômeno também poderia ser explicado pela teoria de eventos que afirma que os objetos recebem nomes dentro de um contexto de conversação em que a informação verbal não está, a priori, separada da informação não verbal e, portanto, a memória lexical infantil, inicialmente, estaria amalgamada à memória de eventos. Tal teoria é a que mais se aproxima da proposta bruneriana de aquisição da linguagem que valoriza a interação entre informação verbal e não verbal na gênese das representações lingüísticas e também o papel do adulto no processo de aquisição.

Barret (1997) concilia, no entanto, tais teorias propondo um modelo de rota múltipla de aquisição lexical inicial no qual uma criança pode iniciar a aquisição do léxico tanto pela rota referencial, na qual o protótipo estaria ativo e já haveria a separação entre informação verbal e não-verbal, quanto pela rota contextual ou

sócio-pragmática em que evento e informação verbal formam um todo. Para o autor, apenas quando a criança entrasse na rota de aquisição referencial, haveria a explosão do vocabulário. Isso aconteceria ao redor dos dois anos de idade.

Considerando o aspecto quantitativo da aquisição lexical inicial, o estudo de diário de Nelson (1973) relatou, acerca da produção inicial de 18 crianças, registrada pelas mães, que a idade média em que as crianças tinham adquirido 10 palavras era aos 15 meses, com uma variação entre 13 e 19 meses, e 50 palavras ao redor de 20 meses, sendo que a extensão média de vocabulário aos 24 meses era de 186 palavras. O autor afirma que vários estudos demonstram que tais números são compatíveis com a produção de fala infantil, encontradas neste estudo. O autor ressalta ainda, que a compreensão de fala é muito mais veloz e permite um quadro mais amplo do acesso lexical inicial infantil.

Portanto, na perspectiva psicolingüística clássica, o número de palavras produzido pode evidenciar parcialmente o processo de mapeamento lexical inicial. Destaca-se ainda, o fato de ser possível uma ligação mais acentuada entre contexto não verbal e verbal no processo de compreensão e produção inicial de fala. Embora, de modo não explícito na proposta de Barret (1997), a explosão do vocabulário só teria lugar quando a criança compreendesse como se dá o processo de estabelecimento de co-referência, e se poderia interpretar que a preferência por tal rota desde o início evolutivo de algumas crianças, poderia ser explicada pelo fato de tais crianças terem sido introduzidas em processos referenciais com o adulto mais precocemente do que as que produzem itens lexicais mais amalgamados aos contextos não verbais.

A partir do quadro teórico interacionista brasileiro, a dimensão quantitativa da aquisição da linguagem deixa de ser o foco. Sua análise questiona o *status* de categoria gramatical atribuído ao vocabulário inicial infantil pelos estudos lingüísticos clássicos. De Lemos (1989; 1992) afirma que as produções iniciais infantis podem ser linguagem não analisada, dependentes de processos como a especularidade ou complementaridade, a partir dos quais entram em funcionamento processos metafóricos, ou seja, a criança constrói possibilidades de substituição de um vocábulo por outro durante o processo metonímico em que um vocábulo se relaciona combinatoriamente com o outro na construção sintagmática, a partir da experiência dialógica com o adulto. A autora afirma que, em uma posição discursiva inicial, a criança ocuparia a posição de pólo do outro, na qual dependeria da

produção de fala adulta como ancoragem à própria produção. Em linhas gerais, a criança, ao produzir suas primeiras palavras, não estaria produzindo um substantivo com o mesmo *status* que produz um adulto, mas por processos especulares, produzindo algo que se assemelha a um substantivo, cuja representação gramatical só irá ser construída posteriormente, por meio do funcionamento discursivo com o outro que lhe permitirá, por processos metafóricos e metonímicos, ocupar a posição de pólo da língua. Nesta posição discursiva a criança começaria a criar hipóteses acerca do funcionamento gramatical. Em termos de produção de palavras talvez se possa pensar que só a partir da ocupação dessa posição se poderia detectar uma explosão do vocabulário e o uso referencial proposto por Barret (1997).

Interessa, no entanto, a este trabalho, pensar o que acontece antes que a rota referencial, nos termos de Barret (1997), torne-se efetiva, ou em termos interacionistas, o que é logicamente anterior à posição discursiva de pólo da língua (DE LEMOS, 1989, 1992). Com certeza, há um processo de inserção da criança em rotinas lingüísticas, desde o nascimento, que não pode ser negligenciado na análise do risco à aquisição da linguagem.

Além disso, conforme afirma Scarpa (1987), acredita-se que a linguagem é uma atividade constitutiva de conhecimento do mundo pela criança. Portanto, é a partir da linguagem que a criança se constrói como sujeito, segmenta e incorpora o conhecimento do mundo e do outro. Tal afirmação é reforçada por Geraldini (2002) que afirma como fatores determinantes para a produção do discurso os diversos espaços sociais em que ocorrem as interações lingüísticas.

Nesse sentido entende-se que a linguagem se constrói nas e pelas interações sociais (DE LEMOS, 1992, 1997, 2002). A aquisição vai ocorrendo por meio do processo de mudança de posição da criança em relação à língua, ou seja, a criança é capturada pelo funcionamento da língua (na qual é significada); assim sendo, as mudanças na fala da criança não se qualificam como acúmulo, nem como construção de conhecimento, mas como mudanças conseqüentes à captura do sujeito por tal funcionamento da língua. Considera-se, neste estudo, que a produção inicial de fala é apenas um desfecho de um processo que se inicia após o nascimento, no qual adulto e criança são parceiros no processo de aquisição da linguagem infantil (PASSOS, 2003).

Diversos autores defendem que desde o nascimento os bebês já apresentam sinais comunicativos na interação com sua mãe, denominados protoconversa

inicial entre mãe e bebê (PARLATO-OLIVEIRA *et al.*, 2010). Tal protoconversaço constitui as origens do diálogo nas quais se podem caracterizar os interlocutores (mãe e bebê), os turnos de fala da mãe e “fala” do bebê, sendo estes preenchidos de modo variado, tais como, vocaliza es, olhar, balbucio, diálogo t nico-postural, entre outros. Em uma perspectiva enunciativa benvenistiana de aquisi o e desenvolvimento da linguagem (SILVA, 2009) esta protoconversaço faz-se importante como elemento gerador de mecanismos conjuntivos e disjuntivos no diálogo mãe-filho que são essenciais ao processo de apropria o ling stica. Entende-se como apropria o ling stica simultaneamente o domínio progressivo do nível semiótico que se dá no processo de semantiza o da língua, ou seja, a criança construir  representa es ling sticas a partir da experiência com o outro que se dá no diálogo.

A autora identifica três mecanismos enunciativos como fundamentais no processo de aquisi o da linguagem, conforme sintetizados no quadro 2.

Mecanismos enunciativos	Macro-opera�es enunciativas	Passagens da crian�a na estrutura da enuncia�o
1� mecanismo Rela�es de conjun�o e disjun�o eu-tu e eu/tu	Opera�o de preenchimento de lugar enunciativo	Passagem do preenchimento de lugar enunciativo a partir do outro para o reconhecimento do que esse lugar provoca no outro
2� mecanismo A semantiza�o da l�ngua e a constru�o de refer�ncia (eu-tu)/ele	Opera�o de refer�ncia	Passagem da atualiza�o de uma refer�ncia mostrada para a refer�ncia constitu�da na l�ngua-discurso
3� mecanismo A instaura�o do sujeito na l�ngua discurso – estrutura trinit�ria eu-tu/ele	Opera�o de inscri�o enunciativa da crian�a na l�ngua-discurso	Passagem do uso discursivo de instancia�o subjetiva por meio de fun�es e formas pra a constitui�o da dupla enuncia�o (o discurso sendo constitu�do por e constituindo outro discurso).

Quadro 2 – Resumo dos mecanismos enunciativos de aquisi o da linguagem (SILVA, 2007)

Observa-se no quadro 2 que a operação de preenchimento de turno a partir do adulto é elemento anterior importante para que se instale o movimento dialógico entre adulto e criança. O mecanismo de semantização da língua, no qual a criança pode estabelecer uma co-referência verbal com o adulto, será logicamente posterior ao primeiro mecanismo, sendo hipótese desta pesquisa que seja dependente da qualidade com que se instale o primeiro mecanismo, ou seja, em bebês em situação de risco em que não esteja se estabelecendo os primórdios do diálogo poderia haver um efeito de um não preenchimento sintonizado de turno a partir do outro (o adulto), o que poderia interferir na emergência dos demais mecanismos enunciativos.

No trabalho de Flores, Beltrami e Souza (2011), tal hipótese fica evidente na análise de um bebê com risco ao desenvolvimento em que, a mãe, fazia o preenchimento de turno pelo mesmo, de modo não sintonizado. Observaram que tal bebê, aos 15 meses, ainda não possuía o mecanismo de co-referência verbal. Segundo as autoras, na evolução deste bebê houve um silenciamento, pois, dos quatro aos 15 meses, sua expressividade foi diminuindo ao invés de aumentar em função da falta de sintonia na protoconversaçãõ inicial entre sua mãe e ele.

Essa hipótese se justifica porque, na proposta enunciativa de aquisição da linguagem de Silva (2007), a fala da criança está implicada na conjunção eu-tu. Nessa conjunção, é dado à criança um lugar enunciativo e a linguagem lhe é apresentada por meio do outro. Se isso não se dá de modo sintonizado pode-se hipotetizar que já o primeiro mecanismo poderia estar comprometido em termos aquisitivos, como foi no caso estudado por Flores, Beltrami e Ramos (op.cit). O artigo acaba por ressaltar o papel fundamental da intersubjetividade no diálogo mãe-bebê, a exemplo do que Silva (op.cit) propõe em sua abordagem de aquisição da linguagem.

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

Para a autora, as mudanças de trajetória linguística da criança podem ser explicadas através de uma simultaneidade entre diacronia e sincronia. A criança como locutor irá apontar o novo (estruturas enunciativas) para o já estabelecido (a língua) trazido pelo seu alocutário, que seria a mãe, o que permitirá sua instanciação, ou seja, a reprodução, enquanto sujeito linguístico-enunciativo. A análise da língua no discurso é necessária, pois, tais elementos somente poderão ser vislumbráveis pela observação da língua em uso no discurso, percebida inicialmente em segmentos analisáveis- frases- nas quais o locutor reproduz sentido e referência - o ele, constituindo-se como sujeito na estrutura da enunciação e instaurando-se na estrutura de sua língua (SILVA, 2007).

Silva (op.cit.) afirma ainda que a criança não desenvolve os mecanismos da língua, mas os constitui e, ao mesmo tempo, por eles é constituída. Desta forma, a criança instancia-se na linguagem a partir do lugar de habitação das relações intersubjetivas e da língua como sistema de unidades no discurso.

Os princípios delineados a partir de Benveniste (1989) no estudo da aquisição por Silva (op. cit.) apresentam-se epistemologicamente compatíveis com a visão psicanalítica de desenvolvimento infantil, pois ancoram na protoconversaçãoinicial o processo de inserção do sujeito na linguagem. Isso pode ser visualizado no protocolo IRDI quando vários elementos da protoconversaçãoinicial são utilizados como índices do desenvolvimento infantil. Para citar alguns exemplos: a mãe e bebê trocam olhares, a mãe produz o *manhês* e o bebê reage, a mãe propõe algo e aguarda a resposta do bebê, na primeira fase, ou mesmo quando o bebê utiliza diferentes sinais para expressar suas distintas necessidades na segunda fase.

Analisando os mecanismos propostos por Silva (2007) percebe-se que a utilização de distintos sinais abrange a possibilidade de o bebê preencher turno por meio do choro, sorriso, balbucio, vocalização e pode implicar que está podendo ser interpretado pelo adulto em suas manifestações.

A cena de a mãe propor algo e aguardar a resposta do bebê (um dos IRDIs da primeira fase) permite pensar em uma leitura enunciativa de concessão de turno ao bebê por parte da mãe. O uso do *manhês*, por outro lado, relaciona-se a uma protoconversaçãoinicial que necessita ser alimentada em uma relação conjuntiva entre mãe e bebê (FERREIRA, 2010).

Portanto, especificamente no estabelecimento da co-referência verbal tem-se o culminar de processos dialógicos que acontecem muito antes, ou seja, quando a

criança passa de uma referência mostrada a uma verbal, está demonstrando assim, capacidade de semantizar a língua, de preencher seu lugar enunciativo com fala, sendo o momento crucial do uso da língua. No entanto, tal momento não emerge magicamente após a exposição ao *in put* como se pensa na teoria psicolinguística clássica. Ele depende de mecanismos conjuntivos e disjuntivos que se instauram antes nas trocas entre adulto e criança, e que dependem diretamente da intersubjetividade construída nessa díade. Assim, hipotetiza-se que crianças em situação de risco ao desenvolvimento possam ter maior dificuldade de chegar a esse momento de estabelecer a co-referência verbal ou fazê-lo com menor qualidade.

Tal hipótese trouxe a este estudo o desafio de como controlar tal variável em um estudo quantitativo, tendo em vista o fato de que não há, até o momento, um protocolo enunciativo que forneça a exemplo do protocolo IRDI, elementos que permitissem analisar o processo de aquisição da linguagem e possíveis riscos ao mesmo em uma perspectiva enunciativa. Para resolver tal impasse, surgiu a hipótese de que a extensão vocabular inicial, aferida a partir da percepção materna, poderia ser tomada como um indício de entrada da criança na possibilidade de estabelecer a co-referência verbal, desde que, se analisasse, por meio da observação do diálogo bebê-adulto, que tal co-referência estivesse se processando de fato, ou seja, é hipótese deste estudo que quanto mais a criança estivesse ocupando o lugar de fala no diálogo com a mãe, maior seria o número de itens lexicais produzidos inicialmente na interação com sua mãe.

O método de coleta de fala infantil não poderia ser fixado apenas em um teste evocativo a partir de tal hipótese, mas demandaria saber o registro que a mãe teria da fala de seu filho, pois isso implicaria ela reconhecer que se trata de fala e não de sons sem sentido as produções realizadas por seu bebê. Por isso, utilizou-se o registro espontâneo de produções a partir da memória materna. Além disso, observou-se na visita domiciliar de coleta, as produções, espontaneamente, realizadas no diálogo entre mãe e filho ou entre o pesquisador e a criança, observando se realmente a criança era capaz de co-referir verbalmente. Tal possibilidade de coleta do vocabulário inicial é ressaltada nos estudos clássicos de diário referidos por Silva (2007) e também em estudo de Bastos, Ramos e Marques (2004) que resalta uma relação estatística significativa entre o que a mãe assinala em um *check list* de vocabulário e o que os autores observaram na testagem evocativa de um grupo de crianças de 1 ano até 1 ano e 10 meses. Os autores

também ressaltam que entre 1 ano e 1 ano e 6 meses, testes evocativos são infrutíferos pois as crianças só demonstram seu conhecimento lexical na interação e com objetos reais. Portanto, a faixa etária desta pesquisa, em relação à linguagem inicial, que vai até 16 meses (1 ano e 4 meses) estaria inserida nesta faixa de confiança entre a memória materna e conhecimento e produção vocabular infantil a partir da interação espontânea com o adulto.

Ainda, retomando os estudos clássicos relatados por Barret (1997) percebe-se que nesta faixa etária o número médio de palavras encontra-se ao redor de 10 palavras o que permite confiar na memória materna como elemento de avaliação da extensão vocabular.

Por outro lado, sabe-se que métodos evocativos são limitados em termos de funcionalidade da linguagem, pois, apenas acessam o produto e não o processo lingüístico.

2 METODOLOGIA

O presente estudo está inserido como subprojeto no projeto: “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas”.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento de intervenção quase-experimental (GOLDIN, 1998), já que não haverá grupo controle.

2.1 Amostra

Para determinar o tamanho da amostra deste estudo, 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.

Considerando o número de bebês que realizavam triagem auditiva neonatal no HUSM anualmente e os que atendiam aos critérios de inclusão (ouvintes, sem nenhuma alteração orgânica genética ou congênita que seja conhecidamente determinante para alteração no desenvolvimento), foi calculada a amostra mínima para este 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 mães-bebês nascidos a termo ou pré-termo, no HUSM, e que realizaram triagem auditiva neonatal com resultado positivo, ou seja, bebês sem indicativos de perda auditiva.

Tais bebês foram acompanhados durante 18 meses (até o momento dessa dissertação).

Como mais de 50% da amostra eram de bebês residentes em cidades vizinhas a Santa Maria, foi natural a ocorrência de perdas durante o acompanhamento longitudinal.

Por isso, e também por dificuldades logísticas, contou-se com números distintos de amostra em cada faixa etária investigada e também para os dois estudos realizados nesta dissertação, conforme se resume no quadro 3 para o artigo 1.

Faixa etária de coleta	Número de díades para artigo 1
1 a 4 meses	182
4 a 8 meses	117
8 a 12 meses	89
12 a 18 meses	58

Quadro 3 – Número de díades em cada fase de avaliação dos IRDIs

No artigo 2, no qual se buscou analisar a correlação entre a produção de fala inicial e os IRDIs, a amostra ficou um pouco mais reduzida tendo em vista que muitos bebês não puderam ser visitados no tempo exato previsto para a coleta de produção inicial de fala. Assim, a amostra final do artigo 2 ficou em 52 díades.

2.2 Aspectos éticos

Esta pesquisa buscou atender todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Esta dissertação faz parte do projeto da Prof^a Dr^a Ana Paula Ramos de Souza que foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – RS e aprovado pelo mesmo com CAAE número: 0284.0.243.000-09.

2.3 Procedimentos de seleção da amostra

Critérios de inclusão

Para haver a inclusão da díade na amostra a mãe deve ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), o bebê ter de zero a quatro meses incompletos de idade, ser menino ou menina, nascido a termo, pré-termo ou pós-termo e o bebê ter passado pela triagem auditiva neonatal do HUSM com resultado positivo, no período de março de 2010 a junho de 2010. A solicitação foi realizada após a triagem auditiva neonatal pela equipe do projeto.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento da criança, e bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicoses, etc.. No decorrer do acompanhamento também foi excluído um bebê que evidenciou sinais de comprometimento orgânico importante, não detectado ao início da pesquisa (houve apenas um caso). Portanto, a amostra constou de bebês sem comprometimento orgânico evidente, ou seja, de tipo lesional ou malformação.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

As mães selecionadas para a pesquisa receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta e de divulgação dos dados. Elas tiveram assegurado seu direito de voluntariado e sigilo de suas identidades e de seus bebês. A seguir, cientes dos possíveis benefícios e desconfortos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e as pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade (Anexo B).

Após assinatura dos termos, as mães foram entrevistadas pela equipe de pesquisadoras (fonoaudiólogas e psicólogas) em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio HUSM, tendo a duração aproximada de 30 minutos, toda a coleta. As participantes dessa coleta inicial, realizada na etapa de 0 a 4 meses foram a mestranda, a co-orientadora, as psicólogas Ellen Klinger, Janaína Pretto Carlesso, Luciane Beltrami e Mariana Rodrigues Flores. O seguimento dos bebês de 4 aos 18 meses contou com a participação da mestranda, da co-orientadora, da psicóloga mestranda Mariana Rodrigues Flores, com a fonoaudióloga mestranda Luciele Dias Oliveira e os alunos da graduação Josiane Fernanda Vendrusculo, Giordana Bolzan, Fernanda Piccini e Thalisson Finamor, todos membros do projeto de pesquisa maior no qual se insere esta dissertação.

Entre os procedimentos iniciais, realizou-se a entrevista (Apêndice A) pela fonoaudióloga e psicólogas mestrandas, participantes do projeto, que teve o objetivo de investigar a história obstétrica das mães, os dados socioeconômicos e demográficos, bem como dados psicossociais com questões referentes a 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 por psicólogas, mestrandas do Programa de Distúrbios da Comunicação Humana, participantes do projeto, para identificação da situação psíquica da mãe em tais aspectos. Os resultados das escalas já estão analisados nas dissertações de Beltrami (2011) e Carlesso (2011) e não serão alvo de análise neste estudo, mas as entrevistas iniciais e os critérios de inclusão e exclusão das díades obedeceram àqueles estudos, ou seja, foram descartados bebês com comprometimento biológico evidente e mães com estrutura psíquica alterada de modo importante (psicose, esquizofrenia, etc.) na avaliação realizada pelas psicólogas.

A avaliação dos bebês foi feita pela aplicação dos IRDIs, correspondentes à faixa etária, conforme exposto na revisão de trabalhos teóricos. Tal escala foi aplicada sempre com a presença de ao menos uma das fonoaudiólogas ou psicólogas mestrandas que participaram da pesquisa, e contou com o auxílio dos

graduandos em Fonoaudiologia, membros da equipe. Os valores dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs.

O acesso à metodologia dos IRDIs deu-se pelo estudo da pesquisa multicêntrica e a momentos de formação com a pesquisadora Sílvia Eugênia Molina, responsável pela coleta da pesquisa multicêntrica dos IRDIs no Rio Grande do Sul (KUPFER, 2008).

Para a avaliação dos IRDIs, as díades mãe-bebê foram observadas em interação. A partir da observação, sem filmagem, a pesquisadora atribuiu o valor de ausente ou presente para cada um dos índices correspondente a idade que a criança apresentava. A seguir foi feita uma pequena filmagem 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.

A coleta sem filmagem foi considerada fundamental, pois, se previu que as mães pudessem mudar seu comportamento frente à câmera. Ressalta-se que as mães apresentaram o mesmo comportamento da observação sem filmagem durante a filmagem. Este fato se deu, talvez, porque as pesquisadoras procuraram deixar a mãe bem a vontade e solicitaram apenas que interagisse com seu bebê como usualmente fazia.

A maior parte dos retestes ocorreu em função de o bebê estar dormindo e não por desacordo entre os pesquisadores (3 casos em 182 avaliados).

Deste modo, na coleta da primeira fase dos IRDIs (1 - 4 meses) foi organizada uma situação de interação, primeiramente observada e posteriormente filmada, procurando fazê-la à distância, de modo a interferir o mínimo possível na relação da díade, dando a instrução às mães de que conversassem e/ou brincassem com seus bebês como faziam em casa. A filmagem com a mãe durou em torno de 10 minutos e o bebê deveria estar acordado e em situação confortável.

Em relação ao índice 3, da primeira fase de coleta, como algumas mães não realizavam o *manhês* com os filhos, a pesquisadora testou a reação das crianças dirigindo-lhes fala com a prosódia característica de *manhês* e sintonizada às ações

do mesmo. O resultado computado foi a resposta dada à pesquisadora, nesses casos.

No decorrer das coletas, tendo em vista as próximas faixas de idade que o protocolo IRDI compreende (4 - 8; 8 - 12; 12 - 18), a situação de interação foi organizada com os brinquedos prediletos da criança levados pela mãe ou pelo examinador com temáticas ligadas ao vocabulário inicial infantil tais como bonecas, animais, objetos da casa, transportes, plantas, etc.. O examinador propôs à mãe que, se possível, brincasse um pouco com seu filho, observou e filmou seguindo os critérios acima citados.

Na etapa em que os bebês encontravam-se entre 13 e 16 meses foi realizada a observação da produção de co-referência verbal recorrendo à lembrança espontânea das mães, tendo em vista que os bebês estavam iniciando a fala. Além dessa lembrança espontânea de palavras faladas pela criança que objetivou obter um dado quantitativo do vocabulário infantil, buscou-se observar cenas de diálogo mãe-bebê ou outro familiar-bebê de modo a confirmar que tal número realmente evidenciava a capacidade de utilizar o mecanismo enunciativo de co-referir em sua forma verbal. Tal dado foi obtido por meio da observação durante a entrevista para o protocolo IRDI e também por meio de pequena filmagem da interação adulto-bebê. Essa coleta, além de contar com o auxílio dos participantes da pesquisa, contou sempre com a presença de uma das fonoaudiólogas mestradas do projeto.

Considerou-se, para efeito de análise, a capacidade, ou não, da criança co-referir verbalmente como requisito necessário para se passar a uma análise da amplitude quantitativa do vocabulário, ou seja, não se consideraria a informação materna se esta estivesse contraditoriamente ao observado na criança.

Levou-se em conta que, quanto mais palavras a criança pudesse produzir, mais ela estaria utilizando a possibilidade de estabelecer a co-referência verbal, pois a lembrança das mães se faz a partir de contextos naturais de conversação nos quais a criança utiliza regularmente as mesmas palavras em situações de interlocução adulto-criança. Ainda assim, considerou-se que, se tal lembrança não estivesse fidedigna às produções infantis isso poderia identificar um risco no processo interpretativo lingüístico por parte da mãe, o que é igualmente importante para este estudo, quanto às crianças poderem ou não produzir as palavras de modo efetivo, pois, seria evidência do processo de semantização da língua na relação eu-tu (SILVA, 2009).

Cabe ressaltar que o presente estudo iniciou com 182 díades para as análises mais gerais, mas apenas 52 fizeram parte da amostra de análise de linguagem na etapa de 13 a 16 meses, que buscou captar o início da co-referência das crianças, tendo em vista os requisitos de coleta das quatro fases do protocolo IRDI em conjunto com tal análise.

2.5 Procedimentos para análise de dados

Os valores dos IRDIS foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê resultando na variável incidência de alteração nos IRDIs. Foram consideradas também as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais. Além destas, a análise da capacidade ou não da criança co-referir verbalmente em uma amplitude quantitativa considerando o número de palavras que a criança produzia e a idade da criança em meses no momento da coleta de linguagem.

Tais dados foram organizados em categorias de respostas que foram armazenadas em uma planilha eletrônica. A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial aplicando-se os testes não-paramétricos de independência do Qui-quadrado, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com comparações múltiplas, considerando-se o nível de significância de 5%, bem como da análise de regressão logística simples e múltipla considerando-se nesta análise o nível de significância de 10% em função da significância dos modelos. Para as análises foram utilizados os aplicativos computacionais STATISTICA 9.0 e PASW 17.0.

3 Artigo 1 – Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao Desenvolvimento Infantil¹

Resumo

Objetivo: Investigar a associação de fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais com a presença de risco ao desenvolvimento infantil nas faixas de idade de zero aos 18 meses de crianças. Método: A amostra inicial foi constituída de 182 díades mãe-bebê e final de 58 díades. A coleta de dados ocorreu por meio da análise da interação mãe-bebê feita com base no Protocolo de Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil e de uma entrevista que investigou aspectos socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais na primeira etapa da pesquisa. Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para os aplicativos computacionais STATISTICA 9.0. e PASW 17.0. Realizou-se a análise de regressão logística múltipla, com nível de significância de 10%. Resultados: Os fatores de risco significativos para as quatro fases do protocolo foram, na faixa de zero a quatro meses o estado civil da mãe (OR = 3,113) e o número de filhos (OR = 2,121); na faixa de quatro a oito meses o número de consultas pré-natal (OR = 4,940) e a renda *per capita* (OR = 7,070); na faixa de oito a doze meses o planejamento da gestação (OR = 3,417); e na faixa de doze a dezoito meses o histórico de depressão materna (OR = 10,304), a idade da mãe (OR = 10,320) e a profissão da mãe (OR = 4,454) (OR=Razão de risco). Conclusão: A pesquisa demonstrou que as condições socioeconômicas, obstétricas, psicossociais e demográficas podem oferecer risco ao desenvolvimento infantil.

Descritores: Fatores Socioeconômicos; Fatores de risco; Linguagem; Desenvolvimento infantil.

Abstract

Objective: To investigate obstetric, demographic, socioeconomic and psychosocial risk factors of mother-child dyads for the occurrence of changes in the Risk Indicators for Child Development (IRDI) in children age groups from zero to 18 months. Method: The sample consisted of 182 mother-infant dyads. Data collection occurred through the analysis of mother-infant interaction based on the Risk Indicators for Child Development (IRDI) Protocol and on an interview which investigated socio-economic, demographic, obstetric and psychosocial aspects in the first stage of the procedures. Data were organized into an electronic spreadsheet and then converted to computer software STATISTICA 9.0. and PASW 17.0. A multiple logistic regression analysis was conducted, with significance level of 10%. Results: The significant risk factors for the four phases of IRDI were, in the range of zero to four months, the mother's marital status (OR = 3.113) and number of children (OR = 2.121); in the range of four to eight months, the number of prenatal visits (OR = 4.940) and *per capita* income (OR = 7.070); in the range of eight to twelve months, pregnancy planning (OR = 3.417); and in the range of twelve to eighteen months, maternal depression history (OR = 10.304), the mother's age (OR = 10.320) and profession (OR = 4.454) (OR = relative risk). Conclusion: The study demonstrated that the environment and the situations in which the mother-infant dyad is part of, may hinder or facilitate the development of the infant.

Keywords: Socioeconomic Factors, Risk Factors, Language, Child Development.

¹ Artigo elaborado para publicação na Revista Saúde e Sociedade

Introdução

As pesquisas objetivando investigar características que podem exercer influência sobre o desenvolvimento infantil vêm ganhando relevância e força tanto na realidade brasileira quanto internacional (KUPFER e VOLONTONI, 2005; LAZNIK, 2004; ALVARENGA e PICCININI, 2007; KELLER, 2007; SEIDL DE MOURA *et al.*, 2004; LORDELO *et al.*, 2006).

Neste contexto surgem aspectos que podem vir a contribuir no conhecimento dos fatores envolvidos no desenvolvimento infantil, em especial, a respeito do impacto das crenças e práticas maternas, das atitudes e envolvimento parentais e as questões que envolvem os relacionamentos familiares (BOSSARDI e VIEIRA, 2010).

Pensando nas relações estabelecidas nos primeiros anos de vida do bebê, Brum e Schermann (2004) afirmam e reconhecem, a partir de uma perspectiva psicanalítica, a grande importância do desenvolvimento de um vínculo com a mãe ou mãe substituta (cuidador primário) nos primeiros meses de vida de uma criança, visto que é nesse período que as bases da saúde mental se estabelecem e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas estabelecidas entre o bebê e sua mãe (ou substituto).

Portanto, acredita-se que o comportamento parental relativo ao cuidado dos infantes surge como crucial para o desenvolvimento dos mesmos. O tom de resposta positiva dado pela mãe à demanda do filho demonstra o caráter afetivo estabelecido na relação da díade, fundamental quanto aos aspectos subjetivos e constitutivos do sujeito nos primeiros meses de vida da criança (LORDELO, FONSECA e ARAÚJO, 2000).

Toda via, para que essa relação ocorra de forma saudável, com o passar do tempo, há a necessidade da separação por parte da mãe do corpo da criança. Uma não separação pode demonstrar o prazer da mãe em manter a criança como um objeto que a satisfaz, havendo falha na instalação da função paterna e, em decorrência disto, há o risco de a criança se estruturar no campo da psicose, por exemplo. Essa falha decorre da não sustentação, pela mãe, de um rompimento simbólico no funcionamento da criança (PESARO, 2010).

Contudo, tais aspectos citados, representam apenas uma parcela da gama de fatores que interagem com as questões socioeconômicas, demográficas, obstétricas

e psicossociais, exercendo grande influência sobre as condições vitais da mãe e, sobretudo, do infante em desenvolvimento (SABROZA *et al.*, 2004).

Desta forma, tem-se que o desenvolvimento humano envolve fatores biológicos e ambientais que interagem de forma dinâmica e complexa ao longo da vida (SILVA *et al.*, 2009).

Em publicação da UNESCO (2002), esta afirma que é reconhecido pela grande maioria dos países que os serviços destinados à primeira infância possibilitam identificar crianças com necessidades especiais ou em situação de risco, viabilizando, neste caso, o pensar de propostas de intervenção que impeçam a instalação ou que revertam processos patológicos em seus primórdios.

Nesse sentido, Kupfer (2008) afirma que a criação de instrumentos com indicadores capazes de detectar, ainda na primeira infância, transtornos mentais, não somente precisa ser levada adiante, como constitui um ponto de grande responsabilidade para aqueles que trabalham na puericultura. Sendo assim, tal autora realizou uma pesquisa, a qual foi financiada pelo Ministério da Saúde, através da qual pôde verificar índices de risco ao desenvolvimento capazes de prever riscos psíquicos ao desenvolvimento infantil.

O protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) busca avaliar crianças de 0 a 18 meses, para analisar o curso do desenvolvimento e da estruturação psíquica do sujeito. Construiu-se, então, um conjunto de índices, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo (KUPFER, 2008). Uma questão que se coloca é que na lógica psicanalítica aquilo que produz um efeito num bebê pode não produzir em outro, ou seja, na psicanálise não se trabalha com a lógica de causa-efeito. Logo, os IRDIs não possuem um caráter de previsão, mas sim de tendência (KUPFER e VOLTOLINI, 2005).

Acredita-se que os IRDIs possam ser usados como importante recurso em saúde pública, que nessa área poderia ser assumida, sobretudo pelo profissional de puericultura (pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, etc.), como indicativa da necessidade (ou não) de uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico (KUPFER, 2008; LERNER e KUPFER, 2008). Tais estudos têm demonstrado que o protocolo IRDI têm potencial não só de detectar risco psíquico mas risco ao desenvolvimento como um todo, inclusive para a linguagem, contexto especialmente importante para esta pesquisa.

É neste contexto que se insere a presente pesquisa, cujo objetivo geral é investigar e identificar os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais das díades mãe-bebê para a ocorrência de alterações nos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) nas quatro faixas de idade de zero aos 18 meses (0 - 4; 4 - 8; 8 - 12; 12 - 18).

Método

Para a execução da pesquisa, foram utilizadas as normas éticas obrigatórias para pesquisas em seres humanos - (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o estudo foi realizado, no protocolo de número 0284.0.243.000-09. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram o mesmo.

A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, contatados na triagem auditiva neonatal de um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul de março a junho de 2010. Foram excluídos da pesquisa os bebês nascidos com malformações ou síndromes e que não passaram no teste auditivo. Também, por meio de entrevistas realizadas pelas psicólogas da pesquisa, foram excluídos da amostra os bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica comprometida tais como psicose e esquizofrenia. Portanto, foram incluídos bebês, nascidos a termo, pré-termo ou pós-termo, sem diagnóstico de alteração biológica.

A coleta de dados estruturou-se através de uma entrevista inicial com o objetivo de investigar aspectos obstétricos, socioeconômicos, demográficos e psicossociais realizadas por uma equipe de psicólogas e fonoaudiólogas.

A entrevista, baseada no protocolo de Schwengber e Piccinini, (2004) versava sobre diversos aspectos tais como renda familiar, profissão dos pais do bebê, apoio familiar, tipo de aleitamento, conforme descrito no Apêndice A.

A observação do protocolo dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) efetivou-se, no primeiro momento, durante a entrevista inicial. Além de tal observação, foi realizada uma filmagem de 10 minutos no intuito de outro observador experiente em desenvolvimento infantil julgar os IRDIs. Em caso de

desacordo entre o avaliador presencial e o revisor do vídeo, houve reteste em até uma semana após a primeira coleta.

Tal procedimento de coleta foi realizado para as quatro fases (faixas de idade dos bebês) previstas para o protocolo IRDI durante os 18 meses iniciais da vida dos bebês investigados. Cabe salientar que foram sempre as mesmas díades avaliadas durante todo processo da pesquisa. Contudo, devido à dificuldade de ocorrer o retorno dos bebês para a sequência das avaliações, visto que, alguns mudaram de endereço, telefone, não havendo mais possibilidade de contato, perdeu-se o número inicial da amostra nas fases seguintes de coletas dos IRDIs. Deste modo, a primeira (0 - 4 meses) etapa do processo de avaliação dos IRDIs contou com a amostra de 182 díades, na segunda fase (4 - 8 meses) participaram da coleta 117 díades; na terceira etapa (8 - 12 meses) foram 89 díades avaliadas e na quarta e última fase (12 - 18 meses) contou-se com 58 díades avaliadas.

A partir de tais dados, do banco geral da pesquisa, foram identificados os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais, tais como, idade gestacional, número de filhos, estado civil, histórico de aborto, número de gestações e de partos, renda familiar, profissão materna e paterna, suporte social, escolaridade da mãe e do pai, idade da mãe e do pai, número de consultas pré-natal, tipo de parto, intercorrências na gestação, parto e pós-parto, prematuridade, baixo peso, tipo de aleitamento, histórico de depressão, para os IRDIs nas díades mãe-filho coletados na entrevista inicial.

Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para os aplicativos computacionais STATISTICA 9.0. e PASW 17.0. Para a obtenção dos quatro modelos de regressão logística múltipla para cada uma das quatro fases dos IRDIs, que identificam os fatores de risco para os IRDIs, foi realizado, inicialmente, o teste não-paramétrico de associação do Qui-quadrado no qual as variáveis que obtiveram o valor de $p \leq 0,25$ entraram na testagem do modelo múltiplo da análise de regressão logística. No modelo múltiplo as variáveis que não alcançaram o p valor menor ou igual a 0,10 foram sendo retiradas do modelo e o programa era novamente processado. As variáveis que permaneceram no modelo final foram as estatisticamente significativas com nível de significância de 10%, para identificar os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais das díades mãe-filho para a ocorrência de alterações nos IRDIs nessas quatro faixas de idade.

Resultados e discussão

Objetivando facilitar a visualização dos resultados da análise estatística optou-se por apresentá-los na tabela 1 onde são mostradas as freqüências, os percentuais, as razões de riscos (OR) com os respectivos intervalos de confiança para as faixas das variáveis (fatores de risco) que foram significativas no modelo de regressão logística múltiplo.

Tabela 1 – Variáveis demográficas, obstétricas, socioeconômicas e psicossociais em relação aos IRDIs avaliados nas 4 fases dos IRDIs

Variáveis	IRDIs		OR Ajustado	IC 90%	p – valor
	Ausente (%)	Presente (%)			
0 - 4 meses					
Estado civil da mãe					
Casada	134 (85,4)	23 (14,6)	1		
Solteira / separada	17 (68,0)	8 (32,0)	3,113	(1,371 – 7,070)	0,023*
Nº de Filhos					
< 2	77 (87,5)	11 (12,5)	1		
≥ 2	74(78,7)	20 (21,3)	2,121	(1,060 – 4,246)	0,075*
Total	151 (83,0)	31 (17,0)			
4 - 8 meses					
Nº consultas pré-natal					
6 ou mais	100 (96,1)	4 (3,9)	1		
Menos de 5	10 (76,9)	3 (23,1)	4,940	(1,144 – 21,340)	0,073*
Renda per capita					
≥ 201	67 (98,5)	1 (1,5)	1		
< 200	39 (86,7)	6 (13,3)	7,070	(1,089 – 45,895)	0,085*
Total	110 (94,0)	7 (6,0)			
8 - 12 meses					
Planejamento da gestação					
Não	41 (77,4)	12 (22,6)	1		
Sim	18 (50,0)	18 (50,0)	3,417	(1,583 – 7,347)	0,009*
Total	59 (66,3)	30 (33,7)			
12 - 18 meses					
Histórico depressão da mãe					
Não	38 (80,8)	9 (19,2)	1		
Sim	6 (54,5)	5 (45,5)	10,304	(2,143 - 49,548)	0,015*
Idade da mãe (anos)					
<20 e ≥35	21 (87,5)	3 (12,5)	1		
20 a 34	23 (67,6)	11 (32,4)	10,320	(2,082 – 51,153)	0,016*
Profissão da mãe					
Outro	25 (83,3)	5 (16,7)	1		
Dona de casa	19 (67,9)	9 (32,1)	4,454	(1,295 – 15,315)	0,047*
Total	44 (75,9)	14 (24,1)			

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; Ausente = crianças sem IRDI alterado; Presente = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; OR = Razão de riscos; IC = intervalo de confiança; *Significativo pela análise de regressão logística múltipla, com nível de significância de 10%. Dados faltantes: renda familiar (5).

O modelo de regressão identificou como fatores de risco para os IRDIs na faixa etária que compreende de zero a quatro meses (Tabela 1) as variáveis demográficas estado civil e o número de filhos.

Foi considerado fator de risco a mãe não ter um companheiro, definido como estado civil solteira/separada. O fator descrito sugere que os filhos de mães solteiras ou separadas possuem duas vezes mais chance de apresentar risco ao desenvolvimento em relação aos filhos de mães que vivem com seu cônjuge.

Estudos como o realizado por Lima *et al.* (2008) demonstram que o estado civil é um dado, muitas vezes, significativo, pois o tipo de relacionamento é um dos fatores que motiva a mulher a engravidar e a mãe a se dedicar ao filho. Viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente, pode influenciar o modo como a concepção da criança é percebida e aceita pela mãe e sua família (CALVASINA *et al.*, 2007). Portanto, este estudo concorda com os demais acerca da importância do suporte paterno para que a mãe possa exercer sua função e estabelecer o vínculo com seu bebê.

O número de filhos apresentou-se como fator de proteção o fato de a mãe ter apenas um filho. Diante disso, os resultados da pesquisa indicam que o bebê que possui irmãos apresenta uma vez mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em contraste com as mães primigestas.

Pesquisa realizada a respeito da participação familiar num programa de triagem auditiva neonatal sinalizou que quanto maior o número de filhos, menor é a frequência de retorno das mães para o teste auditivo, apresentando a probabilidade 1,5 vezes maior de não retornar ao serviço em relação às mães de um filho só (FERNANDES e NOZAWA, 2010).

Considerando o presente resultado, acredita-se que mães primigestas entregam-se com maior cuidado e dedicação à realização da função materna, sustentando a demanda e o vínculo suficiente para uma adequada interação da díade nos primeiros meses de vida de seu bebê em relação ao segundo grupo de mães.

Na fase de quatro a oito meses o modelo de regressão logística mostrou como fatores de risco significativos para o IRDIs o número de consultas pré-natal e a renda *per capita* da família. Quanto ao número de consultas, o bebê cuja a mãe realizou cinco ou menos consultas pré-natal apresenta quatro vezes mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em relação aos bebês de mães que realizaram seis

ou mais consultas pré-natal. Tal associação é ressaltada em outros estudos, os quais afirmam que o número de consultas pré-natal tem relação ao risco de atraso para o desenvolvimento do infante (VELEDA, SOARES e CÉSAR-VAZ, 2011).

Destaca-se que a educação em saúde durante a gestação é um meio de oferecer às mães e seus familiares conhecimentos que podem prepará-la para o exercício de sua nova função, além de esclarecerem as dúvidas, contribuindo com sua autonomia no cuidado com seu bebê (DUARTE, BORGES e ARRUDA, 2011).

Tendo em vista que o pré-natal deve ser aproveitado como um momento de orientação das mães sobre o processo de desenvolvimento, principalmente sobre a importância da estimulação ambiental no primeiro ano de vida (VELEDA, SOARES e CÉSAR-VAZ, 2011), cabe ressaltar que o resultado encontrado evidencia que os efeitos da educação em saúde feita durante a gestação podem ser sentidos mais tardiamente. Tais resultados evidenciam, o que já foi ressaltado por outros autores (VELEDA, SOARES e CÉSAR-VAZ, 2011) acerca da importância de projetos e políticas de acompanhamento da saúde materno-infantil, dada sua relevância à saúde da criança.

Quanto à variável socioeconômica renda *per capita*, essa mostrou ser fator de proteção nas famílias que possuíam uma renda maior que R\$ 201,00 por dependente. Neste sentido, outro estudo comprova que o aumento da renda *per capita* diminui o percentual de atraso no desenvolvimento em uma tendência linear, estatisticamente significativa (SANTOS *et al.*, 2009).

O resultado da presente pesquisa sugere que nas famílias em que a renda *per capita* era menor de R\$ 200,00 a chance é seis vezes maior de a criança apresentar risco ao desenvolvimento infantil em relação ao outro grupo. Corroborando com tal resultado, o estudo de Santos *et al.* (2009) demonstra que crianças, cujas famílias têm renda de até setecentos reais mostram-se 2,81 vezes mais expostas a apresentar suspeitas de atraso no desenvolvimento. Sobre este aspecto, Amorim *et al.* (2009) afirmam que a situação socioeconômica dos pais influencia de forma direta ou indiretamente, e é fator determinante para o desenvolvimento infantil.

A etapa de quatro a oito meses dos IRDIs avalia questões mais específicas da criança em relação a sua expressão e reação diante do outro. Deste modo, crianças pertencentes a famílias com maior renda podem ter a sua disposição, em geral, mais subsídios eficazes para a estimulação de habilidades e desenvolvimento.

O modelo obtido para os IRDIs que compreendem o período de oito a doze meses relacionaram-se à variável obstétrica planejamento da gestação, onde os dados apontaram como fator de proteção esta não ser planejada. Tal resultado surpreende tendo em vista diversos estudos que demonstram que o planejamento é um fator de proteção (MENDES e GALDEANO, 2006; SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

Deve-se salientar o fato de esta associação se dar na fase de oito a doze meses de idade da criança, período no qual a díade já deve ceder os primeiros passos para o descolamento da simbiose mãe-bebê. Como na amostra investigada a maior parte do grupo não planeja o bebê, é possível que os casos em que houve planejamento coincidiram com situações de maior barreira em desfazer a simbiose, fazendo lembrar o que Spitz (2000) afirma acerca da perfeição de uma relação entre dois seres tão intimamente ligados como a mãe e o filho, ou seja, a persistência em uma lógica dual, que dificulta o processo de socialização e inserção na cultura e na linguagem.

Para os IRDIs de doze a dezoito meses o modelo mostrou haver associação significativa com os fatores de risco histórico de depressão materna, idade da mãe e profissão da mãe.

A variável psicossocial histórico de depressão materna apontou como fator de proteção a mãe não apresentar tal histórico. Portanto, o que parece estar na base da associação entre presença de risco entre doze e dezoito meses e as condições de idade e condição ocupacional materna é a condição psíquica da mãe, em especial seu estado de humor.

Vários estudos salientam os efeitos deletérios da depressão materna para a criança e adolescente em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a interação e o vínculo da díade mãe-bebê (SCHWENGBER e PICCININI, 2004), o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância (MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005) e o desenvolvimento socioemocional na adolescência (MURRAY *et al.*, 2006).

A presente pesquisa aponta que mães com histórico de depressão apresentam nove vezes mais chance de ter uma criança, na etapa de doze a dezoito meses dos IRDIs, com risco ao desenvolvimento infantil em relação a mães que não estiveram sujeitas à depressão em nenhum momento da vida.

Deste modo, pesquisas mencionam que além do enfoque dirigido ao desenvolvimento de crianças cujas mães apresentaram episódios depressivos no puerpério, existe a necessidade de se acompanhar longitudinalmente a trajetória psicológica das próprias mães e suas vivências emocionais em face do desenvolvimento de seus filhos e das experiências de novas gestações (ROBERTSON *et al.*, 2005).

Portanto, a depressão materna pode vir a dificultar o processo de separação mãe-filho que entre os doze e dezoito meses deve acontecer, sendo que a mãe precisa aceitar não ter mais o domínio completo sobre seu filho, propiciando à criança um momento de experimentar e aprovar outras trocas e começar a deslocar e a diversificar as suas experiências de prazer.

A variável demográfica idade da mãe mostrou que as mães com menos de vinte anos e com mais de trinta e cinco representam faixa de proteção (Tabela 1).

Diferenciando-se dos achados da presente pesquisa, um estudo sobre a avaliação de indicadores de desenvolvimento de crianças de 12 meses nascidas pré-termo, a idade da mãe na gravidez correlacionou-se com itens da escala referentes à resolução de problemas e de linguagem da criança. Nesse sentido os autores afirmam que quanto mais jovens as mães na gravidez, maior a proporção de crianças que não receberam créditos nos itens relativos a essas áreas (FRAGA *et al.*, 2008).

Liaw e Brooks-Gunn (1993) também encontraram associação entre a menor idade da mãe e prejuízos no desenvolvimento cognitivo da criança. Para Fraga *et al.* (2008), tal associação pode estar relacionada tanto ao risco biológico da gravidez precoce para o desenvolvimento do bebê quanto à interação da mãe mais jovem com seu filho.

Nos achados do atual estudo, as mães com idade na faixa de 20 a 34 anos apresentam nove vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil na fase de doze a dezoito meses dos IRDIs, em relação às mães adolescentes (< 20 anos) ou com mais idade (> 34 anos).

Na faixa de doze a dezoito meses dos IRDIs os comportamentos maternos são analisados em função de que é a ausência materna que oferece a condição da inserção da criança no campo simbólico, pois faz surgir a necessidade de lidar com a ausência do objeto, no caso, a mãe. É preciso que o desejo da mãe seja interdito, seja barrado, 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 a incidência da função paterna que barra o desejo materno, produz um corte nesse desejo e possibilita a existência de pelo menos dois lugares, em vez de um, para a criança (FARIA, 2003).

Nesse sentido, os IRDIs da última fase (12 - 18 meses) se relacionam ao estabelecimento da demanda da criança que implica na ausência materna e no reconhecimento de um sujeito em separado da mãe, indicando que há um descompasso entre os desejos da mãe e da criança, o que possibilita as produções de um sujeito pela criança na cultura a qual está inserida. Possivelmente a motivação de mães com menos de 20 anos e com mais de 34 anos permitirem mais o exercício da função paterna são distintas, se considerada a experiência. Se existe alguma motivação comum hipotetiza-se que a mesma se relacione à possibilidade do exercício da função materna. O mesmo pode ser pensado para a menor proteção para os bebês de mães entre 20 e 34 anos. A explicitação de tais fatores merece investigações futuras.

A variável socioeconômica profissão da mãe, a partir da qual se percebe que a mãe ter uma tarefa ocupacional prediz fator de proteção, correlacionou-se significativamente a quarta fase dos IRDIs. O estudo de Andrade *et al.* (2005) demonstra que o trabalho materno é positivo, não só como gerador de renda e facilitador do acesso de recursos, mas também como uma satisfação ocupacional, proporcionando à mãe maior auto-estima e motivando experiências com seu filho. O trabalho de Crestani (no prelo) também demonstra que tal variável tem influência na oferta do tipo de aleitamento. Mães que trabalham são menos passíveis de aleitamento misto do que as mães do lar, apesar da disponibilidade física, não conseguiram ofertar apenas um tipo de aleitamento, demonstrando que o aleitamento é uma questão de desejo e possibilidade materna de cuidar do filho.

No presente estudo os resultados sugerem que mães donas de casa apresentam três vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil na última fase dos IRDIs em contraste com as mães que realizam alguma atividade ocupacional.

Conclusão

Considerando a proposta de análise inicial em relação à associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, a presente pesquisa comprovou essa relação em algum destes aspectos em todas as fases de coleta dos IRDIs.

O estudo evidenciou, ainda, que a cada fase dos IRDIs, os eixos teóricos que balizam o instrumento se relacionam com o ambiente e as situações a qual o bebê está inserido, e que tal situação pode facilitar ou não o desenvolvimento infantil. Por isso, torna-se importante inserir este instrumento em programas de saúde materno-infantil, por meio de formação continuada de profissionais da saúde em temáticas do desenvolvimento infantil e fatores risco ao mesmo.

Referências

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social das crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.20, n. 2, p. 314-23, 2007.

AMORIM, R.C.A.; LAURENTINO, G.E.C.; BARROS, C.M.F.T.; FERREIRA, A.L.P.R.; MOURA, A.G.; FILHO e RAPOSO, M.C.F. Programa de saúde família: proposta para identificadores de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Rev Bras Fisioter**. v.13, n. 6, p. 506-13, 2009.

ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N.; BASTOS, A.C.; PEDROMÔNICO, M.R.M.; ALMEIDA, N.; FILHO e BARRETO, M.B. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**. v.39, n.4, p.606-11, 2005.

BOSSARDI, C.N.; VIEIRA, M.L. Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis. v.44, n.1, p.205-221. Abril, 2010.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.9, n.2, p. 457-467, 2004.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO HAC. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no nordeste brasileiro. **Cad Saude Publica**. v. 23, n. 2, p.371-80. Fev., 2007.

CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.R.; BELTRAMI, L.; MORAES, A.B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jorn. Socie. Brasil. Fonoaudiologia**, no prelo.

DUARTE, S.J.H.; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Rev Enferm. Cent. O. Min.** v.1, n.2, p.277-282. Abr/Jun, 2011.

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

FERNANDES, J.C.; NOZAWA, M.R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Ciênc Saúde Colet.** v.15, n.2, p. 353-361, 2010.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicol. Estud.** v.13, n.2, p.335-344, 2008.

KELLER, H. **Cultures of infancy**. Hillsdale, nj; Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

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

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

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

LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com crianças: Clínica e Pesquisa**. FAPESP/escuta: São Paulo, 2008.

LIAW, F.R.; BROOKS-GUNN, J. Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. **Developmental Psychology**, v.29, n.6, p. 1024-1035, 1993.

LIMA, M.L.L.T.; ASSIS, A.B.R.; MERCÊS, G.B.; BARROS, P.F.; GRIZ, S.M.S. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. **Rev CEFAC**. v.10, n.2, p. 254-260, 2008.

LORDELO, E.R.; FRANÇA, C.B.; LOPES, L.M.S.; DACAL, M.P.O.; CARVALHO, C.S.; GUIRRA, R.C. & CHALUB, A.A. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.257-64, 2006.

LORDELO, E.R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol Reflex Crit**. v.13, n.1. p.73-80, 2000.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 363-371. Set./Dez., 2006.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de psiquiatria do rio grande do sul**. v.27, n.2, p.165-176, 2005.

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.L.; ADAMS, G.; PATTERSON, P.; GOODYER, I.M. Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. **Development-and-psycho pathology**, v.18, n.2, p.489-516, 2006.

PESARO, M.E. **Alcance e Limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2010. 186 f. Tese (doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROBERTSON, E.; JONES, I.; HAQUE, S.; HOLDER, R.; CRADDOCK, N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. **British Journal of Psychiatry**. v.186, n.3, p.258-259, 2005.

SABROZA, A.R.; LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; COSTA, J.V. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saud Public**. v.20, n.1, p.112-20, 2004.

SANTOS, D.C.C.; TOLOCKA, R.E.; CARVALHO, J.; HENRINGER, L.R.C.; ALMEIDA, C.M.; MIQUELOTE, A.F. Desempenho motor grosso e suas associações com fatores neonatais, familiares e exposição a creche em crianças de até três anos. **Rev Bras Fisioter**. v.13, n.2, p.173-9, 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.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud Psicol**. Natal, v.8, n.3, p. 403-411, nov., 2003.

SEIDL DE MOURA, M.L.; RIBAS JR., R.C.; PICCININI, C.A.; BASTOS, A.C.; MAGALHÃES, C.M.C.; VIEIRA, M.L.; SALOMÃO, N.M.R.; SILVA, A.M.P.M. & SILVA, A.K. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.421-29, 2004.

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

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

UNESCO. **Educação e cuidado na primeira infância**: grandes desafios. Tradução de TEIXEIRA, G.J.F. Brasília: UNESCO Brasil, OECD, Ministério da Saúde; p.60, 2002.

VELEDA, A.A.; SOARES, M.C.F.; CÉSAR-VAZ, M.R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). v. 32, n.1, p. 79-85. Mar., 2011.

4 Artigo 2 – Análise da associação entre Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil e Produção Inicial de Fala entre 13 e 16 meses²

Resumo

Objetivo: Investigar a associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala de crianças na faixa de 13 a 16 meses de idade.

Método: A amostra foi constituída de 52 díades mães-bebês. A coleta de dados se deu pela observação dos índices de risco ao desenvolvimento infantil nas quatro etapas previstas pelo protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil e avaliação da linguagem das crianças entre 13 e 16 meses por meio de lembranças espontâneas das mães e da observação do comportamento infantil. Os dados foram organizados em categorias e lançados para a análise estatística no aplicativo computacional STATISTICA 9.0. **Resultados:** A aquisição da linguagem inicial, medida pelo número de palavras faladas pelo bebê, difere de modo significativo na presença de riscos ao desenvolvimento na primeira fase (0 - 4 meses) e considerando bebês que apresentaram risco em alguma das quatro fases (0 - 18 meses), visto que bebês com risco apresentam o uso de co-referência verbal estatisticamente inferior em relação aos sem risco. **Conclusão:** Pela análise dos resultados a pesquisa demonstrou associação estatística entre risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala.

Descritores: Cuidado do lactente; Fonoaudiologia; Fatores de risco; Linguagem; Desenvolvimento infantil.

Abstract

Objective: To investigate the association between the presence of child development risk and children early speech production between 13 to 16 months of age. **Method:** The sample consisted of 52 mother-child dyades. Data collection was based on the observation of risk indicators for child development in the four stages previewed by the Risk Indicators for Child Development Protocol, and on the evaluation of children's language between 13 and 16 months through spontaneous memories of the mothers and the observation of child behavior. Data were organized in categories and analyzed through the STATISTICA 9.0 software. **Results:** The initial language acquisition is significantly correlated with the presence of child development risks, since infants with risk present the use of verbal co-reference statistically lower than non-risk children. **Conclusion:** Through data analysis, the research demonstrated statistical association between child development risk and language acquisition.

Keywords: Infant care; Speech-language pathology; Risk factors; Language; Child development.

² Artigo elaborado para publicação no Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Introdução

Desde o nascimento os bebês já apresentam sinais comunicativos na interação com sua mãe, denominados protoconversaç o inicial entre mãe e bebê (LAZNIK e PARLATO-OLIVEIRA, 2010). Tal protoconversaç o constitui as origens do diálogo nas quais podem-se caracterizar os interlocutores (mãe e bebê), os turnos de fala da mãe e “fala” do bebê, sendo estes preenchidos de modos variados tais como vocalizações, olhar, balbucio, diálogo t nico-postural, entre outros. Há estudos que demonstram que o bebê autista não consegue participar ativamente de tal protoconversaç o (MAHDHAOUI *et al.*, 2011).

Em uma perspectiva enunciativa de aquisição e desenvolvimento da linguagem esta protoconversaç o   importante como elemento gerador de mecanismos conjuntivos e disjuntivos no diálogo mãe-filho que são essenciais ao processo de apropriação linguística, por meio do qual a criança organizar  o sistema linguístico no uso com o interlocutor (SILVA, 2009). Nessa visão, a fala da criança está implicada na conjunção eu-tu. Nessa conjunção,   dado   criança um lugar enunciativo diretamente relacionado   suposição de sujeito, aspecto amplamente previsto no campo psicanalítico, sobretudo no protocolo de índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER e VOLTOLINI, 2005). A grande evidência de que isso transcorreu de modo suficientemente bom no primeiro ano de vida   a emergência do mecanismo enunciativo de co-referência em que a principal macro-operação feita pela criança   a passagem de uma co-referência mostrada   falada (SILVA, 2009).

Contudo, se o outro, representante da cultura, em geral a mãe enquanto função materna, não consegue supor um sujeito na criança, ou se a criança não apresenta as condições biológicas para tal participação, isso poderá ocasionar a inexistência de protoconversaç o inicial, conforme autores (FLORES, BELTRAMI E SOUZA, no prelo) observaram em relação a um beb  com risco ao desenvolvimento. Como resultado tal bebê, aos 15 meses, ainda não tinha efetivado a passagem da referência mostrada   verbalizada.

Partindo desse princípio, Passos (2003) apontou para a importância de se conceber o adulto e a criança como parceiros no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem. A autora discutiu em seu estudo as implicações das

relações familiares na formação de sintoma na linguagem da criança. Esse estudo demonstra que as relações iniciais possuem papel importante no processo de aquisição da linguagem e podem contribuir na geração dos distúrbios de linguagem.

O protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil, idealizado por um grupo de psicanalistas (KUPFER *et al.*, 2010), e testado na pesquisa multicêntrica financiada pelo Ministério da Saúde (KUPFER, 2008), demonstrou potencial importante para captar riscos ao desenvolvimento, sobretudo risco para a linguagem. Alguns de seus índices foram preditivos de risco psíquico.

Em relação a estes indicadores, os mesmos formam um conjunto de índices, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, ancorada na teoria psicanalítica, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo da criança. Nessa perspectiva o índice funciona como um signo que se relaciona com outros da rede discursiva (KUPFER, 2008).

Pelo viés da psicanálise e também da teoria enunciativa, a fase que compreende os IRDIs pertence ao momento em que a criança está em plena construção de seu psiquismo e de sua subjetividade (PINTO, 2004). Estudos apontam que neste período, onde ocorrem as primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que faça a função materna visualizáveis nas interações mãe-filho. Acredita-se que nesse momento, já é possível detectar indícios de que algo não vai bem e intervir se necessário (JERUSALINSKY, 2002).

Por isso, a equipe profissional que trabalha no cuidado de crianças desde seu nascimento deve estar atenta às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar observando os atos e as repercussões desses no desenvolvimento infantil (SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006).

Nesse contexto, insere-se a hipótese de que os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs) possam ser utilizados como importante recurso em saúde pública. Nessa área essa tendência poderia ser assumida, sobretudo pelo profissional de puericultura (pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, etc), como indicativa da necessidade (ou não) de uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico (KUPFER, 2008; KUPFER e VOLTOLINI, 2005) ou fonoaudiológico.

Entre os profissionais especialmente importantes nessa intervenção, está o fonoaudiólogo, pois todos os índices configuram-se em estreita relação com o

campo da linguagem. Assim, não só na atuação clínica com crianças já constituídas é possível ver a importância desse profissional, mas na atuação precoce junto à atenção à criança, em unidades de saúde e/ou programas de saúde da família. O pensar em estratégias de detecção precoce como os IRDIs justifica-se pelo fato de buscar as raízes do mau funcionamento da díade mãe-bebê, tendo em vista que diversos estudos apontam que a ausência do vínculo adequado pode contribuir para o surgimento de dificuldades na aquisição de habilidades futuras, uma vez que nos primeiros meses e anos de vida, o desenvolvimento e crescimento infantil estão mais vulneráveis aos efeitos ambientais (AMORIN *et al.*, 2009).

Em estudos anteriores, o grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho demonstrou a capacidade de avaliar os efeitos da depressão materna (CARLESSO e SOUZA, 2011) e da ansiedade materna (BELTRAMI, 2011) no desenvolvimento infantil, além dos efeitos de fatores sócio-demográficos e obstétricos no processo de aleitamento (CRESTANI *et al.*, no prelo).

Analisando tais pressupostos, o presente estudo propõe verificar a associação entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e a aquisição inicial da linguagem das crianças na faixa de 13 a 16 meses de idade, tomando a extensão vocabular como índice de tal evolução. Especificamente será avaliado, estatisticamente, o valor preditivo dos IRDIs, considerando cada fase evolutiva do protocolo e o desfecho em termos de produção inicial de fala das crianças investigadas.

Método

Para a execução da pesquisa, foram utilizadas as normas éticas obrigatórias para pesquisas em seres humanos - (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o estudo foi realizado, no protocolo número 0284.0.243.000-09 (Anexo A). Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), assinaram o mesmo.

A amostra foi constituída de 52 mães e seus bebês, sendo incluídos bebês a termo, pré-termo ou pós-termo, que passaram pela triagem auditiva neonatal de um Hospital Universitário de março a junho de 2010 e tiveram resultado positivo. Foram excluídas da pesquisa crianças nascidas com malformações ou síndromes e também bebês cujas mães, avaliadas por psicólogas na primeira etapa da pesquisa, apresentaram estrutura psíquica comprometida tais como psicose e esquizofrenia.

As díades foram acompanhadas a partir do nascimento dos bebês até seus 18 meses, tempo este, que corresponde ao tempo de coleta dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Iniciou com 182 bebês para as análises mais gerais, mas apenas 52 fizeram parte da amostra deste estudo tendo em vista os requisitos de coleta das quatro fases do protocolo em conjunto com a análise de linguagem na etapa de 13 a 16 meses, que busca captar o início da co-referência.

A coleta dos IRDIs foi realizada nas quatro fases, seguindo a metodologia utilizada pela pesquisa IRDIs (KUPFER, 2008), constituindo-se em observar os IRDIs na fase correspondente à idade do bebê e realizar uma filmagem, de aproximadamente dez minutos, para registrar a interação da díade e possibilitar uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Em caso de dúvidas os bebês foram retestados no intervalo de no máximo uma semana.

Na etapa em que os bebês encontravam-se com idade entre 13 e 16 meses foi implementada a observação da produção de co-referência verbal recorrendo à lembrança espontânea das mães, tendo em vista que os bebês estavam iniciando a fala. Autores (BASTOS, RAMOS e MARQUES, 2004) afirmam que a coleta do vocabulário verbal inicial por *check list* é fidedigna até 1 ano e 10 meses, visto que as mães sabem acerca da fala de seus filhos antes da explosão do vocabulário.

Nesta pesquisa além dessa lembrança espontânea de palavras faladas pelo bebê, que objetivou obter um dado quantitativo do vocabulário infantil, buscou-se observar cenas de diálogo mãe-bebê ou outro familiar-bebê de modo a confirmar que tal número realmente evidenciava a capacidade de utilizar o mecanismo enunciativo de co-referir em sua forma verbal. Isso foi obtido por meio da observação durante a entrevista para o protocolo IRDI e também por meio de pequena filmagem da interação adulto-bebê.

Considerou-se para efeito de análise, a capacidade ou não da criança co-referir verbalmente, em uma amplitude quantitativa. Levando em conta que, quanto

mais palavras a criança pudesse produzir mais ela estaria utilizando a possibilidade de estabelecer a co-referência verbal, pois a lembrança das mães se faz a partir de contextos naturais de conversação nos quais a criança utiliza regularmente as mesmas palavras em situações de interlocução com a mesma.

Além da memória materna, tomou-se o cuidado de observar em sessão de coleta se a capacidade de estabelecer co-referência verbal, referida pelas mães, estava presente. Em geral, foi possível observar mais do que 70% dos itens lexicais referidos pelas mães durante a sessão de coleta, em observação da díade e/ou interlocução do examinador com a criança.

Tais dados foram organizados em categorias de respostas que foram armazenadas em uma planilha eletrônica. Para a análise estatística foi utilizado o aplicativo computacional STATISTICA 9.0. As categorias utilizadas foram:

- Número de palavras: onde a mãe indicou o que o filho estava falando no momento da coleta na sua perspectiva, relacionadas a uma evidente capacidade de co-referir verbalmente durante a observação do examinador. Foi considerado o número de palavras faladas pela criança;

- IRDIs: nenhum IRDI alterado, um ou mais IRDIs alterados. Estes ainda foram subdivididos na análise por faixa etária;

- Idade da criança: a idade, em meses, das crianças no momento da coleta.

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney com nível de significância de 5%.

Resultados

Considerando os possíveis efeitos linguísticos das idades das crianças, cabe pontuar, que houve o cuidado de se comparar as idades das crianças no momento em que foi avaliado o desempenho comunicativo de acordo com a classificação de ausência ou presença de risco destas em relação aos IRDIs de cada etapa (0 - 4; 4 - 8; 8 - 12; 12 - 18), com o propósito de verificar se a idade das crianças (13 a 16 meses) iria influenciar no desempenho comunicativo na presença e na ausência de risco ao desenvolvimento infantil, ou seja, os efeitos das distintas idades na

linguagem foram considerados, pois uma criança de 16 meses em geral fala mais do que uma criança com 13 meses.

Tabela 2 – Medidas das idades das crianças na avaliação do desempenho comunicativo em relação aos IRDIs

Faixa de IRDIs	Idade (meses)*		p – valor
	Sem risco	Com risco	
0 – 4	14,0 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,847
4 – 8	14,1 ± 1,2	13,7 ± 0,6	0,766
8 – 12	14,1 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,918
12 – 18	14,1 ± 1,4	14,1 ± 1,1	0,874
0 – 18	14,0 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,649

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; *Média ± desvio padrão (idade); Sem risco = crianças sem IRDI alterado; Com risco = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; Significância do teste U de Mann-Whitney

A análise estatística dos resultados da Tabela 1 apontou que a idade das crianças não difere significativamente entre as de risco e sem risco, em todas as faixas dos IRDIs testadas (p-valor > 0,05).

Na verificação dos bebês que apresentavam ou não algum IRDI alterado, em algum período de coleta (0 a 18 meses), o resultado também demonstrou que a idade das crianças não diferiu para esses dois grupos, com risco e sem risco.

Em relação à capacidade de co-referir verbalmente, ela estava presente em praticamente todas as crianças, mas, em diferentes magnitudes, sendo analisadas as respostas maternas espontâneas, e o que foi observado pelo pesquisador.

A partir de tais evidências, seguiu-se a análise da comparação do número de palavras que a criança produziu entre os dois grupos: sem risco (presença de todos os IRDIs) e com risco (ausência de pelo menos um IRDI) apresentado na Tabela 2.

Tabela 3 – Medidas da co-referência verbal pelo número de palavras na faixa de 13 a 16 meses em relação aos IRDIs avaliados nas 4 fases dos IRDIs

Faixa de Idade (meses)	IRDIs*		p – valor
	Sem risco	Com risco	
0 – 4	8,2 ± 4,0	4,9 ± 3,5	0,024**
4 – 8	7,7 ± 4,2	6,3 ± 1,6	0,763
8 – 12	8,2 ± 4,4	6,7 ± 3,2	0,240
12 – 18	8,0 ± 4,2	6,2 ± 3,4	0,339
0 – 18	9,5 ± 4,3	6,3 ± 3,3	0,009**

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; *Média ± desvio padrão (número de palavras); Sem risco = crianças sem IRDI alterado; Com risco = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; **Significativo pelo teste U de Mann-Whitney

Os resultados demonstram (Tabela 2) que a faixa de avaliação dos IRDIs de zero aos quatro meses, apresentou maior sensibilidade para predizer diferenças entre o número inicial de palavras, pois crianças com risco ao desenvolvimento nesta fase foram as com menor número de palavras entre 13 e 16 meses.

Também a análise geral de alteração dos IRDIs durante os 18 meses (0 a 18 meses) demonstrou que o protocolo como um todo conseguiu prever riscos ao desenvolvimento da linguagem, tendo em vista a significância observada quando analisada a faixa contínua de zero a 18 meses.

Para evidenciar as frequências de ausência de cada IRDI, bem como, o total em cada faixa etária, estas são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 4 – Frequência da ausência de IRDIs em cada faixa etária

Faixas dos IRDIs	Número do IRDI					Total de IRDIs na fase	
	1	2	3	4	5		
0-4 meses	1	2	3	4	5		
Frequência	4	3	0	1	2	10	
4-8 meses	6	7	8				
Frequência	1	0	3			4	
8-12 meses	9	10	11	12	13	14	
Frequência	1	3	2	11	0	5	22
12-18 meses	15	16	17	18			
Frequência	7	6	4	7			24

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil

A tabela 3 identifica como a faixa que apresenta maior frequência de IRDIs ausentes a faixa de 12 a 18 meses, seguida da faixa de 8 a 12 meses. Percebe-se, portanto, que a faixa dos IRDIs que se mostra menos sensível para captar índices de risco ao desenvolvimento infantil, nesta amostra, é a representante da fase de quatro a oito meses de idade da criança.

Discussão

Os resultados desta pesquisa demonstram que a aquisição da linguagem, em sua dimensão de produção de fala, correlaciona-se de modo significativo à presença de riscos ao desenvolvimento infantil.

Em relação à análise das quatro fases que constituem os IRDIs, pode-se perceber que a primeira fase que compreende de zero a quatro meses de idade, mostrou-se mais sensível para captar um atraso na aquisição da linguagem. Uma hipótese explicativa para tal resultado é o fato de os índices desta fase captarem de

modo importante o funcionamento da posição materna, pois o Outro materno toma as manifestações do bebê, esperando-se que tome como algo a ser lido e não como algo do campo de observação (PESARO, 2010).

Cabe destacar que o IRDI 1, na primeira fase (0 - 4 meses) foi o que apresentou maior ausência nos bebês de risco (Tabela 3), confirmando a importância que implica a relação inicial mãe-filho como facilitador da aquisição da linguagem, destacada por outros autores (CARLESSO e SOUZA, 2011; BELTRAMI, 2011; FLORES, BELTRAMI e SOUZA, no prelo; CRESTANI *et al.*, no prelo), pois neste índice a mãe deve saber o que o bebê quer quando chora ou grita. Tal indicador citado foi observado a partir da situação em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia interpretar esta demanda. Em termos enunciativos (SILVA, 2009) trata-se de a mãe poder interpretar a manifestação do bebê de modo sintonizado, ou seja, atribuir sentido ao que o bebê manifesta por meio do preenchimento de turno no lugar do bebê.

Quanto ao IRDI 2, este analisa se a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (*manhês*). Este índice investiga se a mãe interage com seu filho de um jeito particular e em sintonia com as produções do bebê.

Autores afirmam que a fala da mãe é um ensaio de quem exerce a função materna de dar sentido às pulsões corporais do bebê (PIEROTTI, LEVY e ZORNIG, 2010), sendo que tanto o desejo como o “não desejo” da mãe é expresso por meio de sua voz.

Instaura-se neste indicador a suposição da mãe de que seu bebê é sujeito e que o mesmo percebe suas ações de fala. Isso faz com que a mãe coloque este pequeno sujeito no funcionamento da linguagem dando autoridade de alguém que merece o seu discurso (SILVA, 2009). A falha nesse mecanismo pode facilitar a quebra nesta relação inicial, não sendo suficiente para convocar e atrair o bebê a responder o Outro (CARLESSO e SOUZA, 2011; BELTRAMI, 2011).

Em relação ao IRDI 3, verifica-se a resposta da criança ao *manhês*. No presente índice busca-se investigar se o bebê se engaja na protoconversa e se busca ativamente tal participação, o que está diretamente relacionado à apetência simbólica (LAZNIK e PARLATO-OLIVEIRA, 2010; MAHDHAOUI, 2011). Nos casos em que as mães não conseguiam conversar com seus filhos de modo sintonizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta, o que permitiu

observar que todos os bebês da amostra aqui analisada eram capazes de responder e reagir ao *manhês*, não havendo, portanto, déficits na apetência simbólica.

A apetência simbólica é considerada como uma função psíquica de comunicação, a partir da qual há um reconhecimento mútuo da mãe e seu bebê. Contudo, para que o bebê reconheça esse Outro, é necessário que o bebê encontre uma representação desejante na qual virá a se identificar (FERRARI e DONELLI, 2010).

Desta forma, o bebê diante de uma mãe bem posicionada, enquanto função materna, será fisgado por sua fala, o que o faz querer achar formas de se expressar e de também fisgar o Outro (PIEROTTI, LEVY e ZORNIG, 2010 ; FLORES, BELTRAMI e SOUZA, no prelo). Assim, o bebê apetente dá a impressão de compreender o que a mãe fala e faz um esforço para se expressar por meio de movimentos da língua e da boca (PESARO, 2010).

Acredita-se que por meio destas ações que envolvem diretamente a interação mãe-bebê é que o sujeito inicia seu percurso de constituição como sujeito na língua.

O IRDI 4 analisa se a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. Este item busca verificar se a mãe confere turno ao seu filho durante a protoconversa. Neste índice se manifestam, portanto, elementos inconscientes no processo enunciativo das mães quando se dirigem aos seus bebês. A mãe convoca seu filho à troca prazerosa, fala de modo sintonizado ao sentimento do bebê permitindo que ele a escute, após, abre espaço para o bebê se manifestar e por fim interpreta a resposta, a preencher turnos enunciativos.

Este movimento relatado é fundamental para as trocas linguísticas e para que a criança passe de locutor a sujeito na linguagem quando se apropriar do sistema linguístico. Nos primeiros meses de vida a criança está desenvolvendo com sua mãe os primórdios do mecanismo enunciativo de relações de conjunção/disjunção do eu-tu (SILVA, 2009). Deste modo, a mãe que exerce a função materna constrói um processo de “tradução”, onde é atribuído sentido aos sinais do bebê, convertendo-se em linguagem aquilo que poderia ser apenas uma mera reação orgânica (FLORES, BELTRAMI e SOUZA, no prelo). Logo, a mãe estrutura uma sequência de turnos de fala que retira o bebê do lugar de puro organismo e o conduz à categoria simbólica, na medida em que o dispõe como interlocutor.

O IRDI 5, refere-se a haver trocas de olhares entre a criança e a mãe, observado nos momentos de protoconversaço e de trocas silenciosas entre as díades. Pesquisas internacionais (LAZNIK e PARLATO-OLIVEIRA, 2010) alertam quanto ao valor desse indicador. O não olhar entre a mãe e o filho, principalmente se a mãe não nota a ausência dessa troca, é um sinal de risco para a constituição psíquica e para a instalação do autismo.

Em relação à linguagem, devemos entender esse processo nos campos do olhar e da voz. A mãe articula o ver e o escutar no que ainda não está, para que um dia possa vir a ser (KUPFER *et al.*, 2010). Essa articulação é que engendrará a constituição do sujeito, essencial na aquisição da linguagem em termos enunciativos.

Tais resultados sugerem que as crianças pertencentes ao grupo com IRDIs alterados e que ao mesmo tempo apresentam uma aquisição da linguagem mais lenta, podem estar sendo convocadas a uma protoconversaço inicial precária, relacionada a diversos fatores tanto da mãe quanto do bebê, tais como estados emocionais maternos alterados, ou dificuldade da mãe em exercer a função materna, entre outros. (BELTRAMI, 2011; CARLESSO e SOUZA, 2011).

Convém ressaltar que as crianças com IRDIs alterados obtiveram em todas as fases uma produção de vocabulário inferior em relação às crianças sem risco, apesar de as fases de quatro a oito, oito a doze e doze a dezoito não apresentarem resultados estatisticamente significativos, este dado pode ser observado pela média do número de palavras produzidas nos dois grupos (Tabela 2).

O fato das crianças de risco apresentarem um processo de produção de fala mais lenta em contraste com as sem risco, sugere que a intersubjetividade, enquanto mecanismo na aquisição da linguagem, (SILVA, 2009) pode estar tendo papel importante, pois crianças com riscos no campo da relação podem estar dispendo de uma menor possibilidade de troca subjetiva e isso se evidencia no número de palavras produzidas pelas mesmas. Assim, de um modo geral, percebe-se uma tendência ao atraso na aquisição da linguagem oral nas crianças com risco.

Estudos futuros que possam desenhar uma avaliação mais ampla de linguagem dessas crianças poderão aprofundar e qualificar a análise do processo de aquisição da linguagem de crianças com risco ao desenvolvimento em uma perspectiva combinada entre os campos psicanalítico e enunciativo e oferecer mais dados para o processo de intervenção precoce. Acredita-se, que esta pesquisa pode

ser tomada, no entanto, como índice de que há uma correlação positiva entre o que se encontra no protocolo IRDI e o processo inicial de aquisição da linguagem, demonstrando seu potencial de prever risco à aquisição da linguagem.

Conclusão

Existe associação estatisticamente significativa entre a habilidade de co-referir verbalmente, aqui tomada enquanto produção de fala inicial expressa em número de palavras, e a presença de riscos ao desenvolvimento infantil, ou seja, quanto menor a possibilidade de co-referir verbalmente maior a presença de riscos ao desenvolvimento infantil.

A implicação deste trabalho, em uma perspectiva promocional da saúde materno-infantil, é de que o acompanhamento e a detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil na perspectiva psicanalítica adotada pelo protocolo IRDI pode permitir detectar precocemente o risco à aquisição da linguagem tendo em vista a evidência de que crianças com risco ao desenvolvimento infantil podem ter uma produção de fala menor, e que esta pode ser sinal de um desenvolvimento da linguagem menos qualificado. Além disso, mesmo que não haja patologia psíquica ou de linguagem em curso, o estudo demonstra que a aquisição e o desenvolvimento da linguagem se beneficiam de políticas públicas de promoção da saúde materno-infantil.

Acredita-se que tais resultados sugerem a importância de se implementar o protocolo IRDI em serviços de atenção básica à saúde materno-infantil, e a necessidade de pesquisas futuras com o seguimento dos bebês que apresentam risco ao desenvolvimento infantil até idades mais avançadas do que esta pesquisa se propôs a investigar.

Referências

AMORIM, R.C.A.; LAURENTINO, G.E.C.; BARROS, K.M.F.T.; FERREIRA, A.L.P.R.; FILHO, A.G.M.; RAPOSO, M.C.F. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Rev bras fisioter.** v.13, n.6, p.506-13, 2009.

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

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

CARLESSO, J.P.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev CEFAC.** São Paulo [serial on the Internet] ahead of print Epub Aug 12, 2011.

CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.R.; BELTRAMI, L.; MORAES, A.B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jorn Socie Brasile Fonoaudiologia,** no prelo.

FERRARI, A.G.; DONELLI, T.M.S. Becoming a mother and preterm birth: considerations about the constitution of motherhood in the context of very low birth weight. **Contextos Clínic.** vol.3, n.2, p.106-112, 2010.

FLORES, M.R.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Rev Distúrbios da Comunicação,** no prelo.

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

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

KUPFER, M.C.M. (coord) **Relatório Científico final:** leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem

interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.

KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N.; BERNARDINO, L.M.F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.S.B.; MOLINA, S.E.; SALES, L.M.; STELLIN, R.; PESARO, M.E.; LERNER, R.. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev latinoam psicopatol fundam.** v.13, n.1, p. 31-52, 2010.

LAZNIK, M.C.; PARLATTO-OLIVEIRA, E. Em busca da Melodia. **Rev Mente e Cérebro**, São Paulo: Duetto Editorial. n.2, p.56-61, 2010.

MAHDHAOUI, A.; CHETOUANI, M.; CASSEL, R.S.; SAINT-GEORGES, C.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; LAZNIK, M.C.; APICELLA, F.; MURATORI, F.; MAESTRO, S.; COHEN, D. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. **International Journal of Methods in Psychiatric Research.** v.20, n.1, p. e6–e18, 2011.

PASSOS, M.C. Sintoma na linguagem da criança e contexto familiar. *Distúrbios da Comunicação*.15(1):83-96. 2003. In: LEMES, J.M.P. LEMES, V.A.M, GOLDFELD, M. Desenvolvimento de linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica. **Rev Distúrbios da Comunicação.** São Paulo, v.18, n.1, 85-94, abril, 2006.

PESARO, M.E. **Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.** Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Universidade de São Paulo, 2010.

PIEROTTI, M.M.S.; LEVY, L.; ZORNIG, S.A. O manhês: costurando laços. **Estilos da clínica**, São Paulo, v.15, n.2, dez., 2010.

PINTO, E.B. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. **Estud psicol.** Natal, v.9, n.3, p.451-7, 2004.

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.** v.10, n.2, p. 225-31, 2006.

5 DISCUSSÃO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a existência de associação entre os IRDIs e as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, bem como, relacionar os IRDIs com a produção inicial de fala de crianças de 13 aos 16 meses de idade. A hipótese de que os índices de risco ao desenvolvimento infantil tem relação com variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais e que a presença de IRDIs alterados dificulta a aquisição da linguagem inicial confirmou-se na análise implementada.

A presente pesquisa revelou que há uma correlação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil em relação às variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, bem como, na produção inicial de fala da criança.

Desta forma, o risco ao desenvolvimento infantil pode ser percebido como multifatorial relacionando-se aos aspectos constitucionais do bebê, com o ambiente e, sobretudo, com a função parental. Contudo, não se pode afirmar que tais fatores apresentam uma relação de causa-efeito entre presença de variáveis de risco socioeconômico, demográfico, obstétrico e psicossocial e a presença de risco ao desenvolvimento infantil e, ainda, que a ausência destes índices possa necessariamente produzir um atraso na aquisição da linguagem inicial.

Trata-se, portanto, de que os IRDIs servem como um indício de que algo não vai bem no desenvolvimento da criança (JERUSALINSKY, 2002), e que as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais produzem interferência nesse processo. É interessante observar que, diferentemente da pesquisa de Kupfer (2008) houve interferências de tais variáveis neste estudo, apesar da amostra ter sido bem inferior ao investigado pela autora.

Estudos anteriores, compreendendo a primeira fase dos IRDIs (0 - 4 meses), apontaram que existe uma associação entre os IRDIs desta primeira fase e as situações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais (BELTRAMI, 2011; CARLESSO, 2011).

Deste modo, o presente estudo amplia essa visão, pois contemplou todas as fases do referido protocolo (0 - 4; 4 - 8; 8 - 12; 12 - 18), demonstrando que aspectos

socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais vinculam-se com o desenvolvimento conforme o mesmo vai acontecendo.

Os aspectos investigados na análise de associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, psicossociais e os IRDIs demonstraram em seus resultados, que a mãe ser solteira ou separada, ter mais de um filho, possuir uma renda *per capita* inferior a R\$200,00, ter realizado cinco ou menos consultas pré-natal, planejar a gestação, ter idade entre 20 e 34 anos, ser do lar e apresentar histórico de depressão, podem estar sendo fatores intervenientes na relação com o filho, o que é captado pelo protocolo IRDI e, como efeito, afetam o desenvolvimento infantil.

Esses resultados indicam que a presença de uma relação estável, consensual, com adequada situação econômica para prover o filho, além de a mãe manter um cuidado especial a este bebê desde a gestação, são fatores de proteção contra o risco ao desenvolvimento infantil nas suas primeiras fases dos IRDIs (0 - 4; 4 - 8). Tais aspectos, relacionados às questões ambientais e de pré e pós-parto, também são abordados em outros estudos, apontando os mesmos como facilitadores no desenvolvimento do infante (BOSSARDI e VIEIRA, 2010; LORDELO, FONSECA e ARAÚJO, 2000; SABROZA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2009)

Cabe ressaltar a importância da constituição da maternidade nesses primeiros meses de vida do bebê para a interação da díade ocorrer de forma adequada (CRESTANI, *et al.*, 2010). Neste sentido, vários fatores que poderiam levar a alterações em tal constituição são elencados na literatura, entre eles: o maior ou menor apoio recebido do parceiro e dos demais familiares, o maior estresse ao ter que se separar do filho para retornar ao trabalho, as condições financeiras, os conflitos familiares e/ou conjugais, a herança transgeracional, a prematuridade do bebê, entre outros. (CONDE e FIGUEIREDO, 2007; CORREIA, CARVALHO e LINHARES, 2008; ALIZADE, 2008). Os fatores citados mostram-se relacionados aos investigados na presente pesquisa.

Por outro lado, próximo ao primeiro ano de vida da criança, se a mãe se sentir ainda obrigada a satisfazer toda e qualquer demanda de seu filho, ficando em casa, tendo como prioridade a maternagem e exposta à depressão, aumentam as chances de risco ao desenvolvimento infantil, pois, pode não ser oferecido à criança o espaço necessário de experimentação e convívio social para ampliar a demanda evolutiva,

inclusive em termos de produção de fala. Esse fato fica evidente nos resultados obtidos nas duas últimas fases dos IRDIs (8 - 12; 12 - 18) avaliadas nesta pesquisa.

O resultado dos IRDIs do período de oito a doze meses se associar de forma positiva para a gestação planejada, ou seja, gestação planejada ser risco ao desenvolvimento infantil, surpreende, tendo em vista que na literatura este fator apresenta-se como proteção para a criança (MENDES e GALDEANO, 2006; SCHWENGBER e PICCININI, 2003). Contudo, esta associação se dá na fase de oito a doze meses, sendo possível que os casos, em que houve planejamento, coincidiram com situações de maior barreira em desfazer a simbiose na relação mãe-bebê.

A depressão materna, já investigada em estudo anterior com os IRDIs de zero a quatro meses (CARLESSO, 2011) mostrou-se novamente como um fator que merece atenção, não só nos primeiros meses de vida do bebê como relatado no referido estudo, mas também após o primeiro ano de vida da criança, sendo que IRDIs alterados nesta última fase (12 - 18 meses), podem ser, inclusive, um reflexo das relações iniciais da díade.

Quanto à aquisição inicial da linguagem, esta é construída a partir das relações com o outro (PASSOS, 2003), como já foi relatado nos capítulos anteriores. Sendo assim, é importante salientar o valor do vínculo, em especial com a mãe nos primeiros meses de vida e as funções parentais no decorrer do desenvolvimento da criança, pois, mostra-se visível a influência desses aspectos na constituição da criança como sujeito e posteriormente como sujeito na língua (SILVA, 2007).

A interação é o ponto de origem, o lugar de construção da subjetividade, e, portanto, no qual se constrói a linguagem (PALLADINO, 2007). Quando essa interação não ocorre de forma efetiva, pode haver uma falha no investimento do diálogo e as funções parentais, em especial a materna, exercida de modo não suficiente, dificultam a evolução linguística e psíquica da criança (BOING e CREPALDI, 2004; RECHIA e SOUZA, 2010).

No processo de interação, adulto e criança são parceiros e as relações familiares têm papel fundamental para a aquisição da linguagem pela criança. Ao interpretar suas manifestações, sejam verbais ou não-verbais, reconhece a autoria da produção infantil e engendra o lugar de um eu para a criança (PALLADINO, 2007).

A comunicação precoce da díade mãe-bebê tem papel decisivo deste processo de interação e, em especial, na formação vincular da díade, pois é um intercâmbio não somente de informações que guiam a aquisição da linguagem, mas também dos sinais afetivos. A interação natural e espontânea com a figura materna é fundamental neste processo, pois por meio da fala, do toque e dos cuidados corporais, a mãe conduz o bebê a emitir progressivamente suas primeiras expressões comunicativas no diálogo (AGUADO, 2005)

Percebe-se assim, que a constituição da experiência da maternidade de forma positiva tende a interferir de modo significativo para a facilitação da aquisição inicial da linguagem. Tal evidencia é confirmada a partir da correlação da presença positiva de índices de risco ao desenvolvimento infantil na primeira fase de avaliação correspondente à idade de zero a quatro meses do bebê.

O cuidador, que exerce a função materna, constitui importantes fontes de estimulação afetiva; sendo que notadamente as interações iniciais parecem ser adaptativas e suscetíveis aos estados maternos em particular e ao ambiente familiar de um modo mais amplo. Há uma multiplicidade de fatores que parecem interferir nessa constituição, entre estes, a dificuldade da mãe nos primeiros meses de vida da criança em supor um sujeito e estabelecer uma demanda ao filho e por volta dos oito meses conseguir alternar presença-ausência e possibilitar a entrada da função paterna, o que foi observado nos resultados encontrados nesta pesquisa.

Em uma interação suficientemente boa, mãe e bebê desenvolvem uma comunicação pela qual a mãe inclui o bebê no funcionamento linguístico. A não reatividade da mãe desregula a criança e dificulta o alcance de seus objetivos de interagir socialmente e explorar objetos, podendo levar posteriormente à raiva, além de um senso de desamparo e desconfiança (RAMOS e FURTADO, 2007). Em situações como essas, a intersubjetividade mãe-bebê pode estar deficitária, não proporcionando o intercâmbio necessário ao processo de aquisição da linguagem pela criança e a troca afetiva da díade.

As falhas interacionais podem manifestar-se em estilos maternos distintos, tais como intrusividade ou apatia. Esses estilos são potencializadores do surgimento de rupturas interacionais que podem gerar riscos ao desenvolvimento infantil, tais como presença de afeto negativo e de sensação de incompetência da mãe no papel materno e até alterações da atividade cerebral do bebê (CONDE e FIGUEIREDO, 2007; MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005).

Partindo da mesma ótica de Lerner e Kupfer (2008), pode-se pensar na influência de vários fatores na constituição da maternidade, combinados ou não com limites biológicos dos bebês, que podem interferir na interação mãe-filho, e dificultar a intersubjetividade na díade.

Nesse sentido, a pesquisa demonstrou que o protocolo dos IRDIs capta, de modo claro, possíveis interações entre fatores do bebê e da mãe e fatores ambientais, e, sobretudo indícios de que a própria aquisição da linguagem pode estar sendo prejudicada pelo risco ao desenvolvimento infantil.

Assim, as crianças pertencentes ao grupo com IRDIs alterados e que ao mesmo tempo apresentam uma aquisição da linguagem mais lenta, podem estar sendo convocadas a uma protoconversaçãoinicial precária, relacionada a diversos fatores tanto da mãe quanto do bebê, tais como estados emocionais maternos alterados, possibilidade da mãe em exercer a função materna, entre outros (BELTRAMI, 2011; CARLESSO e SOUZA, 2011).

Por fim, pode-se afirmar que o protocolo IRDI, utilizado nesta pesquisa, apresentou-se efetivo para prever risco ao desenvolvimento infantil, conforme já evidenciado em pesquisas anteriores, quanto para analisar efeitos de fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psíquicos sobre a família e a criança.

Além disso, demonstrou potencial para captar risco à aquisição da linguagem o que é de especial interesse à Fonoaudiologia. Em estudos futuros pretende-se aprofundar este tema por meio da análise qualitativa da evolução linguística das crianças em situação de risco nesta idade e em idades mais avançadas.

Cabe ressaltar que outro desafio sugerido por esta pesquisa é a necessidade de investigar o processo de formação dos profissionais da saúde para a implementação deste protocolo em programas de saúde materno-infantil, tendo em vista a necessidade de se evitar ações iatrogênicas de diagnósticos precoces inadequados, ou mesmo a enunciação de profecias que provoquem o não investimento parental no bebê.

6 CONCLUSÃO

Considerando um dos objetivos desta pesquisa, que era de verificar a existência de associação entre os IRDIs e as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, os resultados sugerem que há uma associação entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e tais variáveis.

Cabe citar as variáveis encontradas neste estudo pertencentes a este grupo de fator de risco ao desenvolvimento infantil, sendo estas: na faixa de zero a quatro meses o estado civil da mãe e o número de filhos; na faixa de quatro a oito meses o número de consultas pré-natal e a renda *per capita*; na faixa de oito a doze meses o planejamento da gestação; e na faixa de doze a dezoito meses o histórico de depressão materna, a idade da mãe e a profissão da mãe.

Sobre o objetivo de relacionar os IRDIs com a produção inicial de fala de crianças dos 13 aos 16 meses de idade, os resultados também demonstraram que a aquisição da linguagem inicial associa-se de modo significativo à presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças com risco apresentaram uma produção de fala inicial, em magnitude numérica, significativamente inferior em relação às crianças sem risco.

Deste modo, acredita-se que o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial. É necessário observar os diversos aspectos que envolvem a constituição do sujeito, tanto biológicos quanto ambientais, sobretudo a relação mãe-bebê.

Este estudo indica a necessidade de estudos de coorte futuros, com um maior número de díades, que permitam dados estatísticos mais robustos, em especial sobre o aspecto da linguagem. Contudo, o mesmo demonstrou a relevância do tema dos indicadores de risco ao desenvolvimento infantil, visto que, o mesmo reflete os fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais, além de permitir observar e oferecer indícios para a análise da aquisição da linguagem inicial.

O protocolo IRDI apresentou-se promissor enquanto estratégia de detecção precoce a ser utilizada em serviços de cuidado à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- AGUADO, G. **Dimensões perceptivas, sociais, funcionais e comunicativas do desenvolvimento da linguagem**. In: Chevrie-Muller C, Narbona J. A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; p. 71-87, 2005.
- ALIZADE, M. Feminilidade primária: feminilidade estrutural. **Rev Bras Psican.** v.42, n.4, p.153-60, 2008.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social das crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v.20, n. 2, p. 314-23, 2007.
- AMORIM, R.C.A.; LAURENTINO, G.E.C.; BARROS, C.M.F.T.; FERREIRA, A.L.P.R.; MOURA, A.G.; FILHO e RAPOSO, M.C.F. Programa de saúde família: proposta para identificadores de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Rev Bras Fisioter.** v.13, n.6, p.506-13, 2009.
- ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N.; BASTOS, A.C.; PEDROMÔNICO, M.R.M.; ALMEIDA, N.; FILHO e BARRETO, M.B. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública.** v.39, n.4, p.606-11, 2005.
- ARAÚJO, S.M.B. A ausência da função paterna no contexto da violência juvenil. **In: 1 Simp. Internacional do Adolescente.** Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2005.
- AULAGNIER, P. **Un interprète en quête de sens.** Paris: Payot, 1963.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. 8 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- BARRET, M. Desenvolvimento Lexical Inicial. In FLETCHER, P; MAcWHINNEY, B. **Compêndio da Linguagem da Criança.** Porto Alegre, Artmed, p. 299-321, 1997.

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

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

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

BENVENISTE, E. **Problemas de lingüística geral II**. Pontes, Campinas, 1989.

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. v.21, n.3, p. 211-26, 2004.

BOSSARDI, C.N.; VIEIRA, M.L. Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. **Rev de Ciências Humanas**. Florianópolis, v.44, n.1, p. 205-221. Abril, 2010.

BOWLBY, J. **Formação e rompimentos de vínculos afetivos**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1962.

BRANDÃO ER, HEILBORN ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cader de Saúde Pública**. v.22, n.7, p.1421-30, 2006.

BRASIL. **FUNDAÇÃO INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA (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/indicsaud e.pdf

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. A pré-história do apego. In: BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As Primeiras Relações**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

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

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc Saúde coletiva**. v.9, n.2, p. 457-467, 2004.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO HAC. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no nordeste brasileiro. **Cader de Saude Publica**. v. 23, n. 2, p.371-80. Fev., 2007.

CARLESSO, J.P.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev CEFAC**, São Paulo [serial on the Internet] ahead of print Epub Aug 12, 2011.

CARLESSO, J.P.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.

CARVALHO, A.L.; SILVA, L.F.F.; GRISI, S.J.F.E.; ESCOBAR, A.M.U. Clinical indicators of child development in the capitals of nine brazilian states: the influence of regional cultural factors. **Clinics**. v.63, n.1, p.51-8, 2008.

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.

CESA, C.C.; SOUZA, A.P.R.; KESSLER, T.M. Intersubjetividade mãe-filho na experiência com comunicação ampliada e alternativa. **Rev CEFAC**. São Paulo, v.12, n.1, Jan./Feb., 2010.

CID, M. F.B.; MATSUKURA, T. S.; SILVA, M. D. P. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. CoPG. Congresso de Pós-Graduação, 7 e Jornada Científica da UFSCar Congresso de pós-graduação, 4, São Carlos. **Anais UFSCar**. v.3. p. 1634, 2007.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Preocupação de mães e pais na gravidez, parto e pós-parto. **Análise Psicológ**. v. 3, p. 381-98, 2007.

CORREIA, L.L.; CARVALHO, A.E.V.; LINHARES, M.B.M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Rev Latin-ame Enferm**. v.16, n.1, p.1-7, 2008.

COTTET, S. Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: Coelho dos Santos, T. (org.), **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Contracapa, p.15-54, 2006.

CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.R.; BELTRAMI, L.; MORAES, A.B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jorn Socie Brasile Fonoaudiologia**, no prelo.

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**, pp. 0-0. Epub Oct 08, 2010.

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.

DE LEMOS, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum** I-1, p.121-135, 1992.

DE LEMOS, C. Processos Metafóricos e Metonímicos: seu Estatuto Descritivo e Explicativo na Aquisição da Língua Materna. **Trabalho apresentado no The Trend Lectures and Wordshop on Metaphorand Analogy**, Trento, Itália, 1997.

DE LEMOS, C. Questioning the Notion of Development: the Case of Language Acquisition. **Culture & Psycholohy**. v.6, n.2, p. 169-182, 2002.

DUARTE, S.J.H.; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Rev Enferm Cent O Min**. v.1, n.2, p.277-282. Abr/Jun, 2011.

EVANS, J.; HERON, J.; PATEL, R.; WILES, N. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term – longitudinal study. **Br J Psychiatry**. v.191, p.84-5, 2006.

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

FERNANDES, J.C.; NOZAWA, M.R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Ciênc Saúde Colet.** v.15, n.2, p. 353-361, 2010.

FERRARI, H. **A ausência paterna e suas implicações na qualidade da interação mãe-bebê.** 2001. Dissertação de Mestrado (Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

FERRARI, A.G.; DONELLI, T.M.S. Becoming a mother and preterm birth: considerations about the constitution of motherhood in the context of very low birth weight. **Contextos Clínic.** vol.3, n.2, p.106-112, 2010.

FERREIRA, S.S. Será o manhês uma exclusividade da função materna? In Barbosa DC; Parlato-Oliveira E (Org). **Psicanálise e clínica com bebês:** sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. Instituto Langage, São Paulo, p. 51-73, 2010.

FLORES, M.R.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Rev Distúrbios da Comunicação**, no prelo.

FOGEL, A.; TODA, S.; KAWAI, M. Mother-infant face-to-face interaction in Japan and the United States: Laboratory comparison using 3-month-old infants. **Developmental Psychology.** v.24, p.398-406, 1988.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicol Estud.** v.13, n.2, p.335-344, 2008.

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).

GERALDI, J.W. **Portos de passagem.** 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GOLDIN, J. R. **Informação, ciência e ética.** Episteme. v.4, n.7, p.165-173, 1998.

GUEDES, Z.C.F. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. **Rev soc bras fonaudiol.** v.13, n.1, p.97-8, 2008.

HECKHAUSEN, J. How do mothers know? Infants. chronological age or infants. Performance as determinants of adaptation in maternal instruction? **Journal of Experimental Child Psychology**. v.43, p.212-226, 1987.

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

KELLER, H. **Cultures of infancy**. Hillsdale, nj; lawrence erlbaum associates, 2007.

KELLER, H. Diferentes caminhos de socialização até a adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.8, p.1-14, 1998.

KLAUS, M.H.K.; KENNEL; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEIN, M. **Amor, ódio e separação**: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico. Trad. Maria Helena Senise. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N.; BERNARDINO, L.M.F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.S.B.; MOLINA, S.E.; SALES, L.M.; STELLIN, R.; PESARO, M.E.; LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath**. v.6, n.1, p. 48-68, 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. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar., 2009.

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. **Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2008. Disponível em:
http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%

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

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

LANGER, M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LAZNIK, M.C.; PARLATTO-OLIVEIRA, E. Em busca da Melodia. **Rev Mente e Cérebro**, São Paulo: Duetto Editorial. n.2, p.56-61, 2010.

LAZNIK, M.C. **A voz como primeiro objeto da pulsão oral**. Estilos da Clínica, São Paulo, v.5, n.8, 2000.

LAZNIK. M.C. Introdução. In M. C. Laznik, **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador, BA: Ágalma. p.13-17, 2004.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. Fapesp/Escuta: São Paulo, 2008.

LIAW, F.R.; BROOKS-GUNN, J. Patterns of low-birth- weight children's cognitive development. **Developmental Psychology**, v.29, n.6, p. 1024-1035, 1993.

LICTH, R.W. Na sala de espera esperando o Outro: uma interlocução entre as pesquisas neurológicas e a psicanálise. In: BERNARDINO, L.M.F. (Org.) **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta. p. 67-80, 2006.

LIMA, M.L.L.T.; ASSIS, A.B.R.; MERCÊS, G.B.; BARROS, P.F.; GRIZ, S.M.S. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. **Rev CEFAC**. v.10, n.2, p. 254-260, 2008.

LORDELO, E.R.; FRANÇA, C.B.; LOPES, L.M.S.; DACAL, M.P.O.; CARVALHO, C.S.; GUIRRA, R.C. & CHALUB, A.A. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.257-64, 2006.

LORDELO, E.R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol Reflex Crit.** v.13, n.1. p.73-80, 2000.

LUSTOZA, R.Z.; CALAZANS, R. Alcance e valor do Nome-do-Pai atualmente: algumas considerações. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 557-565, jul./set., 2010

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.

MAHDHAOUI, A.; CHETOUANI, M.; CASSEL, R.S.; SAINT-GEORGES, C.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; LAZNIK, M.C.; APICELLA, F.; MURATORI, F.; MAESTRO, S.; COHEN, D. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. **International Journal of Methods in Psychiatric Research.** v.20, n.1, p. e6–e18, 2011.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez parto e puerpério.** Petrópolis: Vozes, 1988.

MAROJA, F.E. A relação mãe-bebê após uma gravidez de alto risco. In: LAZNIK, M.C.; COHEN, D. (Org). **O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa.** São Paulo: Instituto Langage, 2011. p. 225-232.

MEISEL, J.M. Parâmetros na Aquisição. In FLETCHER, P; MAcWHINNEY, B. **Compêndio da Linguagem da Criança.** Porto Alegre, Artmed, p. 21-40, 1997.

MELCHIORI, L.E.; ALVES, Z.M.M.B.; SOUZA, D.C.; BUGLIANI, A.P. Família e creche: crenças a respeito de temperamento e desempenho de bebês. **Psic Teor Pesq.** v.23, n.3, p.245-52, 2007.

MELLO, D.F.; BARROS, D.M.; PINTO, I.C.; FURTADO, M.C.C. O seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.6. p.748-54, 2009.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, cuidado e saúde.** Maringá, v.5, n.3, p.363-371. Set./Dez., 2006.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev Psiquiatr.** v.27, n.2, p.165-176, 2005.

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.L.; ADAMS, G.; PATTERSON, P.; GOODYER, I.M. Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. **Development-and-psychopathology,** v.18, n.2, p.489-516, 2006.

NELSON, K. **Structure and strategy in learning to talk.** Monographs of the Society for Research in Child Development, v.38, 1973.

NOBRE, F.D.A.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v.22, n.3, p.362-369, 2009.

OBERLANDER, T.; WARBURTON, W.; MISRI, S.; AGHAJANIAN, J.; HERTZMAN, C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. **Arch Gen Psychiatry.** v.63, p.898-906, 2006.

PALLADINO, R.R.R. A propósito dos indicadores de risco. **Rev 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.

PASSOS, M.C. Sintoma na linguagem da criança e contexto familiar. **Distúrbios da Comunicação.** v.15, n.1, p.83-96. 2003. In: LEMES, J.M.P. LEMES, V.A.M, GOLDFELD, M. Desenvolvimento de linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica. **Rev Distúrbios da Comunicação,** São Paulo. v.18, n.1, p.85-94. Abril, 2006.

PERRY, B.; POLARD, R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.** v.7, p.33-51, 1998.

PESARO, M.E. **Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.**

2010. 186 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PIEROTTI, M.M.S.; LEVY, L.; ZORNIG, S.A. O manhês: costurando laços. **Estilos da clínica**, São Paulo, v.15, n.2, dez., 2010.

PINTO, E.B. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. **Estud psicol.** Natal, v.9, n.3, p.451-7, 2004.

RAMOS, S.H.A.S.; FURTADO, E.F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, v.1, n.1, p.20-28. Jan./Jun., 2007.

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas. **Psicologia em Estudo**, v.15, 2010.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL de MOURA, M.L. Interação precoce mãe-bebê. **Cadernos de Psicologia**. v.9, p.50-66, 1998.

RINI, C.K.; DUNKEL-SCHETTER, C.; WADHWA, P.D.; SANDMAN, C.A. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. **Health Psychol.** v.18, p.333-45, 1999.

ROBERTSON, E.; JONES, I.; HAQUE, S.; HOLDER, R.; CRADDOCK, N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. **British Journal of Psychiatry**. v.186, n.3, p.258-259, 2005.

ROBIN, M. Interaction process analysis of mothers with their newborn infants. **Early Child Development and Care**. v.6, p.93-108, 1980.

ROMANI, S.A.M.; LIRA, P.I.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v.4, n.1, p.15-23, 2004.

SABROZA, A.R.; LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; COSTA, J.V. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saud Public**. v.20, n.1, p.112-20, 2004.

SANTOS, D.C.C.; TOLOCKA, R.E.; CARVALHO, J.; HENRINGER, L.R.C.; ALMEIDA, C.M.; MIQUELOTE, A.F. Desempenho motor grosso e suas associações com fatores neonatais, familiares e exposição a creche em crianças de até três anos. **Rev Bras Fisioter.** v.13, n.2, p.173-9, 2009.

SCARPA, E.M. **Aquisição da linguagem oral e escrita:** continuidade ou ruptura? Estudos lingüísticos, v.14, 1987.

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.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud Psicol.** Natal, v.8, n.3, p.403-411, nov., 2003.

SEIDL DE MOURA, M.L.; RIBAS JR., R.C.; PICCININI, C.A.; BASTOS, A.C.; MAGALHÃES, C.M.C.; VIEIRA, M.L.; SALOMÃO, N.M.R.; SILVA, A.M.P.M. & SILVA, A.K. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia,** v.9, n.3, p.421-29, 2004.

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

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

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

SILVA, J.L.G.V.; SOARES, E.A.; CAETANO, E.A.; LOYOLA, Y.C.S.; GARCIA, J.A.D.; MESQUITA, G. O impacto da escolaridade materna e a renda Per Capita no desenvolvimento de crianças de zero a três anos. **Rev Ciênc em Saúde.** v.1, n.2. Jul., 2011.

SILVA, P.L.; SANTOS, D.C.C.; GONÇALVES, V.M.G. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Rev bras Fisioter.** v.10, n.2, p. 225-31, 2006.

SMOTHERMAN, W. ROBINSON, S. The development of behavior before birth. **Developmental Psychology.** v.32, n.3, p.425-434, 1996.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA, A.P.R.; KLINGER, E.F.; BORIN, L.; MALDANER, R. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: Rev de Psic.** v.21, n.3, p.601-612, 2009.

SOUZA, J. A. A formação do vínculo afetivo: uma questão do apego. **Revista Técnica IPEP**, São Paulo, SP, v.5, n.1/2, p.81-98, jan./dez. 2005.

SOUZA, R.G. **Maternidade solitária: relatos de mães solteiras de classe populares.** 2002. Dissertação de Mestrado (Curso de Pós-Graduação em Psicologia) Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida.** Trad. Erothildes Mielan Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

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.

UNESCO. **Educação e cuidado na primeira infância:** grandes desafios. Tradução de TEIXEIRA, G.J.F. Brasília: UNESCO Brasil, OECD, Ministério da Saúde; p.60, 2002.

VELEDA, A.A.; SOARES, M.C.F.; CÉSAR-VAZ, M.R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS). v. 32, n.1, p. 79-85. Mar., 2011.

VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; KITOKO, P.; REA, M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**.v.36, n.3, p.313-8, 2002.

VINTER, A. **A imitação do recém-nascido**. São Paulo: Manole. 1987.

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 15, p.265-288, 2003.

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

WINNICOTT, D.W. **Os Bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D.W. **Privação e delinquência**. Trad. Álvaro Cabral; revisão Mônica Stahel 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

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

APÊNDICE e ANEXOS

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para as mães

ROTEIRO DE ENTREVISTA

**PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
FUNÇÕES PARENTAIS E RISCO PARA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM:
INTERVENÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS**

Roteiro de Entrevista para as Mães

Identificação da Mãe:

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Variáveis Sociodemográficas e Histórico Obstétrico das puérperas

Estado Civil:

Solteira () Casada () Separada () Viúva () outra: _____

Escolaridade:

Ensino fundamental () Ensino médio () Superior ()

Ocupação:

Dona de casa ()

Outras () _____

Renda familiar:

Número de gestações:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma ()

Número de partos:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Um ()

História de aborto: Não () Sim ()

História de partos prematuros: Não () Sim ()

Número de consultas pré-natal:

Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas ()

Número de filhos: Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais ()

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: _____

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: Produção inicial de fala, risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas

PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S): Msd^a. Anelise henrich Crestani, 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- 84280224

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

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 promover a saúde mental, de linguagem e comunicação do (a) seu (sua) filho (a), buscando impedir que ele (a) apresente distúrbios no seu desenvolvimento, através da orientação familiar e terapia da criança quando necessária.

2- A coleta de dados inclui entrevistas e avaliações psicológicas, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, após análise, em um período de três anos.

3 – A pesquisa não possui riscos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo.

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. Será indicada a mesma intervenção em caso de você não autorizar a pesquisa.

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

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada 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 pode solicitar seu desligamento 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 a fonoaudióloga/mestranda Anelise Henrich Crestani 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 de 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.

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.

Santa Maria, ____ de _____ 2010.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pelo estudo

N. identidade

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

ANEXO B - Termo de Confidencialidade

TÍTULO DO ESTUDO: Produção inicial de fala, risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas

PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S): Msd^a. Anelise Henrich Crestani, 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- 84280224

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

Anelise Henrich Crestani
Pesquisadora