

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

**O BRINCAR DE SUJEITOS COM RISCO PSÍQUICO:
UM OLHAR INTERDISCIPLINAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Josiane Fernanda Vendruscolo

**Santa Maria, RS, Brasil.
2014**

O BRINCAR DE SUJEITOS COM RISCO PSÍQUICO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR

Josiane Fernanda Vendruscolo

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

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

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

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

Vendruscolo, Josiane Fernanda

O brincar de sujeitos com risco psíquico: um olhar interdisciplinar / Josiane Fernanda Vendruscolo.-2014.
166 p.; 30cm

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2014

1. Brincar 2. Desenvolvimento infantil 3. Intervenção precoce 4. Detecção precoce 5. Risco psíquico I. Ramos de Souza, Ana Paula II. Título.

© 2014

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

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

Telefone: (55) 99083379

E-mail: josileve@yahoo.com.br

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

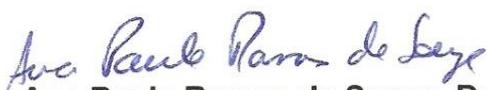
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**O BRINCAR DE SUJEITOS COM RISCO PSÍQUICO:
UM OLHAR INTERDISCIPLINAR**

elaborada por
Josiane Fernanda Vendruscolo

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

COMISSÃO EXAMINADORA:


Ana Paula Ramos de Souza, Dr.
(Presidente/Orientador)


Jefferson Lopes Cardoso, Dr. (UFRGS)


Aruna Noal Correa, Dr. (UFESM)

Santa Maria, 31 de Março de 2014.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ari e Odéte, que muito deixaram seus afazeres de lado para brincarem comigo. A estes pais de simplicidade e sabedoria que sempre me apoiaram em decisões e vibraram com minhas conquistas.

Pais, que para além desta dedicatória, declaro meu imenso e maior amor.

À minha avó, que mesmo sem compreender exatamente o que eu fazia nos dois últimos anos, só me dizia: - Rezo todas as noites pra Deus te guiar na tua vida! - Para mim já bastava...

Amo-os muito!

Por fim, dedico este trabalho aos profissionais da infância, que buscam constantemente novas maneiras de ver a criança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Profª Drª Ana Paula Ramos de Souza**, minha querida orientadora e desde sempre a real inspiração para o meu fazer profissional. Por investir em mim desde o início da graduação com muita consideração e compreensão, acreditando no meu potencial. Obrigada pelos ensinamentos e ações na imersão em conhecimentos até então desconhecidos por mim. Agradeço, principalmente, pela professora-mulher-mãe-amiga-alma de sensibilidade e afeto imensos, que me ensinou a superar as dificuldades e obstáculos com sabedoria e a me encantar ainda mais pela infância.

Obrigada, professora Ana Paula Ramos, por formar a profissional que hoje sou e pelo conhecimento ampliado sobre a infância me tu me proporcionastes.

Aos prestigiados professores da **banca** pela leitura e valiosas sugestões para este trabalho.

Agradeço também a todos os **professores do curso de Pedagogia, Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**, da Universidade Federal de Santa Maria, pela minha formação profissional. Dentre estes, agradeço especialmente à **Anaelena Bragança de Moraes**, por me orientar com a análise estatística.

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

Às colegas do grupo de pesquisa **Anelise, Dani Laura, Cristina** e à parceira de coleta das filmagens **Luciéle**, que além de colega se tornou uma grande amiga.

Agradeço muito a todos os **colegas e amigos de mestrado**, especialmente às colegas e amigas **Silvana, Fabieli, Amanda, Jayne, Camila, Tissiane e Lilian** por compartilharem comigo, de forma direta ou indireta as vivências destes dois últimos anos.

Agradeço ao **Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM** pelo espaço para avaliações e atendimentos e às famílias das crianças participantes da pesquisa pela confiança e prontidão depositadas no projeto.

A **CAPES** pela bolsa concedida.

Agradeço também aos **alunos da graduação em fonoaudiologia**, pelo carinho e acolhida nas aulas de docência orientada e, dentre estes, à querida **Rejane** pela ajuda na transcrição das entrevistas. Vocês são o estímulo maior a quem decide se dedicar à docência e ao meio acadêmico.

Agradecimentos especiais também à **Carol** pelas saídas para comer porcarias, ao **Rudi** pela ajuda na digitação dos dados e à **Giovana**, que talvez nem saiba, por ser inspiração para essa trajetória.

E, ao meu pai e minha mãe pelo amor e carinho de sempre.

A maturidade do homem consiste em haver reencontrado a seriedade que tinha no jogo quando era criança.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

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

O BRINCAR DE SUJEITOS COM RISCO PSÍQUICO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR

Autora: Josiane Fernanda Vendruscolo
Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 2014

Esta pesquisa analisa o brincar de dezesseis crianças entre 21 e 26 meses que apresentaram risco ao desenvolvimento, detectado entre 1 e 18 meses, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento propostos na pesquisa de Kupfer (2008). Para tanto, as crianças foram filmadas com seus familiares em atividades lúdicas por vinte minutos. A análise se deu a partir de três procedimentos distintos de análise do brincar: um protocolo que analisa o brincar e a comunicação a partir da visão cognitivista piagetiana (ZORZI e HAGE, 2004), outro composto por categorias propostas a partir da leitura de objeto transicional de Winnicott (GRAÑA, 2008) e uma análise descritiva realizada por três terapeutas, de distintas profissões, experientes na clínica infantil. Os resultados dessas análises foram confrontados com o histórico de risco das crianças e também entre si para verificação de que dados essas distintas análises forneceram acerca da necessidade ou não de intervenção precoce do tipo de intervenção indicado pelos profissionais. Os resultados descritivos a partir dos protocolos demonstraram que quatro das dezesseis crianças apresentaram um brincar, do ponto de vista cognitivo, aquém do esperado para sua faixa etária e que tal resultado estava correlacionado a menor pontuação nos itens de comunicação do protocolo e também com a indicação de profissionais fonoaudiólogas, de presença de necessidade de intervenção fonoaudiológica. Duas dessas quatro crianças apresentaram alteração na relação objetal indicando risco maior de estruturação de transtorno mental. As demais crianças não apresentaram alterações significativas nos protocolos. Quando analisadas, porém, as filmagens das dezesseis crianças pelos três profissionais experientes (uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional), apesar da coincidente preocupação com a linguagem e desenvolvimento psíquico dos quatro casos indicados pelos protocolos e pelas fonoaudiólogas, houve também outras oito crianças indicadas para intervenção precoce ou breve, tendo como base alterações qualitativas mais sutis na interação lúdica com a mãe. Apenas quatro casos não foram indicados para nenhuma intervenção. Tais resultados demonstraram que os índices de risco ao desenvolvimento cumprem a função de detecção precoce de casos de risco, tanto ao desenvolvimento, quanto psíquico,

pois a maior parte da amostra desenvolveu algum tipo de dificuldade, mas que não devem ser tomados com valor diagnóstico, pois o curso de instalação de sintomas pode ser modificado por novas posturas familiares, sejam elas espontâneas ou instigadas por uma intervenção. Também sugerem que os protocolos, que analisam o brincar a partir de um olhar categorial exclusivo sobre o brincar da criança, não captam as sutilezas necessárias para uma reflexão clínica mais singular para pensar a intervenção. A análise que privilegie a intersubjetividade criança-familiar em atividade lúdica espontânea, possível a partir das filmagens, apresentou-se como forma comum e preferida pelas três profissionais que analisaram as dezesseis filmagens. Eles demonstraram que a interface entre aspectos cognitivos, linguísticos e psicoafetivos foi constante e indissociável, quando solicitados a analisar o brincar. Esse fato demonstra que a clínica de intervenção precoce demanda considerar esse tripé estrutural e possíveis desdobramentos instrumentais para efeitos diagnósticos, e que isso é possível a partir da análise do brincar entre os parceiros, sejam eles a criança e familiar, ou a criança e terapeuta. As três profissionais que analisaram as filmagens ressaltaram que na graduação o enfoque sobre o brincar é mais comumente cognitivista e que a face psicoafetiva se fez mais presente na formação de pós-graduação. As análises realizadas pelas terapeutas, e mesmo as relações entre as dimensões cognitiva e psicoafetiva do brincar são bem explanadas pela teoria winnicottiana, que permite sustentar a necessidade de se estabelecer uma hipótese do funcionamento do brincar singular a cada caso.

Palavras-chave: brincar, desenvolvimento infantil, intervenção precoce, detecção precoce, risco psíquico.

ABSTRACT

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

THE PLAY OF SUBJECTS WITH PSYCHIC RISK: AN INTERDISCIPLINARY VIEW

Author: Josiane Fernanda Vendruscolo
Advisory teacher: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 2014

This research analyzes the play of sixteen children between 21 and 26 months showed risk of developing detected between 1 and 18 months by Child Development Risk Inventory proposed research Kupfer (2008). To this aim, children were filmed with their relatives in play activities for twenty minutes. The analysis of play was done from three different procedures: a protocol that analyzes the play and communication in a Piagetian cognitive vision (ZORZI and HAGE , 2004) , another compound by categories proposals from reading transitional object Winnicott (Graña, 2008) and a descriptive analysis of three therapists from different professions, experts in childhood. The results of these analyzes were compared with historical risk children and with each other to check that these distinct analyzes provide data about the necessity of early intervention or another types of intervention indicated by the professionals. The descriptive results from protocols demonstrated that four of the sixteen children were playing, on the cognitive point of view; below expectations for their age group and that, this result was correlated with lower scores on items of the communication protocol, and indicating for language therapy by speech therapists. Two of the four children showed abnormalities in the object relation indicating greater risk of structuring mental disorder. The others children showed no significant changes in the protocols. When, however, analyzed the filming of sixteen children by three experienced professionals (a speech therapist, a psychologist and an occupational therapist), despite the coincident concern with language and psychological development of the four cases indicated by the protocols and the speech therapists, there were also eight other children indicated for early or brief intervention, based on more subtle qualitative changes in playful interaction with the mother. Only four cases were not referred to any intervention. These results demonstrate that the levels of risk for development fulfill the function of early detection of development or psychic risk, since most of the sample developed some kind of trouble, but should not be taken with a diagnostic value. This course can be modified by new spontaneous or even encouraged by occasional interventions familiar postures. Also, suggest that protocols that examine the play from a unique

categorical look at the child do not capture the necessary subtleties on play for a more natural reflection to think clinical intervention. They can even detect disturbances in the course of installation, but they do not in all cases. The analysis that favors child - family intersubjectivity in spontaneous play activity, possible from filming, it was a common and preferred shape by the three professionals who analyzed sixteen filming. . They demonstrated that the interface between cognitive, linguistic and psych affective factors was constant and inseparable aspects when asked to analyze the play development. This fact demonstrated that early clinical intervention has to consider these three estructural factors and instrumental one for diagnostic purposes, that is possible from the analysis of play between partners , whether the child and family , or the child and therapist. The three professionals who reviewed the plays sessions highlighted that undergraduate focus on playing is most commonly a cognitive one, and the psycho face became present in postgraduate training. The analyzes performed by therapists, and even the relationships between cognitive and psycho dimensions of play, are well esplanades by Winnicott theory, which enables us to sustain the need to establish a working hypothesis of playing for an every single case.

Key words; Play, child development, early intervention, early deteccion, psychic risk.

LISTA DE ABREVIATURAS/REDUÇÕES

CCS	Centro de Ciências da Saúde
ED	Estabelecimento de Demanda
FP	Função Paterna
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IRDIS	Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil
PA	Alternância Presença/Ausência
PROC	Protocolo de Avaliação Comportamental
SS	Suposição de um Sujeito
SAF	Serviço de Atendimento Fonoaudiológico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
TAN	Triagem auditiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1. A detecção e intervenção precoces a partir de um olhar psicanalítico do desenvolvimento infantil	26
2.2 O brincar	33
2.2.1 O Brincar para a Psicologia do Desenvolvimento	33
2.2.2 O brincar no campo psicanalítico	46
2.2.3 O Brincar na Fonoaudiologia: Efeitos da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicanálise.....	64
3 METODOLOGIA	78
3.1 Delineamento	78
3.2 Da Seleção da Amostra	78
3.3 Aspectos Éticos.....	80
3.4 Instrumentos de Coleta	80
3.5 Procedimentos de Coleta do Projeto Geral	81
3.6 Procedimentos de Coleta Específicos a esta Pesquisa	83
3.7 Aspectos Gerais da Análise dos dados.....	84
4 RESULTADOS.....	86
4.1 O Brincar e a comunicação entre crianças com risco psíquico e suas mães....	86
4.2 Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar de sujeitos com risco psíquico.....	108
5 DISCUSSÃO GERAL	134
6 CONCLUSÃO	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve origem em um projeto de pesquisa que abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças¹ em relação ao seu desenvolvimento, em especial na relação entre o brincar e risco psíquico. Tal acompanhamento se deu por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), os quais foram desenvolvidos, a partir da teoria psicanalítica, por um grupo de estudos e pesquisa do Instituto de Psicologia da USP (Universidade de São Paulo - Brasil) coordenado pela professora Maria Cristina M. Kupfer (KUPFER, 2008). O instrumento é constituído de 18 indicadores clínicos observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, nas faixas etárias de 1 a 3 meses e 29 dias; 4 a 7 meses e 29 dias; 8 a 11 meses e 29 dias e 12 a 18 meses. Tem como pressuposto a possibilidade de ser empregado por pediatras durante a consulta nas unidades básicas e/ou centros de saúde, e busca detectar precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil. Na USP, a Associação Lugar de Vida mantém, em Convênio de Cooperação Científica com o IPUSP (Instituto de Psicologia da USP) e com o LEPSI – Laboratório de Estudos e Pesquisas Educacionais sobre a Infância -, um laboratório interunidades (Instituto de Psicologia e Faculdade de Educação) da USP, que dá prosseguimento às pesquisas com tal instrumento.

Na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, precisamente no ano de 2010, com o projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas”, vinculado ao Departamento de Fonoaudiologia da UFSM, com orientação da professora Dra. Ana Paula Ramos de Souza, foram acompanhadas 183 crianças, a partir da utilização dos IRDIs. O ingresso no projeto se deu quando os bebês foram avaliados no setor de Triagem Auditiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, a partir do final do primeiro mês de vida. Deste grande grupo de 183 crianças, 56 foram avaliadas até os 18 meses de idade, com avaliações estas que se encerraram ao final do ano de 2011, resultando em várias

¹ Criança é tratada neste trabalho sob o conceito de Winnicott (1975) que afirma que a criança nasce indefesa; é um ser não integrado, que percebe de maneira desorganizada os diferentes estímulos provenientes do exterior. O bebê nasce também já com uma tendência para o desenvolvimento, sendo que a tarefa da mãe ou quem exerça esse o cuidado de tipo materno é oferecer um suporte adequado para que as condições inatas alcancem um desenvolvimento ótimo.

dissertações de mestrado (PRETTO-CARLESSO, 2011; BELTRAMI, 2011; FLORES, 2012; CRESTANI, 2012; OLIVEIRA, 2013). O acompanhamento dos bebês detectados com risco se deu até os 24 meses, o que permitiu que alguns estudos qualitativos pudessem aprofundar questões relativas ao desenvolvimento da linguagem (FLORES, 2012; OLIVEIRA, 2013).

As crianças acompanhadas não apresentaram limite biológico evidente como lesões cerebrais ou síndromes, sendo que algumas delas tiveram nascimento prematuro. Desse grande grupo, vinte e duas crianças foram acompanhadas até os vinte e quatro meses, por apresentarem risco ao desenvolvimento, e era hipótese do grupo de pesquisa, que entre elas poderia haver um subgrupo com *risco* à aquisição da linguagem, identificado neste trabalho como distúrbio de linguagem. De fato, diante de avaliação clínica fonoaudiológica, cinco crianças desenvolveram um distúrbio de linguagem e iniciaram terapia fonoaudiológica, sendo que uma iniciou atendimento em intervenção precoce antes da terapia fonoaudiológica (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Entre as crianças com risco observaram-se casos em que o funcionamento de linguagem esteve alterado, sobretudo o processo de semantização da língua, mas não o domínio semiótico², conforme relata Flores (2012). Tais trabalhos, embora tenham abordado o funcionamento de linguagem, não abordaram outros aspectos importantes do desenvolvimento como o brincar³, que é tema desta pesquisa.

Entre os motivos para tematizar o brincar está sua importância no desenvolvimento corporal, cognitivo e afetivo, bem como a ancoragem intersubjetiva (WINNICOTT, 1975) que provê ao desenvolvimento da linguagem. Por tais motivos, é tema relevante ao trabalho de intervenção precoce e também, de modo especial, à clínica dos distúrbios de linguagem. A ideia de abordá-lo em relação ao grupo de

² A partir do trabalho de Cardoso (2010), que desloca a teoria Benvenistiana para abordar princípios clínicos de avaliação em linguagem, entendemos como domínio semiótico o domínio de aspectos gramaticais e processo de semantização, a atualização desse conhecimento no ato enunciativo, ou seja, na interlocução com o outro. Para aprofundamento do tema é possível acessar a referida tese no site do PPGL –UFRGS.

³ O brincar, neste estudo, embora explorado teoricamente sob a ótica de diferentes campos epistemológicos, é contemplado, principalmente a partir do pensamento de Winnicott (1975) que concebe o brincar com uma topologia e uma temporalidade específicas, ou seja, o espaço que o brincar ocupa não fica dentro nem tampouco fora da subjetividade, fica na fronteira. O brincar não está no espaço que constitui o *não-eu*, nem está inteiramente dentro de sua subjetividade e corpo. Este espaço de brincar foi o que Winnicott chamou de espaço potencial e é pensado como um espaço que se forma entre a mãe e o bebê, inicialmente. Quanto a temporalidade, após este espaço potencial, o autor marca uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar alocado nesse espaço potencial em um momento em que a integração ainda não está completa, para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais.

crianças com risco acompanhado no referido projeto de pesquisa até os 24 meses, emergiu da necessidade de discutir de que modo o terapeuta precoce, em especial o fonoaudiólogo, pode pensar a intervenção precoce.

O brincar é um dos aspectos do desenvolvimento infantil que permite visualizar como está se dando a constituição do sujeito, como já apontava Freud, em 1909. A criança já inicia com a experiência sensório-motora, que irá marcar a construção da relação com o próprio corpo, com os objetos e com as figuras significativas, que se ocupam das crianças a partir das funções materna e paterna, conforme aponta Winnicott (1975).

Neste sentido, Winnicott (1975) afirma que após um período de intenso vínculo com a mãe⁴, que, em geral, inicia logo ao nascimento, no qual a mãe encontra-se em estado de preocupação materna primária, o bebê passará por uma desilusão frente à possibilidade de ausência da mãe. Essa ausência materna marcará, então, um acontecimento existencial especialmente significativo, que obrigará a criança a criar um dispositivo subjetivo transicional para a sua simbolização. Portanto, não se trata apenas de uma construção do conhecimento, mas da construção do *self*⁵ do bebê que estará em jogo nas relações iniciais.

Rodulfo (1990) complementa que a significação do sujeito e a consequente separação do outro encarnado e individualização, que são componentes do eixo da sua identidade, são acontecimentos que permitirão ao bebê experiências de reorganização de sua vida, não estando mais dependente da presença concreta do Outro primordial⁶. Ainda de acordo com o autor (Rodulfo, 1990), desde a alienação subjetiva inicial à separação, o brincar com o próprio corpo e o brincar com o outro é constituinte. O brincar cria laços entre quem brinca e esse vínculo é necessário quando se trata da avaliação e intervenção na clínica da infância.

Esse brincar como vínculo começa a re-significar o fazer terapêutico, pois o brincar é parte constituinte do sujeito tanto quanto o desenvolvimento psicomotor e a

⁴ Neste estudo, em diversos momentos falaremos em mãe porque em todos os casos analisados trata-se da mãe biológica quem exerce o cuidado de tipo materno, mas ressaltamos que para Winnicott o que é analisado, a exemplo do que os estudos freudo-lacaneanos propõem como função materna, é referir-se a alguém que exerce o cuidado de tipo materno.

⁵ Na perspectiva psicanalítica de Winnicott, *self* é o “sí mesmo”, que é constituído pelo outro significativo, que proporcionará a ponte de ligação do mundo interno e externo, num contexto que o autor denominou de ilusão, que fará com que a criatividade originária do bebê coincida com a percepção objetiva, em um encontro entre o objeto da realidade e o objeto subjetivo.

⁶ Rodulfo (1990) se refere ao Outro primordial àquele primeiro e até então único referente para a criança. O que oferece as noções de ausência, de descontinuidade, perda e falta, constituindo, assim, o campo simbólico. Questões que serão tratadas na sessão de revisão de literatura.

aquisição da linguagem o são. Ele pode, então, ser abordado de um ponto de vista psíquico e corporal. Em relação ao aspecto psíquico, pode ser analisado em sua dimensão cognitiva e afetiva⁷.

A clínica fonoaudiológica da infância que aborda o brincar tem, comumente, como objetivo o alcance do simbolismo, do ponto de vista cognitivo, de manipulação do objeto, de modo mais amplo, e mais especificamente a própria linguagem, e, portanto deve contemplar uma relação mais ampliada da linguagem com o brincar, pois ao mesmo tempo em que ele é constitutivo, ele viabiliza a intersubjetividade, o que pode ser visualizado na obra winnicottiana sobre o brincar, podendo ser abordado como terapêutico em si, com abordagem de instância simbólica.

Porém, na clínica usual fonoaudiológica, usa-se o brincar, muitas vezes, de forma intuitiva, somente como um encantamento para a criança (POLLONIO, 2005), desprovido de intenção terapêutica em si, e sem uma teorização adequada aos objetivos terapêuticos. Nessa perspectiva do fazer sem saber, o brincar pode se tornar apenas um meio camuflador da intervenção instrumental, como um facilitador para a inserção de técnicas e exercícios, com o risco de não se considerar seus aspectos afetivos interpessoais, cognitivos e sociais.

Tal visão pode ser entendida como superficial, quando se aborda o brincar a partir da teoria winnicottiana. De acordo com Winnicott (1975) o brinquedo não é mais somente produto de uma certa atividade, mas se constitui como prática significativa, em instância simbólica⁸, que se estabelece bem antes do surgimento da linguagem verbal da criança. Excede, então, a prática analítica e estabelece um propósito terapêutico. Assim, o terapeuta e o paciente devem se dispor a brincar, e se este último se encontra com limitações de qualquer ordem, é necessário auxiliá-lo a fazê-lo, pois o seu brincar é constitutivo, e a base para a ação do terapeuta.

Busca-se, então, uma resignificação do brincar na clínica, principalmente para a clínica fonoaudiológica, no momento em que se propõe tratar o brincar como processo de estruturação e constituição do sujeito, podendo, assim, embasar o processo terapêutico em si por ser elemento fundamental para a ancoragem

⁷ Análise aqui tratada como forma didática para referir-se à abordagem de linha cognitivista do brincar (Piaget, Vygotsky) e da psicanálise (Winnicott, principalmente), que trata de uma abordagem mais afetiva do brincar.

⁸ De acordo com Winnicott (1975), a instância simbólica surge após as experiências iniciais infantis na instância pré-simbólica, que abre espaço para um viver criativo. O surgimento da instância simbólica se dá, então, com a organização da linguagem e com a consciência da vida social.

terapêutica tanto da estruturação do funcionamento psicoafetivo⁹, quanto da construção do conhecimento, seja ele verbal ou não.

Nessa direção, este trabalho tem como foco aprofundar a discussão do brincar do ponto de vista de uma avaliação que procura orientar possibilidades para a clínica de intervenção precoce. Para tanto, é realizado um estudo de casos, a partir da análise do brincar de 16 bebês com idade na faixa de 21 a 26 meses com presença de indicadores de risco psíquico, avaliados no já referido estudo de coorte realizado na cidade de Santa Maria/RS. Especificamente, pretende-se discutir a relação entre dimensão cognitiva e afetiva no brincar não só a partir da análise do brincar da criança, mas de uma perspectiva intersubjetiva de análise, ou seja, de como o brincar está ocorrendo entre adulto e criança.

Para sustentar teoricamente esta proposta, propõem-se dois capítulos teóricos. O primeiro capítulo realiza uma revisão sobre o desenvolvimento infantil, em que são abordados estudos de detecção e intervenção precoces na perspectiva do grupo desta pesquisa, bem como a referência a alguns estudos de aquisição de linguagem e desenvolvimento psicomotor, procurando relacioná-los ao brincar.

Um estudo mais direcionado ao brincar, sob as perspectivas cognitivista piagetiana (psicologia do desenvolvimento) e psicanalítica winnicottiana, e como tais estudos são deslocados para o campo fonoaudiológico, é focado no segundo capítulo.

Na sequência, é exposta a metodologia geral da pesquisa que inclui o relato da pesquisa IRDIs em Santa Maria, até a idade de 18 meses das crianças, a seleção do grupo aqui analisado até em torno de 24 meses, e a coleta e análise que embasaram a construção dos dois artigos que constituem esta dissertação, cuja redação foi proposta em um modelo alternativo.

No primeiro artigo, busca-se analisar os efeitos da utilização de dois procedimentos distintos de análise do brincar, avaliando a relação de tais análises com os resultados dos IRDIs: um protocolo, utilizado nacionalmente no campo fonoaudiológico, e que analisa o brincar e a comunicação a partir da visão cognitivista piagetiana, e outro composto por categorias propostas a partir da leitura de Winnicott.

⁹ Toma-se, neste trabalho, psicoafetivo como o desenvolvimento da criança advindo da natureza e da importância do estreito vínculo entre o bebê e aqueles que exercem o cuidado de tipo materno e paterno.

No segundo artigo, buscou-se verificar junto a profissionais de distintas áreas de saúde, que possuem formação teórica e prática no brincar em clínica com bebês, e analisar o que os mesmos consideram importante observar na interação mãe-bebê. A partir da visão de cada profissional, procura-se pensar em uma proposta interdisciplinar para olhar o brincar. Também, no segundo artigo, verificaremos até que ponto o foco dos profissionais é o brincar isolado da criança ou já inclui as interações com o adulto, e quais as dimensões do brincar são priorizadas por eles, tendo em vista sua experiência na clínica de bebês.

Por fim, na discussão geral, buscar-se-á analisar as possíveis relações entre a utilização de protocolos e o olhar qualitativo do clínico sobre o brincar para pensar a intervenção precoce e indicar alguns elementos que poderiam constituir uma proposta interdisciplinar, que considerasse a intersubjetividade na análise do brincar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O brincar é elemento fundamental na estruturação psíquica, seja em sua dimensão afetiva (WINNICOTT, 1975) ou na construção do conhecimento (PIAGET, 1978), seja ele acompanhado de fala ou não, durante processos terapêuticos na infância. Considerando essas múltiplas dimensões sobre as quais se pode analisar e utilizar o brincar, sobretudo nas primeiras interações entre um bebê e seu familiar, ele passa a ser elemento fundamental na clínica de bebês. Para abordá-lo, e sustentar o processo envolvido nesta pesquisa, este capítulo iniciará com uma revisão do desenvolvimento infantil e possibilidade de detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil, para, a seguir, abordar mais especificamente as distintas dimensões do brincar.

No desenvolvimento infantil, embora a perspectiva adotada no olhar sobre o brincar se embase em Winnicott no campo psicanalítico, tornou-se fundamental olhar também o desenvolvimento a partir do olhar de autores freudo-lacaneanos, já que os Índices de Risco ao Desenvolvimento (KUPFER, 2008) utilizados nesta pesquisa estão ancorados nesta visão teórica.

O percurso escolhido no olhar sobre o brincar reflete a relevância da interdisciplinaridade e a possibilidade latente de que esta possa indicar para uma perspectiva mais intersubjetiva e menos exclusiva sobre a criança ao se avaliar o brincar na clínica infantil.

2.1. A detecção e intervenção precoces a partir de um olhar psicanalítico do desenvolvimento infantil

O bebê, mesmo antes de nascer, já está inserido numa cadeia simbólica que irá representá-lo também após o nascimento, porém, o seu aparelho psíquico, ainda sem inscrições significantes, só se deixará desenvolver pela obra do desejo do outro encarnado, representante do Outro, por ser objeto de identificação para os pais e previsto como um sujeito desejante pelos mesmos (RODULFO, 1990). Rodolfo

(1990) traz, ainda, que esses desejos paternos são os arquivos familiares, mitos, ou como alguém que irá inicialmente oferecer significantes, alguém que dará lugar (tempo) no qual a criança se apoiará para buscar os seus significantes e assim também, sua identidade e reconhecimento. Coriat (1997) salienta que a possibilidade de inscrição das marcas fundantes do psiquismo depende dessa variável temporal, pois o sistema nervoso central só está apto a receber determinadas inscrições no início da vida.

Para Jerusalinsky e Coriat (1983), em perspectiva freudo-lacanianiana, o desenvolvimento infantil é um processo que se define e redefine a cada momento, de acordo com intervenções da cultura e as das condições biológicas da criança. Assim, ainda de acordo com esses autores, o desenvolvimento da criança é estabelecido por dois aspectos importantes: os aspectos estruturais e os aspectos instrumentais do desenvolvimento. Os fatores biológicos e psíquicos são os constituintes dos aspectos estruturais, sendo que os fatores psíquicos tratam tanto das relações parentais que fundamentam o âmbito psicoafetivo, quanto do desenvolvimento cognitivo. E fatores biológicos são as estruturas biológicas, principalmente do Sistema Nervoso Central, que rege as possibilidades do sujeito de intercâmbio com o meio, ampliando-as ou limitando-as. Como aspectos instrumentais, os autores postulam que são as ferramentas necessárias para que o sujeito realize seus intercâmbios com o mundo e consigo mesmo, a partir do que sua estruturação permite, valendo-se, assim, da linguagem, da psicomotricidade, da aprendizagem e do brincar, dentre outras ferramentas.

Esse pensamento, retomado por Coriat e Jerusalinsky (1996), permite supor que tanto os aspectos estruturais quanto os instrumentais, incluindo os fatores biológicos, psíquicos, de linguagem e do brincar devem ser analisados em conjunto no processo de detecção e intervenção precoce de intercorrências no desenvolvimento, embora não desenvolva de modo específico o brincar, como faz Winnicott. O foco é maior nas relações edípicas e teorias sexuais. Também o conceito de pulsão passa a ser mais explorado nessa abordagem do desenvolvimento.

Na idade compreendida pelos primeiros anos de vida, o pensamento de Coriat e Jerusalinsky (op.cit) reforça a importância para a constituição subjetiva afirmando que maturação, crescimento, aquisições instrumentais e constituição do sujeito psíquico, em nenhum outro momento da vida passam por modificações tão

radicais quanto nos primeiros três anos de vida. Daí a importância de se realizar uma intervenção de saúde preventiva com a primeira infância (JERUSALINSKY, 2002).

Ao pensar nesses processos mencionados, tem-se o pressuposto de que, atualmente, não se justifica mais a prevalência de um determinismo orgânico, pois “[...] hoje se impõe a concepção segundo a qual a influência dos processos psíquicos iniciais é decisiva na determinação das configurações nervosas e na estruturação do sistema mental” (JERUSALINSKY, 2002, p. 04). Sustenta-se, assim, o conceito de neuroplasticidade, por meio do qual as configurações neuronais podem se modificar de acordo com as relações afetivas e com as trocas que o bebê realiza com seu entorno, a qual Laznik (2004) afirma que compreende a idade ideal para intervenção, pois está se constituindo no simbolismo, principalmente por meio da linguagem e desenvolvimento psicomotor.

O campo simbólico, na especificidade do conhecimento psicomotor, é estudado por Levin (1995) que afirma que sua ótica está centrada e opera no singular ponto de encontro entre a imagem do movimento e o projeto motor, o eixo do corpo e a representação, entre a postura e a posição subjetiva, entre a mecânica do movimento e o gesto significante. Reforça ainda mais essa ideia, dizendo que para que uma criança possa mover-se, será necessário que alcance o saber de seu corpo e sua representação a nível simbólico. Nesse sentido, torna-se impensável a aplicação de qualquer técnica dentro de um projeto psicomotor que não se coloque o brincar como elemento central, como possibilidade da criança situar-se no mundo das representações, no mundo do simbolismo.

Essas ideias de objeto, corpo e o outro, quando pensadas no ato do brincar, permite ampliar o conceito de intervenção clínica, que não só deverá situa-se no corpo enquanto orgânico, nem poderá se limitar unicamente ao campo da linguagem verbal, mas que tenha a dimensão de que o corpo de um sujeito está inserido na linguagem, que esse corpo é linguagem, é um dizer, e comunica-se como expressão simbólica.

Essa visão de desenvolvimento foi utilizada para construir a intervenção precoce com bebês diagnosticados com transtornos no desenvolvimento, sobretudo com distúrbios orgânicos (síndromes, paralisia cerebral, etc.) e psíquicos graves (psicose e autismo), que compuseram extensa experiência clínica nos Centros Lydia Coriat em Porto Alegre-RS e em Buenos Aires. Outro núcleo importante dessa

abordagem é o grupo liderado pela Dra. Maria Cristina Kupfer da Universidade de São Paulo, cuja prática clínica esteve centrada no Lugar de Vida¹⁰.

Kupfer (2008) coordenou uma pesquisa multicêntrica que desenvolveu índices para detectar risco ao desenvolvimento infantil, até os 18 meses de vida. Segundo a autora, os problemas de desenvolvimento podem ser considerados como sendo de dois tipos: o primeiro se refere aos problemas de desenvolvimento que apontam dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança sem questionar a instalação do sujeito psíquico; o segundo tipo se refere aos problemas na constituição do sujeito que indicam dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de obstáculos no processo de estruturação subjetiva e apontam para um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância.

A metodologia utilizada por Kupfer (2008) foi um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal, tendo como amostra inicial 727 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 em clínica pediátrica de unidades e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde). Aos 3 anos de idade as mesmas crianças foram submetidas a avaliação psicanalítica e psiquiátrica para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificar as associações com os IRDIs.

Os indicadores foram organizados de forma a compreender as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança em 4 grandes eixos, inspirados em Jerusalinsky (2002), que segundo o autor balizam a constituição da subjetividade: 1) supor um sujeito (SS); 2) estabelecer a demanda da criança (ED); 3) alternar presença-ausência por parte da mãe (PA) e; 4) função paterna (FP). O modo em que esses eixos venham a se instalar (ou não se instalar) 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 (KUPFER, 2008).

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 constituída. Tal constituição depende justamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado

¹⁰ A Associação Lugar de Vida realiza atendimentos clínicos conveniados com o LEPSI – Laboratório de Estudos e Pesquisas Educacionais sobre a Infância, um laboratório interunidades (Instituto de Psicologia e Faculdade de Educação) da USP, que dá prosseguimento às pesquisas com os IRDIs.

pela mãe (ou cuidador). Essa antecipação causa grande prazer no bebê, então este tentará corresponder ao que foi suposto nele. Essa resposta traduzida 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.

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. Esse processo, totalmente inconsciente, conduz a mãe a reconhecer em cada gesto de seu filhote um signo de demanda endereçada a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda – sempre inserida numa trama de afeto – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se.

O eixo “alternância presença/ausência” (PA) se refere às ações mínimas nas quais a presença materna vai se tornando símbolo da satisfação e substituindo a presença do objeto real. Assim, a mãe presente evoca o objeto ausente, como o objeto presente evoca a mãe ausente. Então, tanto a “descontinuidade da satisfação” quanto a “descontinuidade da presença materna” são fundamentais para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito no mundo. 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 possa ser transmitida por ela. Esse lugar terceiro toma para a criança, e também para a mãe, as formas de regras e normas que introduzem a negativa. Portanto, depende dessa função a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

Construiu-se, então, um conjunto de índices, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo, conforme se visualiza no quadro1.

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

Quadro 1- Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008)

O instrumento como um todo tem valor preditivo de problemas de desenvolvimento geral, e alguns mais especificamente de risco psíquico. No entanto, não há um valor diagnóstico nos mesmos, pois o que é risco hoje pode não ser amanhã e a criança pode não desenvolver uma patologia grave do desenvolvimento. Logo, os indicadores da estruturação psíquica estariam desconectados da ótica de caráter de previsão, mas apontam o caráter de tendência (KUPFER E VOLTOLINI, 2005). Nessa perspectiva, o valor dos índices (IRDIs) está em permitir a localização, a tempo, de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais rico e criativo, com menor sofrimento.

Em Santa Maria, iniciou-se em 2010, uma pesquisa utilizando os IRDIs no acompanhamento de bebês de um até aproximadamente 24 meses de vida. Nessa pesquisa foi possível ver uma série de associações entre alterações nos índices e aspectos ambientais (estados de humor materno, dificuldades em se constituir na

experiência da maternidade) (PRETTO-CARLESSO, 2011; BELTRAMI, 2011); e na relação entre funcionamento de linguagem e risco psíquico (FLORES, 2012); aspectos sócio-demográficos e obstétricos e produção inicial de fala com os índices (CRESTANI, 2012); e na relação entre funcionamento de linguagem e índices em casos de distúrbio de linguagem (OLIVEIRA, 2013).

Todos esses trabalhos e dissertações de mestrado indicaram associações importantes entre aspectos do desenvolvimento e detecção de risco por meio dos índices, confirmando a relevância e eficiência de tais indicadores para detectar que algo não vai bem no desenvolvimento infantil. Entre tais aspectos, sintomas alimentares e de linguagem já foram analisados pelo grupo, em sua relação com as funções parentais. Nos estudos de caso, realizados por Flores (2012) e Oliveira (2013) ficou evidente que cenas de interação entre pais e bebês refletem dificuldades no funcionamento de linguagem. No estudo de Flores (2012), embora os três casos analisados não tenham desenvolvido problemas no domínio gramatical da língua, havia evidências de que as meninas possuíam limitações na interação com distintos interlocutores.

Já no estudo de Oliveira (2013) de três casos que desenvolveram distúrbio de linguagem, observam-se limitações tanto no domínio gramatical quanto no processo de interlocução, sendo respectivamente nível semiótico e processo de semantização na perspectiva enunciativa de Cardoso (2010), evidenciáveis também por alterações nos mecanismos enunciativos propostos por Silva (2007,2009) para a aquisição da linguagem. Chamou atenção às limitações impostas ao primeiro mecanismo de preenchimento de turno a partir do outro, em que o desencontro, tanto no contato corporal quanto na relação entre a fala da mãe e as manifestações do bebê (corporais, vocais), já indicavam que poderia haver futuras dificuldades na linguagem, a partir da análise de cenas dos primeiros meses de vida.

De acordo com Jerusalinsky (2002), em muitos casos, o adulto parece não conseguir sustentar as condições necessárias para que a enunciação se dê e, com isso, não cria condições constitutivas na linguagem. E mesmo que se pense que tal falta de investimento no diálogo por parte dos pais possa ter sido gerada por uma falta de apetência simbólica relacionada a predisposições genéticas do filho no caso do autismo (LAZNIK e PARLATO-OLIVEIRA, 2010), ou por limitações orgânicas que dificultam à criança ocupar a posição de locutor (RAMOS e FLORES, 2013) cabe ao fonoaudiólogo quebrar este ciclo de ausência de diálogo.

Inspirado na ideia de intersubjetividade proposta como princípio de análise do funcionamento da linguagem, pensa-se, neste trabalho, propor uma reflexão sobre o brincar também a partir dessa noção, pois, em geral, a análise do brincar se dá essencialmente a partir da reflexão acerca do que o bebê faz e não se encontram, comumente, trabalhos que assumam uma análise intersubjetiva do brincar, embora alguns trabalhos clínicos afirmem o caráter desapropriativo das ações do adulto sobre o bebê nas interações verbais e não verbais (RAMOS e FLORES, 2013).

Acredita-se que o aporte teórico de Winnicott permita pensar em intersubjetividade, sobretudo na situação de constituição psíquica. Por isso, no próximo capítulo, este aspecto será retomado.

2.2 O brincar

A resenha teórica aqui realizada buscou uma perspectiva interdisciplinar que pudesse contribuir para pensar nas dimensões cognitiva e afetiva do brincar, bem como na forma como tem sido olhado pela Fonoaudiologia, área de concentração desta pesquisa.

Deste modo, inicia-se a seção pelos trabalhos clássicos da Psicologia do Desenvolvimento, para a seguir abordar o tema no campo psicanalítico. Por fim, apresentamos os trabalhos existentes no campo fonoaudiológico.

2.2.1 O Brincar para a Psicologia do Desenvolvimento

Na psicologia do desenvolvimento, base principal para teorias pedagógicas, o estudo do brincar é tradicionalmente relacionado à aprendizagem, sob a perspectiva do desenvolvimento dos processos mentais, enquanto construção do conhecimento. De acordo com POLLONIO (2005), a trajetória de estudos da chamada psicologia cognitiva, que se deteve em definir o brincar e discutir sua

função, colaborou para ultrapassar a ideia inicial restrita apenas à esfera do lazer e do entretenimento.

Guterres (2003) traça um breve histórico do uso do brincar na educação, tratado inicialmente com denominação de lúdico, começando pelos preceitos de Platão (427-348), na Grécia Antiga, que afirmou que os primeiros anos da criança deveriam ser ocupados por jogos educativos sob vigilância de adultos e em locais próprios para crianças. Segundo ele e alguns pensadores gregos da época, a educação escolar propriamente dita deveria apenas começar aos sete anos de idade, pois antes disso a criança deveria somente brincar.

Ainda de acordo com Guterres (2003), entre os egípcios, romanos e maias, os jogos serviam para os mais jovens aprenderem valores, conhecimentos, normas e padrões de vida social com as gerações mais velhas. Com a expansão do cristianismo, os jogos passaram a ser considerados sem valor social e adquirindo um caráter considerado pela igreja como inadequado, profano e imoral e sem nenhuma significação.

Só no século XVI, os humanistas começaram a perceber o valor educativo dos jogos. Ariès (1978), em estudo do histórico social da concepção de criança e família, marca que os colégios católicos foram os precursores desse movimento, com tratados de ginástica que continham regras de jogos, introduzindo no ensino aulas de dança, comédia, jogos de competição, aplicando jogos também no ensino da ortografia e gramática.

Segundo Irenèe (1975) no início do século XVII, as teorias de Montaigne, Comenius e Rousseau começaram a explorar o mundo infantil de maneira diferenciada, incluindo o jogo no processo educacional. Contudo, foi Pestalozzi e, principalmente, seu discípulo Froebel, em 1913, que, na pedagogia, fortaleceram o método lúdico na educação ao construir o primeiro *kindergarten* (jardim de infância) e também uma fábrica de materiais pedagógicos (KISHIMOTO, 2003). A intenção principal desse método de Froebel era ensinar as noções sobre formas geométricas e elementos do ambiente através dos jogos. Assim, de acordo com Kishimoto (2003), ainda era clara a cobrança de conteúdo, e ainda não era valorizado o jogo livre como aspecto fundamental para o desenvolvimento infantil, sendo tratado somente como mediador do ensino de conteúdos.

No entanto, o maior aprofundamento teórico para a inserção do brincar no ensino, encontrado em pesquisas (KISHIMOTO, 2003; GUTERRES, 2003;

POLLONIO, 2005), deu-se nas perspectivas da chamada Psicologia Genética que teve como importantes representantes Piaget, Wallon e Vygotsky. Esses grandes pesquisadores buscaram compreender as mudanças envolvidas nos processos de estruturação psicológica da criança. Por isso, nesta sessão de revisão, serão abordados seus principais pensamentos e pesquisas, relacionados principalmente a quatro pontos, a saber: a) conceito de brincar; b) função e posição ocupada pelo brincar frente ao objeto de estudo de cada autor; c) a relação do brincar com a linguagem; d) a interface do brincar com a clínica.

Piaget (1978) dedicou-se a entender como o sujeito alcança o conhecimento, dada a capacidade do homem de organizar, estruturar e explicar o que experiencia. Seu trabalho teve como norte a Epistemologia Genética, cujo objetivo era, basicamente, averiguar como o ser humano passa de estados inferiores de conhecimento para os mais complexos. Sua hipótese, de acordo com Pollonio (2005), era de que o conhecimento, diferentemente dos pensamentos inatistas e empiristas, derivaria das ações, e das interações do sujeito com o mundo físico ou cultural, cuja construção vem sendo elaborada desde a infância.

Ao defender a tese entre a relação do desenvolvimento afetivo e cognitivo, reforça a ideia de esquemas¹¹ e ressalta as possibilidades genéticas do sujeito de ampliá-los por meio do conhecimento, experiências e trocas que realiza e mantém com o meio. Neste viés, o sujeito de estudo é o epistêmico, aquele ideal e universal que se constrói por meio de sua própria atividade/ação, que possibilita a compreensão do mundo e de si mesmo (PIAGET, 1978).

Em sua teoria, Piaget, em 1978, sugeriu que o desenvolvimento da criança passa por fases ou períodos estruturados em uma lógica própria, com ordem de sucessão constante e organização hierárquica. Nesta concepção, procura dar importância aos fatores genéticos e maturacionais, cujo impulso é dado pela execução de ações pela criança. Então, a ação funciona como elemento basal e estruturante da inteligência, e é a ação individual da criança que permite sua

¹¹ Pode-se dizer, de acordo com a teoria de Piaget (1975), que os esquemas são estruturas intelectuais que classificam e organizam os eventos de acordo com a forma que eles são percebidos e identificados pelo organismo. Estes esquemas são utilizados para processar e identificar a entrada de estímulos, e graças a isto o organismo está apto a diferenciá-los, como também está apto a generalizá-los em grupos de estímulos. Elucidando-se o conceito, o funcionamento se dá quando a criança está diante de um estímulo (inicialmente sensório-motor) e tenta "encaixá-lo" em um esquema disponível. Vemos então, que os esquemas são estruturas intelectuais que organizam os eventos como são percebidos pelo organismo e classificados em grupos, de acordo com características comuns.

organização mental, dado que para o autor, a socialização não é destacada como fundante à inteligência (POLLONIO, 2005).

Neste prisma, os seus estudos sobre o brincar entram em cena, já que considera o movimento da criança como fundante. Piaget (1978) descreveu o brincar e o delimitou como lugar para se investigar a inteligência infantil, podendo-se entender que, por ser uma atividade que permite à criança se relacionar com objetos ou pessoas, cede espaço para o representar¹², para o desenvolvimento afetivo, para revivências de situações da vida real, além de promover avanços de linguagem e inteligência.

O estudioso (PIAGET, 1978), ao descrever o processo de aquisição da representação, alerta para a necessidade da observação constante e analítica da ação da criança no brincar, nas quais estão expostas as estruturas comportamentais, sociais e linguísticas. Entende que antes de a criança ser capaz de brincar no sentido de representar, ela necessita passar minuciosamente por alguns períodos que, se não forem bem sucedidos, causarão alterações em seu processo de desenvolvimento.

O primeiro período relatado por Piaget, em 1978, é conhecido como sensório-motor que persiste aproximadamente até os dois anos de idade. O brincar deste período refere-se às ações/movimentos centrados no corpo da criança diante de objetos/brinquedos. O pesquisador, não considerou, neste período, a relação com o outro na brincadeira, apenas do corpo com o objeto, para impulsionar e orientar seu pensamento e sua inteligência. Postulou que este modo primitivo de exploração permite que as percepções tornem-se aguçadas e que a criança faça uso desses movimentos corpóreos aprendidos ao se deparar com situações que exijam essa qualidade de resolução.

De acordo com Piaget (1978), é este o momento anterior ao "aparecimento" da linguagem, o que faz com que a criança não vivencie, ainda, a função simbólica (denominada posteriormente em suas obras de "função semiótica") e não opere ainda com representações e formulações. Esse momento também pode ser entendido como o instante em que as aquisições se dão de maneira mais acentuada, em direção à construção do pensar e do falar.

¹² A brincadeira de faz-de-conta, ou "jogo simbólico", estudado por Piaget, "implica a representação de uma atitude ou objeto ausente" (1975, p.146). É a capacidade que a criança desenvolve de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação, o que Piaget denominou de função simbólica ou função semiótica.

Para Piaget e Inhelder (1982), é somente a partir dos três anos que a criança será capaz de discernir entre os esquemas internos disponíveis, e se apropriar de tais recursos para resolver problemas. Este momento marca a transição do período sensório-motor para o seguinte, o simbólico pré-operacional, que persiste dos três até os sete anos aproximadamente. Também é nesse momento que o brincar começa a se manifestar como uma "atividade" dirigida ao outro, por conta da "presença da linguagem". O brincar desse período já sustenta o faz de conta e a representação em jogos simbólicos, usa meios novos interiorizados para realizar o que deseja, já tem *insights* e compreende as situações que vivencia.

A representação, contida nesses jogos simbólicos, de acordo com Piaget (1975), então, traz em sua expansão três consequências essenciais para o desenvolvimento mental: aparecimento da linguagem, início da socialização da ação e, sobretudo, a interiorização da ação e sua reconstrução no plano das imagens e das experiências mentais.

Piaget (1975) afirma que os jogos simbólicos voltam-se, muitas vezes, para a resolução de conflitos inconscientes, em defesa de situações angustiantes ou fobias vividas que, pelo brincar, podem ser reelaboradas pela criança. Ressalta que até por volta dos quatro anos de idade há a persistência de algumas etapas do jogo simbólico, importantes de serem examinadas, pois o simbolismo envolvido nas situações descritas contribui para avanços na linguagem, para o surgimento inicial da fala egocêntrica, como afirma, e na criatividade. Sobre as possibilidades do brincar simbólico, nesta mesma obra (1975), tratam-se de momentos em que o brincar é acompanhado de uma fala egocêntrica, em que a criança fala de si e de seu ponto de vista. O autor refere-se a esses momentos como:

a) a projeção de esquemas simbólicos a objetos com os quais brinca: em que a criança projeta nos objetos reais as ações observadas, como, por exemplo, consolar-se com uma boneca quando ela chora, ou a projeção de esquemas de imitação a objetos, como pegar um papel e "ler" como o faz um familiar.

b) combinações simbólicas simples: situadas entre a transposição da vida real e a invenção de seres imaginários, como representar a cena de um banho, seguidas por combinações compensatórias, que visam à reação contra um medo ou fazer o que, na realidade, não se faria, que fora proibido anteriormente, como jogar água para fora da banheira;

c) combinações liquidantes: em que a criança elabora as situações ruins que presenciou por meio de uma brincadeira; e combinações antecipatórias, quando antecipa as consequências de uma ação proibida, como subir em algo, por exemplo, pois sabe que pode cair;

Nas demais fases, a das operações concretas (sete a doze anos) e operações formais (doze a dezesseis anos), a criança sofre uma perda progressiva da deformação lúdica do símbolo. Inicia-se, assim, um simbolismo coletivo, ao passo que aumenta a socialização. Nesse sentido, a criança brinca assumindo um papel, agindo com reciprocidade nas relações interindividuais, e não requer tanto o simbolismo, considerando a dimensão imaginativa, para resolver seus problemas, uma vez que conta com a inteligência estruturada.

É notório que, quando Piaget (1978) endereça espaço em suas obras para a teorização do brincar, emerge, concomitantemente, um olhar para o pensamento e a linguagem da criança. O próprio autor defendeu que a aquisição da linguagem estaria subordinada ao exercício de uma função simbólica. Já o adulto (outro), na perspectiva do autor, é quem já detém o saber que ainda é faltante na criança e, por isso, lhe apresenta o mundo, lhe conduz às ações, lhe oferece possibilidades de aprendizagem, mas cabe à criança, por si só, ir delineando, com base no que presencia, o seu aparato cognitivo.

Outro ponto de destaque nas teorias de Piaget é a imitação, pois concebe que por meio dela a criança iniciará sua construção de conhecimento, mantendo um elo com o brincar. Para que o saber possa ser construído, para Piaget, é necessário que a criança se apoie na imitação do modelo adulto, pois assim fazendo, a criança executa as ações que presenciou e, no decorrer de seu desenvolvimento, passa a desenvolver esquemas interiorizados para agir no brincar e linguisticamente sem a dependência do outro. A visão do autor de imitação, então, não considera a criança uma tábula rasa e passiva nesse processo.

Ainda de acordo com Piaget (1978), para a construção do conhecimento devem acontecer, em todas as fases, ações físicas ou mentais sobre objetos que, provocando o desequilíbrio do sistema, resultam em assimilação ou, acomodação e assimilação dessas ações e, assim surge a construção de esquemas ou conhecimento. Colocando-se de outra forma, uma vez que a criança não consegue assimilar o estímulo, ela tenta fazer uma acomodação e depois uma assimilação e o equilíbrio é então alcançado. A adaptação é um equilíbrio entre a assimilação e a

acomodação. Quando o equilíbrio deixa de existir, o indivíduo age sobre o que lhe afetou procurando o reequilíbrio.

Piaget (1978), após expor as fases em que a criança deve cursar para se desenvolver cognitivamente, destaca que caso haja alguma interferência nessas fases, será visível pelo modo como a criança brinca (ou não) e se relaciona com objetos. Essa alteração no curso do desenvolvimento será, para o autor, fruto de uma sociabilidade precária ou, principalmente, de alterações orgânicas. No entanto, em seus estudos, Piaget não se propôs a discorrer sobre o trabalho clínico-terapêutico, não havendo menção em suas pesquisas ao papel do brincar na terapêutica. Seu objetivo central era, então, explicar o processo de desenvolvimento cognitivo infantil.

Piaget configura, por fim, um conceito para o brincar retirando-o da esfera do lazer e o concebendo como atividade a serviço da estruturação cognitiva e das novas aquisições. O fato de ser apresentado como revelador do desenvolvimento mental, faz do brincar uma atividade de grande importância na sua teoria. Se o objeto de estudo de Piaget é a construção de conhecimento na infância, pode-se dizer que o brincar ao mesmo tempo em que se origina da inteligência em ascensão, adquire uma função particular e constitutiva nas diferentes etapas de desenvolvimento e da própria linguagem (KISHIMOTO, 2003; GUTERRES, 2003; POLLONIO, 2005).

Em contrapartida, Vygotsky (2003), estudioso bielo-russo, procurou compreender e descrever a formação dos processos cognitivos humanos com teorias que enriqueceram o universo da psicologia e tiveram, posteriormente, importantes desdobramentos no âmbito pedagógico, principalmente quanto ao papel do brincar na aprendizagem. Para Vygotsky (2003), a formação das funções psicológicas superiores estaria na dependência das interações sociais vivenciadas pela criança, sendo, assim, o desenvolvimento humano como resultante de um processo histórico-dialético.

O autor ressalta (1998) que a linguagem é a base para aquisição do conhecimento ao mesmo tempo em que se torna reveladora do pensamento. Foi este um pensamento revolucionário na psicologia tendo em vista que até então a linguagem era tida como consequência de um funcionamento biológico em vias de

integridade e não como resultante da relação da criança com a cultura e a sociedade.

Assim como Piaget, Vygotsky defendeu um raciocínio centrado na trajetória ontogenética do indivíduo para explicar o desenvolvimento e a aprendizagem. Porém, Vygotsky (1998) considera que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida e que as funções psicológicas superiores assim são construídas. Ele não estabelece fases para explicar o desenvolvimento como Piaget. E sobre o sujeito, embora tenha uma herança biológica que influencie na internalização de suas estruturas cognitivas, este não é ativo nem passivo: é interativo, dependente, pois, do contexto histórico e cultural no qual vive, mais especificamente das relações sociais mantidas (OLIVEIRA, 1997).

Então, ao contrário de Piaget, Vygotsky delimitou que o que pertence à ótica social não pode ser descartado, e sim, determinante; e que só a criança e suas experiências com o corpo e objetos não contempla as suas conquistas. São estas divergências, dentre outros aspectos em ambas as produções, que permitem localizar seus postulados no "sócio construtivismo", enquanto Piaget mantém-se na linha "construtivista" (POLLONIO, 2005).

Vygotsky (2000), em seus escritos, elaborou a teorização sobre o brincar tendo por base o papel do outro para sua emergência e, as consequências de seu aparecimento na aprendizagem e na formação dos processos psicológicos superiores. Quando atribui à sociedade e à cultura esse aspecto de maior importância para o desenvolvimento da criança, destaca que além da importância da função do outro, há a importância dos instrumentos, que chama de ferramentas, como mediadores da aprendizagem. Destaca, então, o brincar como ferramenta mediadora fundamental, sem a qual o homem não tem acesso direto ao conhecimento. Esse conceito de mediação é fundamental em sua perspectiva e ressalta a importância do meio para o desenvolvimento da criança, em que tanto as pessoas como os instrumentos presentes na cultura, podem auxiliar a criança a construir conhecimento.

Segundo Vygotsky (1998), então, o desenvolvimento da criança se dá "de fora para dentro", uma vez que ela realiza ações externas que são interpretadas pela sociedade. Diante dessas interpretações é que a criança passa a perceber que suas ações têm significados e, assim, começa a desenvolver processos internos (a consciência desenvolve-se gradativamente) que lhe possibilitam, posteriormente,

interpretar seus próprios gestos. Nesta mesma obra, o pesquisador menciona que na brincadeira "a criança se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além de seu comportamento diário; no brinquedo, é como se ela fosse maior do que ela é na realidade" (VYGOTSKY, 1998, p.117). Isso porque, na visão de Vygotsky, a brincadeira cria uma zona chamada de zona desenvolvimento proximal¹³ favorecendo e permitindo que as ações da criança ultrapassem o desenvolvimento real já alcançado permitindo-lhe novas possibilidades de ação sobre o mundo. Enquanto Vygotsky aborda o faz-de-conta, Piaget fala do jogo simbólico, o que para Oliveira (1997), são conceitos similares.

Em termos de conceitos, Vygotsky expõe os termos "jogo", "brincadeira" ou "brinquedo" e "situação lúdica" todos como sinônimos, cuja definição é atividade espontânea infantil que irá acontecer de acordo com as necessidades subjetivas da criança e não requer a imposição do outro.

Vygotsky (2003) menciona em sua abordagem sobre o brincar que a criança irá se desenvolver, essencialmente, por meio da atividade de brinquedo, dando-lhe posição primordial na constituição do sujeito. Nesse sentido, tem-se, na brincadeira, a respeito de jogos de regra, o planejamento e elaboração de papéis como importantes condutores da criança a modificações internas e intensas, como desenvolvimento nas ações imaginativas, criação de intenções voluntárias, formação dos planos de vida e motivações, constituintes da função simbólica.

O autor acredita que, inicialmente, uma criança muito pequena não é capaz de criar uma situação imaginária, pois não tem recursos psíquicos que ultrapassem o plano da realidade. Desta forma, suas brincadeiras refletem quase sempre suas vivências, sendo consideradas muito mais a lembrança de alguma coisa que realmente aconteceu do que imaginação. É mais uma memória em ação do que uma situação imaginária nova (VYGOTSKY, 2003).

A imaginação irá se expandir e alcançar o plano imaginário, de acordo com o autor (VYGOTSKY, 2003), na fase pré-escolar, na qual a criança, jogando, recria situações para além do realmente vivenciado, para além da imaginação: ela age enquanto imagina. Quando o pensamento abstrato se desenvolve, a criança está

¹³ De acordo com Oliveira (1997), Vygotsky chamou de zona de desenvolvimento proximal o percurso de um indivíduo para desenvolver funções que se encontram em processo de amadurecimento e que mais tarde se tornarão funções consolidadas, estabelecendo assim o nível de desenvolvimento real do indivíduo.

disponível para os jogos de regras, com disputas e premiações, sem abrir mão dos jogos simbólicos, que despertam o imaginário.

Vygotsky (2000) chama de "nível de desenvolvimento real", a capacidade da criança em alterar seu desempenho em uma atividade, a executar uma tarefa e alcançar novas aquisições, com o auxílio de algo ou alguém. Coloca, ainda, que o jogo é imperativo para a estruturação da linguagem e do pensamento, pois a brincadeira precisa passar pela atribuição de significado do outro para que o sentido de suas ações seja internalizado e, paralelamente, expandisse seu universo linguístico. Nesse aspecto, o autor reforça a considerável importância à brincadeira e a quem brinca, como mediadores do desenvolvimento da linguagem.

Sobre a imitação, Vygotsky, diferentemente de Piaget, destaca que esta é a precursora de novas aquisições. Completa que imitando ações a criança aprende tanto conceitos quanto a fala, não sendo a mera cópia do que se vê no outro, mas a reconstrução individual daquilo que é observado. Vygotsky (1999), sobre a relação dos jogos com a imitação, apontou que:

[...] com muita frequência estes jogos são apenas um eco do que as crianças viram e escutam dos adultos, não obstante estes elementos da sua experiência anterior nunca se reproduzem no jogo de forma absolutamente igual e como acontecem na realidade. O jogo da criança não é uma recordação simples do vivido, mas sim a transformação criadora das impressões para a formação de uma nova realidade que responda às exigências e inclinações da própria criança" (p.12).

Porém, como o fez Piaget, Vygotsky (1999) também não discorre sobre a clínica, sendo seu intuito esclarecer a dependência do desenvolvimento cognitivo da criança em relação ao meio sociocultural no qual o brinquedo, por excelência, funciona como um mediador da aprendizagem e serve para a organização mútua da linguagem e do pensamento.

Dessa forma, ao se tratar do desenvolvimento infantil, deve-se voltar atenção às produções de Wallon (1979), que procurou estudá-lo tendo como foco o psiquismo e seus processos transformacionais. Seus estudos primaram por esclarecer a formação dos processos psíquicos, responsáveis pela construção da

cognição, dos mais simples aos mais complexos. Assim, não acreditava que o psiquismo existisse na criança desde sempre, pelo contrário, que ele se desenvolveria ao longo de uma evolução. Para Wallon (1986), a compreensão dos avanços cognitivos estaria em estreita relação com os aspectos afetivo, motor e cognitivo. Numa interface entre esses três elementos, o investigador compreende o contexto de desenvolvimento da criança.

Em seus trabalhos, constituídos na perspectiva da Psicologia Genética, a visão imperativa era a de que a criança sofreria uma determinação “geneticamente social”, ou seja, estaria sujeita tanto às disposições internas, quanto às situações advindas do exterior. Assim, para Wallon (1986) era importante levar a função social como precursora ao desenvolvimento da criança, o que o assemelha a Vygotsky e o distingue de Piaget, pelo fato deste discutir, em primazia, que o desenvolvimento cognitivo não dependeria da relação da criança com as pessoas que a cercam.

O método adotado por Wallon para entender esse desenvolvimento era o da observação. Neste prisma, Wallon (1979) afirma que “observar é, evidentemente, registrar o que pode ser constatado” (p.15). De acordo com ele, após determinado o padrão do desenvolvimento dado pela observação, as crianças que fogem à média, apresentam condutas desviantes. Desse modo, questionando-se sobre a melhor forma e momento de observação, conclui que é, inegavelmente, durante o brincar da criança.

Wallon discutiu o papel do brincar no desenvolvimento cognitivo da criança. Para ele, há preferência dos termos "jogo" e "ação lúdica" a brincar. Definiu, em 1979, jogo como qualquer ação ou atividade da criança ao mergulhar na ação lúdica, visando concretizar algum objetivo. Destaca que essa concretização de ações é possibilitada pelos brinquedos, objetos que funcionam como suporte material das ações (WALLON, 1979). Trata-se, sobretudo, de uma atividade inerente ao desenvolvimento da criança que sofre modificação ao longo de sua evolução.

A partir do pressuposto de que a criança é um ser que se desenvolve por etapas, Wallon (1984) descreve estádios sucessivos dessa evolução, nos quais o jogo está envolvido. Nessa evolução, diferentemente de Piaget, estes estádios são interpostos e não lineares, pois o ritmo de sucessão das etapas do desenvolvimento é descontínuo, marcado por rupturas e retrocessos, ou seja, a passagem se dá por reformulações de estádios, cujo movimento afeta a criança, propiciando-lhe avanços cognitivos.

A primeira etapa de desenvolvimento que Wallon (1984) formula é a sensório-motora, em que a criança realiza "atividades funcionais" por meio da exploração do ambiente e dos objetos, sendo que movimentos reflexos podem estar presentes. Aponta que nesse período começa a emergir a linguagem, tida já como função simbólica. O pensamento caminha para estruturar-se, mas para isso é estritamente dependente da ação, que Wallon define como "movimento". Inicialmente, a criança depende da imitação dos movimentos do outro para que, de modo progressivo, adquira maior independência. Emerge, nesse contexto, o brincar de imitar os movimentos alheios, forma mais primitiva de brincar. Nesta etapa de desenvolvimento, marcam presença os jogos funcionais, em que a criança realiza movimentos simples como estender e encolher os braços ou as pernas, produzindo vocalizações durante a movimentação.

A ação da criança, nesse período é comandada pelo agrado causado a si mesma e o que provoca no outro. Nessa perspectiva, a criança age quando vê que o efeito foi positivo, favorecendo a formação de estruturas e um ajuste cada vez mais coordenado e diversificado da movimentação, constituindo-se em jogos funcionais (WALLON, 1984). Nesses jogos, para adquirir um gesto, a criança primeiramente faz ensaios e, aos poucos, elimina os erros cometidos. Um efeito favorável induz à repetição; caso contrário, um efeito negativo leva à supressão do gesto.

Esses jogos são apenas equivalentes à exercitação física. Dessa forma, a criança a partir de meados do segundo ano de vida conquista a dimensão simbólica do pensamento, o que lhe abrirá caminhos para as relações sociais com o mundo e com a cultura (WALLON, 1984).

Então, por meio do aperfeiçoamento desses ideomovimentos e da dependência do outro, e esta diminuindo com a ascensão da linguagem, a criança ultrapassa os limites sensório-motores do comportamento, avançando para o estágio personalista, que se caracteriza por um período em que a criança vivencia subjetivamente situações, ou melhor, já consegue se inserir em um contexto e extrair sensações dele. Este momento é de extrema importância, pois há o aparecimento das primeiras ações lúdicas que envolvem os "jogos de alternância", nos quais a participação do outro é fundamental. A inclusão no discurso infantil do "eu" e do "mim" faz valer as suas vontades, que serão agora manifestadas verbalmente. Tal fato conduz a uma fase de reivindicação, ao mesmo tempo em que precisa contar com modelos daqueles que admira para imitá-los (WALLON, 1984).

A imitação, para o autor, além de permitir a modelagem das condutas da criança, possibilita a evolução mental. Daí em diante a criança já consegue manter relações mais diversificadas com o meio, tendo como auge as relações mantidas na idade escolar. Nesse período do desenvolvimento, Wallon (1984) ressalta outras formas de jogos, essenciais à linguagem e à construção da personalidade. Elenca os jogos de ficção, conhecidos como o "fazer de conta", em que a criança libera a imaginação e cria acontecimentos que a satisfaz. Há também os jogos de aquisição, que levam a criança a apurar os sentidos, a perceber e compreender as situações, haja vista as encenações, a música, que favorecem o aprendizado de novas capacidades. Por fim, aponta os jogos de fabricação, em que a criança acopla, combina gestos, modifica-os, transforma-os em novos, sendo ela própria a produtora de algo.

O autor não considera que o jogo seja visto como distração ou recreação apenas, uma vez que ele possibilita a exercitação de funções e adaptações ao meio físico e social. Nessa via de pensamento, ressalta que por meio das simulações que a criança vivencia durante a ação lúdica, a ficção se introduz na vida mental e auxilia a evolução psíquica. Considera que a criança repete em seus jogos as experiências pelas quais passou, como se estivesse imitando a vida (WALLON, 1984).

Wallon (1984) considera o movimento como responsável pela estrutura da relação da criança com o meio, esteja diante de objetos ou pessoas. Ao mesmo tempo, destaca que os movimentos são uma forma de expressão emocional e de comportamento e não simples deslocamentos ou ações puramente desprovidas de funções. Por meio do movimento, a criança exprime as suas necessidades antes mesmo do aparecimento da linguagem oral.

O autor (1984) afirma, ainda, que a linguagem é "recebida" pela criança por meio da sociedade que a cerca, e é um dos elementos que contribui para a estruturação de seu raciocínio, porque esta linguagem, enquanto agente externo, ao ser imitada e internalizada leva a criança a outras formas de pensamento.

Portanto, o brincar foi explorado na obra de Wallon (1984) a partir de uma extrema preocupação em explicar como o desenvolvimento psíquico se configura e sob quais parâmetros (afetivos, cognitivos e motor) o observador deve amparar-se para compreendê-lo. Embora não apresente uma visão direcionada à clínica tem uma perspectiva muito abrangente que pode subsidiar alguns fazeres desse campo.

Vê-se ainda que, conforme a "personalidade" se emoldura, há uma estreita relação entre os jogos e o desenvolvimento da linguagem na teorização de Wallon.

Assim, considerando que a constituição da formação de fonoaudiólogos esteve sempre muito ligada à Psicologia do Desenvolvimento, é possível visualizar na literatura fonoaudiológica os efeitos de teóricos como Wallon, Vygotsky e principalmente Piaget, tanto no processo de avaliação quanto de intervenção clínica. Nesse sentido, será apresentada, na seção 2.2.3, o que os fonoaudiólogos têm escrito sobre a atividade lúdica ou do brincar em suas ações profissionais, evidenciando tal influência.

Na próxima seção (2.2.2) busca-se oferecer os conceitos básicos do brincar a partir do campo psicanalítico, tendo em vista sua influência mais recente no campo fonoaudiológico.

2.2.2 O brincar no campo psicanalítico

Nesta seção, busca-se resgatar um pouco da história da Psicanálise com crianças, percorrendo os principais trabalhos do campo em uma certa cronologia, iniciando por Sigmund Freud, seguido por Anna Freud, Melanie Klein e D. W. Winnicott. Na sequência, serão trazidos os trabalhos mais recentes de Françoise Dolto, Ricardo Rodolfo e Alfredo Jerusalinsky. Estes últimos percorreram um sentido diferente dos primeiros ao demarcar um deslocamento teórico-metodológico de inspiração lacaniana, cujo atributo de maior valia para a fonoaudiologia é a concepção de linguagem enquanto instância simbólica, enfatizada como estruturante do sujeito.

A utilização terapêutica do lúdico iniciou-se na Psicanálise, como tentativa de tratar as neuroses infantis, pois os métodos tradicionalmente usados com adultos não serviam para o tratamento com as crianças. O brincar foi identificado pelos psicanalistas como a melhor via de acesso ao inconsciente infantil (POLLONIO, 2005).

Franch (2001) aponta que Sigmund Freud é considerado o precursor do estudo do lúdico e, conforme Outeiral (1998), como o psicanalista que estabeleceu

marcos referenciais básicos que permitiram entender a natureza e a função dessa atividade.

Em um relato de caso, considerado a primeira análise infantil, Freud (1909) analisou o menino Hans (5 anos) de maneira indireta, pois na época não se acreditava que a criança poderia ser sujeito em análise por conta de sua incipiente capacidade de verbalização. Devendo ser um dos pais, apenas, o mediador. Assim, o pai de Hans era quem relatava os sintomas, comportamentos, sonhos e verbalizações da criança e Freud os analisava e o orientava a conversar com o filho, realizando desta forma o tratamento da fobia. Nesse trabalho, Freud descreveu a maneira como compreendia psicanaliticamente o conteúdo dos significados das brincadeiras do menino, relatadas pelo pai. Acrescenta-se, então, à psicoterapia psicanalítica com crianças, além dos métodos de trabalho usados com os adultos, uma nova e fundamental técnica para que fosse viável o trabalho analítico com a criança – a do brincar.

Essa técnica foi decorrência da descoberta de que brincar é uma atividade muito além da pura diversão e foi exaltada inicialmente por Freud (1976), em "Além do Princípio do Prazer", obra na qual estudou com profundidade o brincar por meio da observação de um menino (seu neto) de um ano e meio. No livro, o autor evidenciou que a criança apresentava o costume de jogar todos os pequenos objetos que podia agarrar para longe de si, a um canto do quarto, ou lugares aleatórios e escondidos. Em uma dessas brincadeiras, o menino, jogando e trazendo de volta infinitas vezes, por cima da guarda de tela de seu berço, um carretel preso em um cordão, verbalizava duas palavras: *fort* e *da* – fora e aqui. O avô estudioso entendeu que a criança simbolizava a situação da separação da mãe, com o seu desaparecimento e retorno. Concluiu que “o lançar longe o objeto de modo que desaparecesse ou ficasse 'fora' poderia significar a satisfação de um impulso vingativo reprimido contra a mãe por haver-se separado dele e significar: ‘Podes ir, não te necessito, sou eu mesmo quem te manda’”. (FREUD, 1976 p.15)

Com isto, Freud conclui (1976) que brincar é também satisfação e elaboração de vivências traumáticas, tendo sua base alicerçada no princípio do prazer e na transformação do que vive passivamente pelo meio ativo da repetição do jogo, acarretando também em aprendizagens importantes para a criança. A partir desse preceito, Freud (op cit) formulou características para o brinquedo: a) é baseado no prazer; b) obtém a transformação do passivo em ativo (forma pela qual

a criança obtém o domínio de experiências traumáticas); e, c) satisfaz a compulsão de repetir pelo aprendizado que obtém e pelo prazer derivado da própria repetição.

Outros trabalhos de grande importância e também de divergências no brincar em psicanálise infantil foram, de acordo Biermann (1973), os de Melanie Klein e Anna Freud.

Melanie Klein é referida como de grande importância para a psicanálise infantil, por ser quem introduziu o método lúdico, ampliando o campo de tratamento à infância e extraindo dessas análises fundamentos para uma teoria sobre a constituição psíquica primitiva, como descreve Santa Roza (1999).

Klein, em 1919, começou a analisar crianças pequenas, porém por via de princípios da época, se devia fazer um uso muito limitado das interpretações com estas (SANTA ROZA, 1999). Freud (1918), contrário a esta questão, comentou que o material que a criança traz seria mais confiável do que o do adulto, por estar livre das distorções e elaborações de toda uma vida, no entanto, admite haver uma desvantagem quanto ao limite da verbalização infantil, que limita a análise.

Klein (1991) se deparou com a dificuldade na clínica com crianças quando recebeu para a análise a paciente Rita, de 2 anos de idade, que falava muito pouco e apresentava obsessão por despir e vestir sua boneca incansavelmente. Neste caso, a terapeuta obrigou-se a utilizar exclusivamente o jogo na terapia. Houve uma expansão na teorização da clínica com crianças na qual o importante passou a ser “[...] compreender e interpretar as fantasias, sentimentos, ansiedades e experiências que se expressam através do brincar ou, se as atividades de brincar estão inibidas, as causas da inibição.” (KLEIN, 1991 p.152).

A respeito da clínica com crianças, a autora (1991) avaliou, ainda que a transferência, espinha dorsal do trabalho psicanalítico, só poderá se dar e ser mantida se a criança sentir o consultório ou a sala de análise como separados da sua vida familiar cotidiana, “como a análise em si”, pois os atendimentos eram inicialmente realizados na casa das crianças com a presença dos pais. E que só desta forma o paciente poderia “superar suas resistências contra vivenciar e expressar experiências, pensamentos, sentimentos e desejos que são incompatíveis com as convenções sociais e que, no caso de crianças, são sentidos como contrastando com muito do que lhes foi ensinado” (KLEIN, 1991 p.153).

Quanto ao material usado em terapia, Klein (1991) expõe que os brinquedos oferecidos pelo terapeuta não devem ser mecânicos e, de preferência, devem ser

muito simples; são eles principalmente: pequenos homens e mulheres de madeira, geralmente de dois tamanhos, carros, balanços, trens, aviões, animais, árvores, blocos, casas, cercas, papel, tesouras, uma faca, lápis, giz ou tinta, cola, bolas e bolas-de-gude, massa de modelar e barbante. A autora menciona também que a técnica não se faz exclusivamente com a seleção do material por parte do terapeuta e que o brinquedo trazido pela criança para a sessão deve ser utilizado. Recomenda ainda que o material de cada criança seja guardado em uma gaveta especial, assim ela saberá que seus brinquedos e seu brincar com eles são apenas conhecidos pelo analista e por ela mesma.

Vê-se que a intenção de Melanie Klein (1991), desde o início, centrou-se em como eliminar a ansiedade das crianças por meio das interpretações. Para isso, fez uso da linguagem simbólica do brincar: o bloco, a figurinha, o carro não representam apenas coisas que interessam a criança por si mesma, no brincar elas apresentam significados simbólicos interligados com as fantasias, desejos e experiências.

Klein também referiu que o brincar está vinculado a linguagem dos sonhos, da mesma forma que afirmou Freud, a terapia do brincar utilizado por ela possibilita o acesso ao inconsciente da criança. A análise por meio do brinquedo permite observar também que o simbolismo possibilita transferir interesses, ansiedades e angústias a objetos, representativos de pessoas e relações, proporcionando dessa forma um grande alívio à criança (KLEIN, 1991).

Ela observou ainda que crianças com inibição do brincar frequentemente apresentam graves distúrbios. Para elucidar o exposto, a autora descreve o caso de Dick, paciente psicótico que apresentava um sintoma principal: era incapacitado de brincar. Por meio de sua análise, Klein (1991) mostrou que a incapacidade de brincar estava ligada à incapacidade de pensar de forma simbólica, que por sua vez estava ligada ao tipo de relação que a criança estabelecia com seus objetos. Dick não podia pensar simbolicamente, conseqüentemente não podia brincar, sendo portando, incapaz de aprender sobre ele próprio e sobre o mundo.

Em 1926, Anna Freud (1976), contrariamente a Melanie Klein, considerou que o método psicanalítico estrito era inaplicável à infância. Achava que a psicanálise poderia ser nefasta à criança em razão do seu poder de mobilizar o recalque, podendo fortalecer tendências impulsivas e negativas. Ela sustentava que a criança era incapaz de elaborar a transferência, pois os objetos de amor, os pais, ainda existiriam como objetos na realidade, e não na fantasia, como para os adultos.

Em função disso, a análise infantil exige do analista um período inicial de preparação, a fim de que se possa fazer com que a criança esteja em condição para que a interpretação analítica tenha vigência. Isso implica dizer que, a princípio, o trabalho não tem relação com a teoria analítica, mas sim com uma vinculação emocional junto à criança. É, portanto, para favorecer essa aproximação inicial que a autora insere o brincar, uma vez que ele abre a possibilidade de a criança sentir-se mais seduzida pelo tratamento. Iniciada a análise, o brincar passa à função de apoio para revelar os conteúdos psíquicos infantis, por ser um meio de a criança dizer sobre o que lhe aflige (ANNA FREUD, 1976).

A autora (1976) aconselhava ao analista de crianças uma conduta ativamente pedagógica: ensinar a criança a “conduzir-se perante a sua vida instintiva”. Ressaltava, assim, que o trabalho com crianças pequenas devia vigorar entre o analítico e o educacional, onde o analista deveria ser o ego ideal, ganhando a confiança da criança e podendo exercer uma autoridade maior com os pais. Tomava a criança como aliada e criticava os pais em frente a ela, procurando por todos os meios ganhar a sua afeição. Nas próprias palavras: “Exagero a gravidade do problema de um sintoma e a assusto para atingir meu fim. Em suma, me insinuo na confiança da criança e me imponho a seres que estão persuadidos de poder sair da situação sem minha participação” (ANNA FREUD, 1976 p. 112).

Para Anna Freud (1976), o brincar (divertir-se com brinquedos, desenhar, pintar, encenar e representar) não constitui um substituto para as associações livres. Segundo a autora, no brincar a criança age em vez de falar, e o que ela transforma em ato não são apenas seus fantasmas, mas acontecimentos de sua vida familiar diária. Nessa perspectiva, as produções lúdicas possuem significações defensivas com relação ao processo analítico.

A diferença básica entre Melanie Klein e Anna Freud, de acordo com Pollonio (2005), reside no enfoque dado à vida da criança. A primeira enfoca o mundo interior da criança, possibilitando dessa forma a utilização do brincar como uma comunicação da fantasia onipotente, que permite abordá-la de forma terapêutica e eficaz na psicanálise infantil. A segunda está direcionada mais aos aspectos externos, ou seja, às dificuldades de ajustamento da criança com o mundo externo, sendo essa uma concepção mais realista e, portanto, comportando uma psicanálise mais educativa.

Opondo-se conceitualmente a Melanie Klein e a Anna Freud, Donald Winnicott (1975), pediatra e psicanalista inglês, colaborou de forma valiosa com o uso do brinquedo na psicanálise infantil e suas abordagens clínicas. Este entra em uma terceira zona que define como “transicional”, enfocando a relação entre o terapeuta e o paciente e o que acontece “entre”, mais do que o interior ou exterior.

Winnicott (1975) analisa o “brincar” e a “criança que brinca”, pontuando que o jogo deve ser estudado como tema em si mesmo, e que é terapêutico por si. Outra de suas contribuições mais marcantes foi o desenvolvimento dos aspectos referentes aos fenômenos transicionais e objetos transicionais.

Os “fenômenos transicionais” e “objetos transicionais”, trabalhados por Winnicott (1975), constituem a sua contribuição maior, e foram elaborados para descrever e nomear a chamada terceira zona de experiência que surge espontaneamente entre a mãe e o seu bebê. Descreveu o objeto transicional, observado em crianças, principalmente no período de 4 a 12 meses, e que representa o apego a um objeto normalmente de característica macia, que a criança carrega de um lado para outro como se fosse parte dela. Esses objetos são frequentemente as fraldinhas, os trapinhos, os ursinhos, as bonecas de pano. Esse estágio corresponde à experiência adquirida ao longo da transição do estado em que a criança se encontra ainda fusionada à mãe, para um estado no qual reconhece a mãe como algo externo a si, o que possibilita ao bebê relacionar-se com a mãe como um objeto externo a ele, um “outro”, propriamente.

Então, para esse estudioso, o brincar é uma experiência criadora que tem um lugar e um tempo. O lugar de origem é o espaço potencial entre a mãe e o bebê, no qual irão desenvolver-se os fenômenos transicionais e posteriormente os objetos transicionais. À medida que a criança cresce e adquire gradativamente o domínio da linguagem, o objeto transicional perde seu valor, difundindo-se, transformando-se e dando lugar a outras manifestações simbólicas (jogo, jogo compartilhado e cultura) (WINNICOTT, 1975).

Winnicott (1975) dimensiona e re-significa o uso terapêutico do brincar. Esse não é mais somente produto de uma certa atividade, mas se constitui como prática significativa, que se estabelece antes do surgimento da linguagem verbal da criança. Assim, a utilização terapêutica do brinquedo excede a prática analítica, pois por meio do brinquedo, analista e paciente descobrem a pessoa, exibindo sua atividade criadora, e essa interação entre ambos viabiliza o processo analítico. Dessa

maneira, a base é o brincar do paciente, e a interpretação deve dar-se na zona da superposição do brinquedo de ambos os participantes.

Winnicott (1975) alerta sobre o perigo de interpretar prematuramente o brinquedo, ou seja, “fora da maturidade do material”, o que poderá causar “doutrinação” e resistência por parte do paciente: “O momento mais importante é aquele em que a criança se surpreende a si mesma, o importante não é o momento da minha arguta interpretação” (WINNICOTT, 1975, p.75).

Enfim, para Winnicott (1975), o brincar promove o estabelecimento das relações do indivíduo com a realidade (por meio do universo simbólico), não sendo somente uma ou outra dimensão (interna/externa) mais significativa, mas o encontro dessas duas instâncias. O lúdico passa a um outro momento da compreensão, o de não ser pura e simplesmente uma expressão da sexualidade infantil, mas algo que cria o espaço potencial para a constituição do sujeito. São inúmeros os relatos de caso de Winnicott (1975) nos quais ele exemplifica situações lúdicas que cria esse espaço potencial seja pela oferta do próprio corpo a experimentações da criança ou por técnicas mais específicas como a do rabisco.

Embora não aborde diretamente a relação entre o brincar e a linguagem explicita tal relação na observação de vários sujeitos como no caso Edmund de dois anos e meio em que a emergência da gagueira lhe privou da fala e na descrição do brincar e movimentos de aproximação e afastamento da mãe, “em um movimento para solucionar a dependência absoluta e que caracteriza a passagem para uma etapa de dependência relativa” (WINNICOTT, 1975, p.64).

Nos casos investigados por Winnicott é comum que ele relate conversas que manteve com os pais, explicando detalhadamente como os pais poderiam ajudar a criança a ultrapassar determinado sintoma. Explica a origem de algumas dificuldades da criança, e como os pais podem auxiliá-la a reparar suas carências. Tanto essas ações, quanto suas afirmações acerca de que o olhar deve estar sobre a sobreposição do brincar entre o terapeuta e a criança, são elementos para se pensar na intersubjetividade enquanto princípio analítico a partir de Winnicott (1975).

Essa perspectiva intersubjetiva é visível no texto “Mais ideias sobre o bebê como pessoa” (WINNICOTT, 1982) em que descreve uma cena de seu consultório, na qual um bebê de dez meses que está no colo de sua mãe agarra uma colher, propositalmente deixada pelo analista e desfruta dela colocando-a na boca, após consentimento de sua mãe, explorando-a até se desinteressar. Para o autor o bebê

inicia sua exploração e a finaliza a seu tempo, sendo possível observar uma experiência completa do bebê, desde que o observador tenha tranquilidade e paciência para fazê-lo. O Psicanalista ressalta, a partir da cena, que ao se conceder tempo ao bebê e participar daquilo que ele propõe durante a experiência, aquele que exerce o cuidado de tipo materno possibilita que o bebê vivencie uma diversidade de experiências sem precipitação, e isso permite ao observador perceber que o bebê é uma pessoa, com capacidade imaginativa em seu processo de integração.

Tal integração se dá, nos estágios iniciais a partir da realização de três tarefas iniciais: a integração do eu, o alojamento da psique no corpo e a relação objetal (WINNICOTT, 1969, 1975). Ela ocorre gradativamente no desenvolvimento do bebê e culmina no final do primeiro ano de vida quando o bebê responde por um eu unitário. Para tanto, é preciso que haja um ambiente facilitador, representado pelo cuidado de tipo materno, que transmite a segurança necessária ao bebê, que também viabilizará a tarefa de personalização ou alojamento da psique no corpo. Essa experiência, descrita por Winnicott (2001, 2005) permite que o bebê sinta e viva o seu corpo. A elaboração imaginativa realizada sobre as sensações corpóreas, e a re-vivência segura das mesmas, permite que o bebê resida em seu corpo. Portanto, a referida experiência sensório-motora, viabilizada e mediada por aquele que exerce o cuidado de tipo materno suficientemente bom é fundamental para a personalização.

Esse cuidado também é fundamental para que o bebê se relacione com a mãe enquanto objeto subjetivo, que não é externo nem interno, e permite que o bebê tenha o tempo necessário para produzir a separação entre sujeito e objeto, para a qual inicialmente não está preparado. Enquanto o bebê amadurece para a conquista de si mesmo para que possa responder por um eu unitário, a mãe empresta seu corpo, sua subjetividade e seu desejo ao filho, o que viabilizará as relações objetais (WINNICOTT, 1988).

Portanto, para o autor, não existe a análise de um bebê sem a análise de sua mãe. Não há, portanto, uma relação intersubjetiva mãe-bebê anterior ao estágio de integração, mas é preciso analisar o bebê em relação com sua mãe para que se possa perceber se as condições orgânicas do bebê e o ambiente facilitador estão interagindo de modo a possibilitar a integração (WINNICOTT, 1988).

Embora não se analise a intersubjetividade, em si, pode-se falar que é sempre a análise da interação da díade que Winnicott (op cit) está enfocando

quando olha para o desenvolvimento infantil. Isso também pode ser visualizado na sua análise de etapas do brincar, que sempre referencia o adulto que exerce o cuidado de tipo materno (em geral a mãe biológica).

Winnicott (1975) afirma que algumas etapas ocorrem no brincar:

- a) O bebê e o objeto estão fundidos um no outro porque a mãe age de modo a tornar concreto o que o bebê está pronto a encontrar;
- b) O objeto é repudiado, aceito de novo e objetivamente percebido, pois a mãe devolve o que é perdido, num processo de oscilação entre ser o que o bebê quer e ser ela mesma. Nesse processo o bebê encontra a mãe objetivamente falando. A confiança na mãe cria um espaço intermediário que permitirá ao bebê lidar com a angústia de separação que virá por conta da desilusão, ou seja, da descoberta de que ele e a mãe não são um só.
- c) O bebê é capaz de ficar sozinho na presença de alguém. A criança brinca sozinha sabendo que a pessoa que lhe ama e dá segurança (a mãe) está disponível.
- d) A mãe brinca com o bebê e este demonstra capacidade de um brincar conjunto, em que não apenas as ideias da mãe predominam, pois o bebê já integrado terá a capacidade aceitar ou não as proposições da mãe e fazer suas propostas lúdicas.

Winnicott (1975) relatou um caso de um bebê muito pequeno com histórico de convulsões cujas consultas, realizadas com 1 ano de idade, em que Winnicott a colocava sobre seus joelhos permitindo-lhe que jogasse espátulas fora e que mordesse seus dedos foi o suficiente para que a criança iniciasse o brincar e pudesse transcender o sintoma da convulsão que parecia não possuir qualquer causa orgânica. Nesse exemplo, o autor demonstra como a disponibilidade corporal do terapeuta foi fundamental em seu trabalho. Ao analisar o caso o autor afirma que permitir que uma criança brinque é terapêutico em si, não havendo sempre a necessidade de uma interpretação. O autor ressaltou ainda que “brincar é sempre uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver” (WINNICOTT, 1975, p. 75).

Para a psicanálise, e especialmente para Winnicott (1969), o bebê já nasce pronto para ir ao encontro do Outro primordial, representado por aquele que exerce o cuidado de tipo materno, e será essa função que impulsionará o bebê, pelo

cuidado e pela antecipação e significação de suas demandas, para sua constituição psíquica. Da mesma forma em que deve haver este encontro primeiro, tem-se o cuidado de tipo paterno, responsável pelo rompimento desse laço intenso inicial e por proporcionar experiências de independência ao bebê. Embora Winnicott não fale explicitamente em função materna e paterna, a exemplo dos autores freudolacaneanos, é possível visualizar tais funções em sua descrição.

Winnicott (1969), ao explicar os cuidados iniciais com o bebê, permite que se atente para uma forma particular de compreender a constituição do ser como uma entidade unitária – um “si mesmo” -em concepção, menos ligada ao Édipo, mas fundamentalmente assentada na relação de identificação primária da mãe com o seu bebê. Assim, de acordo com o autor, o ser humano parte de um estado de não-integração inicial, com tendências herdadas para o amadurecimento e com a necessidade de outro ser humano para esse amadurecimento ter lugar. Ele vai precisar de uma mãe-ambiente-continente que se identifique com ele e o ajude na sua integração, ou seja, a se perceber no tempo e no espaço, reconhecendo-se no seu corpo e na realidade, permitindo uma vivência de onipotência que é importante, neste início de vida, para combater a ameaça de falta de controle sobre o que se apresenta.

A mãe, nesta fase, é um objeto subjetivo, é parte do bebê, caracterizando um estado fusional. A integração, que tem início na elaboração imaginativa das funções do corpo, vai-se ampliando de acordo com os movimentos do bebê, abarcando também o seu relacionamento com o mundo externo (WINNICOTT, 1988). Contudo, o estudioso não considerava que a possibilidade de a mãe se tornar o ambiente favorável para o bebê fosse dependente apenas de uma boa condição interna dela. Para o autor (WINNICOTT, 1988), ela precisa, também, de um ambiente que a assegure durante essa fase, o que Winnicott acreditava ser um papel paterno inicial. O pai precisa, então, sustentar o estado de preocupação materno inicial, ou seja, precisa proporcionar à mãe um suporte, para que ela possa se dedicar à sua relação com o bebê. Portanto, o autor propõe uma análise conjunta das condições do bebê e daqueles que exercem os cuidados de tipo materno e paterno.

Neste estudo, acredita-se que a análise do brincar entre a criança e aqueles que exercem o cuidado materno e/ou paterno pode ser um recurso para prover esta análise e poder compreender melhor o desenvolvimento da criança, e também para

propor uma intervenção precoce, ou seja, uma intervenção que permita a referida integração e que, para tanto deve incluir a criança e aqueles que exercem tais cuidados com ela.

Mesmo que não se possa falar em intersubjetividade, pois a criança ainda não está subjetivada nesse primeiro ano de vida, pode-se falar, de acordo com Winnicott (1975) em uma relação em que o adulto empresta sua subjetividade para sustentar o processo evolutivo do bebê, criando as condições seguras suficientemente boas para que tudo corra bem. Quando a criança começa a brincar, gradativamente integrando-se, não está ainda totalmente independente do adulto, e por isso, se defende neste estudo que há motivos para que se continue analisando o brincar entre ela e o adulto ao menos até o terceiro ano de vida, quando há a demanda por avaliações clínicas.

Porque é esse ambiente total, com os cuidados de tipo materno e paterno estabelecidos, que vai permitir ao bebê o desenvolvimento do seu Eu. Ele assim vai vivenciando os seus momentos de tranquilidade e impulsividade. O seu sentido de realidade vai sendo desenvolvido em função da sobrevivência repetida do objeto aos seus impulsos, o que lhe transmite a diferença entre realidade e fantasia e, no seu devido tempo, entre realidade externa e interna. O bebê chega, assim, ao estágio de consideração, no qual descobre a externalidade, a existência do outro separado de si, percebe-se como um Eu separado da mãe, o que lhe permite viver outras relações e sensações (WINNICOTT, 1969).

Neste momento de significação da ausência materna, encontra-se o conceito de objeto transicional (WINNICOTT, 1969), como sendo aquele que representa o início da relação da criança com o mundo, no intermédio entre a subjetividade e a objetividade. Esse objeto pode ser do tipo transicional, fetiche ou autístico (GRÃÑA, 2008), a depender da estruturação psíquica em curso no bebê. Se tudo corre bem e o bebê vem se estruturando de modo neurótico, o objeto terá características transicionais, e terá como função aplacar a ansiedade gerada pela separação da mãe.

Com a maturidade da criança, o objeto transicional não será mais necessário, e se tem uma ampliação do simbolismo, com múltiplas interações de novos objetos que facilitam tanto a continuidade do ser quanto sua construção mental. Caso não seja estabelecida esta relação, podem acontecer alterações na função/objeto transicional, podendo emergir relações com uma lógica psicótica ou

autista. O objeto transicional representa, portanto, o início da relação do bebê com o mundo, é o campo intermediário entre os domínios da subjetividade e da objetividade (GRAÑA, 2008).

As descobertas de Winnicott influenciaram a concepção de objeto de Lacan. Segundo Graña (2001), a noção de objeto transicional encontrará eco na ideia de objeto e na ideia de amórficos desenvolvida por Lacan (1979). Lacan (1953) faz ressurgir o estudo das relações entre o sujeito e a linguagem inaugurado por Freud. Formula que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, ou seja, que o trabalho analítico deve basear-se na fala e na linguagem do sujeito, reconstituindo a sua história e o seu discurso. No momento em que a criança utiliza a linguagem, ela é instalada na condição humana, fato representado na teoria psicanalítica por um gesto lúdico acompanhado da verbalização (o "fort-da" Freudiano). Lacan fala desses jogos: "são esses objetos de ocultação que Freud, numa intuição genial, colocou à nossa disposição, para que neles nós reconhecêssemos que o momento no qual o desejo se humaniza é aquele em que a criança nasce para a linguagem..." (LACAN, 1979 p. 318).

Portanto, mostra-se fundamental discorrer sobre a vertente lacaniana da Psicanálise no atendimento de crianças e o que esta tem a dizer sobre o papel do brincar no ambiente terapêutico. Dentre os vários autores desta corrente, destacam-se Françoise Dolto, e psicanalistas argentinos como Ricardo Rodulfo e Alfredo Jerusalinsky, autores do campo psicanalista na infância.

Registra-se que a abordagem lacaniana trouxe novas contribuições à esfera psicanalítica a partir da discussão do conceito de gozo. Segundo Roudinesco e Plon (1998), a questão do gozo é revisitada por Lacan e articulada à função do Outro. Diante da satisfação que a criança obtém dos cuidados advindos daqueles que a rodeiam, a criança consegue ultrapassar os limites do princípio do prazer. Compreender esse conceito permite o entendimento de que a criança não repete situações vivenciadas anteriormente apenas porque elas têm determinados sentidos e significações. A repetição emerge porque se constitui como uma forma de gozar, sendo o gozo um dos componentes estruturais do funcionamento psíquico. O gozo leva à repetição de algo que a criança ainda não elaborou.

É importante ressaltar que Lacan não se dedicou a estudos sobre o processo de análise infantil, uma vez que não atendeu crianças. Porém, muitos seguidores (DOLTO, 1980; RODULFO, 1990) desta vertente francesa lidavam com a

análise infantil e puderam construir suas teorizações sob o aparato dos postulados lacanianos. Cada autor, no caso, fazendo suas próprias considerações sobre a criança e como o brincar adentrava na clínica e servia à terapêutica.

Na década de 60, na França, surgiram as postulações de Françoise Dolto. Em 1980, ao discorrer sobre o método vigente na terapia analítica infantil, Dolto aponta que com a "criança não é possível o método das livres associações; [...] emprega-se nas análises o método de brinquedo (*play-technique*), do desenho espontâneo, da 'conversação'" (p. 131). Coloca que o psicanalista deve se voltar à criança servindo-se das mesmas palavras que ela, a fim de apresentar-lhes os seus pensamentos inconscientes. Para a autora, portar-se deste modo permite ao paciente confiar suas questões ao analista, sendo a confiança a base de quaisquer ações terapêuticas.

Segundo a autora (DOLTO, 1981), até mesmo em uma criança pequena, que pouco se comunica, podem-se observar os seus desejos inconscientes. Ressalta que um bebê "através da linguagem e mesmo sem pronunciar ele próprio as palavras, [...] é capaz de brincadeiras motoras e verbais em harmonia com outro ser humano" (p.10). Na brincadeira, há um "jogo de sujeitos" - a criança e seu companheiro - que leva ao "jogo de palavras", uma vez que submetidas à função simbólica. Fica demarcada, assim, a função do brincar como atividade que se endereça a um outro e que propicia a estruturação da linguagem.

Dolto (1981) considera que no trabalho psicanalítico infantil é importante que o terapeuta permita que a criança represente, faça mímica, invente, utilize lápis de cor e modelagem entre outras atividades, a fim de "liberar a verbalização" de sentimentos, expressar suas angústias e tensões. Ao analista, cabe a tarefa de intervir o mínimo possível, apenas o necessário para que as expressões inconscientes da criança venham à tona. A esse propósito, ressalta porque o brincar - ou ainda "brinquedo", "brincadeira" ou "jogo" - é importante para a criança: enquanto brinca, a criança fala e, com isso, o trabalho analítico pode-se desenvolver.

Nota-se que Dolto enfatiza que a "fala" que acompanha o "brincar" pode ser uma forma de a criança dizer sobre suas questões. Atribui, nesse sentido, uma estreita relação entre o brincar e a possibilidade de o analista ter acesso aos conteúdos inconscientes. O brincar seria uma forma de "descarga" das energias

aflictivas infantis, ressalta a autora, o que o torna uma atividade que deve ser permitida à criança e estar presente em qualquer trabalho analítico.

No entanto, Dolto (1981) destaca que não oferecia à criança objetos fabricados para utilizar na sessão analítica, mas sim papel, lápis e massa de modelar, por acreditar que estes permitiriam a "reevocação libertária de emoções inconscientes" (DOLTO, 1981, p. 61), sem alguma objetivação ou direção educacional. Compreendia que esses materiais disponibilizados favoreciam que a criança representasse sobre seu corpo, sobre a imagem que tinha de si. Postulou, nesse sentido, que por trás das composições livres infantis, bem como as plásticas e gráficas, havia algo simbolicamente incluído. Para que o material inconsciente pudesse assim emergir, Dolto se voltava às crianças dizendo: "Diga em palavras, desenhos ou modelagens tudo o que você pensar ou sentir enquanto estiver aqui, até mesmo aquilo que, com outras pessoas, você sabe ou acha que não se deve dizer" (Idem, p.60).

De um modo um pouco independente a alguma corrente teórica, Rodolfo (1990) desenvolve um trabalho fundamental no campo psicanalítico. Para o autor, o papel do brincar ou das "situações lúdicas", conforme nomeia, como atividade cabível de estar presente ao longo do processo terapêutico infantil, é o de permitir que a criança consiga curar-se dos sentimentos que lhe causam sofrimento. Por essa razão, aponta o brincar como algo essencial de ser teorizado por psicanalistas que se voltam ao atendimento de crianças.

Acrescenta que quando o paciente vive em um ambiente familiar muito "deteriorado", em que presencia circunstâncias conflituosas entre pessoas que o rodeiam, tem grandes chances de não brincar, não conseguir se expressar, falar sobre si e elaborar aquilo que presencia. Nessa perspectiva, crianças com dificuldade de se manifestarem pela fala terão também menos propensão em se inserir numa "situação lúdica", e isso prejudicará o seu processo de estruturação enquanto sujeito (RDULFO, 1990). Em razão disso, afirma que

[..] ao longo do processo de estruturação [...] o brincar vai se re-significando, o que devemos recordar, para não interpretar mecanicamente situações lúdicas sobre a base do que 'vemos', quer dizer, sobre uma base de um reducionismo condutista do significado, que isola sequências do contexto que as esclareceria (RODULFO, 1990, p.113).

Nota-se, portanto, que Rodolfo (1990) concerne ao analista a tarefa de atentar-se para além da materialidade dessa atividade, sem a qual sua compreensão se centraria apenas no ato de brincar (nas ações, gestos) e não naquilo que o brincar propicia como material de análise por trazer à tona a fala do paciente imbricada às suas questões inconscientes.

Jerusalinsky (1992), a exemplo de Dolto mais diretamente ligado a vertente lacaniana, expõe a urgência de se afastar do brincar a imagem de "fenômeno ingênuo", sobretudo eliminando "a crítica superficial induzida por certo saber suposto psicológico" (p.06) que atribui às histórias criadas pelas crianças a origem da delinquência juvenil, da violência social, do suicídio.

O autor fundamenta que antes mesmo de a criança ser capaz de sustentar uma posição subjetiva são os próprios pais que lhe obrigam a assumir, "prematuramente", uma posição. Nesta perspectiva, para que a criança consiga "responder a esse Outro, não lhe resta senão brincar do que ainda não é, ou seja, brincar de vir-a-ser" (JERUSALINSKY, 1992, p.06). Por conseguinte, acrescenta que "o brincar é a realidade", uma vez que a tentativa da criança ser realmente de acordo com aquilo que exigem dela produz um nível de tensão, que será apaziguado através das elaborações dos "fantasmáticos personagens" imaginados. Compreende o autor que por meio das articulações das cadeias significantes da criança se é possível entrever sobre seu modo de ser sujeito.

Em 1999, em outra reflexão, Jerusalinsky aponta ser necessário, para compreender o brincar, esclarecer alguns pontos importantes da Psicanálise. Nesta clínica, afirma, não há espaço para discutir o processo de subjetivação da criança como atrelado a um ritmo, contrariando os preceitos piagetianos. E isso deixa renegada a noção de desenvolvimento. O autor discorre que "o que se desenvolve são as funções articuladas em torno do objeto faltante, como cadeias significantes que lhe dão seu contorno" (JERUSALINSKY, 1999, p. 76). A matriz subjetiva se constitui, então, na alteridade mantida entre criança e Outro, e não nas ações exercidas por ela.

Explicita também que a criança necessita, para se tornar sujeito, ser invadida pelo campo do desejo e não pelo saber lógico. Faz ainda o seguinte apontamento: "o que marca o ritmo do desenvolvimento é o desejo do Outro que opera sobre a criança através de seu discurso. O maturativo se mantém simplesmente como limite, mas não como causa" (JERUSALINSKY, 1999, p. 29).

Embora a criança pequena ainda não fale, ela está no campo da linguagem, não há como escapar a isso, uma vez que não se é sujeito fora da linguagem. Nesse sentido, é o fato de estar no campo da linguagem que permite que a fala se constitua como forma de estar em uma cadeia significante. Destaca que "a maturação por si só não conduz ao campo da linguagem" (JERUSALINSKY, 1999, p. 57), sendo necessária a entrada do Outro na relação com a criança para a emergência da linguagem.

A partir do instante em que situa a importância do campo da linguagem como matriz necessária para o processo de subjetivação da criança (o sujeito é efeito da linguagem) é que Jerusalinsky discute o brincar. Esse modo como o autor constrói suas teorizações deixa transparecer a importância do brincar como atividade de linguagem, cujo maior papel é emoldurar a subjetividade infantil.

Em termos conceituais, Jerusalinsky (1999) define brincar como a atividade em que a criança tem a possibilidade de extrapolar o plano real e instalar-se na ordem imaginária, mas sem perder de vista a realidade. Depara-se, em sua obra, com outros dois sinônimos para o termo brincar: "brinquedo" ou "jogo".

O brincar tem uma importância extrema para a criança, pois é por meio das significações inerentes a esta atividade que a criança se apropria, de forma imaginária, da realidade, simbolizando e representando-a. Assim, a função "ética" do brinquedo se presentifica quando o terapeuta permite que a criança o utilize livremente. O intuito é o de que as articulações que são criadas com o brinquedo passem pela via do discursivo e impliquem a criança em assumir posições (JERUSALINSKY, 1999).

Destaca ainda (1999) que no brincar existem dois "corpos brincando", mas, no entanto, há um só sujeito: "o sujeito da transferência". O que está em pauta é imagem corporal da criança e cabe ao terapeuta situar-se em função deste corpo. Nesse prisma, o corpo do terapeuta torna-se o outro imaginário, empresta o seu corpo ao paciente, permitindo à criança que se presencie neste corpo alheio, o que lhe conduzirá a um processo de simbolização e a uma constituição da imagem de si.

Jerusalinsky (1999) acrescenta, às noções do "fort-da" de Freud e aos "objetos transicionais" de Winnicott, os "jogos de borda" ou "queda". No que diz respeito aos jogos de "borda" como, por exemplo, lançar coisas para longe, espiar por frestas, andar por beiradas, ou "queda", como brincar de cair em uma piscina, da poltrona, saltar de uma altura "impossível", Jerusalinsky os descreve como

possibilitadores da estruturação do espaço e de separação, abrindo oportunidades para que o sujeito articule o "corpo escópico e o corpo significante".

Diante das resistências ao brincar, Jerusalinsky (1999) aponta que o terapeuta deve rompê-las por meio da palavra, do gesto ou de uma ação. Crê que a linguagem corporal seja importante, mas ressalta a necessidade de maior atenção para os pontos, as vírgulas, ponto-e-vírgula, e metáforas corporais, elementos essenciais na linguagem.

Pensando na esfera clínica, aponta que se a atenção não for dada à subjetividade da criança ao brincar, pode-se, com a técnica, apagá-la. Assim, a criança nada dirá e esse silêncio auxiliará em uma formação sintomática no corpo, "porque o que não se diz, de alguma maneira, se manifesta" (JERUSALINSKY, 1999, p. 62). Por isso, complementa que o inconsciente pode ser, muitas vezes, "ouvido" naquilo que não se diz, daí a importância de se estar atento para o corpo da criança ao brincar. Postula, por fim, que o corpo, na Psicanálise, é simbólico e discursivo, o que justifica a atenção que a ele deve ser enfatizada, principalmente ao longo dos jogos infantis.

Após essa revisão bibliográfica, pode-se identificar a existência de linhas teóricas distintas dentro da Psicanálise. A partir de Freud, verifica-se um envolvimento cada vez maior dos psicanalistas para esmiuçar o que é a Psicanálise de crianças e como, neste cenário, o brincar é norteado.

Assim, enquanto Anna Freud utiliza o brincar como instrumento pedagógico com vistas à estruturação do ego "fraco" infantil, Melanie Klein o visualiza como espaço de inferência sobre os conteúdos inconscientes, frente a interpretações (decodificações) ininterruptas. O brincar na terapêutica define-se, nessa vertente, como objeto facilitador para que o psiquismo possa vir à tona. Não se observa em nestas autoras um destaque para a linguagem durante o brincar (POLLONIO, 2005).

Em outro sentido, as teorizações de Winnicott (1969; 1975) promoveram avanços no campo psicanalítico. O autor ressalta a importância de se aprofundar na díade mãe-bebê como meio de compreensão e interpretação da origem do brincar. Vê-se que o brincar passa a ser dependente dos cuidados que a mãe oferece ao filho, tendo como ápice o fato de que uma relação sadia entre ambos permite que a criança vivencie a fantasia e amplie o seu brincar social. Do mesmo modo, o autor aponta que, terapeuticamente, o brincar mostra-se como um instrumento

indispensável, por ser "terapêutico em si", permitir a liberação dos conflitos infantis e conduzir às relações socioculturais. Verifica-se, também, que seus estudos não fazem referência aprofundada à linguagem da criança ao brincar, mas indicam que há uma semiologia corporal que entra em ação durante o brincar e que é tão importante, por vezes crucial, para o avanço terapêutico.

Por fim, a vertente seguidora de pressupostos lacanianos é a que abre espaço para discussões sobre o entrelaçamento da linguagem com o brincar. Diferentes autores que desenvolveram seus trabalhos sob alicerces dos postulados de Lacan foram unânimes ao defender que o brincar é um meio de a criança "poder dizer" sobre si, isto é, de retratar-se. E, ainda, que o brincar atrela-se à estruturação subjetiva, à constituição do sujeito, cujo aporte necessário é a alteridade mantida com o Outro, que é estruturante da criança. Ao mesmo tempo, há a inserção da noção de que a ordem simbólica invade a criança antes mesmo de ela vir ao mundo, e a acompanha ao longo da vida, não "aparecendo" ao longo da vida, como propõem estudos da Psicologia do Desenvolvimento (POLLONIO, 2005).

Nota-se que, desde Freud, a Psicanálise ressalta a condição ímpar presente em cada enunciação, isto é, não haveria como padronizar nem o sujeito, repleto de especificidades, muito menos o que este enuncia, dada a necessidade ética de um olhar para a criança em sua singularidade. Daí o processo de análise ser redefinido a cada novo caso, o que circunscreve outro diferencial entre a Psicanálise e a Psicologia do Desenvolvimento.

Ainda, a linguagem, embora fundante do sujeito, não é o objeto de estudo dos psicanalistas, mas sim o que, por intermédio dela, pode-se inferir sobre o paciente. Não importa à Psicanálise apreender o sentido do dito ou da estrutura da palavra, ou da forma como ela emerge, pois o que se objetiva é o acesso à estrutura psíquica do sujeito. Interessa, pois, o deslocamento subjetivo que a intervenção do analista durante o brincar, seja verbalizada ou por suas ações, provoca na criança (POLLONIO, 2005).

Ao concluir esta seção, é importante ressaltar que, ao se aproximar do campo psicanalítico, o fonoaudiólogo revela uma escolha epistemológica sobre o processo de subjetivação. Demonstra valorizar a compreensão do funcionamento simbólico, a partir do brincar, como formador do sujeito, o que se alinha com a necessidade de compreender a linguagem como manifestação simbólica, e não apenas como produto de um arcabouço orgânico ou mecânico. Ao se assumir tais

posições, a subjetividade que o adulto empresta ao bebê pequeno, enquanto este se integra, passa a ser espaço importante de constituição psíquica e linguística que interessa à Fonoaudiologia, sobretudo quando o tema é detecção e intervenção precoces.

2.2.3 O Brincar na Fonoaudiologia: Efeitos da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicanálise

Pollonio (2005) traçou, em seu trabalho, um panorama histórico sobre o brincar na clínica fonoaudiológica, onde aponta que a fonoaudiologia, em sua origem apropriou-se de conhecimentos do brincar usado pela pedagogia, que por sua vez, para constituir-se enquanto disciplina, havia se baseado no brincar estudado pela clínica psicológica, principalmente abordagens teórico-metodológicas da psicologia do desenvolvimento.

Na abordagem histórica do próprio surgimento das práticas fonoaudiológicas no Brasil, verifica-se que, mesmo antes da implantação dos primeiros cursos universitários em Fonoaudiologia, por volta da década de 60, algumas ações já eram implementadas pelos educadores, nas escolas, a fim de sanar os chamados, na época, "distúrbios da comunicação" (BERBERIAN, 2000). Acreditava-se que tais distúrbios do âmbito da linguagem levariam as crianças a defasagens no aprendizado se não fossem sanados precocemente, portanto a necessidade de sua resolução. Como se pode observar na obra de Berberian:

[...] a eliminação de tais distúrbios incorporou -se ao papel de alguns professores que, auxiliados por outros profissionais, foram gradativamente alterando sua imagem de educadores para terapeutas. Através de um processo de aperfeiçoamento das estratégias de normatização dos desvios da língua, configurou -se o perfil de um especialista [...] (BERBERIAN, 2000, p. 61).

Por conta das dificuldades de aprendizagem escolar, diferentes profissionais, como médicos e psicólogos, entraram nas discussões educacionais e

debateram, com os educadores, qual o melhor modo de identificar os alunos que apresentavam "desvios" de desenvolvimento, de conduta, de cognição, ou de outras esferas. Assim, a escola alçou alguns critérios de avaliação apoiados em medidas antropométricas e fisiológicas e, auxiliada por exames objetivos, pôde estabelecer dados que permitissem generalizar "sinais" comuns de dificuldades de aprendizagem entre os alunos. Esses instrumentos de avaliação, portanto, foram importados dos terrenos médico e psicológico e implementados pelos educadores (POLLONIO, 2005).

Berberian (2000) afirma que a maioria dos critérios utilizados para selecionar os alunos que apresentavam dificuldades escolares, ainda na década de 60, apoiava-se no nível intelectual (cognitivo), e os achados eram sempre remetidos a um fator de predisposição orgânica ou genética, a partir do qual os alunos eram classificados como indivíduos "capacitados" ou "incapacitados".

A partir da "classificação" que o aluno obtinha nos testes para averiguar seu nível intelectual, criavam-se métodos de trabalho diferenciados em sala de aula para cada alteração apresentada. Então, segundo Berberian (2000), a intervenção dos educadores estava impregnada pela psicologização e medicalização. Ainda de acordo com a autora, os educadores consideravam a linguagem como um "comportamento mecânico", e o falante como receptor e reproduzidor da língua culta. Afirma que "a linguagem passou a ser analisada enquanto fala objeto, e o homem, como um corpo-máquina" (2000, p. 105).

Berberian (2000) relata que os educadores elaboravam "brincadeiras" distintas para tornar mais interessantes as atividades propostas. Dentre elas, menciona: a ginástica respiratória, usada com o intuito de melhorar a voz da criança; a música, para auxiliar na "educação dos ouvidos"; encenações de peças teatrais a fim de corrigir a fala e a voz, além de atividades de canto e oratória, para se obter uma melhor pronúncia.

Em decorrência das alterações de linguagem se apresentarem cada vez mais frequentes nas escolas, houve a necessidade, entre as décadas de 50 e 60, do surgimento de profissionais cada vez mais especializados. Por essa razão, ocorreu a abertura de cursos de nível superior, que culminou na destituição do professor da tarefa das ações clínico-terapêuticas e a legalização da profissão do "fonoaudiólogo", tendo sua regulamentação aprovada somente em 1981.

Conforme o já exposto, então, o fonoaudiólogo não acessou diretamente as bases psicológicas e as introduziu em sua clínica, mas o fez por intermédio da Pedagogia. Deste modo, a prática fonoaudiológica emergente sustentava-se pelo terapeuta que apresentava à criança o que era de cunho normativo, imbricado na atuação clínico-terapêutica do viés pedagógico, corrigindo-a a fim de que ela pudesse sistematizar sua fala e aprender a forma correta de pronúncia. Isso justifica a dificuldade de, ainda nos dias vigentes, a Fonoaudiologia se afastar de uma atuação sob esse funcionamento terapêutico.

Vale ressaltar que antes da Fonoaudiologia emergir como uma área particular à esfera pedagógica, o brincar já era uma atividade presente nas ações dos pedagogos, sob a perspectiva de funcionar como um elemento favorecedor da aquisição de conhecimento. Essa ideia resgata os preceitos defendidos pela Psicologia do desenvolvimento, já explicitadas nesse trabalho, onde o uso do brincar serviria, então, apenas para favorecer a aprendizagem ou como prevenção de futuros problemas de linguagem, por meio da exercitação dos órgãos envolvidos na fala.

Faz-se conveniente recorrer a duas obras internacionais do âmbito fonoaudiológico, de grande importância como precursoras em suas referências ao brincar. Ambas as obras, de Sánchez (1949) e de Johnson (1959), indicam como os "mestres" devem agir frente aos "defeitos de fala" ou na prevenção dessas alterações em crianças. Os autores consideram o brincar como uma estratégia a ser utilizada para que o trabalho com a linguagem seja eficaz. Nesse sentido, concebem as dificuldades da linguagem como provenientes de alterações no corpo e, por isso, apontam a necessidade de exercitação dos órgãos da fala, atrelados ao brincar, para que os problemas possam ser superados.

Para Sánchez (1949), a condição para saber falar é articular adequadamente. Aponta que a criança é capaz de pronunciar poucas séries de consoantes no princípio da aquisição de linguagem, e que será, a partir de exercitações sistemáticas e balanceadas, propostas a partir da análise da dificuldade fonética, que ela alcançará o "bem falar". Discorre que quando uma criança está adquirindo linguagem não fala corretamente porque não sabe como nem onde tem que colocar os órgãos da articulação, nem é capaz de medir o gasto de sua corrente aérea.

No que diz respeito às dificuldades de linguagem, Sánchez, na mesma obra acima citada, aponta que elas ocorrem por desordens na articulação, respiração, voz e em função de disartrias e outros problemas. Nesse prisma, as "ações lúdicas", expressão utilizada pela autora para referir o brincar, realizadas na escola, podem auxiliar as crianças em suas dificuldades, uma vez que a deixarão mais empenhada para executar o que lhe for designado, e a atividade, menos monótona. O brincar é assumido, portanto, como um objeto sedutor e, por consequência, facilitador na realização de tarefas.

No mesmo sentido, Johnson (1959) discute que crianças com peculiaridades linguísticas costumam não reproduzir bem os sons que ouvem. Mediante a exploração da natureza da alteração, o professor deve elaborar um método de ensino para as correções linguísticas, partindo da correção de erros mais graves aos mais passíveis de resolução. Considerando que o trabalho de correção seja efetuado em sala de aula, o mestre precisa corrigir o "defeito de fala" da criança tomando os devidos cuidados para não envergonhá-la diante dos demais. O brincar, portanto, mostra-se uma alternativa viável para que a correção seja feita, desde que haja a conscientização do problema por parte da criança. Na sequência, Johnson concebe que seja necessário desenvolver com a criança um trabalho de exercitação dos órgãos da fala e recomendar aos pais também fazê-lo em casa. Porém, requer que antes do tratamento a criança passe por testes a fim de se delimitar quais são os erros e seu nível de gravidade. Nesse momento, o autor também alça o brincar como facilitador para que os testes sejam inteiramente realizados.

Esses testes são de estímulos, de discriminação e de significados, basicamente. Durante esses testes ou até mesmo após os resultados obtidos, são feitas brincadeiras a fim de que a criança assimile sons, aprenda a discriminar entre aqueles de sonoridade semelhante ou não e possa assumir formas cultas de fala determinadas pelo professor (JOHNSON, 1959). O brincar para Johnson é, então, uma forma de facilitar à criança uma dicção correta e, cada vez que obtiver um bom desempenho, merecerá um prêmio de gratificação.

É interessante transcrever, nesse ponto histórico, o parecer de Claparède (1956) sobre o papel do terapeuta quando a criança realiza de forma satisfatória o que foi solicitado. Afirma ser necessário estimular o paciente, suscitando, no cumprimento da prova, um de seus interesses naturais. Dir-se-á, por exemplo, que, "se alcançar o resultado que se procura, será recompensado com uns bombons de

chocolate; ou então se recorrerá à emulação, incitando o paciente a sobrepujar os resultados de outro" (CLAPARÈDE, 1956, p. 239).

Pode-se notar que os trabalhos citados tinham como objetivo associar o brincar à facilitação do treinamento de fala e, ao mesmo tempo, servia como recompensa diante do empenho da criança na realização do que foi proposto. Vê-se, assim, que na década de 50, o âmbito terapêutico do brincar não chegou a ser problematizado, atrelando-se apenas a um agir mecanicista e pedagógico, de foco apenas cognitivo, e não a um viés terapêutico.

Ainda como efeito dessa postura, em 1976, Piccolotto e colaboradores, propõem uma listagem de 104 atividades lúdicas destinadas ao trabalho de compreensão, leitura, expressão oral e expressão escrita, com o interesse de sanar as desordens de comunicação. Ressaltaram a ampliação da função educativa do jogo, elementos facilitadores para a aprendizagem e aquisição de habilidades, entendendo que os jogos mencionados serviriam tanto para ser usados pelos educadores, na escola, quanto pelos fonoaudiólogos, em suas clínicas. Porém, se estes jogos poderiam ser utilizados por ambos profissionais, não havia, ainda, a explicitação das especificidades desses dois universos. Esse fato é mais uma evidência de como o fazer entre esses dois profissionais seguia atrelado na década de 70, dadas as similaridades pedagógicas de suas ações.

Somente a partir dos anos 90, uma parcela de fonoaudiólogos passa a encarar de outra forma o brincar, criticando o modo como ele vinha sendo abordado na profissão até então, e propondo novas teorizações.

Em decorrência de uma aproximação ao campo de Aquisição de Linguagem, a partir de uma vertente sócio construtivista, Freire (1990) considerava como recurso para a compreensão do funcionamento de linguagem da criança em processo de aquisição, tanto os processos de especularidade, complementaridade e reciprocidade (descritos inicialmente por Lemos, em 1982), quanto os "jogos interacionais". Esses jogos, descritos por LIER-DEVITTO (1995), correspondiam a jogos executados pela criança na presença do outro e eram, portanto, precursores para a emergência da linguagem. Explicitava Lier-DeVitto que existiam cinco jogos que regiam o aparecimento dos sons da fala. O primeiro era o rítmico, em que havia uma marcação temporal e o som da fala se dava numa pulsação específica. O segundo era o jogo de nomeação e de reconhecimento de objetos em função do desenvolvimento da audição e da articulação. O terceiro era o jogo fonético, em que

apareciam as dimensões segmentais e suprasegmentais da língua. Na sequência, emergia o jogo fonológico, momento de integração das faces rítmicas, articulatórias, auditivas, de combinação arbitrária de segmentos linguísticos, além da síntese paradigmática e sintagmática do objeto linguístico (Apud Freire, 1994). O quinto jogo seria a alternância dos jogos supracitados, dado que a criança se encontraria em processo de aquisição de linguagem e circularia no movimento da língua. Quando a criança torna-se capaz de analisar e articular as diferentes faces, passaria ao que se denominava de "jogo de contar" o que, no entanto, ainda era anterior às narrativas (FREIRE, 1990).

Pode-se dizer que o jogo, a que se faz referência nesta perspectiva, possibilita "avanços dialógicos". Inseria-se aí o pressuposto de que o jogo, como ação discursiva da criança frente à interação com o outro, apontava para a relação da criança com a língua, um indicador de como o sujeito se relacionava na/pela linguagem. O outro, no caso o terapeuta, teria função estruturante da linguagem da criança, ora devolvendo o que foi dito, reorganizando este dizer, ora pontuando, por meio de um estranhamento, o que não compreendeu (POLLONIO, 2005).

Assim, iniciaram-se reflexões que tomaram o brincar para ser pensado no âmbito terapêutico, e assumiam a linguagem como indeterminada, já que as primeiras palavras da criança resultariam de um recorte de uma situação interacional dela com o adulto na brincadeira, na qual a criança iria se significando na e pela linguagem, ao mesmo tempo em que constituiria o mundo.

Anos mais tarde, Lemos (1992) reformula seus estudos sobre os processos de especularidade, complementaridade e reciprocidade, que cedem lugar a novos pressupostos em que a relevância centra-se nos processos metonímicos e metafóricos, advindos das teorizações de Jakobson. Estes passam a servir para uma compreensão sobre as cadeias discursivas da criança com o outro, outro que extrapola a ideia de interlocutor para a de quem interpreta o que a criança fala ou faz.

Este novo modo de tomar e entender o processo de aquisição de linguagem produziu mudanças na forma de a clínica fonoaudiológica tomar o brincar, dadas as mudanças na forma de análise da linguagem. Visto desta maneira, nota-se um movimento particular de certos fonoaudiólogos em teorizar sobre o brincar de forma distanciada à proposta enraizada no viés pedagógico.

Neste prisma, Pisaneschi (1997) afirmava que a Fonoaudiologia não assumia a linguagem como objeto de sua clínica, pois os feitos clínicos se davam sem uma apurada reflexão que incluísse a criança e seu funcionamento de linguagem. Destacava ainda que o uso que o terapeuta fazia do brincar também vinha desacompanhado de problematizações, o que assegurava à clínica uma noção leiga de brincar, isto é, de senso comum, haja vista que era entendido como atividade inerente à criança, natural, e como meio de o adulto aproximar-se dela. Em uma retomada histórica, Pisaneschi defendia que brincar (entendido como recreação) e trabalhar (a atividade séria terapêutica) eram vistos como atividades distintas. Segundo a autora, "*o "terapêutico" excluía o "brincar"* (p.62), o que era plausível pois a linguagem estava também excluída da cena clínica: a primazia era dada à fala, ou ainda, à articulação de sons. Somente com a aproximação às reflexões advindas da Linguística que o fonoaudiólogo pôde tomar outros direcionamentos.

A crítica tecida por Pisaneschi era a de que o Interacionismo, inspiração fortemente presente na Fonoaudiologia a partir do início da década de 80, muito se aproximava da Psicologia do Desenvolvimento, atribuindo ao brincar um caráter impregnado pelas noções piagetianas e vygotskyanas. Deste modo, "*o jogo invade a cena clínica, autorizado pela superfície do título "Interacionismo". Quer dizer, interagir é brincar"* (p.64). Assim, nesses moldes, havia a continuidade do uso do brincar sem uma reflexão adequada. Em seu artigo concluiu que o Interacionismo propunha ao jogo um lugar de construção da linguagem, sustentado pela alternância de turnos e de papéis entre terapeuta e paciente, mas que isso não era suficiente, pois o fonoaudiólogo que guiava sua terapêutica sob este viés não conseguia apontar como e por que o jogo operava esta construção; nem dava um enfoque à linguagem enquanto funcionamento simbólico.

Pisaneschi (1997) entendia que, mediante o brincar na terapêutica, criava-se um "espaço social simbólico", visto como a possibilidade de encontro entre o eu e tu, mas que este espaço só seria possível de se constituir se o fonoaudiólogo tivesse uma certa formação teórica linguística e, na prática clínica, pautasse sua ação balizado por uma teoria de linguagem em que o "outro" fosse reconhecido e necessário.

Para tanto, Pisaneschi (1997) ressaltou, ainda, a importância da Psicanálise e da Aquisição de Linguagem como fontes de inspiração para a Fonoaudiologia,

uma vez que as noções compartilhadas por estas áreas possibilitam uma tomada outra de posição: a clínica ser compreendida enquanto um espaço que permite a alteridade constitutiva, o que exclui o caráter normativo pedagógico do fazer clínico fonoaudiológico. Com isso, só há "social" na linguagem, isto é, "o sujeito é quando assume uma das diferentes perspectivas discursivas; é quando ocupa lugar na linguagem, no discurso [...]" (PIANESCHI, 1997, p.66).

Outro estudo que fez referência ao brincar, atribuindo-lhe olhares distintos dos anteriormente citados, foi o de Palladino (1999). A autora menciona que quando os adultos se aproximam das crianças, costumam brincar com elas a fim de estabelecer um vínculo. Em relação a esta aproximação de vínculo questiona essa atividade privilegiada no meio terapêutico. Para Palladino, o fonoaudiólogo faz uso do brincar por tomá-lo como um instrumento terapêutico que traz efeitos para a clínica e, por mais que a brincadeira permita a aproximação com o paciente, a autora não deixa de citar que o clínico tem outros olhares, diferentemente do leigo, frente à condução deste brincar.

A autora *op. cit.* questiona também a situação de empréstimos, que a Fonoaudiologia sempre manteve com outras áreas ao longo de sua história. Relata que a aproximação com a Linguística Descritiva, que permitiu a adoção da ideia de comunicação, levaria a um olhar sobre o brincar somente como "pano de fundo para a implementação das operações de aprendizagem" (PALLADINO, 1999, p.1). Nesse prisma, vem à luz a ideia de que ao conceber a linguagem como comunicação, o fonoaudiólogo elege o brincar como meio de colocar e manter a criança numa situação prazerosa, o que lhe permite otimizar as condições para o treinamento da linguagem, porém não lhe dá a posição de instrumento terapêutico.

Outra área de inspiração para a Fonoaudiologia, além da Linguística Descritiva, é a Psicologia. Para Palladino (*op.cit*), nesta área há a premissa de que a estrutura de aquisição da linguagem é pautada numa visão teleológica do desenvolvimento, em que para a criança "há todo um período de preparação para o advento da palavra que surge, após um longo tempo de aquisição do conhecimento, na função de expressar, de comunicar o que já está lá, pronto a ser publicado" (Idem, p.03-04).

Exatamente com esse conceito de desenvolvimento, advindo da psicologia tradicional, o Protocolo de Observação Comportamental - PROC, de Jaime Zorzi e Simone Hage, padronizado em 2004 (ZORZI e HAGE, 2004), propõe a avaliação de

linguagem e de aspectos cognitivos infantis de crianças de 12 a 48 meses de idade. A avaliação diferencia variações do desenvolvimento normal de distúrbios ou transtornos do desenvolvimento com o objetivo de sistematizar a avaliação de crianças pequenas quanto ao desenvolvimento das habilidades comunicativas e cognitivas por meio de observação comportamental. Seu principal interesse é o de ser um instrumento útil na detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem e da ação simbólica, esta vista por meio da categorização do brincar a partir da teoria piagetiana, mesmo antes do aparecimento formal da oralidade.

O PROC (ZORZI e HAGE, 2004) apresenta a descrição de variáveis qualitativas e quantitativas, referentes às habilidades comunicativas expressivas, de compreensão e esquemas simbólicos. O protocolo apresenta três áreas: 1. Habilidades Comunicativas (1.a – habilidades dialógicas, 1.b – funções comunicativas, 1.c – meios de comunicação e 1.d – níveis de contextualização da linguagem), 2. Compreensão Verbal e 3. Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo (3.a – formas de manipulações dos objetos, 3.b – nível de desenvolvimento do simbolismo, 3.c – nível de organização do brincar e 3.d – imitação). (ANEXO I)

Palladino (1999) aponta que apenas a Psicanálise passa a fazer uso do brincar como um recurso técnico no atendimento infantil, uma vez que a palavra torna-se, nesta clínica, "o grande instrumento de análise" (p.05) e, assim, se desvencilha da ideia de desenvolvimento do indivíduo em etapas hierárquicas para que haja a emergência da linguagem. Referencia ainda a importância de a Psicanálise buscar problematizar os procedimentos internos à sua clínica, como o brincar, por exemplo.

Assim, verifica-se que a Fonoaudiologia ao aproximar-se de um novo campo, a Psicanálise, redimensiona as noções de linguagem e sujeito, deixando para trás a ideia de a linguagem estar atrelada às construções cognitivas. Assim, frente à assunção de que a linguagem é uma instância simbólica, o modo de olhar o sujeito também se modifica: este é tomado enquanto sujeito do inconsciente, aquele desde sempre capturado pela linguagem.

Mais recentemente, Greggi (2002), seguidora de uma posição winnicottiana, comenta que durante muitos anos o fonoaudiólogo, ao lidar com treinamentos e aplicação de técnicas, acabava por não vislumbrar a singularidade do paciente, ou seja, este não era visto como repleto de potencialidades e como figura ativa na

participação do processo terapêutico e superação de suas dificuldades. Nesse sentido, discorre sobre o brincar e sua íntima relação com a teoria winnicottiana, e pontua que ao terapeuta fica a tarefa de entender que o espaço terapêutico é um espaço potencial. A partir disso, a relação entre ambos - terapeuta e paciente - passa a ser vista como de grande valia e propulsora para avanços e transformações nos dois sujeitos.

Valendo-se, também, de aportes teóricos winnicottianos, Carla Graña (2008) realizou uma revisão da literatura acerca dos objetos transicionais e dos objetos atípicos e suas relações com a aquisição da linguagem nas crianças surdas. A autora cria um quadro classificatório que define a função de cada tipo de objeto e das possíveis relações destes com a linguagem infantil por meio de uma categorização dos tipos de relação objetal, sintetizado no quadro 2.

Objetos	Transicionais	Fetiches	Autísticos
Investimento	Como primeira possessão não-eu, torna-se mais importante do que a mãe real.	Contato direto com a mãe real continua sendo mais importante.	Não constituem possessões não-eu, impedem a apercepção da separação física com o mundo externo.
Utilização	Defesa contra a ansiedade, é um acalmador.	Como defesa contra o temor de separação da mãe, confortador erotizado.	Como proteção de seu corpo impotente e desprotegido, que são vividos como alvos de ataques brutais e aniquiladores.
Aspecto	Inicialmente macio e fofo (fralda, bicho de pelúcia).	Bizarro (cordões, famílias de ursos, coelhos reais).	Duro e não-moldável (chaves, dados, etc).
Características	Único, somente pode ser substituído por novo objeto criado pelo bebê.	Único extensível aos similares daquele objeto como obsessão.	Ritualísticos, estáticos e promíscuos, apego e preocupação excessiva, não são simbolizáveis, peculiares a cada criança.
Período	4a 12 meses.	Pode aparecer mais tarde e prolongar-se até idade avançada.	Assume desde cedo o lugar das relações de objeto humanas, impedindo sua ocorrência.
Localização	Zona intermediária, área de onipotência não contestada, continuidade direta com o brincar e o fantasiar.	Retido no interior da órbita de onipotência materna; ocupa o centro da relação simbiótica.	Como prolongamento do corpo da criança; exploração excessiva das sensações corporais; autoerotismo maligno.
Destino	Perde o significado inicial, se torna difuso.	Fixado.	Fixado.
Linguagem	A criança inventa uma palavra para nomear o objeto que adquire um significado afetivo particular.	Não há emergência de um nome específico para o objeto.	Ecolalia, a palavra é empregada de forma repetitiva e destituída de significação; sofre uma manipulação similar ao objeto autístico.
Função	Dar forma à área da ilusão; promover a abertura para o mundo externo.	Serve ao delírio da persistência do falo materno, renegação da separação.	Promove o fechamento da criança em si; impossibilitando o investimento do outro humano.

Quadro 2- Categorias do brincar (GRANA, 2008)

As categorias escolhidas pela autora (2008) para a análise dos objetos são: investimento (é a representação afetiva que o objeto tem para a criança), utilização (é a maneira como a criança usa/manipula o objeto), aspecto (refere-se à apresentação física do objeto), característica (são as especificidades descritivas do objeto), período (tempo do aparecimento e da permanência do objeto), localização (é o espaço físico e psíquico que o objeto ocupa), destino (ponto em que o objeto perde a importância para a criança sendo então trocado por outra atividade simbólica), linguagem (surgimento ou não de uma palavra relacionado ao objeto) e função (operacionalidade do objeto na promoção do crescimento e do amadurecimento da criança).

A autora conclui que se os fenômenos e objetos transicionais possibilitam a passagem para um novo tipo de relação entre o bebê e a mãe, correspondendo assim ao início da formação de atividades de representação e simbolização, o auge deste processo será a aquisição da linguagem pela criança, o que a levará a um crescimento tanto no que diz respeito a sua relação com o outro como ao seu próprio funcionamento psíquico (GRANA, 2008).

Pode-se concluir, a partir desses estudos, que concepções diferentes do brincar compõem na clínica fonoaudiológica desde os primórdios da profissão, não havendo uma homogeneidade teórica.

Resumidamente, pode-se afirmar que a noção pedagógica, hegemônica em um primeiro momento da história da profissão no Brasil, era pautada principalmente na psicologia do desenvolvimento, que transformava o brincar em um instrumento "facilitador" para a aprendizagem. As técnicas vigentes de exercitação dos órgãos envolvidos na fala tinham predominância, uma vez que se concebia que o trabalho motor implicaria em mudanças na linguagem. Assim, o brincar tinha a função de transformar o que era "cansativo" em algo mais agradável. Nota-se também que vestígios da visão comportamentalista se faziam presentes, pois, depois de realizar a tarefa solicitada pelo fonoaudiólogo, a criança poderia ter como recompensa escolher com o que gostaria de brincar "ao final da sessão" (POLLONIO, 2005).

Em um segundo momento, o rótulo "Interacionismo" trazia à tona a noção de que "interagir é brincar". A premissa que se sustentava nesse momento era a de que se devia oferecer à criança uma variedade de brinquedos e deixá-la livre para escolher com o que brincar. Pôde-se averiguar, contudo, que o terapeuta sofria um apagamento, porque embora a palavra dele e da criança estivessem em cena

mediada pelo brincar, não se vislumbrava o que, em sua intervenção, produzia efeitos, mudanças na linguagem da criança. Assim, tratava-se de um momento em que a falta de consistência teórica sobre o método terapêutico alçado não permitia dizer sobre a clínica e seus efeitos na linguagem (GUTERRES, 2003).

Por consequência, o movimento que marca o estado atual de teorizações da Fonoaudiologia ao discorrer sobre o brincar procura distanciá-lo da noção de ser uma atividade que permita apenas a aproximação com a criança ou que facilite o treinamento de funções envolvidas na fala. O fonoaudiólogo que, em particular, se busca no campo linguístico, e vê na Psicanálise uma teoria importante de subjetividade, passa a apontar que o brincar funciona como instrumento ou técnica terapêutica por permitir, na cena clínica, a emergência de dizeres entre terapeuta e paciente. A partir do instante em que a palavra vem à tona, tais dizeres possibilitam que a linguagem da criança sofra ressignificações.

Há, enfim, no momento atual, não só o interesse, mas, sobretudo, a necessidade de a Fonoaudiologia discorrer sobre seu método e suas técnicas e, por meio dessas discussões, direcionar um lugar ao brincar que o circunscreva teórica e metodologicamente nesta área, que ultrapasse um olhar sobre o brincar apenas como técnica de sustentação linguística, mas que o investigue como terapêutico em si.

Buscando avançar nesta tarefa, este trabalho propõe um exercício de análise do brincar da criança a partir da comparação entre o que já está estabelecido no campo fonoaudiológico, um olhar exclusivo sobre o brincar infantil, comparando o olhar a partir da Psicologia do Desenvolvimento com a análise de Graña (2008), a partir da Psicanálise. A seguir, investiga-se o que é realizado na clínica por profissionais experientes e com uma perspectiva interdisciplinar do brincar.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo qualitativo e quantitativo, com recorte transversal, descritivo e observacional.

A análise qualitativa amplia olhares à integridade do indivíduo, considerando-o em todos os aspectos, inserido em um contexto (PEREIRA, GODOY, TERÇARIOL, 2009). Além disso, conforme Richardson (1999), esta análise busca uma compreensão mais detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos participantes. Tal abordagem compreende de forma mais abrangente os aspectos pessoais, psicológicos e sociais do sujeito pesquisado (MARTINS & BICUDO, 1994).

Por outro lado, uma análise quantitativa permite a contagem e comparação dos dados, estabelecendo relação entre as variáveis (CHIZZOTTI, 1995), podendo, de acordo com Martinelli (1994) servir de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa e não oposta a esta, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementaridade mútua.

3.2 Da Seleção da Amostra

O projeto de pesquisa denominado “Funções Parentais e Fatores de Risco para a Aquisição da Linguagem: Intervenções Fonoaudiológicas” teve início em 2010, com amostra inicial de 182 bebês, nascidos a termo ou pré-termo, sem alterações orgânicas.

Tais bebês foram captados após a confirmação de inexistência de perda auditiva pela triagem auditiva neonatal, e passaram a ser acompanhados no Hospital Universitário de Santa Maria, a partir do final do primeiro mês de vida, durante 18 meses pelo protocolo IRDIs (ANEXO I). Os bebês foram acompanhados por meio da

aplicação do protocolo IRDIs nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses e entrevistas continuadas com os pais. Durante a primeira fase, além do protocolo IRDIs foram aplicadas também entrevistas acerca da experiência da maternidade (SCHWENGBER e PICCININI, 2004) e escala de Beck (BECK e STEER, 1993).

Foram excluídos da pesquisa os bebês que apresentaram malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para desenvolvimento.

Da amostra inicial, um grupo de 56 crianças seguiu sendo avaliado até o final do projeto que se encerrou ao final de 2011. Esse decréscimo na amostra ocorreu por conta de desistência da participação do projeto, mudança de cidade, mudança de telefone de contato, entre outros motivos. Desse grande grupo, 22 crianças com risco ao desenvolvimento foram acompanhadas até por volta dos 24 meses, pois dos 18 aos 24 meses surgem enunciados de até dois elementos, emergindo um esboço de frase, e aos 24 meses a criança já inicia e mantém a conversação por turnos curtos (ZORZI, 2000). Neste período há o surgimento do simbolismo como um marco entre o período sensório-motor e representativo (NOVAES, 2000). Zorzi (2000) atribui a importância da realização de avaliação do desenvolvimento infantil nesta idade, sobretudo do aspecto das relações que a criança estabelece com os brinquedos, ao aparecimento destas condutas simbólicas que serve como referencial de um bom desenvolvimento.

Para elaboração deste trabalho, contou-se com uma amostra de 16 crianças destas 22 que apresentavam risco ao desenvolvimento infantil, detectado pelos IRDIs.

Assim, trata-se aqui do estudo de 16 casos de bebês com risco ao desenvolvimento acompanhados desde o primeiro mês de vida até os 18 meses, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Após a coleta dos IRDIs, quando estavam com idade entre 21 e 26 meses, esses bebês compareceram à clínica escola de fonoaudiologia para avaliação Fonoaudiológica.

3.3 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa, é necessário salientar que procurou-se atender todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos quanto aos seus procedimentos. O projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Os pais ou responsáveis foram instruídos acerca dos objetivos e procedimentos de estudo, e dado seu aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a presente pesquisa e a posterior publicação dos resultados. Os responsáveis e os bebês tiveram a garantia de anonimato e sigilo de suas identidades. Além disso, foram esclarecidos sobre o seu direito de recusar ou desistir de sua participação neste estudo a qualquer momento.

Salienta-se que as mães que declararam problemas emocionais, assim como as que possuíam bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, foram orientadas para atendimento de acordo com a demanda principal do caso.

3.4 Instrumentos de Coleta

Todos os casos que fizeram parte desta pesquisa geral foram avaliados na primeira fase de coleta por meio dos seguintes instrumentos:

- Entrevista com as mães sobre as variáveis sociodemográficas e histórico obstétrico das puérperas;
- Inventário de Beck: Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) (BECK e STEER, 1993);
- Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), até os 18 meses (ANEXO I);
- Entrevista sobre a transição alimentar;

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

Entre 21 e 26 meses:

- Entrevista com as mães sobre a aquisição e desenvolvimento da linguagem e do brincar dos filhos (APÊNDICE I);
- Protocolo de Observação Comportamental – PROC (ZORZI e HAGE, 2004) (ANEXO II);
- Classificação da relação objetal de Graña (2008) (APÊNDICE II);

Aos profissionais participantes da pesquisa qualitativa:

- Entrevista semiestruturada sobre conhecimentos acerca do brincar e sua abordagem teórica e prática na clínica de bebês.
- Ficha de análise dos vídeos das 16 díades, contendo análise das cenas e possível intervenção.

3.5 Procedimentos de Coleta do Projeto Geral

Após o esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos de coleta e da divulgação dos dados, as mães tiveram assegurado seu direito de voluntariado e sigilo de suas identidades e de seus bebês. Cientes dos possíveis benefícios e desconfortos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as pesquisadoras asseguraram o Termo de Confidencialidade.

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.

Entre os procedimentos iniciais, realizou-se a entrevista pela equipe de fonoaudiólogas e psicólogas que fizeram parte o projeto. Esta entrevista 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 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. Os resultados das escalas já estão analisados nas dissertações de Beltrami (2011) e Pretto-Carlesso (2011).

A avaliação dos bebês foi feita pela aplicação dos IRDIs, correspondentes à cada faixa etária. A aplicação dos índices foi realizada sempre com a presença de ao menos uma das fonoaudiólogas ou psicólogas mestrandas que participaram da pesquisa, além do auxílio dos graduandos em Fonoaudiologia, também membros da equipe.

Para a avaliação dos IRDIs, as díades mãe-bebê foram observadas em interação. A partir da observação da díade mãe-bebê e de relatos das mães, as pesquisadoras atribuíram 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.

A observação 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 quanto durante a filmagem. Este fato se deu, talvez, porque as pesquisadoras procuraram deixar a mãe a vontade e solicitaram apenas que interagisse com seu bebê como usualmente fazia. Esse mesmo ordenamento foi seguido em todas as fases de coleta dos IRDIs e com o passar do tempo percebeu-se que as mães ficavam cada vez mais à vontade, sempre aproveitando as visitas para conversar com as pesquisadoras, tirar dúvidas e pedir ajuda e orientações.

Portanto, além de observar os IRDIs e filmar um pouco das interações dos bebês com as mães e familiares, uma entrevista não estruturada foi conduzida livremente com as mães de modo a permiti-las falar sobre os filhos.

Na etapa em que os bebês encontravam-se com idades entre 10 a 15 meses foi implementado o protocolo de Avaliação da Transição Alimentar (VENDRUSCOLO *et al.*, 2012), criado para que fossem investigadas questões relativas ao aleitamento (materno ou artificial) e à alimentação e dificuldades relacionadas.

Entre 13 e 16 meses, Crestani (2012) realizou levantamento do vocabulário inicial dos bebês e entre 16 e 22 meses Magalhães *et al.* (2012) aplicaram um *check list* de vocabulário.

Entre 21 e 26 meses, duas fonoaudiólogas experientes em avaliação infantil realizaram análise das filmagens, identificando quais crianças apresentavam ou não distúrbio de linguagem, considerando os 16 sujeitos, a partir de critérios qualitativos clínicos. Como critério clínico principal esteve a compreensão e/ou a produção de fala precária ou ausente, muito aquém do esperado para a faixa etária, considerando as descrições na literatura psicolinguística clássica, e que causassem estranhamento ao interlocutor, ou seja, crianças identificadas como tendo dificuldades importantes na apropriação do sistema linguístico. Buscaram, portanto, identificar os casos que precisariam de uma intervenção fonoaudiológica, diferenciando-os de casos em que, por exemplo, um intervenção psicológica poderia ser a indicada, mesmo que houvesse dificuldades de funcionamento da linguagem na interlocução com a mãe ou pai. Os casos indicados pelas profissionais para terapia fonoaudiológica estão indicados no artigo¹, para confronto com dados obtidos no teste do PROC e também na categorização sobre relação objetal proposta por Graña (2008).

A seguir descrevem-se em detalhes os procedimentos desta pesquisa.

3.6 Procedimentos de Coleta Específicos a esta Pesquisa

Para esta pesquisa foi organizada, no período de janeiro e fevereiro do ano 2012, uma situação natural de interação com brinquedos temáticos ligados aos conhecimentos iniciais infantis tais como bonecas, animais, objetos da casa,

transportes, plantas, bola, etc. As pesquisadoras propuseram à mãe que, se possível, brincasse com seu filho por 20 minutos. Uma câmera da marca JVC, modelo Everio Gz-mg320, foi instalada em uma sala de terapia, propriamente ambientada, do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico – SAF, da UFSM, para filmar a interação de modo que permitisse captar o brincar, a psicomotricidade e troca linguística entre o bebê e seus interlocutores usuais (pai, mãe, irmão, irmã, etc.).

Além disso, a pesquisadora realizou entrevista com a mãe, cujo roteiro está no APÊNDICE I, para procurar entender como a mesma via a linguagem e comunicação do filho, se percebia a necessidade de intervenção terapêutica, além de questões sobre o desenvolvimento do brincar, comportamento, rotina, etc. Estas entrevistas foram transcritas ortograficamente.

A metodologia de análise de cada artigo será detalhada no capítulo de resultados.

3.7 Aspectos Gerais da Análise dos dados

Para a análise do primeiro artigo foram usados dados de idade dos 16 bebês, de desempenho no PROC em cada área proposta, e a classificação de Graña para a relação que a criança estabelece com o objeto. Esses dados foram comparados estatisticamente com a amostra de referência para dois anos do PROC e descritivamente entre si. Para a análise estatística foi usado o software Statistica 9.1, com significância de 5%.

No segundo artigo, a análise dos dados se dá pela análise do discurso de três diferentes profissionais acerca do brincar como instrumento de avaliação e intervenção na clínica com crianças, bem como dos pareceres descritivos acerca da situação de brinquedo em 20 minutos de filmagem da interação do bebê com sua mãe.

Em cada artigo serão descritos os procedimentos específicos de análise em detalhes.

4 RESULTADOS

Este capítulo está organizado em dois artigos, conforme descrito na metodologia. No primeiro artigo são analisados os resultados sobre brincar obtidos por protocolos de avaliação do desenvolvimento infantil. Já no segundo artigo, analisam-se os resultados da análise do brincar, realizada por três clínicos de profissões distintas, experientes em atendimento de crianças.

4.1 O Brincar e a Comunicação entre Crianças com Risco Psíquico e suas Mães

Introdução

A clínica com bebês tem buscado instrumentos clínicos de avaliação que melhor contemplem a aquisição e desenvolvimento da linguagem infantil. Em função da íntima relação entre desenvolvimento da linguagem, tanto do ponto de vista constitutivo quanto comunicativo, e do brincar, torna-se fundamental também avaliar este aspecto, sobretudo em situações de risco. Em geral, tal avaliação pode ocorrer a partir do olhar sobre o funcionamento psíquico (CORIAT e JERUSALINSKY, 1996), tendo em vista o quanto tal aspecto estrutural do desenvolvimento está imbricado nos primeiros anos de vida, sobretudo em situação de risco ao desenvolvimento ou psíquico propriamente.

Pensando em detecção de riscos ao desenvolvimento e/ou psíquico e intervenção a tempo com bebês pequenos, até os 18 meses, Kupfer e um grupo de psicanalistas brasileiros criaram índices capazes de prever risco ao desenvolvimento infantil e/ou psíquico (KUPFER E VOLTOLINI, 2005), já utilizado na detecção precoce pelo grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho¹⁴. Cabe ressaltar

¹⁴ “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” é um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria.

que risco ao desenvolvimento é conceituado como aquele que pode gerar obstáculos sem haver risco de quadro grave de doença mental. Já o risco psíquico pode gerar a estruturação de transtornos graves do desenvolvimento como quadros de psicose e autismo. Os índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) que indicam risco psíquico, mesmo que isoladamente, na pesquisa (KUPFER, 2008) foram: o 6 - A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades; 12 - A criança estranha pessoas desconhecidas para ela; 14 - A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada; e 18 - Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Nos primeiros dois anos de vida, conforme sugerem Oliveira *et al.* (2012), os riscos psíquico e ao desenvolvimento podem comprometer a linguagem e a cognição.

Os estudos do grupo de pesquisa do presente trabalho observaram relação entre presença de risco ao desenvolvimento e/ou psíquico e estados emocionais maternos (FLORES *et al.*, 2013; BELTRAMI *et al.*, 2013), dificuldades no aleitamento e na transição alimentar (CRESTANI *et al.*, 2012; VENDRUSCOLO *et al.*, 2012) e as chances de risco e sua relação com fatores socioeconômicos, demográficos e obstétricos (CRESTANI *et al.*, 2013). Os bebês com risco foram seguidos até os 24 meses de idade e o trabalho de Oliveira *et al.* (2013) analisou o caso de um bebê prematuro que realizou intervenção precoce, com evolução positiva. Inserido nesses estudos, este trabalho busca abordar o brincar dos bebês identificados com risco. Para tanto, considerará as dimensões cognitiva por meio do instrumento de Zorzi e Hage (2004) e a relação objetal por meio da categorização de Graña (2008).

O Protocolo de Observação Comportamental – PROC (ZORZI e HAGE, 2004) foi elaborado para sistematizar observações sobre o comportamento, configurar os níveis evolutivos e o modo de funcionamento cognitivo e comunicativo de crianças com idade entre 12 e 48 meses, nas áreas de habilidades comunicativas, de compreensão da linguagem oral e do desenvolvimento cognitivo infantil. O desenvolvimento cognitivo é observado na atividade espontânea da criança e tem como elemento central de análise o estágio evolutivo do brincar (HAGE *et al.*, 2012) e por isso este teste foi selecionado, considerando os dados das crianças com risco ao desenvolvimento ou psíquico aqui descritos. Ele foi escolhido também por ser um instrumento largamente utilizado nos trabalhos do campo

fonaudiológico na realidade brasileira e por ter valores de referência estabelecidos (ZORZI e HAGE, 2004).

Considerando a dimensão psicoafetiva, em especial a relação objetal, Graña (2008) criou uma categorização a partir da teoria de fenômenos e objetos transicionais de Donald Winnicott (1975) e de objeto autístico de Francis Tustin (1972), que observa o investimento, utilização, aspecto, característica, período de utilização, destino, linguagem e função objetal, em três categorias: objeto transicional, objeto fetiche e autístico. Utilizando tal categorização Klinger e Ramos (2013) observaram a evolução terapêutica de três crianças do espectro autístico, demonstrando que a mesma é útil para diferenciar casos de estruturação autística de casos que se encaminham para uma estruturação psicótica, ou mesmo a remissão dos sintomas após a intervenção.

Este artigo tem como objetivo analisar o brincar de 16 bebês com faixa etária entre 21 e 26 meses que apresentaram risco ao desenvolvimento/psíquico na avaliação por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Os objetivos específicos são analisar a dimensão cognitiva do brincar e a dimensão psicoafetiva, comparando as reflexões clínicas possíveis a partir de tais dimensões, com os resultados comportamentais relativos às habilidades comunicativas dos bebês.

Material e método

A presente pesquisa foi realizada de acordo com as Normas Éticas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria sob o número CAAE 0284.0.243.000-09. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo, transversal e descritivo, que propõe análise comparativa entre variáveis em um mesmo grupo e em relação a dados de referência.

A amostra foi constituída de 16 bebês com presença de risco ao desenvolvimento/psíquico, detectada pelos IRDIS – Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008), sendo 9 meninos e 7 meninas, entre 21 e 26 meses, os quais são originários da cidade de Santa Maria e cidades vizinhas, e

que, como pré-requisito para inclusão na amostra, realizaram e passaram na triagem auditiva neonatal em um Hospital regional de referência.

Essas crianças foram acompanhadas do nascimento até os 24 meses, tempo este, que corresponde ao tempo de coleta dos IRDIs (18 meses) adicionado pela avaliação de linguagem e do brincar proposta para idade em torno dos 24 meses.

Os bebês nascidos com malformações ou síndromes e também bebês cujas mães apresentaram distúrbios psíquicos graves tais como esquizofrenia, psicose, entre outros, foram excluídos da pesquisa. Esses aspectos foram avaliados e detectados por meio de observações e de entrevistas realizadas por psicólogas participantes do projeto de pesquisa maior no qual se insere esta investigação. Portanto, foram incluídos apenas bebês nascidos a termo ou prematuros, sem diagnóstico de alteração biológica, e que tiveram um ou mais IRDI/s alterado/s e mães sem alterações psíquicas importantes.

A coleta dos IRDIs foi realizada em quatro fases, seguindo a metodologia de Kupfer (2008), compostas pela observação dos IRDIs em cada fase, acompanhada de uma filmagem, de aproximadamente dez minutos, para registrar a interação da díade mãe-bebê e possibilitar uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Em caso de persistência de dúvidas, os bebês foram retestados em até uma semana após a coleta. As 16 crianças desta amostra obtiveram um ou mais IRDIs ausente/s. O quadro de referência dos IRDIs encontra-se no ANEXO I. Todas as crianças detectadas com risco ao desenvolvimento ou risco psíquico foram encaminhadas para atendimento psicológico, mas nenhuma das díades aceitou tal intervenção, entre as 16 investigadas neste artigo.

Entre 21 e 26 meses foi realizada uma filmagem da díade para análise do brincar por meio do PROC – Protocolo de Observação Comportamental (ZORZI e HAGE, 2004) (ANEXO II) e a análise da relação objetal a partir da categorização de Graña (2008) (APÊNDICE II) acerca da relação que a criança estabelece com os objetos.

O instrumento avaliativo PROC foi elaborado a fim de sistematizar observações sobre o comportamento, configurar os níveis evolutivos e modo de funcionamento cognitivo e comunicativo de crianças com idade entre 12 e 48 meses. Os itens que compõem o PROC estão divididos em três áreas: habilidades comunicativas, compreensão da linguagem oral e desenvolvimento cognitivo infantil,

sendo que este último aborda o desenvolvimento do brincar. Esse instrumento de avaliação apresenta variáveis qualitativas e quantitativas, indicando que a pontuação máxima do teste é de 70 pontos para habilidades comunicativas; 60 pontos para compreensão da linguagem oral; 70 pontos para aspectos do desenvolvimento cognitivo e 200 pontos no escore total.

Por outro lado, a categorização da relação objetal, proposta por Graña (2008), permite que se observem aspectos como Investimento, Utilização, Aspecto, Característica, Período, Destino, Linguagem e Função que o brinquedo tem para a criança, mediante análise das filmagens das crianças brincando e entrevistas com as mães.

A coleta da filmagem para análise do brincar foi realizada após entrevista com os pais (APÊNDICE I), que contém dados sobre o desenvolvimento da criança. Ela se deu por meio da interação da criança com pais e terapeuta em uma sala de terapia, propriamente ambientada, do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, clínica-escola onde ocorreu o estudo. O procedimento foi organizado para propor uma situação de interação na qual se pudesse observar e registrar em vídeo a interação da criança com diferentes interlocutores durante 20 minutos. Para tal, foram ofertados, em uma sala de terapia, colchonetes, miniaturas de animais, carros, bonecas, miniaturas de jogo de cozinha (panelas, pratos, garfos, etc.), e bola. Utilizou-se uma câmera filmadora da marca JVC modelo Everio Gz-mg320 para registro das imagens.

Solicitou-se aos pais que brincassem livremente com a criança utilizando os objetos/brinquedos acima descritos e recomendados pelos autores do PROC. O material filmado foi assistido e analisado em conjunto pelas pesquisadoras que pontuaram o desempenho da criança em cada área seguindo o PROC bem como categorização da relação objetal de Graña (2008). No caso de dúvida ou divergência em determinado item, as filmagens foram revistas até consenso das pesquisadoras.

Além dessas avaliações inseridas no PROC e da categorização de Graña (*op. cit.*), contou-se com os dados de avaliação qualitativa da linguagem das 16 crianças realizada a partir da identificação de distúrbio de linguagem que demandasse intervenção fonoaudiológica por duas fonoaudiólogas experientes em clínica infantil. A experiência clínica das fonoaudiólogas variou entre 4 e 5 anos de clínica infantil, e não houve discordância entre as mesmas quanto aos casos identificados como demandando terapia fonoaudiológica.

Como critério clínico principal para identificação do distúrbio de linguagem, esteve a compreensão e a produção de fala precárias ou ausentes, em relação ao esperado para a faixa etária entre 21 e 26 meses, considerando as descrições na literatura psicolinguística clássica, e também o fato de sua linguagem causar estranhamento ao interlocutor, ou seja, a criança identificada pelo interlocutor como alguém com dificuldade na linguagem. Casos em que havia uma dificuldade mais restrita ao processo de interlocução, em função do tipo de interação que acontecia com mãe ou pai da criança, mas nos quais a criança possuía um domínio gramatical mais compatível com sua idade, embora sejam considerados como dificuldades na linguagem, não foram considerados como sendo distúrbio de linguagem que demandasse uma intervenção fonoaudiológica específica, e poderiam até ter uma abordagem terapêutica no campo psicanalítico.

Buscou-se, então, comparar a pontuação das crianças obtidas no PROC e as categorias atribuídas a partir de Graña (op.cit.) com o fato de haver ou não distúrbio de linguagem identificável pelo clínico experiente. Cabe ressaltar ainda que as crianças identificadas como tendo distúrbio de linguagem aos 24 meses, foram as que os pais aceitaram intervenção fonoaudiológica a partir dessa idade, embora apenas uma mãe claramente identificasse que o filho estivesse com dificuldades no processo de aquisição da linguagem. Isso está relatado no trabalho de Oliveira (2013) que aborda o distúrbio de linguagem de tais casos.

A análise se deu pela criação de um banco de dados em software Excel, no qual as seguintes variáveis foram analisadas: pontuação individual do PROC em cada área abrangida, pontuação geral e tipo de relação objetal.

A partir do banco de dados da pesquisa, foi efetuada a análise quantitativa dos dados por meio da estatística descritiva e inferencial no software STATISTICA 9.1 para verificar uma possível correlação entre a pontuação obtida no PROC, sua referência normal e a caracterização da relação objetal das crianças da amostra.

Resultados

A amostra desta pesquisa contou com 16 crianças que apresentaram um ou mais IRDIs alterado/s na pesquisa que os acompanhou até os 18 meses. Estas

crianças estão aqui caracterizadas com a letra inicial C (criança) e a identificação numérica na sequência (exemplos: C1, C2, C3...). Ressalta-se que as crianças estão expostas, para análise, na seguinte forma de distribuição: as primeiras 4 crianças (C1 a C4), identificadas, no texto em negrito, além de IRDIs alterado/s, apresentaram distúrbio de linguagem que demandava intervenção fonoaudiológica na avaliação realizada por dois clínicos experientes entre 21 e 26 meses de idade. Encontram-se também em negrito os IRDIs que podem predizer risco psíquico (KUPFER, 2008), conforme se pode observar na tabela 1, que caracteriza os sujeitos desta pesquisa.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16
Idade em meses	25	21	24	26	25	23	23	25	24	22	22	23	22	22	23	25
Sexo	M	M	M	M	F	M	F	F	F	F	M	F	F	M	M	M
IRDIs ausentes	12		2	2	14		14						15			1
	15	12	8	16	15	17	15	12	12	15	12	12	16	12	12	10
	16		14	18	17	18	16			18			17			11
	18				18		17						18			12

TABELA 1: Apresentação da amostra, com idade, sexo e IRDIs alterados.

Vê-se que nesta amostra há nove meninos e sete meninas com média de idade de 23,44 meses (idade máxima de 26 meses e mínima de 21 meses). As crianças destacadas como as que desenvolveram distúrbio de linguagem, na visão das clínicas, são do sexo masculino e possuem média de idade de 24 meses.

Para além das crianças que apresentaram distúrbio de linguagem, em uma visão geral da amostra, observa-se que todas têm alterado ao menos um IRDI, o qual apresenta, mesmo que isoladamente, capacidade de predição de risco psíquico, entre os quais o 6, 12, 14 e 18, já descritos na introdução deste trabalho. A frequência geral de aparecimento desses índices ausentes na amostra está no gráfico 1.

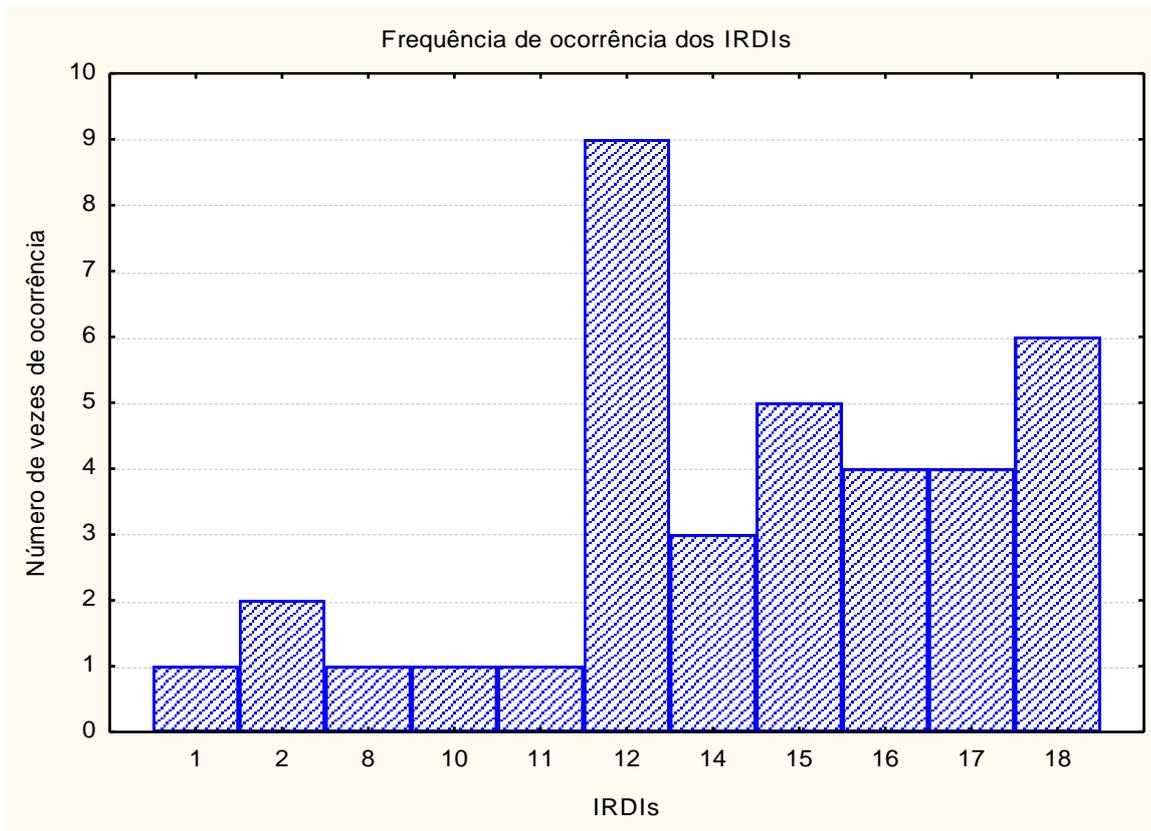


GRÁFICO 1. Número de ocorrências de ausência dos IRDIs

No gráfico acima pode-se verificar que o índice 12 (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela) foi o mais frequentemente alterado, seguido pelo índice 18 (Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança), ambos considerados pela pesquisa multicêntrica de Kupfer (2008) como tendo sozinhos o valor preditivo de risco psíquico.

Acerca da caracterização da relação objetal (GRAÑA, 2008) obtiveram-se os resultados expostos na TABELA 2, na qual a letra T refere-se a relação objetal de tipo transicional ou simbólica típicas de constituição neurótica, a F para relação objetal tipo fetiche e a referência A para relação objetal de tipo autística.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16
Investimento	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Utilização	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Aspecto	T	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Característica	T	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Período	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Localização	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Destino	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Linguagem	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Função	T	F	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

TABELA 2: Relação objetal (GRANA, 2008) T=transicional; F= predominantemente fetiche; A= autístico

Observa-se que das quatro crianças que desenvolveram um distúrbio de linguagem, na avaliação clínica qualitativa, somente as crianças 2 (C2) e 3 (C3) apresentaram alterações na relação objetal, com características de objeto fetiche. Considerando essas duas crianças com alteração na relação objetal, C2 apresentou o índice 12 alterado e a C3, os índices 2, 8 e 14 alterados, sendo os índices 12 e 14 estatisticamente preditivos de risco psíquico (KUPFER, 2008). Destaca-se que nessas crianças, classificadas com relação objetal do tipo fetiche, algumas categorias não se mostraram alteradas, mas usa-se essa referência no sentido de apontar que, psiquicamente, há um risco que merece atenção e uma análise mais aprofundada, ou seja, de que predominantemente houve emergência de características da relação objetal de tipo fetiche, o que indica que o brincar sugere risco de estruturação psicopatológica.

Diante da aplicação do PROC – Protocolo de Avaliação comportamental e da Relação objetal que a criança desenvolve, organizou-se a TABELA 3, na qual se expõem as três categorias principais do PROC (Habilidades comunicativas –

expressivas, compreensão da linguagem oral e aspectos do desenvolvimento cognitivo), e a categoria pontuação geral do PROC, subcategorizados em pontuação (P) para cada criança em cada uma destas categorias, a pontuação média da amostra de referência para dois anos (N) (HAGE *et al.*, 2012) em cada categoria, cuja comparação com a amostra deste trabalho é realizada por meio de análise do desvio, em número de pontos, da média padrão (N), ou seja, o quanto há ou não variação ou dispersão em relação à normativa N. Esta tabela também mostra a classificação da relação objetal de Graña (2008), para possibilitar ao leitor a comparação de ambas as categorizações, e a identificação clínica dos casos com distúrbio de linguagem realizada pelas fonoaudiólogas.

	Habilidades comunicativas (expressivas)			Compreensão da linguagem verbal			Aspectos do desenvolvimento cognitivo: tipo de brincar			PROC geral			Relação Objetal (GRAÑA)
	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	T/ F/ A
C1	29	51,44	-22,44	50	50,70	-0,7	10	31,96	-21,96	89	137,11	-48,11	T
C2	18	51,44	-33,44	10	50,70	-40,7	8	31,96	-23,96	36	137,11	-101,11	F
C3	22	51,44	-29,44	20	50,70	-30,7	16	31,96	-15,96	58	137,11	-79,11	F
C4	34	51,44	-17,44	40	50,70	-10,7	24	31,96	-7,96	98	137,11	-39,11	T
C5	53	51,44	1,56	40	50,70	-10,7	39	31,96	7,04	132	137,11	-5,11	T
C6	56	51,44	4,56	50	50,70	-0,7	39	31,96	7,04	145	137,11	7,89	T
C7	61	51,44	9,56	60	50,70	9,3	49	31,96	17,04	170	137,11	32,89	T
C8	61	51,44	9,56	60	50,70	9,3	49	31,96	17,04	170	137,11	32,89	T
C9	61	51,44	9,56	60	50,70	9,3	47	31,96	15,04	168	137,11	30,89	T
C10	61	51,44	9,56	60	50,70	9,3	50	31,96	18,04	171	137,11	33,89	T
C11	56	51,44	4,56	60	50,70	9,3	47	31,96	15,04	163	137,11	25,89	T
C12	56	51,44	4,56	60	50,70	9,3	49	31,96	17,04	165	137,11	27,89	T
C13	56	51,44	4,56	60	50,70	9,3	47	31,96	15,04	163	137,11	25,89	T
C14	56	51,44	4,56	60	50,70	9,3	49	31,96	17,04	165	137,11	27,89	T
C15	56	51,44	4,56	60	50,70	9,3	47	31,96	15,04	163	137,11	25,89	T
C16	51	51,44	-0,44	60	50,70	9,3	47	31,96	15,04	158	137,11	20,89	T
Geral	49,19			50,62			38,56			138,37			

TABELA 3. Resultados do PROC (ZORZI E HAGE, 2004) e da Relação objetal (GRAÑA, 2008) P=pontuação; N=normativa; D=desvio da normativa; T=transicional; F=fetico e A= autístico.

Percebe-se na tabela 3, que o desvio da normativa (D) entre a pontuação individual da criança (P) e a pontuação média da amostra de referência (Normativa N) é maior e negativa (P menor que N) nas quatro crianças identificadas como possuindo um distúrbio de linguagem pelas profissionais, em especial no que tange à expressão verbal, mas também nas categorias de compreensão e cognição, quando comparadas às demais crianças, sendo em geral de um terço ao dobro maior. Portanto, essas crianças diferem mais da média e para menos do que as crianças sem distúrbio de linguagem.

Nesta amostra, as duas crianças que mais desviam nos quesitos expressão e compreensão são C2 e C3, que possuem a relação objetal predominantemente de tipo fetiche, sendo que C2 teve a maior defasagem no desenvolvimento cognitivo do PROC, com desvio de 23,96 acertos em relação à média N. Portanto, na amostra de crianças com distúrbio de linguagem, aqui examinada, há uma relação entre aspectos da linguagem e comunicação com a dimensão cognitiva, e desses com a presença de risco psíquico, visto que 50% do grupo apresentou alteração na relação objetal.

Entre os aspectos que ficam salientes nesta tabela está a baixa pontuação na expressão verbal, acompanhada de baixa pontuação nos aspectos cognitivos que são avaliados no PROC por meio da relação que a criança estabelece com os brinquedos, que em C1 a C4 eram mais do tipo sensório-motora. Esses dados demonstraram também a relação entre a precariedade no processo de aquisição da linguagem oral e o desenvolvimento do brincar, confirmando a relação entre aquisição da linguagem e desenvolvimento cognitivo, em especial da capacidade de simbolizar, proposta em distintos estudos clássicos da Psicologia do Desenvolvimento, embora o referido teste não permita discutir se é uma relação de antecedência, que se aproximaria mais de uma concepção piagetiana (PIAGET, 1978), ou de mútua influência como propõem outros autores (WALLON, 1979; VYGOTSKY, 2000).

Analisando-se a média da pontuação geral encontrada na amostra deste trabalho em comparação com a pontuação geral de referência, percebe-se que são semelhantes, porém observando-se as médias de cada criança nota-se que as crianças detectadas com distúrbio de linguagem pelas profissionais apresentam médias consideradas muito baixas em relação à referência, o que corrobora com o diagnóstico dado pela avaliação clínica. Esta semelhança em médias gerais se dá,

provavelmente pelo fato de existirem pontuações baixas também na amostra de referência. Provavelmente, por este mesmo motivo, realizando-se testes estatísticos de significância, verifica-se que há diferença amostral estatisticamente significativa (Teste T) entre a amostra testada e a amostra de referência quando retiradas as crianças com distúrbio de linguagem da amostra testada, e quando incluídas essas crianças há semelhança entre as amostras. Esse fato ocorreu em todas as categorias do teste.

Ao se confrontar as variabilidades das duas amostras, através do Teste para Diferença Entre Duas Variáveis Populacionais ($p < 5\%$) tem-se que a variabilidade da amostra testada é estatisticamente maior que a da amostra padrão, ou seja, a primeira possui dados mais dispersos dado o desvio padrão geral também maior (43,71) contra o desvio padrão de 23,49 da amostra de referência. Esse resultado provavelmente se deu por conta de existirem crianças com distúrbio de linguagem na amostra testada neste estudo.

Discussão

Considerando os resultados obtidos a partir dos Índices de Risco ao Desenvolvimento em confronto com a análise da relação objetal, foi possível observar que apesar de todos os sujeitos apresentarem risco psíquico, em função da alteração de ao menos um dos índices 6, 12, 14 e 18, entre outros, houve apenas alteração na relação objetal no brincar dos sujeitos C2 (índice 12 ausente) e C3 (índices 2,8,14 ausentes) que foi predominantemente de tipo fetiche. As demais crianças, tanto com distúrbio de linguagem (C1 e C4), como as crianças sem distúrbio de linguagem (C5 a C17) apresentaram de modo comum a esses sujeitos os índices 2, 12, 14 e 18, entre outros alterados, mas não demonstraram alteração na relação objetal durante o brincar. Portanto, não parece haver nenhuma particularidade nos índices que indiquem que tipo de relação objetal será desenvolvida pela criança. Possivelmente, apenas o histórico de cada uma poderá trazer contribuições para tal entendimento.

Esses resultados confirmam o que Kupfer e Voltolini (2005) afirmavam sobre os índices não terem valor diagnóstico, mas tão somente serem índices de que algo

não vai bem no desenvolvimento infantil. Eles servem de alerta para que se possa acompanhar e intervir quando necessário diante do risco de estruturação de um transtorno grave do desenvolvimento. Não representam uma profecia negativa, mas um sinal de alerta.

Outra discussão possível a partir do olhar sobre os índices alterados nesta amostra é que não há uma peculiaridade dos índices que defina ou preveja que haverá um distúrbio de linguagem. Há sim, um subgrupo de crianças com índices ausentes que parecem desenvolver o distúrbio de linguagem a partir da combinação de aspectos psíquicos com possivelmente predisposição biológica ou mesmo outros fatores ambientais. Esses resultados reforçam, mais uma vez, o fato de que os índices devem ser tomados como indício e não com valor diagnóstico. Também são um alerta para aqueles que buscam uma relação de causa-efeito entre psíquico e linguístico, a partir de uma epistemologia positivista. Kupfer e Voltolini (2005) são claros a esse respeito, quando afirmam que a psicanálise não trabalha nessa ótica positivista e que os próprios IRDIs não foram tomados como causa-efeito, mas apenas em seu valor indicial sobre presença de risco que pode ou não se confirmar no decorrer evolutivo do bebê.

Especificamente em relação à linguagem, é possível pensar apenas em combinações muito singulares na constituição de um sujeito, que podem ter ou não um desfecho como o distúrbio de linguagem. Portanto, para que um funcionamento de linguagem denuncie um sofrimento, como define Surreaux (2006) em seu olhar sobre casos de distúrbio de linguagem, possivelmente concorrem muito fatores para além daqueles que os IRDIs podem captar.

Nesse sentido, o trabalho de Crestani *et al.* (2013) pode fornecer outros elementos para análise, ao encontrar relação estatística entre risco ao desenvolvimento e fatores socioeconômicos, demográficos e obstétricos, como o estado civil da mãe, o número de filhos, o número de consultas pré-natal, a renda per capita, o planejamento da gestação, o histórico de depressão materna, a idade da mãe e a profissão da mãe, todos fatores relacionados com a presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Já especificamente em relação à produção de fala inicial em bebês de 13 a 16 meses, Crestani (2012) observou que a menor escolaridade e a não ocupação maternas são fatores importantes na geração de risco ao desenvolvimento. A mesma autora (CRESTANI, 2012) também observou que crianças com índices

ausentes possuem produção de fala inicial menor do que crianças sem risco, mas que isso necessariamente não indica que todas irão desenvolver um distúrbio de linguagem, o que se verificou nesta amostra.

Outro aspecto a ser destacado é que dos 16 sujeitos investigados nesta pesquisa todos os casos com distúrbio de linguagem foram meninos e que as 7 meninas da amostra não desenvolveram problemas de linguagem, demonstrando que o sexo é variável importante no seguimento de casos de risco à aquisição da linguagem, conforme já apontado em outras pesquisas (HAGE e FAIAD, 2005; RAPIN *et al.*, 1992; CHOUDHURY e BENASICH, 2003). Uma interpretação comumente encontrada para este fato é de que o cérebro dos meninos apresenta uma maturação mais lenta do que o das meninas para a fala (HAGE e FAIAD, 2005; GESCHWIND e GALABURDA, 1985). Outra hipótese é a de que tal variável deva ser tomada tanto em termos de predisposição genética (LAI *et al.*, 2001; O'BRIEN *et al.*, 2003), quanto em termos relacionais/culturais, pois há maior expectativa familiar em relação ao menino falar corretamente, o que pode resultar em mais cobranças das crianças deste sexo (HAGE e FAIAD, 2005). Além disso, as relações edípicas podem trazer maior complexidade ao processo de separação mãe-menino (MELLO, 2010; FERRAZ *et al.*, 2013).

Os resultados desta pesquisa demonstraram, também, que houve uma relação qualitativa importante entre alteração da relação objetal (ver tabela 3) e dificuldades na dimensão cognitiva do brincar, nas habilidades comunicativas, na compreensão da linguagem, evidenciada em C2 e C3. Os dois meninos que possuem relação objetal predominantemente de tipo fetiche tiveram baixas pontuações na dimensão cognitiva, que inclui o brincar no PROC, e as piores na compreensão e expressão linguísticas, demonstrando que há uma interação entre aspectos psíquicos, em suas dimensões afetiva e cognitiva, e o funcionamento de linguagem, que são importantes durante o período de estruturação psíquica como afirmam autores como Coriat e Jerusalinsky (1996).

Estes autores definem três elementos essenciais da constituição humana. O primeiro é o biológico, que é a maturação do sistema nervoso, com captação de efeitos e transformações neuro-evolutivas para a diferenciação dos padrões e com-

portamentos. O segundo elemento é o sujeito¹⁵ psíquico, este com uma dependência externa significativa, ou seja, o como a família vê e investe no filho torna-se aspecto fundamental para a constituição psíquica do bebê. Tal investimento que será preponderante para a constituição subjetiva e que definirá seu lugar no mundo do desejo, este manifesto por gestos, atos e linguagem. O terceiro elemento é o sujeito cognitivo, o sujeito do conhecimento dado pela percepção dos esquemas de comportamento baseados nas reações aos objetos e pessoas do entorno, da experimentação da criança em processo de desenvolvimento.

Durante os dois primeiros anos de vida, tais aspectos estruturantes (CORIAT e JERUSALINSKY, 1996) não estão diferenciados nas atividades do bebê com aqueles que exercem as funções parentais. Por isso, a alteração em um dos aspectos acaba por repercutir negativamente nos demais. A ligação entre esses três aspectos estruturantes é evidente em C2 e C3, cujas relações objetais estão alteradas, bem como a linguagem e a cognição.

Também é possível oferecer uma explanação baseada em afirmações de Winnicott (1969) acerca do princípio básico do amadurecimento. Para o autor, o indivíduo nasce com uma tendência ao crescimento e amadurecimento e, mediante um ambiente facilitador e o curso normal de desenvolvimento, a partir de um estado não-integrado entre corpo e psiquismo, desenvolve-se em direção à integração da personalidade, formando uma unidade. Aponta que para esta integração, em um primeiro momento, a dependência do bebê em relação ao ambiente é absoluta, pois do ponto de vista do bebê ele e o ambiente são uma unidade, não havendo ainda a dissociação, que lhe dará autonomia.

O amadurecimento consiste na passagem dessa dependência absoluta para a dependência relativa, para, finalmente atingir o estágio da independência (WINNICOTT, 1969). Quando tal processo não acontece a contento, como denunciam os índices 12 (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela) alterado em C2 e 14 (A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada) alterado em C3, pode-se compreender que algo não correu bem nesse processo de separação. Adicionalmente, no caso de C3 estiveram alterados os índices 2 (A mãe

¹⁵ O termo sujeito aqui deve ser compreendida como é apresentado no campo psicanalítico: apresenta: é aquele que suporta o desejo e na díade o bebê é o que suporta o desejo materno, por não estar constituído ainda, ele está sob o desejo materno, o Outro (grafado desta forma para indicar um grande outro, um outro primordial e não qualquer outro).

fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, mamanhês) e 8 (A criança procura ativamente o olhar da mãe), que demonstram falhas também quando se estabeleceu a dependência absoluta. Interessante observar que enquanto o índice 2 se relaciona a uma atitude da mãe, o 8 está relacionado à iniciativa da criança, demonstrando que a díade apresentou falhas comunicativas iniciais importantes. Em uma interpretação winnicottiana, não teria transcorrido bem o processo de ilusão de unidade entre o bebê e mãe, comum em um cuidado materno suficientemente bom para a constituição do *holding* e também de desilusão, no qual a fratura do *holding* permite que o bebê identifique que ele e a mãe não são um só.

Observa-se que no caso de C2 e C3 isso não se reflete na pior pontuação no PROC tendo em vista que este examina dimensões cognitiva e comunicativa do desenvolvimento, para as quais concorrem outros aspectos, como já mencionado.

A relação objetal pode ser, então, um indicador usado para ver e prever que algo não vai bem no desenvolvimento infantil, como em C2 e C3, que apresentaram distúrbio de linguagem e os primeiros sinais de estruturação de um transtorno grave do desenvolvimento. Também ficou claro nos dados, que esse critério apenas não é suficiente para o diagnóstico do desenvolvimento infantil, pois mesmo com uma estruturação neurótica e relação objetal transicional, pode haver outros obstáculos ao desenvolvimento, o que aconteceu com C1 e C4 nos quais emergiu um distúrbio de linguagem, em ausência de alteração no brincar, considerando as categorias propostas por Graña (2008). Esse fato sugere que tais categorias sejam tomadas também como índices, mas que o diagnóstico deva ser feito a partir de uma análise clínica do funcionamento do brincar entre a díade, pois só esta visão permite captar a singularidade de cada caso.

A relação objetal predominantemente de tipo fetiche, encontrada como alteração em C2 e C3, é explicada, por Winnicott como a: “persistência de um objeto ou tipo de objeto específico datando das primeiras experiências infantis no campo da transicionalidade, ligado a um delírio do falo materno (WINNICOTT, 1951, p.331).” De acordo com Graña (2008), tal atipicidade do objeto é dada, pela distorção da sua finalidade principal ou a estranheza do tipo de material de que é feito (por exemplo, se ele é duro, áspero e frio), podendo caracterizar a psicopatologia do objeto transicional, que no caso fetiche tem por função a renegação da separação do corpo materno. Portanto, pode-se afirmar que, em C2 e C3, as dificuldades com tal

separação foram cruciais em seu comportamento, dificultando o surgimento dos fenômenos transicionais, comumente encontrados no comportamento das crianças que se desenvolvem bem.

Segundo Winnicott (1951) tais fenômenos surgem espontaneamente como terceira zona de experiência entre a mãe e o seu bebê, e podem ser observados como apego a um objeto, normalmente de característica macia, que a criança irá carregar para todo lado como se fosse parte dela, sendo normalmente as fraldinhas, os trapinhos, os ursinhos, as bonecas de pano, etc. Além da descrição do objeto, Winnicott (1969) ressaltou a sua importância na experiência adquirida ao longo da transição do estado em que a criança se encontra ainda fusionada à mãe, para um estado no qual reconhece a mãe como algo externo a si, como um “outro”, propriamente. O objeto transicional representa, portanto, o início da relação do bebê com o mundo, é o campo intermediário entre os domínios da subjetividade e da objetividade. No presente estudo, a partir da análise da relação objetal de GRAÑA (2008), duas crianças demonstraram alterações nesse aspecto.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de avaliar essas crianças aos três anos, a fim de se obter um diagnóstico psíquico mais preciso, pois, de acordo com Coriat e Jerusalinsky (1996), ao explicarem aspectos estruturais do desenvolvimento, o terceiro ano é momento crucial na avaliação da constituição psíquica. Esse fato é particularmente importante quando se observa que o índice mais alterado na amostra foi o 12 (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela), considerado o fato de este ser o índice de maior valor preditivo de risco psíquico na pesquisa de Kupfer (2008).

Em resumo, a análise dos resultados deste estudo permite afirmar que enquanto os IRDIs indicam que algo não vai bem, a análise da relação objetal, entre 21 e 26 meses, pode trazer indícios importantes se há a estruturação de um transtorno grave do desenvolvimento, como se viu em alguns casos estudados. A dimensão cognitiva e as limitações na comunicação analisadas pelo PROC, também dão informações importantes sobre a evolução da criança, pois quanto maior o desvio da criança em relação às médias de referência, maiores as chances de que haverá algum transtorno do desenvolvimento. De modo especial, a presença de distúrbio de linguagem, indicado pelas clínicas e confirmado pela pontuação obtida no PROC, relacionaram-se na amostra estudada com a presença de alteração na relação objetal, pois ambos sujeitos com pior pontuação em habilidades

comunicativas pelo PROC (expressão e compreensão) foram C2 e C3. Estes apresentaram relação objetual de tipo fetiche, o que sugere que as dimensões linguística, cognitiva e psicoafetiva estão intimamente interligadas e devem ser abordadas de modo dinâmico na clínica de bebês e na clínica dos distúrbios de linguagem na infância.

No entanto, também fica claro nos dados que as categorizações propostas pelo PROC e pela abordagem de Graña (2008) devem ser tomadas como indícios, considerando-se aspectos evolutivos de referência em crianças que possuem um desenvolvimento típico, mas não representam uma garantia de que as demais crianças com boa pontuação no PROC e sem alterações na relação objetual não irão desenvolver algum tipo de obstáculo ao seu desenvolvimento ou mesmo uma estruturação psicopatológica de outra natureza que não a observada na lógica psicótica ou autista em idade posterior a desta análise.

Convém, ainda, destacar que 12 das 16 crianças, sem distúrbio de linguagem, embora com índices alterados, não apresentaram alterações importantes quando comparadas aos padrões de referência do PROC para a dimensão cognitiva, nem na relação objetual proposta por Graña (2008). Esses resultados reafirmam que os IRDIs não devem ser tomados com valor diagnóstico, mas sugerem que o desenvolvimento de crianças com índices ausentes deve ser acompanhado até idades superiores a 26 meses, pois outros obstáculos, que não a linguagem e cognição, poderão emergir neste grupo, especialmente no que concerne ao processo de socialização.

Outra reflexão possível é que as análises do brincar e da linguagem utilizadas podem oferecer limitações, pois se centram apenas nas habilidades comunicativas e cognitivas, bem como nas relações objetuais estabelecidas pela criança e não abordam a singularidade de cada caso de modo a compreender mais profundamente a possível estruturação de características sintomáticas. Também não abrangem características do ambiente em que está inserida a criança.

Por fim, cabe ressaltar a importância da utilização e investigação de métodos de detecção precoce, pois a utilização dos Índices de Risco ao Desenvolvimento permitiu identificar precocemente na amostra estudada que algo não ia bem nos quatro casos em que emergiu o distúrbio de linguagem (C1 a C4), e nos dois em que há risco de psicopatologia (C2 e C3). Esses resultados sugerem que o acompanhamento do desenvolvimento de bebês deve incluir a dimensão

psíquica na rotina dos serviços de saúde e que também daí surgirão outros desafios, como fazer com que os pais aceitem as intervenções precocemente, visto que apenas os casos de crianças com distúrbio de linguagem foram inseridos em intervenção clínica aos 24 meses e os demais não aceitaram ou buscaram a intervenção clínica no campo psicológico desde os primeiros momentos de avaliação dos IRDIs até o encerramento deste artigo.

Conclusão

Considerando o objetivo de analisar o brincar de 16 bebês com faixa etária entre 21 e 26 meses que apresentaram risco ao desenvolvimento e psíquico na avaliação por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil, encontraram-se resultados que justificam a utilização das duas dimensões de análise. As crianças com risco ao desenvolvimento e que desenvolveram distúrbio de linguagem apresentaram médias com desvio negativo em relação aos padrões de referência na dimensão cognitiva, e 50% dessas apresentaram relação objetal alterada.

Já a maior parte das crianças sem distúrbio de linguagem, não apresentou desvio negativo em relação aos padrões de referência na dimensão cognitiva, nem alteração da relação objetal durante análise do brincar. Esses resultados sugerem que há grande conexão entre aspectos cognitivos, psicoafetivos e linguísticos durante os primeiros anos de vida, mas que a mesma não deve ser tomada em perspectiva de causa-efeito.

Tais dimensões esboçadas nas análises deste artigo poderão ser aprofundadas em estudos futuros que adotem uma análise do brincar e do funcionamento de linguagem que abranjam a singularidade de cada caso estudado. Permitiram demonstrar, no entanto, a importância de analisar a relação entre estruturação psíquica e cognitiva, seja na análise do brincar ou da linguagem/comunicação, na avaliação clínica infantil, bem como a relevância de incluir métodos de detecção precoce de risco ao desenvolvimento e risco psíquico nos serviços de saúde pública e privada que realizam a puericultura.

Referências Bibliográficas

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

CHOUDHURY, N.; BENASICH, A. A. A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. **J Speech Lang Hear Res**, 2003.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento. In: **Escritos da Criança**, N. 4. Porto Alegre: Centro Lídia Coriat, 1996.

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A. B.; RAMOS, A. P. Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 15, p. 847-856, 2013.

CRESTANI, A. H.; RAMOS, A. P.; BELTRAMI, L.; MORAES, A. B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e sócioeconômicas. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. Jornal, v. 24, p. 205-10, 2012.

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

FERRAZ, M. G. C.; FRAGOSO, T. B.; MISQUIATTI, A. R. N. Estudo psicológico de um caso de distúrbio de linguagem. **Estilos clín.**[online]. vol.18, n.1, pp. 142-152, 2013.

FLORES, M.; RAMOS, A. P.; MORAES, A. B.; BELTRAMI, L. Associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 15, p. 348-360, 2013.

GESCHWIND, N.; GALABURDA, A. M. Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: III. A hypothesis and a program of research. **Arch Neurol**. 42(3):428-59, 1985.

GRAÑA, C. G. A aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 5, p. 143-153, jan./mar, 2008.

HAGE, S. R. V.; FAIAD, L. N. V. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação — Universidade de São Paulo - Campus Bauru. **Rev. CEFAC**. 2005.

HAGE, S. R. V.; PEREIRA, T. C.; ZORZI, J. L. Protocolo de Observação comportamental - PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 4, Aug. 2012.

KLINGER, E. F.; SOUZA, A. P. R. O brincar e a relação objetal no espectro autístico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 191-206, 2013.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Aspectos metodológicos do uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica. **An. Col. franco-brasileiro sobre a clínica com bebês**, 1. Paris, 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). São Paulo, 2008.

LAI, C. S.; FISHER, S. E.; HURST, J. A.; VARGHA-KHADEM, F.; MONACO, A. P. A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. **Nature** 413, 519-523, 4 October, 2001.

MELLO, D. R. B. A psicanálise e seu encontro com a linguagem na obra de Freud. **Revista Interscience place**, Ano 3 - N ° 13 Maio/Junho – 2010.

O'BRIEN, E. K.; ZHANG, X.; NISHIMURA, C.; TOMBLIN, J. B., MURRAY, J. C. Association of Specific Language Impairment (SLI) to the Region of 7q31. **Am J Hum Genet**. 72(6): 1536–1543, 2003

OLIVEIRA, L. D. ; FLORES, M. R.; RAMOS, A. P. Fatores de Risco Psíquico ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 14, p. 333-342, 2012.

OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L. ; RAMOS, A. P. Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de

Terapeuta Único Sustentado na Interdisciplinaridade. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, p. 187-202, 2013.

PIAGET, J. **A Formação do Símbolo na Criança** - Imitação, Jogo e Sonho - Imagem e Representação. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1978.

RAPIN, I; ALLEN, D. A.; DUNN, M. A. **Developmental language disorders**. In: Segalowitz SJ, Rapin I, organizadores. Handbook of neuropsychology. v. 7. New York: Elsevier, 1992.

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

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

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

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WALLON, H. **Psicologia e Educação da Criança**. Lisboa: Editora Veja Universidade, 1979.

WINNICOTT, D. A Criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC** - Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. São José dos Campos: pulso editorial, 2004.

4.2 Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar de sujeitos com risco psíquico

Introdução

Considerando a importância do brincar na clínica da infância, tanto em sua dimensão cognitiva quanto psicoafetiva, bem como por sua relação com a linguagem, a investigação de como ele pode ser analisado para possibilitar a construção de boas intervenções terapêuticas parece fundamental. Este artigo procura abordar tal tema a partir da eleição de duas dimensões de análise do brincar: a psicoafetiva e a cognitiva.

A dimensão psicoafetiva abrange a constituição psíquica relacionada à estruturação da personalidade da criança, favorecendo tanto seu desenvolvimento emocional quanto seus contatos sociais e inserção cultural. Esta dimensão é teorizada, principalmente, por Winnicott (1969), que afirma que a experiência inicial da onipotência é o que origina a brincadeira. Seu entendimento é que a confiança que a criança deposita em sua mãe cria um espaço potencial entre eles, ou que uma mãe e bebê em um *playground* intermediário no qual a ideia de magia se origina (WINNICOTT, 1975).

Nesse primeiro momento onipotente, a criança brinca com a mãe por meio da alucinação e, depois de passar pelo estágio dos fenômenos transicionais, inicia um brincar compartilhado e, portanto, criativo. Winnicott (1969) destaca o importante valor atribuído à mãe (ou a quem desempenha esta função) para que a criança consiga se constituir. Considera que não há possibilidade de o bebê avançar do princípio do prazer para a realidade se a mãe não for suficientemente boa, ou seja, se esta não se portar como devota a seu filho, adaptando-se às suas necessidades e dando possibilidade à criança de experimentar a criatividade nas relações interpessoais e também através do uso de objetos. Portanto, esta experiência íntima entre mãe e bebê, denominada na teoria winnicottiana como *holding*, é o que propicia o desenvolvimento da noção do “eu”. A partir dessa perspectiva é possível pensar na importância de um olhar intersubjetivo na análise do brincar, ou seja, não

apenas olhar o brincar infantil, mas como ele sofre os efeitos da relação com aqueles que desempenham os cuidados de tipo materno e paterno.

Alguns estudos têm abordado o tema do brincar em sua dimensão psicoafetiva na Fonoaudiologia. Entre eles destacam-se os estudos de Guterres e Ramos (2003), que relatam uma pesquisa com um grupo de fonoaudiólogos acerca da inserção do brincar na sua prática clínica apontando considerações acerca dos possíveis caminhos do lúdico na Fonoaudiologia, principalmente sobre seu valor terapêutico. Klinger e Ramos (2013) investigaram aspectos como o uso dos objetos e sua possibilidade de mudança em crianças do espectro autista em terapia fonoaudiológica de concepção Interacionista, concluindo que o brincar é elemento fundamental da terapêutica da infância, e que o conhecimento e observação da relação objetal são importantes indicadores clínicos. As autoras demonstram, por outro lado, a importância da interação adulto-criança para que essa evolução se dê, e que o terapeuta apresenta-se como alguém que instiga a mudança nos comportamentos familiares, às vezes como modelo, outras apenas escutando a família (Moro et al., 2012).

Pollonio e Freire (2008) realizaram uma revisão bibliográfica acerca do brincar e suas particularidades em relação à criança e aos sintomas de linguagem, bem como sua articulação ao método clínico fonoaudiológico, com correntes vindas da Pedagogia, da Linguística e da Psicanálise, concluindo que o brincar é atividade que por si só põe em circulação o funcionamento da criança na língua, podendo-se atribuir sentido, interpretação e escuta ao brincar na clínica fonoaudiológica.

Para a dimensão cognitiva, tem-se usualmente na Fonoaudiologia o pensamento piagetiano, que retira o brincar da esfera do lazer e o coloca primordialmente como atividade a serviço da estruturação do conhecimento e das novas aquisições a cada etapa evolutiva. No decorrer do desenvolvimento, a criança passa por fases no brincar, cujo auge é o simbolismo, que leva ao "fazer de conta", distanciando-se dos jogos iniciais, estritamente motores (PIAGET, 1978). Essa visão predominante na Fonoaudiologia evidencia a força da teoria do mestre genebrino na Psicologia do Desenvolvimento, que por décadas vem influenciando a formação de fonoaudiólogos, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que atuam na clínica da infância e têm necessariamente de refletir acerca do brincar. No entanto, além deste, outros clássicos são fundamentais na

reflexão sobre o ato de brincar e seus efeitos na construção de conhecimento (WALLON, 1979; VYGOTSKY, 2000).

Na Fonoaudiologia muitos estudos têm abordado a dimensão cognitiva do brincar, em especial alguns acerca de testes e provas sobre a relação entre cognição e linguagem, como os que abordam a aplicação do PROC – Protocolo de observação comportamental (ZORZI e HAGE, 2004), realizando um estudo de referência para análise quantitativa de crianças de dois e três anos quanto ao desenvolvimento cognitivo e de linguagem (HAGE *et al.* 2012; PEREIRA, 2012).

Pode-se dizer, então, que o brincar, ao mesmo tempo em que se origina da inteligência em ascensão e do estabelecimento das relações com o outro, adquire uma função particular nas diferentes etapas de desenvolvimento e da própria linguagem. Ele tem sido utilizado na clínica da infância como forma diagnóstica, tanto no campo psicanalítico (KLINGER e RAMOS, 2013; MORO *et al.*, 2012) quanto nas perspectivas mais pedagógicas do fazer clínico (HAGE *et al.*, 2012; PEREIRA, 2012). Deste modo, é possível pensar que a ausência ou mesmo a qualidade do brincar podem dar indícios se a estruturação psíquica ou mesmo o desenvolvimento, em um sentido mais amplo, de um bebê está correndo bem ou não.

Alguns estudos atuais já permitem que se detecte risco ao desenvolvimento ou psíquico, a partir dos índices de risco discutidos em Kupfer e Voltolini (2005). Tais índices de risco demonstraram evidências de associação com dificuldades na transição alimentar (VENDRUSCOLO *et al.*, 2012), com aleitamento (CRESTANI *et al.*, 2012), no exercício das funções parentais (FLORES *et al.*, 2011; BELTRAMI *et al.*, 2013), com a aquisição da linguagem (CRESTANI *et al.*, 2012; FLORES *et al.*, 2011) e se relacionam a aspectos sócio demográficos e obstétricos (CRESTANI *et al.*, 2013), demonstrando validade e confiabilidade para detectar quando algo não vai bem no desenvolvimento de aspectos instrumentais e/ou estruturais do bebê.

Considerando tais estudos, este artigo busca tematizar a relação entre risco psíquico e ao desenvolvimento com o brincar infantil. Para tanto, adotou-se um olhar interdisciplinar do brincar a partir da escolha de clínicos experientes, representantes de profissões que efetivam a clínica de bebês a partir do brincar, a saber: a Fonoaudiologia, a Psicologia e a Terapia Ocupacional, para uma análise qualitativa do brincar.

Diante de tais pressupostos os objetivos deste artigo foram analisar, em uma perspectiva interdisciplinar, o brincar entre familiares e crianças entre 21 e 26 meses, que apresentaram risco ao desenvolvimento e psíquico, detectados durante os primeiros 18 meses de vida, confrontando o olhar das profissionais com sua formação teórica e prática clínica na infância. Também se buscou relacionar a necessidade de intervenção apontada pelas profissionais com a história clínica dessas crianças.

Material e método

Este estudo originou-se de um projeto denominado “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Tal projeto de pesquisa abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças a partir dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (ANEXO I) na realidade de Santa Maria/ RS.

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

Os pais e bebês foram acompanhados desde os primeiros meses de idade, por meio da aplicação dos índices de risco ao desenvolvimento (IRDIs) nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses e entrevistas continuadas.

Para o presente estudo, a amostra constituiu-se de 16 crianças entre 21 e 26 meses, detectadas como tendo risco ao desenvolvimento, aqui nomeados com a letra C (criança) acompanhada de um numeral de 1 a 16.

Para este estudo, as crianças da amostra, com idades entre 21 e 26 meses, foram filmadas com a mãe, sendo que em alguns vídeos tem-se a participação de um irmão, um pai e de uma tia na interação. Nesta filmagem, pediu-se para os familiares que brincassem, por 20 minutos, com a criança como costumavam fazer em casa, mediante a oferta de brinquedos variados, pertinentes à faixa etária, disponibilizados sobre um tapete em sala de clínica fonoaudiológica.

Os vídeos foram gravados em DVDs e entregues a três diferentes profissionais clínicos da infância, sendo uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga e uma Fonoaudióloga, que foram orientadas a realizar a análise do brincar dessas crianças. Para nortear as análises foram realizadas duas questões norteadoras: como viam o brincar das crianças e se achavam que os bebês-familiares em questão necessitavam de algum tipo de intervenção e como seria essa intervenção. A seleção das profissionais se deu por serem clínicas com experiência superior a 5 anos com bebês e crianças pequenas e que identificadas como tendo formação acerca do brincar. Ainda, para especificar mais essa formação, foi realizada uma entrevista na qual foi solicitado que discorressem sobre sua formação teórica e prática com o brincar.

As análises realizadas pelas profissionais foram sintetizadas de acordo com a concordância para compor o corpo dos resultados deste trabalho e categorizadas de acordo com os objetivos desta pesquisa. Para categorizar, buscou-se, em relação ao brincar, identificar se as profissionais falavam das dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar e de que modo abordavam o tema, se com foco mais na criança e/ou no adulto. Quanto à intervenção buscou-se identificar se as profissionais faziam indicações mais genéricas do tipo avaliações e orientações aos familiares, as quais nomeou-se neste artigo como intervenção breve, ou se identificavam a necessidade de uma intervenção precoce dado o risco na constituição do bebê (seja por estruturação de transtorno grave do desenvolvimento, ou mesmo por obstáculo instrumental ao desenvolvimento), ou ausência de necessidade de intervenção. A intervenção breve foi considerada como possibilidade tanto em vertentes individuais quanto coletivas. Essas categorias foram identificadas no dizer das profissionais e foram propostas na análise que será descrita nos resultados.

Para a relação entre linguagem e brincar, buscou-se identificar o que os profissionais apontavam como sendo uma problemática de linguagem, se abordavam categorias ou domínios gramaticais da língua, ou seja, se identificavam problemas mais pontuais no domínio do sistema linguístico pela criança, ou se observavam maiores dificuldades no domínio discursivo manifesto no diálogo entre a criança e seus familiares, ou ambos os fatores. A partir das pontuações dos profissionais, oferecem-se descrições do que os mesmos afirmaram sobre a linguagem infantil.

Resultados

Considerando as entrevistas acerca de sua formação sobre o brincar, realizadas com as três profissionais que analisaram o brincar dos 16 sujeitos desta pesquisa, pôde-se observar que a formação sobre o brincar ocorreu mais na pós-graduação e também em estudos realizados a partir do que fazia sentido em sua experiência clínica.

A profissional de Terapia Ocupacional explicou que o brincar foi abordado em sua graduação enquanto estudos de jogos. Apenas na pós-graduação iniciou um aprofundamento sobre as dimensões cognitiva e afetiva do brincar. No entanto, o brincar ainda era analisado como um recurso pedagógico, pois a cena terapêutica era de educação ou de reeducação. Quando a profissional iniciou estudos que consideravam as questões da subjetividade, fez uma transição entre a visão educacional do brincar, como meio, para a visão do brincar como terapêutico, na qual se busca possibilitar que a criança brinque livremente. Nas palavras da terapeuta: *“a clínica não era educativa, que a clínica era de construção subjetiva ou de construção de inteligência, até pode ser de produção de inteligência, de subjetividade, de produção de condição motora, não como um treinamento [...], mas sim de construção de uma vida, de um dia-a-dia”*.

Para a psicóloga, na graduação não havia um estudo muito claro, sobre o brincar, mas já percebia a importância dos estudos de Winnicott para sua atuação profissional. Na pós-graduação, aprofundou estudos percebendo o brincar como um espaço potencial. Expõe na entrevista que *“mesmo quando a criança não consegue*

brincar, o que se pode fazer dentro da teoria de Winnicott, que a chame pra esse brincar, e daí é um brincar criativo e espontâneo; e no sentido, assim, de que a criança sim consiga criar, e que a gente não fique interrompendo esse brincar, seja com intervenção, com interpretação, não que não seja feito... mas assim, tem que ser no tempo da criança [...], então daí a gente utiliza outras fontes que vão agregando, mas basicamente é de Winnicott, dentro da sobreposição lúdica, que é a sobreposição do brincar da terapeuta e da criança”.

A fonoaudióloga também afirma que durante a graduação não recebeu formação teórica específica sobre o brincar. Em suas palavras: *“Eram situações de brincar básicas com olhar para o que estava adequado. O brincar era utilizado como forma de avaliação em protocolos [...], mas a análise do brincar livre pouco foi explorada”.* O conhecimento teórico e prático que orienta o trabalho clínico da profissional foi recebido, de fato, durante o mestrado, com estudos de interface com a psicanálise para entender o brincar, *“sendo a avaliação do brincar da criança com os familiares e com terapeuta a mais efetiva e de grande importância na conduta clínica”.*

Essas profissionais colocam hoje, então, o brincar na posição de terapêutico em si, e não como um meio de atingir um objetivo educacional. Desta forma, quanto à análise das filmagens dos bebês com risco ao desenvolvimento, todas as profissionais marcaram aspectos das dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar. A linguagem também foi observada de diferentes formas pelas três profissionais.

Enquanto a psicóloga a olhou de modo implícito, observando se a mãe atribuía significação verbal às ações da criança durante a brincadeira, a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga olharam a linguagem em termos de sustentação do diálogo. Este olhar foi dirigido à criança e à mãe – em cena – ou seja, na intersubjetividade, na análise de quem propõe e quem investe na proposição.

Apesar desse olhar intersubjetivo que se pôde perceber na análise das três profissionais, observou-se que o foco maior foram as ações do adulto/parceiro, o que demonstra uma perspectiva da importância da provisão ambiental no desenvolvimento infantil.

A fim de apresentar os dados obtidos de forma sintética, organizou-se a tabela 1, de forma que fossem expostas as seguintes informações relativas a cada sujeito - representados como C (criança) acompanhados de um numeral de 1 a 16:

os índices que apareceram ausentes; a síntese das categorias das análises feitas pelos profissionais a saber: análise do brincar em suas dimensões psicoafetiva, como evidência de risco na estruturação rumo a um transtorno grave do desenvolvimento, e sob a dimensão cognitiva, como capacidade de acesso ao simbolismo ou permanência em uma exploração sensório-motora; a análise da linguagem sob a visão de haver ou não um déficit de linguagem e se este abrange o domínio do sistema linguístico (fala pouco, não faz frases, etc.) e/ou se encontra no processo de interlocução com o parceiro de diálogo, no caso a mãe, ou seja, tanto no domínio dos componentes gramaticais quanto no domínio discursivo, pois tiveram a oportunidade de analisar o diálogo e não apenas a fala da criança isolada¹⁶; e a categoria indicações clínicas, marcadas como: Intervenção breve, quando as profissionais mencionaram a necessidade de alguns atendimentos para melhor avaliação e orientação acerca de um maior investimento no brincar, na linguagem e na criatividade infantil pelo adulto; Intervenção precoce que foi atribuída quando alguma das profissionais indicou um ou mais tipos de intervenção, em forma de terapia, em especial sobre a linguagem, o brincar e/ou aspectos psíquicos.

Os índices de risco ao desenvolvimento em negrito são aqueles que preveem risco psíquico.

¹⁶ Este aspecto é ressaltado como fundamental em trabalhos clássicos da concepção enunciativa de linguagem (Surreaux, 2006, Cardoso, 2010) e deslocamentos para a clínica de bebês (Flores *et al*, 2011; Oliveira *et al*, 2013; Ramos e Flores, 2013), mas tal análise não é o foco deste artigo, que busca o brincar e a simples identificação de haver ou não um distúrbio de linguagem. Por isso, apenas foi descrita a identificação oferecida pelos profissionais.

Sujeito	IRDIs ausentes	Análise das profissionais	Indicação Clínica
C1	12, 15, 16, 18	Dimensão psicoafetiva: diretividade da mãe, sem instigar a criatividade; e brincar impulsivo e agressivo de C1. Dimensão cognitiva: tem potencial para simbolismo, mas não é explorado pela mãe. Menino psicologicamente e cognitivamente bem organizado, possuindo conceitos de esquema e imagem corporal, porém sem investimento materno. Mãe diretiva e ansiosa, que não interpreta as manifestações do filho (corporais e verbais), não permitindo o aparecimento de um espaço potencial. Dificuldade em estabelecer o diálogo. Menina fala pouco para a idade.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C2	12	Dimensão psicoafetiva: criança tem pouca iniciativa e apresenta desinteresse pela interação e a mãe não sustenta o brincar, mostrando pouca disponibilidade corporal, apenas apresentando os brinquedos ao filho. Dimensão cognitiva: sem possibilidade de simbolismo. Profissionais observam fragilidade psíquica mútua e mãe sem vitalidade; Mãe com pouco investimento no filho; Mãe não escuta a fala do menino e nem dá significação, desistindo quando percebe o desinteresse do menino. Por vezes, o menino apresenta recusa ao discurso da mãe e responde melhor ao som dos brinquedos. Menino muito calado, praticamente não fala.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C3	2, 8, 14	Dimensão psicoafetiva: Mãe não investe no brincar e criança também não tem iniciativa, mostrando-se retraído. Dimensão cognitiva: sem possibilidade de simbolismo e presença lentidão psicomotora. Menino não olha para a mãe e esta não investe e/ou sustenta as poucas investidas do filho, mantendo-se silenciosa; Mãe e filho sem iniciativa no brincar criativo e no diálogo. Menino só explora os objetos, com aparente e constante desinteresse corporal e inexpressividade facial, bem como fala praticamente ausente.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C4	2, 16, 18	Dimensão psicoafetiva: Inquietude e ansiedade do menino relacionada à falta de investimento e regulação da mãe. Dimensão cognitiva: Agitação psicomotora e mãe com dificuldades em abrir, investir e fechar uma brincadeira mais simbólica e criativa. De acordo com as profissionais, o menino se mostra agitado, inquieto e ansioso, pedindo atenção; Dificuldade para brincar criativamente; Há apenas nomeação de brinquedos. Mãe preocupada em controlar o menino corporalmente, mas sem organizá-lo. Existe, no entanto, boas iniciativas do menino e até do irmão sem que, contudo, sejam bem desenvolvidas.	Intervenção precoce com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C5	14, 15, 17, 18	Dimensão psicoafetiva: disponibilidade corporal por meio da qual se vê a simbolização entre pai, mãe e criança, com brincadeiras envolvendo os três e presença de espontaneidade e afetividade. Dimensão cognitiva - capacidade plena de simbolizar. Profissionais não relatam alterações de linguagem, porém observam que, mesmo havendo sustentação cognitiva e linguística, às vezes, os pais não correspondem a toda a demanda apresentada pela menina.	Intervenção breve.

C6	17, 18	Dimensão psicoafetiva: mãe diretiva corporal e linguisticamente, mas que permite a exploração do brincar em partes da cena. Dimensão cognitiva: brincar simbólico com pouco investimento na criatividade por parte da mãe, que faz perguntas (nomeação) para afirmar o saber do filho, não se preocupando com um brincar mais livre. A mãe não explora histórias e a fala de C6, apresenta pouco investimento discursivo, porém mãe disponível e com possibilidade de desenvolver um brincar criativo.	Intervenção breve.
C7	14, 15, 16, 17	Dimensão psicoafetiva: há investimento da mãe e da criança em desenvolver um brincar criativo. Dimensão cognitiva: o brincar é simbólico. Mãe e filha interagem bem, tanto via linguagem verbal quanto no envolvimento no brincar; Mãe interpreta e sustenta a fala da filha, sem diretividade. Há espontaneidade e afeto, observados pelas profissionais, que não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C8	12	Dimensão psicoafetiva: menina tem iniciativa e mãe é diretiva (nomeação), porém permite um espaço potencial para a criança poder criar e construir seu brincar. Dimensão cognitiva: o brincar é simbólico, mas com pouco investimento materno; Há comunicação pela linguagem oral e pelo brincar, que não é rígido nem estereotipado; Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C9	12	Dimensão psicoafetiva: há investimento mútuo da díade. Ambiente rico e saudável do ponto de vista emocional. Dimensão cognitiva: brincar simbólico e criativo. Mãe e filha com espontaneidade e criatividade, tanto no brincar quanto na linguagem oral. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C10	15, 18	Dimensão psicoafetiva: criança com iniciativa, mas a mãe investe pouco no brincar (preocupada em apresentar brinquedos e nomeá-los). Dimensão cognitiva: capacidade simbólica e criativa normais da criança. A menina demonstra condições e iniciativa para o brincar e para a linguagem, mas há, por parte da mãe, falta de investimento e sustentação de um brincar criativo (menina acaba brincando sozinha), embora esta sustente bem a linguagem da filha. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Intervenção breve.
C11	12	Dimensão psicoafetiva: mãe ansiosa e diretiva (mostra muitos brinquedos sem aguardar respostas ou iniciar uma brincadeira) e menino com iniciativa no brincar. Dimensão cognitiva: capacidade para o simbolismo, mas limitada pela diretividade e pouca disposição corporal materna. Ambiente favorável, porém necessitando de maior disponibilidade da mãe para brincar livremente. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Intervenção breve.

C12	12	<p>Dimensão psicoafetiva: dissociação entre as iniciativas da mãe e da filha, parecendo que a mãe não está concentrada na brincadeira.</p> <p>Dimensão cognitiva: a criança tem pouca criatividade no brincar.</p> <p>Menina nomeando, mas mãe e filha desconectadas na brincadeira; Mãe dá voz às ações, mas não interpreta as ações da filha no brincar, ou o faz desconectadamente. Mãe mostra diretividade e pouco investimento. Menina sem alteração de linguagem, mas há falta de interpretação e investimento por parte da mãe.</p>	Intervenção precoce, com foco em aspectos psíquicos.
C13	15, 16, 17, 18	<p>Dimensão psicoafetiva: pouco investimento da mãe nas iniciativas da menina, embora ambiente afetivo favorável.</p> <p>Dimensão cognitiva: simbolismo presente por parte da criança com pouco investimento da mãe.</p> <p>Não há um brincar totalmente livre, pois há pouco investimento materno, embora a menina apresente iniciativa e simbolismo. Mãe não dá sequência às iniciativas de fala da filha, pois a criança inicia interação por linguagem oral, mas não obtém resposta.</p>	Intervenção precoce, com foco na linguagem.
C14	12	<p>Dimensão psicoafetiva: dificuldade de separação do menino em relação à mãe (a chama o tempo inteiro, mesmo estando próximo), que está mais atenta no discurso, mas pouco disponível no brincar, mostrando-se pouco interessada na brincadeira.</p> <p>Dimensão cognitiva: simbolismo presente nas interações da díade.</p> <p>Ambiente favorável para o brincar, mas com pouco investimento materno e limitado pela não separação do menino em relação à mãe. Profissionais não relatam alterações de linguagem.</p>	Intervenção precoce, com foco em aspectos psíquicos.
C15	12	<p>Dimensão psicoafetiva: boa interação da mãe, menino e pai, que criam brincadeiras simbólicas juntos, com ativa participação criativa e afetiva por parte do menino.</p> <p>Dimensão cognitiva: simbolismo presente e investido pelos pais e criança. Sem alterações de linguagem.</p>	Sem necessidade de intervenção clínica.
C16	1, 10, 11, 12	<p>Dimensão psicoafetiva: Mãe e filho brincam criativamente, mas por vezes a mãe investe pouco e se ausenta, parecendo distante, não interpretando as ações do filho.</p> <p>Dimensão cognitiva: simbolismo presente, porém com pouco investimento materno.</p> <p>Sem sintonia no discurso, ou seja, o menino fala, mas a mãe não compreende; Mãe com boa disponibilidade corporal, mas não significa as ações e fala do filho via linguagem.</p>	Intervenção precoce, com foco na linguagem.

TABELA 1- Síntese das análises das profissionais¹⁷.

¹⁷ Síntese elaborada a partir das análises concordantes entre as pesquisadoras acerca do brincar e da linguagem das 16 crianças, bem como sobre a necessidade ou não de intervenção e sua modalidade.

De acordo com a tabela 1, das 16 crianças com risco ao desenvolvimento, quatro crianças (25%) não apresentam necessidade de algum tipo de intervenção. Este foi o caso de C7, C8, C9, C15.

Das 12 crianças com alguma indicação de intervenção, quatro crianças (33,33%) tiveram indicação de intervenção breve, com foco em melhorar a interação, tanto no brincar, quanto na linguagem. A intervenção breve destaca-se, nesses casos pelo valor preventivo já que há algo não funcionando bem na relação, mas que não indica um transtorno grave do desenvolvimento. As profissionais indicaram orientações aos pais como principal forma de intervenção nesses quatro casos (C5, C6, C10, C11).

Oito crianças (50%) tiveram indicação de intervenção precoce: quatro (50%) com foco na terapia psicológica e linguagem (C1 a C4); duas crianças (25%) com indicação para intervenção só psicológica (C12 e C14); duas (25%) só para intervenção em linguagem (C13 e C16).

Então, do total das 12 crianças com alguma indicação, seis crianças (50%) foram destacadas com necessidade de um olhar psicológico e seis (50%) com necessidade de olhar um sobre a linguagem.

Diante dos encaminhamentos percebe-se que as três profissionais analisaram as dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar, e relacionaram essas dimensões com a linguagem. Então, das crianças tidas com alterações apontadas pela análise do brincar, na dimensão psicoafetiva, a diretividade da mãe apareceu em quatro crianças (C1, C6, C8, C11); a falta da iniciativa e sustentação da mãe foi observada em sete crianças (C2, C3, C4, C10, C13, C14, C16); a falta de iniciativa da criança em duas (C2, C3); três (C2, C3, C4) apresentaram um brincar exploratório e/ou não concentrado e em C1, brincar agressivo e impulsivo. Algumas crianças não mostraram alterações importantes podendo ter limitações de criatividade (C5, C7, C9, C15). No caso de C12 foi observada uma dissociação entre as iniciativas da mãe e da criança, e para C14, uma dificuldade de separação por parte do menino em relação à mãe.

Na dimensão cognitiva do brincar, o simbolismo está presente em todas as crianças, com maior ou menor capacidade criativa, mas encontra-se ausente em C2, C3, C4. Essa dimensão permite ver as possibilidades da criança e o quanto é investida na criatividade, em interface com a linguagem.

Quanto à análise da linguagem, no domínio gramatical, as profissionais indicaram C1, C2, C3 apresentando limitações em termos de conhecimento do sistema da língua. Quanto ao processo de interlocução com o adulto, apontaram defasagem em C1, C2, C3, C4, C6, C12, C13 e C16. Portanto, apesar do distúrbio de linguagem mais evidente em C1, C2 e C3, considerando a ausência ou precariedade a fala como mais evidente na literatura fonoaudiológica (ZORZI e HAGE, 2004), existe um comprometimento na dimensão discursiva em oito das 16 crianças (50%), captado pela análise do diálogo feita pelas profissionais.

Crianças que mostraram dificuldades no processo de interlocução, em co-ocorrência com dificuldades psicoafetivas exclusivas estiveram presentes em C4 (brincar não concentrado, mas iniciativa da mãe), C6 (diretividade materna), C12 (dissociação entre iniciativas da mãe e da criança), C13 e C16 (falta de iniciativa da mãe). Percebe-se, portanto, nesses casos dificuldades ambientais importantes.

Considerando as oito crianças com necessidade de intervenção precoce, observam-se algumas particularidades nos casos clínicos.

C1, com índices ausentes que indicam problemas nos eixos teóricos de função paterna e estabelecimento de demanda, foi um bebê prematuro não planejado, sendo amamentado no seio até os 24 meses. Embora tenha tido desenvolvimento psicomotor dentro do esperado para faixa etária, a linguagem apresentou uma certa estagnação, pois não expandiu o vocabulário como esperado e tinha uma fala ininteligível quando avaliado. A mãe o percebia como hiperativo e desobediente. Na análise das profissionais foram destacadas ansiedade e diretividade materna, com pouca exploração do potencial do menino. Também observaram que a mãe não explora a cena linguisticamente, o que não favorece o diálogo com o filho. O brincar de C1 é percebido como agressivo e impulsivo e a mãe não permite um espaço potencial.

Em relação ao menino C2, nasceu de uma gravidez não planejada e vive com os pais e irmã de 13 anos. A mãe apresentou depressão anterior ao nascimento do menino. Ele foi amamentado até 1 ano de idade, quando teve introdução da mamadeira quatro vezes ao dia. O menino sentou aos sete meses e caminhou com 1 ano, mas teve uma queda e isso atrasou seu desenvolvimento psicomotor, de acordo com a mãe. Iniciou também a fala com 1 ano mas sem evolução até 2 anos. A mãe também identifica uma situação traumática (grande susto) como geradora de inibição do desenvolvimento do filho. O menino era muito apegado à mãe, usava

fraldas e dormia em berço no quarto dos pais quando avaliado para esta pesquisa. Esse prolongamento da dependência absoluta aparece na alteração do eixo função paterna manifesto na ausência do índice 12. Nas observações das profissionais fica clara a falta de iniciativa e retraimento do menino, acompanhada da falta de sustentação do brincar por parte da mãe. Quando o menino tem tímidas iniciativas, ainda exploratórias do brincar, a mãe tem dificuldade de perceber e investir. Em termos de linguagem, C2 é extremamente calado.

Os eixos teóricos suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e função paterna estiveram alterados no acompanhamento de C3 pelos IRDIs. Isso é visualizado na relação do menino com a mãe que é de apego corporal, hipotonia e falta de iniciativa do menino e também falta de investimento corporal e discursivo da mãe. A mãe não significa as ações do filho e quando o faz é para dizer que é manha a sua busca do filho por ela. Não supõe que o filho queira dizer algo. Enquanto a profissional de psicologia indicou a necessidade de uma investigação da situação familiar, a profissional de fonoaudiologia ressaltou que a mãe é coadjuvante do silêncio do filho. Em termos de histórico, C3 nasceu prematuro, de uma gravidez indesejada, já que os pais estavam se afastando. O menino foi amamentado até um mês e recebeu aleitamento artificial após este período. O desenvolvimento psicomotor foi mais lento e a fala emergiu com um ano e meio, sem evolução do vocabulário até os dois anos quando foi avaliado.

O menino C4 também nasceu prematuro, não planejado, sendo o quinto filho de um casal muito jovem (menos de 30 anos). Teve demanda livre do seio até um ano. Este caso demonstrou alterações na dimensão discursiva desde as primeiras avaliações pois a mãe não atribua significado sintonizado às ações do menino. Isso emergiu nos IRDIs pela alteração da suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e função paterna. Essa falta de sintonia e investimento discursivo também foi observada pelas profissionais durante o brincar entre mãe, menino e irmão. Embora o menino comece a falar mais, a família não interpreta e investe em seus enunciados.

A menina C12, também não planejada, nasceu a termo e foi amamentada pela mãe e fez uso de leite artificial concomitante (aleitamento misto). A mãe teve depressão e tomou medicamentos durante a gravidez. Em relação ao desenvolvimento psicomotor e de linguagem não se observam particularidades na entrevista com a mãe. Nos índices de risco, o eixo função paterna esteve alterado.

No brincar, as profissionais observaram que a menina toma iniciativa tanto verbal quanto não verbal, mas a mãe não parece estar sintonizada. A fonoaudióloga observou, assim como a terapeuta ocupacional, uma certa diretividade da mãe e falta de investimento discursivo.

A criança C13, também uma menina prematura e de gravidez não planejada. A menina faz tratamento fisioterápico por encurtamento em nervo do pescoço. O aleitamento foi misto e criança possui intolerância a lactose. A mãe faz acompanhamento psicológico. Nos índices de risco encontrou-se alteração nos eixos estabelecimento de demanda e função paterna, também manifesta na dificuldade de a mãe significar a fala da filha, e dar turno de fala para a menina. As profissionais também observaram que apesar de uma certa disponibilidade corporal, a mãe não investia muito no brincar livre.

Já C14 foi planejado, nascendo a termo, e sendo amamentado no seio materno até quatro meses. As profissionais observaram dificuldade de separação da mãe, pois o menino a convoca a todo o momento, mas a mãe não significa muito e sustenta seus pedidos. O menino tem um brincar simbólico, mas que não se torna muito criativo por falta de sustentação materna. Em termos de índices alterados fica clara a ausência do índice 12 que é evidência de comprometimento da função paterna.

Por fim, C16 é um menino nascido a termo de gravidez desejada, com evolução alimentar adequada no primeiro semestre de vida, mas restrições aos 24 meses. O desenvolvimento psicomotor e de linguagem foram adequados. Nesse caso os índices demonstraram alterações em todos os eixos teóricos (suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, função paterna e alternância presença e ausência).

O que é comum a todos os casos em que houve indicação de intervenção precoce pelas profissionais é que há dificuldades tanto no brincar, em sua dimensão psicoafetiva, quanto na linguagem, demonstrando um paralelismo nas interações verbais e não verbais. Também é comum em alguns casos a dificuldade de separação da mãe e atendimento a regras, o que se evidencia na alteração comum do eixo da função paterna em todos os casos, quando analisados os IRDIs.

Outro aspecto muito frequente nos casos foi o não planejamento da gravidez em 5 (62,5%) dos oito sujeitos. Ainda das oito crianças, três mães têm histórico de

depressão. C2 e C3 são os casos mais graves em que as crianças são menos desejanter, com pouca iniciativa e com brincar muito limitado.

Discussão

A análise dos resultados permite observar algumas questões importantes para discussão: a relação entre os índices de risco avaliada nos 18 primeiros meses de vida e o brincar observado entre 21 e 26 meses, sobretudo o valor diagnóstico do brincar; a relação importante entre a dimensão psicoafetiva do brincar e o funcionamento de linguagem mais saliente do que a dimensão cognitiva; e o foco disciplinar ou interdisciplinar na análise do brincar por cada profissional.

Quanto às alterações nos IRDIS, a função paterna foi o eixo mais alterado, e em alguns casos, clinicamente se apresentando como um não descolamento da criança do corpo da mãe, e em outros como agitação motora. Conforme Levin (1997), a estrutura psicomotora une a mecânica motora à estrutura discursiva, estando inter-relacionadas. Assim, não se pode conceber o que afeta o corpo e seu desenvolvimento sem examinar também os aspectos estruturais. Porém, este autor faz uma distinção entre dois tipos de problemas, os estruturais, que dizem respeito diretamente a falhas na função paterna, interferindo na construção da subjetividade; e os problemas do desenvolvimento, que afetam o corpo, pois o desenvolvimento é governado pelo imaginário.

Por outro lado, o autor afirma (1997) que há uma conexão importante entre motricidade e angústia, afirmando que “*uma das modalidades que a criança tem de angustiar-se é através do movimento*” (p. 209), o que também implica a questão subjetiva, como um apelo ao reestabelecimento da função simbólica paterna. Então quando a função paterna é defasada, pode-se mostrar em problemas tanto estruturais, como o não desenvolvimento da subjetividade, quanto problemas corporais, como a agitação motora, o que se viu em alguns casos analisados, como C4.

Também é possível afirmar, a partir dos resultados, que os índices de risco possui uma capacidade maior de predizer problemas de desenvolvimento, em alguns casos risco psíquico (KUPFER e BERNARDINO, 2009), podendo captar

grande número de casos precocemente. Portanto, não se está considerando-o como um teste diagnóstico, mas como mais um apoio no sentido de detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil, apontando-se que é na observação do brincar infantil, na relação com o outro, que se poderá de fato estabelecer um diagnóstico em etapa posterior aos 18 meses.

Nos casos estudados, pôde-se observar a ligação entre a linguagem, sobretudo na dimensão discursiva, com alteração na dimensão psicoafetiva do brincar, encontrada em 50% dos casos. Em contrapartida houve poucos casos em que se pôde observar a ligação entre a linguagem e a dimensão cognitiva, no olhar das profissionais. A dimensão psicoafetiva do brincar é explicada por Freud (1976) quando afirma que os melhores representantes psíquicos dos processos interiores da criança são o brinquedo e o brincar. Estes estão em significação, na busca do sentido dos atos da criança, e a transferência tida no brincar revela o tipo de laço social que se teceu no ambiente familiar da criança. Por meio dela, a criança reviveria os principais conteúdos emocionais que a marcaram. Na verdade, esta forma de conceber a transferência capturaria apenas uma parte do circuito transferencial: a da linha dos afetos; excluindo outra: a da transferência enquanto um circuito do saber. E essa transferência é elucidada na forma de linguagem (FREUD, 1976).

As análises das três profissionais demonstraram que o brincar, em sua visão, provê um diagnóstico das dimensões psicoafetiva e cognitiva que lhes permite pensar a necessidade ou não de intervenção.

Das profissionais que avaliaram as díades, enquanto a terapeuta ocupacional estabeleceu seu foco de análise na psicomotricidade e na linguagem, voltando o brincar para as dimensões afetiva e cognitiva, a fonoaudióloga voltou-se para uma análise predominantemente afetiva e de linguagem, e a psicóloga direcionou sua análise para as dimensões afetiva e cognitiva. Todas as análises apontaram foco maior na ação do adulto, portanto, ressaltaram a necessidade da análise do meio em que a criança vive. Colocaram, portanto, foco no ambiente relacional e não somente na criança ou no adulto, como é tradicionalmente feito na clínica, crítica realizada já por Rechia e Souza (2010), ao afirmarem que a unidade de análise da linguagem é o diálogo e não a fala da criança de modo isolado, mesmo diante de sujeitos com limitação práxica. Assim, pode-se dizer que a análise das cenas priorizou a interação entre a criança e seu familiar e não apenas o brincar

ou a linguagem da criança de modo isolado. Com distintos recursos, houve uma similaridade na análise das profissionais que foi um olhar no que acontecia **entre** os parceiros e não apenas no desenvolvimento da criança.

Pode-se dizer ainda que de um modo geral, houve menos alteração da dimensão cognitiva do brincar e mais alterações na dimensão psicoafetiva, na observações das profissionais, pois emerge mais, nas análises, como o adulto estava sustentando o brincar com a criança do que apenas se a criança podia ou não simbolizar. Ou melhor, era a qualidade desse simbolismo e a possibilidade imaginativa que estava em jogo.

A dependência absoluta inicial, necessária em termos constitutivos e que deve ser superada com o processo de integração do bebê, indicada por trabalhos clássicos como o de Winnicott (1969, 1988), visualiza-se como aspecto importante nos casos analisados. Definir se a criança pode ou não representar o ausente e utilizar objetos de modo funcional é uma análise que não fornece os elementos suficientes para se decidir se é necessária a intervenção precoce ou não, na visão das profissionais, pois a maior parte das crianças deste estudo atingiu este patamar evolutivo. As profissionais demonstraram, em sua análise clínica, que valorizam o brincar que ocorre **entre** a criança e seus familiares, como elemento diagnóstico do tipo de cuidado mais geral que os familiares dedicam a criança, e como elemento para uma decisão clínica acerca da intervenção.

Portanto, o brincar pode ser tomado enquanto signo de uma relação entre a criança e seus familiares. Nesse sentido, importa menos o tipo de sustentação cognitiva, e mais o tipo de relação afetiva que a cena do brincar denuncia, ou seja, mesmo que uma mãe não consiga propor um brincar muito estimulante do ponto de vista cognitivo, o que se pode observar é o quanto ela está sustentando uma relação e que tipo de relação é essa, diretiva ou não, com ou sem prazer, que respeita ou não um lugar de manifestação corporal e/ou verbal para a criança. Enfim, a análise do funcionamento do brincar parece permitir um olhar ao clínico de como está a relação na articulação corporelinguagem (RAMOS, 2013) e o processo de apropriação da linguagem (RAMOS e FLORES, 2013), confirmando proposições winnicottianas acerca da importância da análise conjunta das condições do bebê/criança e daqueles que exercem os cuidados de tipo materno e paterno.

Na análise das profissionais, percebe-se que a análise do brincar entre a criança e aqueles que exercem o cuidado de tipo materno foi um recurso para

compreender melhor o desenvolvimento da criança, e para propor uma intervenção precoce, ou seja, uma intervenção que permita à criança não só avançar no processo de integração e personificação, mas também no imaginativo e de independização do adulto. Para tanto, deve-se incluir a criança e aqueles que exercem tais cuidados com ela na sessão de avaliação e terapêutica.

Dessa visão, propõe-se a partir das análises das profissionais aqui apresentadas, que não basta à clínica a análise acerca do aspecto instrumental no brincar em sua dimensão cognitiva, é preciso pensar também na dimensão psicoafetiva do brincar ao se decidir por uma intervenção precoce, pois ela é fundamental às funções imaginativas, à criatividade, ao brinquedo, à imaginação e ao jogo relatadas por Winnicott. De acordo com o autor (WINNICOTT, 1988), a área do experienciar, que se localiza entre o mundo interno e a realidade psíquica externa, o chamado Espaço Potencial, é onde a criatividade se torna possível e os símbolos se originam. Este é o espaço em que as pessoas se expressam e anunciam a localização do seu brincar, embora nem sempre essa área esteja tão disponível, pois a criatividade e expressão simbólica irão ocorrer quando a criança inicia o processo de separação e de reencontro com a mãe. Não se trata propriamente de um espaço anatômico, mas de uma vivência, em que o sujeito experimenta sentimentos ambivalentes entre fantasiar e perceber a realidade, sentir-se unido e, ao mesmo tempo, separado, só e ao mesmo tempo acompanhado. É o espaço em que prevalece a dialética da afirmação e da negação, o lugar da experiência cultural em que a criatividade se faz presente em todos os sentidos.

É a partir da experiência vivenciada com e pelo outro, que a criança encontra alternativas que substituem o objeto ausente, embora não tragam o objeto de volta à cena, sendo a intersubjetividade possível ao bebê quando há uma vivência de relação entre dois; em que um cria o outro, mas, ao mesmo tempo, permite que cada um seja ele mesmo. Assim como a mãe cria o bebê e o bebê cria a mãe, o processo dialético inconsciente instala a subjetividade a partir da semelhança e da diferença. Portanto, subjetividade e intersubjetividade se constituem na medida em que uma não existe sem a outra. Winnicott (1982), ao destacar o valor do objeto transicional, enfatiza o lugar privilegiado da mãe como norteadora e demarcadora da existência do bebê e os mecanismos primitivos emanados das fantasias arcaicas e da angústia de aniquilamento.

Se, para Freud (1976), a subjetividade se constitui na dinâmica entre inconsciente e consciente, em função dos elementos reprimidos porque não tolerados pela consciência, para Winnicott (1978) ela se dá no espaço “entre” o interno e externo, ilusão e desilusão, a partir das primeiras relações entre a mãe e o bebê.

O mesmo pode ser dito em relação à linguagem, pois a análise das terapeutas esteve sempre centrada no diálogo e, por isso, elas não se limitaram a indicar intervenção apenas às crianças que possuíam limitações importantes do domínio gramatical (C1 a C3), mas a todas as crianças que apresentaram limitações na interlocução ou na dimensão discursiva (C12, C13, C14 e C16). Portanto, suas indicações demonstram que os índices de risco podem prever alterações no desenvolvimento que incluem a linguagem, a cognição e o desenvolvimento psíquico de um ponto de vista psicoafetivo.

Por fim, os resultados demonstraram que o olhar sobre o brincar sofreu efeitos da formação disciplinar, porque enquanto a terapeuta ocupacional valorizou mais a psicomotricidade em relação às demais profissionais, a fonoaudióloga deu maior relevância ao funcionamento de linguagem e a psicóloga à relação afetiva, há um efeito interdisciplinar nas três profissionais que emergiu tanto da necessidade clínica, quanto da formação que receberam a nível de pós-graduação. Todas demonstram que a graduação ainda enfoca muito a dimensão cognitiva do brincar, e que a dimensão psicoafetiva como foco de análise para elas emergiu mais na formação continuada em nível de pós-graduação. Possivelmente, isso ocorreu porque ao atuar na clínica, a demanda para olhar a relação da criança com seus familiares fez com que as profissionais buscassem uma formação que priorizasse o psicoafetivo na pós-graduação, e que lhes permitiu integra-lo a outras dimensões do brincar.

Esses resultados advogam, então, em defesa de uma formação interdisciplinar já na graduação, acerca do brincar, e que tal formação aborde as dimensões afetiva e cognitiva, verbal e não verbal, como forma diagnóstica e como fornecedoras de elementos fundamentais para se pensar a intervenção, conforme já assinalaram Pollonio e Freire (2008) e Klinger e Ramos (2013).

Conclusão

Considerando os objetivos iniciais deste artigo, pode-se afirmar que o processo de representação do ausente não ficou impedido na maior parte dos casos, demonstrando que os sujeitos atingiram elementos básicos do simbolismo no brincar, apesar da capacidade de separação (estranhamento do desconhecido) ter sido o índice ausente comum a todos os casos.

A qualidade do brincar indicou, por outro lado, limitações no espaço potencial criativo, que, a médio prazo, poderá trazer limitações cognitivas e já evidencia limitações psicoafetivas de ao menos 12 das 16 crianças estudadas, e, de modo mais importante, em oito crianças (50%) da amostra. Talvez algumas dessas limitações poderão ser visualizadas apenas no processo de escolarização, já que nem todas as crianças desenvolveram problemas instrumentais ou mesmo distúrbios do desenvolvimento importantes nesses primeiros anos de vida.

O olhar de diferentes profissionais, embora estes tenham suas particularidades, tomou como foco principal a interação entre o adulto e a criança, e não apenas a análise do comportamento da criança ou do adulto de modo isolado, e indicou que esse é um caminho clínico importante que pode ter efeitos, tanto na decisão ou não por uma intervenção precoce, quanto no tipo de intervenção escolhida. Conforme o relato dos profissionais sobre sua formação, observou-se que tal foco durante as análises se correlacionou com a formação acadêmica em pós-graduação e com a experiência clínica e, em menor grau, com a formação do curso de graduação, sobretudo para a fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

Os índices de risco apresentaram-se como uma estratégia importante de detecção precoce e demonstraram que podem ser norteadores de uma política de acompanhamento da saúde mental infantil, seja nas unidades de saúde ou mesmo na educação infantil, desde que inseridos em uma realidade que possua uma equipe de referência com um olhar interdisciplinar para acompanhar o desenvolvimento das crianças com risco, e propor uma intervenção quando necessário.

Referências Bibliográficas

BELTRAMI, L.; RAMOS, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, p. 229-339, 2013.

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

CRESTANI, A. H.; RAMOS, A. P.; BELTRAMI, L.; MORAES, A. B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e sócioeconômicas. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Jornal**, v. 24, p. 205-10, 2012.

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

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A. B.; RAMOS, A. P. Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 15, p. 847-856, 2013.

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

FREUD, S. **Além do Princípio do Prazer**. In FREUD, S. Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GUTERRES, C G. **O que dizem e fazem um grupo de fonoaudiólogos em sua atividade lúdica**. Dissertação de Mestrado em distúrbios da comunicação. Universidade Tuiuti Do Paraná. Curitiba, 2003.

HAGE, S. R. V; PEREIRA, T. C.; ZORZI, J. L. Protocolo de Observação comportamental - PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 4, Aug. 2012.

KLINGER, E. F.; SOUZA, A. P. R. O brincar e a relação objetal no espectro autístico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 191-206, 2013.

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

KUPFER, M. C. M; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista latinoam. psicopatologia fundamental**, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. São Paulo, 2009.

LEVIN, E. A especificidade da Clínica Psicomotora. In: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade – **Anais** do VI Congresso Brasileiro de Psicomotricidade - III Encontro de Profissionais de Psicomotricidade. Rio de Janeiro: Memórias futuras, 1995.

_____. **A infância em cena: Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

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

PEREIRA, T. C. **Normatização de Protocolo de Observação comportamental (PROC) aspectos comunicativos e cognitivos de crianças com desenvolvimento típico de linguagem** [online]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, 2012.

PIAGET, J. **A Formação do Símbolo na Criança - Imitação, Jogo e Sonho - Imagem e Representação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1978.

POLLONIO, C. F.; FREIRE, R. M. O brincar na clínica fonoaudiológica. **Revista Distúrbios da Comunicação**: 19, nº1, 2008.

RAMOS, A. P. A interpretância na articulação corporeolinguagem na clínica de bebês. **Manuscrito.** Texto apresentado no III Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o Bebê, Universidade Sorbonne, Paris, julho de 2013.

RAMOS, A. P.; FLORES, V. N. A passagem de locutor a sujeito como efeito do processo de apropriação na clínica da infância: estudo de um caso. In BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê.** São Paulo: Instituto Langage, p.185-200, 2013.

RAMOS, A. P. A linguagem em uma perspectiva enunciativa: análise de um caso do espectro autista. In SCHMIDT, C. (org.) **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, p.105-124, 2013.

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

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

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WALLON, H. **Psicologia e Educação da Criança**. Lisboa: Editora Veja Universidade, 1979.

WINICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1982

_____. A Criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. Mais ideias sobre o bebê como pessoa. In: WINNICOTT, D. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1982.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. The use of an object. **International Journal of Psychoanalysis**, 50:711-716, 1969.

ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC - Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos: pulso editorial, 2004.

5 DISCUSSÃO GERAL

A partir dos resultados desta pesquisa, apresentados nos artigos 1 e 2, emergem alguns pontos para a discussão geral desta dissertação. O primeiro aspecto é a relação entre os resultados do brincar, analisado a partir de protocolos específicos e pela análise qualitativa feita pelos profissionais, e as contribuições que cada tipo de análise oferece à clínica de bebês. Deste ponto emergem outras duas reflexões: a contribuição de um olhar interdisciplinar sobre o brincar e a perspectiva intersubjetiva de Winnicott como foco fundamental na clínica. Por fim, cabe uma discussão acerca da relação entre os índices de risco ao desenvolvimento e o brincar infantil, bem como uma reflexão sobre algumas condições para a implementação do IRDIs no sistema de saúde.

Em relação ao uso de protocolos, foi possível concluir no artigo 1 que eles captaram alterações no brincar dos casos mais graves (quatro casos da amostra) e demonstraram que há relações entre as dimensões cognitiva e psicoafetiva do brincar, o que coloca em questão a importância dessas duas perspectivas na análise do brincar dentro da Fonoaudiologia.

Sabe-se que a Fonoaudiologia, tradicionalmente, contempla na formação de graduação os estudos da Psicologia do Desenvolvimento (POLLONIO, 2005) por sua proximidade com a área da educação em termos de origem histórica da profissão (BERBERIAN, 2000), e que datam da década de 90 os primeiros estudos que buscaram inserir o brincar como temática terapêutica, mesmo que inicialmente só como suporte à análise/terapia de linguagem (FREIRE, 1990; LIER-DEVITTO, 1995). Ainda são poucos os trabalhos que se autorizam a encarar como terapêutico em si, como na visão de Pisaneschi (1997), e a propor uma análise psicanalítica do mesmo no campo fonoaudiológico (GRAÑA, 2008). Portanto, uma visão interdisciplinar que procure interligar as duas dimensões é mais rara ainda na literatura, mas possivelmente não é necessariamente uma prática ausente clínica.

No artigo 2, ficou claro que as terapeutas, quando solicitadas a fazer uma análise clínica, fornecendo uma opinião sobre o desenvolvimento e a necessidade de intervenção a partir das filmagens analisadas, não se furtaram a um olhar que poderia ser identificado como interdisciplinar, pois tomaram a dimensão psicoafetiva

como centro de análise e âncora para o desenvolvimento da dimensão cognitiva, pois não foi incomum relacionarem as duas dimensões em suas análises. Pode-se dizer, nesse sentido, que o olhar das terapeutas foi de cunho interdisciplinar, mas que o foco de todas foi nas condições que o adulto estava fornecendo à criança para o fluir do brincar, e não apenas nas habilidades infantis para brincar. Portanto, a análise das profissionais transcende o simples olhar da dimensão psicoafetiva enquanto relação objetal ou a dimensão cognitiva a partir da análise específica do brincar da criança.

Embora as profissionais tenham identificado se a criança tinha ou não sinais de estruturação patológica visível no brincar, se sabia ou não simbolizar ou se explorava os objetos de um jeito sensório-motor, ofereceram uma rica descrição que relacionou a um tempo só o diálogo, e com ele a linguagem; o brincar em ambas dimensões e; o psicomotor. Demonstraram em suas análises que os aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento estão ainda em construção na faixa etária das crianças analisadas e, dada a sua dependência afetiva e cognitiva do adulto, não podem ser abordados só a partir da criança, sem olhar o meio. Isso lhes permitiu em vários casos em que as alterações do brincar eram mais sutis captar aspectos singulares que mereciam um olhar terapêutico mais cuidadoso antes de dispensar as crianças de uma intervenção. Portanto, o olhar sobre o brincar é interdisciplinar e intersubjetivo por natureza.

Um dos efeitos dessa constatação é que há uma interligação necessária entre a dimensão cognitiva e psicoafetiva, e que embora muitos fonoaudiólogos ainda acreditem que a última é uma temática exclusiva a profissionais da área *psi*, quando em uma situação clínica com bebês, não há como não considerar a demanda interdisciplinar na análise do brincar. O fonoaudiólogo, assim como o psicólogo, o fisioterapeuta ou o terapeuta ocupacional, que atue em intervenção precoce, terá de se apropriar de teorias que interliguem a cognição com aspectos subjetivos da psique humana, pois tais elementos estão absolutamente amalgamados em uma avaliação de bebês.

Por esses fatores, quando analisadas, nesta pesquisa, as filmagens das dezesseis crianças e seus pais pelas três profissionais experientes em clínica infantil (uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional), apesar da unânime preocupação com a linguagem e desenvolvimento psíquico dos quatro casos indicados pelos protocolos e pelas outras duas fonoaudiólogas, houve

também outras oito crianças indicadas para intervenção precoce ou breve, tendo como base alterações qualitativas mais sutis na interação lúdica com a mãe. Apenas quatro casos não foram indicados para nenhuma intervenção, confirmando as previsões realizadas pelos IRDIs em maior escala do que a análise dos protocolos. Portanto, a análise qualitativa do brincar é mais sensível aos aspectos indicados no acompanhamento até 18 meses de idade. Isso porque o brincar pode ser captado pela análise da interação entre adulto e criança.

Nesse sentido, a análise de cenas do brincar espontâneo parece servir como forma diagnóstica mais precisa do que os testes. Estes, embora possam servir de referência para a evolução das crianças antes e após intervenção, nos casos alterados, não fornecem os elementos singulares fundamentais para pensar a intervenção, nem captar a necessidade da mesma em todos os casos. Os testes até podem ser tomados como evidência de que algo não vai bem, no entanto, uma evidência que abrange apenas os casos mais graves.

Outro aspecto que foi saliente na análise das profissionais foi o fato de o foco ter sido no brincar da idade, entre os parceiros, o que demonstra que a intersubjetividade é sim um princípio fundamental na avaliação do desenvolvimento infantil.

A primazia da relação com o outro no rol do afeto, que é particularmente ressaltada por Winnicott (1975), apresenta estrita relação com a teorização da intersubjetividade. Quanto a esta intersubjetividade, a psicanálise winnicottiana permite afirmá-la como a constituição do relacionamento com o outro, uma experiência fundada na memória do infantil, e jamais adquirida de forma definitiva; uma descrição de vivências arcaicas atestáveis graças à transferência, conduzindo a consequências éticas, tanto na teorização, como na clínica. Essas vivências revelam um ato psíquico específico, próprio à intersubjetividade e à figuração do afeto, entre a percepção e a alucinação, interior e exterior, o sujeito e o outro. Para tal, só a intervenção de um primeiro outro, efetuando uma ação específica permite ao infante conseguir uma satisfação inatingível pelos seus próprios meios. O primeiro outro está ligado à experiência de afeto, de satisfação e também àquela de sofrimento. A figurabilidade do afeto irá depender, então, do entrelaçamento dos afetos da criança e do entorno.

A intersubjetividade estabelecida primeiramente, então, entre a mãe e a criança - o real e o imaginário -, no papel da “*mãe suficientemente boa*” é

fundamental para a hominização do infante. A mãe suficientemente boa, citada por Winnicott (WINNICOTT, 1975, p. 25) é aquela que possibilita ao bebê a ilusão de que o mundo é criado por ele, concedendo-lhe, assim, a experiência da onipotência primária, base do fazer-criativo. E a percepção criativa da realidade é uma experiência do *self*, núcleo singular de cada indivíduo.

Como indica Winnicott (1975) se a relação íntima com a mãe (ou pessoa em tal posição) estabelece as bases da personalidade da criança, do seu desenvolvimento emocional e da sua capacidade a reagir aos choques e frustrações, esse relacionamento é recíproco. Nesse desenvolvimento afetivo, providencia-se um entorno ainda não separado da criança em relação à mãe, no qual a criança encontra a si mesma, pois o rosto reflete o que a mãe vê (WINNICOTT, 1975). Sua subjetividade está em construção na relação com o outro. Como salienta Green (1973, p. 109), “nenhum autor, na clínica e na teoria psicanalítica moderna, deu tanto relevo ao rol do afeto”. Winnicott (1975) afirmou que essa modalização do afeto tem a ver com uma teorização da intersubjetividade. A representação do afeto depende do entrelaçamento dos afetos da criança e do entorno, principalmente aqueles que exercem as funções parentais, embaralhando as fronteiras entre passado e presente, interior e exterior, corpo e discurso, e, sobretudo, *self* e outro (WINNICOTT, 1969).

Esse princípio de intersubjetividade, ancorado no fato de que um bebê não pode existir só, devendo necessariamente fazer parte de uma relação (WINNICOTT, 1975), convoca um relacionamento originário, uma intersubjetividade fundamental, a partir da qual surgem o sujeito e o outro. A maternidade e a criança são, por conseguinte, indissociáveis, numa total adaptação inicial da mãe. Esta se desfaz à medida que a criança descobre a realidade, pois se efetiva um trabalho de desilusão após ter tido a ilusão de que o mundo podia ser criado a partir da necessidade e da imaginação (WINNICOTT, 2001). Esse ambiente intersubjetivo serve também para apresentar o mundo à criança, numa relação viva entre realidades interna e externa, criatividade primária e mundo. Portanto, a construção da realidade passará por essa dimensão emocional e o que era pura exploração sensório-motora se tornará símbolo.

A primeira aquisição não ego da criança, o objeto transicional permite passar de um universo mágico onipotente ao reconhecimento de uma realidade diferente do mundo imaginário, prolongando a ilusão de que o que foi desejado foi criado e

encontrado. Figurando a união e a separação com a mãe, o objeto transicional é o signo de uma “capacidade de estar só”, paradoxalmente construída somente na presença da mãe. Nesse vaivém entre interior e exterior, realidade psíquica intersubjetiva, o afeto é definido numa dialética entre pulsões e maternidade. Quando a ausência da mãe se prolonga um certo tempo, esvai-se sua representação interna pela criança, deixando-a recorrer ao uso dos objetos e fenômenos transicionais (Winnicott, 1951), que surgem espontaneamente como terceira zona de experiência entre a mãe e o seu bebê, e podem ser observados como apego a um objeto, normalmente de característica macia, que a criança irá carregar para todo lado como se fosse parte dela.

O objeto transicional representa, portanto, o início da relação do bebê com o mundo, que simboliza o aparecimento e desaparecimento da mãe, é o signo de uma “capacidade de estar só”, paradoxalmente construída somente na presença da mãe. É o campo intermediário entre os domínios da subjetividade e da objetividade, ou seja, o espaço potencial criativo criado entre a mãe e o bebê. É nesse momento que se dá o surgimento do brincar e, conseqüentemente, a emergência da construção do conhecimento. Portanto, a detecção de algumas dificuldades sutis no brincar entre mãe e bebê em casos não captados nos protocolos, indica que poderá haver problemas futuros na criação desse espaço potencial criativo fundamental para a construção do conhecimento pelo bebê, pela criança e adolescente que ele vai ser.

Destaca-se nesse processo, então, o afeto como propulsor dessa construção, conforme também já estudado por Vygotsky (2003), como sendo elemento fundamental para o nível do desenvolvimento real referente às conquistas realizadas pela criança. Quebra-se, dessa forma, o dualismo entre as dimensões afetiva e cognitiva abordadas na psicologia tradicional quando separa os aspectos intelectuais da estrutura psíquica de um ponto de vista relacional. Vygotsky afirmava a respeito que “os processos pelos quais o afeto e o intelecto se desenvolvem estão inteiramente enraizados em suas inter-relações e influências mútuas” (VYGOSTKY apud LA TAILLE, 1992, p.76)

Do mesmo modo que Winnicott propõe a intersubjetividade como princípio fundamental na constituição psíquica, a leitura de Benveniste (1995) permitiu que Cardoso (2010) propusesse este princípio como fundamental na avaliação da linguagem. A partir desse autor é possível pensar que é necessário tomar o diálogo como unidade de análise da linguagem, e, portanto, para avaliar a criança é

fundamental observá-la em interação com um adulto familiar, preferencialmente aqueles que exercem as funções parentais. Embora a relação entre o brincar e a linguagem não fossem o foco inicial desta dissertação, pois isso demandaria uma sustentação teórica outra, cabe anunciar que essa relação merece aprofundamentos futuros, pois foi evidente, nos resultados do artigo 2 a indissociabilidade entre a linguagem, o brincar e o psicomotor no olhar das terapeutas.

Tal importância fica mais ressaltada ainda quando se pensa na proposta de intervenção precoce a partir do terapeuta único ancorado na interdisciplina. Os efeitos positivos dessa intervenção são evidenciados no trabalho de Oliveira *et al.* (2013), no qual a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia sustentaram a terapia de um bebê prematuro com índice de risco ao desenvolvimento. Nesta abordagem, a atenção principal foi dada, simultaneamente ao funcionamento do brincar, em todas as suas dimensões, a aspectos psicomotores e à linguagem, mas não somente em termos de habilidade da criança ou do adulto vistos isoladamente, mas no entre terapeuta-familiar e bebê, o que repercutiu favoravelmente na intervenção. Assim, é possível pensar, que, a exemplo do que Surreaux (2006) propõe como hipótese de funcionamento de linguagem, é possível pensar em uma hipótese de funcionamento do brincar que, em prol da clínica de intervenção precoce, abrangerá as dimensões psicoafetiva e cognitiva, e permitirá pensar no brincar como signo da constituição psíquica e na sua relação com a constituição linguística da criança, a partir da análise do brincar entre a criança e seu parceiro. Parece haver processos transversais ao brincar, ao psicomotor e a linguagem nos primeiros tempos de constituição, um deles a intersubjetividade. A adoção de tal princípio teórico na avaliação e intervenção do desenvolvimento infantil, poderá ser um caminho para avançar na pesquisa em detecção e intervenção precoces. Acredita-se que, quanto melhor for compreendida esta complexidade, mais amplas as perspectivas de se oferecer um cuidado em saúde adequado a esta etapa terapêutica. Um cuidado que aborde a criança em relação com seu familiar e produza efeitos no consciente e inconsciente, no cuidado que este outro primordial dispensa ao pequeno infante em tempos de constituição.

O olhar da relação entre as análises do brincar e os IRDIs, demonstraram uma correlação qualitativamente fraca entre os protocolos e os IRDIs. Isso porque não houve diferença importante entre os IRDIs alterados quando comparados os sujeitos cujos casos foram mais graves a partir da análise do PROC e de Graña

(2008) e os demais doze sujeitos. Apenas a análise qualitativa das interações, conforme já dito, pôde oferecer um diagnóstico mais preciso. Mesmo que de modo menos grave, havia aspectos preocupantes no desenvolvimento de oito dos doze casos não identificados como tendo alterações no brincar ou na comunicação pelos protocolos.

Ainda o olhar das fonoaudiólogas que enfocou mais o domínio do sistema linguístico pelos sujeitos não foi suficiente para captar sutilezas no funcionamento de linguagem a ponto de identificar outras terapias necessárias. Isso indica que os IRDIs, embora não tenham um valor diagnóstico, podem prever sutilezas no desenvolvimento psíquico que em maior ou menor grau poderão ser responsáveis em obstáculos ao desenvolvimento infantil, conforme ressaltam Kupfer e Voltolini (2005). Eles servem de alerta para que se possa acompanhar e intervir quando necessário diante do risco de estruturação de um transtorno grave do desenvolvimento. Não representam, pois, uma profecia negativa, mas um sinal de alerta.

Há sim, um subgrupo de crianças com índices ausentes que parecem desenvolver o distúrbio de linguagem e/ou dificuldades cognitivas mais amplas e/ou alterações na estruturação psíquica que causam sinais de sofrimento de um ponto de vista psicanalítico. Conforme lembra Bernardino (2006), a linguagem faz parte do alicerce relacional (afetivo) para a constituição do sujeito psíquico, que deve estar em sintonia com o alicerce biológico (maturacional). Estando uma vez apoiada nos recursos maturativos, a criança é capaz de conquistar habilidades e, também, de atribuir sentidos a elas (relacional). Trata-se, assim, de considerar o sujeito como efeito da articulação desses aspectos: o biológico e o ambiental.

Também não parece haver nenhuma particularidade nos índices que indique que tipo de relação objetal será desenvolvida pela criança. Possivelmente, apenas o histórico de cada uma poderá trazer contribuições para tal entendimento. Graña, em 2008, supondo que os objetos transicionais possibilitam a passagem para um novo tipo de relação entre o bebê e a mãe, correspondendo assim ao início da formação de atividades de representação e simbolização (WINNICOTT, 1975), e que “o auge deste processo será a aquisição da linguagem pela criança” (2008, p. 147), investigou o histórico e as características deste processo em uma criança de 2 anos de idade surda, concluindo que para além da própria relação que a criança estabelece com o objeto e seu histórico de aquisição de linguagem, há também,

como no caso relatado pela autora, imbricado nesta análise, o processo de separação/individualização falho por parte da mãe, ressaltando a importância da investigação também de fatores maternos.

A relação objetal pode ser considerada, então, um indicador usado para ver e prever que algo não vai bem no desenvolvimento infantil, como nos casos C2 e C3, que apresentaram distúrbio de linguagem e os primeiros sinais de estruturação de um transtorno grave do desenvolvimento. Nesses casos houve a identificação da relação objetal do tipo fetiche, estando o objeto encerrado na órbita de onipotência materna sem a propriedade de favorecer a expansão das relações da criança no mundo (GRAÑA, 2008). Ressalta-se que esse critério apenas não é suficiente para o diagnóstico de problemas no desenvolvimento infantil, pois mesmo com uma estruturação neurótica e relação objetal transicional, pode haver outros obstáculos ao desenvolvimento, como aconteceu com C1 e C4 nos quais emergiu um distúrbio de linguagem, mesmo em ausência de alteração no brincar, considerando as categorias propostas por Graña (2008). Esse fato sugere que tais categorias sejam tomadas também como índices, mas que o diagnóstico deva ser feito a partir de uma análise clínica do funcionamento do brincar entre a díade, pois esta visão permite captar a singularidade de cada caso.

Especificamente em relação à linguagem, tornou-se possível pensar que existem combinações muito singulares na constituição de um sujeito, que podem ou não estar correlacionadas a um distúrbio de linguagem. Portanto, para que um funcionamento de linguagem denuncie um sofrimento, como define Surreaux (2006) em seu olhar sobre casos de distúrbio de linguagem, possivelmente concorrem outros fatores para além daqueles que os IRDIs podem captar. Nesse sentido o trabalho de Crestani *et al.* (2013) pode fornecer outros indicadores, ao encontrar relação estatística entre risco ao desenvolvimento e fatores socioeconômicos, demográficos e obstétricos, como o estado civil da mãe, o número de filhos, o número de consultas pré-natal, a renda per capita, o planejamento da gestação, o histórico de depressão materna, a idade da mãe e a profissão da mãe, tem relação com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Possivelmente tais resultados indicam que esses elementos, obstétricos, demográficos e socioeconômicos são pano de fundo importante nas condições ambientais proporcionadas para que esta mãe possa estar do jeito que está a ponto de sustentar de modo suficientemente bom o desenvolvimento de seu filho. Ressalta-se que este termo tão certamente

escolhido por Winnicott evidencia que não precisa ser idealmente bom ou que haja uma forma de educar uma mãe a cuidar e até brincar bem com seu bebê, basta que seja o suficiente, ou seja, que permita a operação dos processos de constituição. Estes, segundo este autor, são a ilusão de onipotência e a desilusão para que a criança chegue ao espaço potencial intermediário e transite do sensório-motor ao mundo das representações mentais e do simbolismo. Parafraseando Winnicott, não haverá uma mente constituída de modo suficientemente bom sem um processo de integração suficiente. As pessoas que exercem os cuidados de tipo materno e paterno são fundamentais para que isso se processe. Se eles puderem exercer seus papéis a contento, poderão sustentar o desenvolvimento de seu filho.

Assim, embora por outras vias teóricas, os IRDIs acabam por identificar quando tais funções não estão sendo desempenhadas de modo suficientemente bom, e os efeitos disso no desenvolvimento infantil. Esse fato advoga a favor de sua introdução no sistema de saúde, mas eles demandam algumas providências no sistema de saúde. A primeira e mais elementar é que não podem ser utilizados com valor diagnóstico e como mais um protocolo, não só porque essa não é a lógica que lhes dá base teórica, mas também porque eles são indícios e demandam um acompanhamento continuado do bebê para se confirmarem ou não na emergência de sintomas.

A segunda, que decorre da primeira, é que se faz necessária uma equipe de apoio na saúde de estratégia da família para formar os profissionais para utilizar os IRDIs e também para avaliar continuamente os casos de risco, estabelecendo variadas estratégias de intervenção junto a família, que poderão ser breves orientações e conversas, realizadas pelos profissionais da atenção primária como prevê Crespim na formação Préaut (2012), estratégias que promovam o vínculo como a musicalização (STALSCHMIDT,2002; STIFFT,2008) ou mesmo a intervenção precoce de terapeuta único sustentado na interdisciplina. Isso também prevê a necessidade de matriciamento dos profissionais da saúde mental junto às unidades de atenção primária (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010; RODRIGUES et al, 2012; PRATES et al, 2013) e às escolas de educação infantil como estratégia promocional em saúde. É preciso criar equipes interdisciplinares de apoio à estratégia de saúde da família e a presença dos profissionais da área terapêutica são fundamentais nas mesmas.

É possível também observar a necessidade de providências na formação de graduação dos profissionais que atuam em puericultura, pois o brincar deve ser abordado em suas múltiplas dimensões nessa formação. A partir de Winnicott é possível afirmar que o afeto, o prazer são os motores da construção de conhecimento.

Assim, mesmo que a Fonoaudiologia, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional tenham objetivos instrumentais na sua abordagem do desenvolvimento infantil, é preciso, na intervenção precoce, considerar a dimensão estruturante do brincar. O terapeuta deve criar condições para aquele que efetiva o cuidado de tipo materno ao bebê de sentir prazer no brincar com seu bebê, pela transcendência que isso permite ao adulto e à criança. Não basta que o terapeuta assuma esse lugar de sustentação ao bebê, embora esse seja o máximo que se consegue em alguns casos mais graves. É preciso encantar e seduzir o adulto para ocupar esse lugar que o terapeuta insistirá em ocupar, e rapidamente, em minutos, deixará vago para o familiar. Nisso reside a arte do terapeuta em intervenção precoce, encantar criança e adulto rumo ao encontro. Isso coloca questões interessantes aos fonoaudiólogos e terapeutas que acham que apenas orientar por meio de receitas prontas aos pais de como educar bem seus filhos. Não é possível ensinar alguém a ser pai. Só se pode sustentar um lugar provisório, o qual se deixa vago para que o familiar o ocupe. Também não se deve colocar os pais em posição pedagógica, o que pode pôr em risco o lugar de pais.

Para que isso ocorra, é preciso que o terapeuta assuma que o brincar é técnica¹⁸ central de sua profissão, e se disponha a estudá-lo em todas as suas dimensões, em todas as suas implicações conscientes e inconscientes, nos seus recursos e estratégias, e principalmente como um meio de ser e sentir fundamental a todo ser humano. Winnicott afirma que o brincar infantil será substituído, na idade adulta, por atividades como as artes, o esporte, o sexo, entre outras formas de diversão humana. Espaços nos quais o prazer é a tônica, e o motor do conhecimento e do encontro com o outro humano.

Por fim, este estudo anuncia que a investigação dos elementos teóricos que possam alicerçar a construção de uma hipótese do funcionamento do brincar, bem como a relação desta com a hipótese do funcionamento de linguagem, é um espaço

¹⁸ No sentido de ação refletida e não comportamental.

potencial para uma próxima temática de pesquisa, de interesse ao fonoaudiólogo e demais profissionais da intervenção precoce.

6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, o brincar de 16 crianças na faixa etária entre 21 e 26 meses, foi analisado por meio de protocolos e da análise qualitativa de diferentes profissionais. Tais crianças apresentaram risco psíquico e ao desenvolvimento detectado pela aplicação dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Os resultados encontrados justificam um olhar que contemplem as dimensões cognitiva e psicoafetiva do brincar, e que a relação de tais dimensões deve ser inserida na formação de graduação dos profissionais que atuam na puericultura.

Também é possível observar que as análises do brincar a partir do PROC (2004) e da classificação de objeto transicional de Graña (2008), devem ser tomadas como índices do desenvolvimento e como sensíveis a casos mais graves de transtornos do desenvolvimento ou distúrbio de linguagem. Elas não apresentaram a precisão diagnóstica necessária para identificar todos os casos, identificados pelos IRDIs como sendo de risco, e que precisavam de algum tipo de intervenção. Existe a necessidade de uma observação da relação adulto-criança, contemplada pela descrição minuciosa das profissionais ao analisarem filmagens da criança com a mãe. Esse fato indica a análise qualitativa como a mais fidedigna do ponto de vista clínico, tanto ao processo de avaliação, quanto para pensar a intervenção precoce, pois a análise dos profissionais é indicativa de caminhos terapêuticos.

A pesquisa ressaltou, para além da necessidade de análise qualitativa, a importância de que esta tome por base princípio da intersubjetividade, sustentado pela perspectiva winnicottiana. Por isso, é preciso eleger uma cena lúdica entre a criança e seu familiar como um dos possíveis signos de um funcionamento subjetivo da criança e da sustentação que a mesma está recebendo em seu ambiente tanto para a constituição psíquica quanto linguística.

O enriquecimento em termos descritivos e diversificados da análise qualitativa se deu por conta do entrelaçamento de três áreas clínicas distintas, que, neste estudo tiveram um olhar afim sobre aspectos de linguagem, psíquicos e do brincar. Destaca-se, então, a importância de uma visão interdisciplinar acerca de cada caso clínico e que este conhecimento seja ampliado desde a formação de graduação dos profissionais da infância.

Reforça-se, ainda, o valor preditivo dos IRDIs acerca de intercorrências no desenvolvimento infantil, porém se destaca uma ressalva quanto ao seu uso como índice e não com valor diagnóstico, tal qual se aponta para a aplicação da classificação da relação objetal do brincar. Pensa-se que quando se trata de intervenção clínica na infância há a necessidade, durante a avaliação, de combinação de índices na detecção precoce, mas análise de sintomas e história clínica, com especial atenção à análise do brincar entre o adulto e a criança no processo diagnóstico.

Por fim, é importante ressaltar que a articulação dos conceitos teóricos demandados para sustentação de tal hipótese sugere um novo estudo que ultrapassa os objetivos iniciais desta dissertação, mas que deixam em aberto uma temática relevante para uma pesquisa futura, que busque dar um novo passo científico na reflexão sobre o brincar na clínica de bebês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

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

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

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

BELTRAMI, L.; RAMOS, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, p. 229-339, 2013.

BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**. 4 ed. Campinas: Pontes, 1995.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e Educação - Um Encontro Histórico**. 2. ed. São Paulo: Plexus Editora, 2000.

BERNARDINO, L. M. F. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

BIERMANN, G. *et al.* **II Tratado de Psicoterapia infantil**. Barcelona: Editorial Espaxs, 1973.

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

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CHOUDHURY, N.; BENASICH, A. A. A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. **J Speech Lang Hear Res**, 2003.

CLAPARÈDE, E. **Psicologia da Criança e Pedagogia Experimental**. São Paulo: Editora do Brasil, 1956.

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

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento. In: **Escritos da Criança**, Nº 4. Porto Alegre: Centro Lídia Coriat, 1996.

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A. B.; RAMOS, A. P. Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 15, p. 847-856, 2013.

CRESTANI, A. H.; RAMOS, A. P.; BELTRAMI, L.; MORAES, A. B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e sócioeconômicas. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Jornal**, v. 24, p. 205-10, 2012.

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

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

DOLTO, F. **No jogo do desejo - Ensaio Clínicos**. 2ª edição, São Paulo: Editora Ática, 1981.

_____. **Psicanálise e Pediatria - as Grandes Noções da Psicanálise - Dezesseis Observações de Crianças**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

FERRAZ, M. G. C.; FRAGOSO, T. B.; MISQUIATTI, A. R. N. Estudo psicológico de um caso de distúrbio de linguagem. **Estilos clín.**[online]. vol.18, n.1, pp. 142-152, 2013.

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

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

FLORES, M.; RAMOS, A. P.; MORAES, A. B.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 15, p. 348-360, 2013.

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

FRANCH, N. J. P. O Suporte da Comunicação no Brincar. In: GRANA, R. B. e PIVA, A. B. S. A. (organizadores). **Atualidade da Psicanálise de Crianças: Perspectivas para um novo século**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FREIRE, R. M. **A Linguagem Como Processo Terapêutico**. São Paulo: Plexus, 1994.

_____. **A Abordagem Dialógica: uma Proposta Social em Fonoaudiologia**. [Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Psicologia da Educação, PUC-SP], 1990.

FREUD, A. **O Tratamento Psicanalítico de Crianças**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1971.

_____. Changes in psychoanalytic practice and experience. **The International Journal of Psychoanalysis**, Vol 57(3), 1976.

FREUD, S. [1919 (1918)]. Linha de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud**. v. XVII, p. 199-211. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1909) **Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco anos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Ed. 10, 3), Vol.X. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. **Além do Princípio do Prazer**. In FREUD, S. Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

GESCHWIND, N., GALABURDA, A. M. Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: III. A hyphotesis and a program of research. **Arch Neurol**. 42(3):428-59, 1985.

GRAÑA, C. G. A aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 5, p. 143-153, jan./mar. 2008.

GRAÑA, R. B. Sobre A Atualidade da Psicanálise de Crianças. In: GRAÑA, R. B. e PIVA, A. B. S. **A Atualidade da Psicanálise de Crianças**: Perspectivas para um novo século. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

GREGHI, C. R. **Uma Reflexão Sobre o Brincar Infantil e o Processo Terapêutico Fonoaudiológico**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Fonoaudiologia. PUC-SP, 2002.

GUTERRES, C. G. **O que dizem e fazem um grupo de fonoaudiólogos em sua atividade lúdica**. Dissertação de Mestrado em distúrbios da comunicação. Universidade Tuiuti Do Paraná. Curitiba, 2003.

HAGE, S. R. V.; FAIAD, L. N. V. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação — Universidade de São Paulo - Campus Bauru. **Rev. CEFAC**. 2005;

HAGE, S. R. V; PEREIRA, T. C.; ZORZI, J. L. Protocolo de Observação comportamental - PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 4, Aug. 2012.

IRENEÈ, M. H. **História da educação na Antiguidade**. São Paulo, São Paulo: Editora pedagógica e universitária, 1975.

JERUSALINSKY, A. N.; CORIAT, E. Função maternal e estimulação precoce – experiência controlada com 100 sujeitos de 3 a 16 meses de idade cronológica. **Escritos da Criança**, 1: 1983.

JERUSALINSKY, A. Autisme: 1'enfancedureel.Untempssansespace, unespace sanstemps, unparadoxesans discourse. In P. ALERINIETAL. **Lacliniquede Vautisme Ligne**. Paris: PointHors, 1992.

_____. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes & Ofícios; 1999.

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

JOHNSON, W. **Problemas del Habla Infantil**. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1959.

KISHIMOTO, T. M. **O jogo e a educação infantil**. São Paulo: Pioneira, 2003.

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946 – 1963)**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLINGER, E. F.; SOUZA, A. P. R. O brincar e a relação objetal no espectro autístico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 191-206, 2013.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Aspectos metodológicos do uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica. **An. Col. franco-brasileiro sobre a clínica com bebês**, 1. Paris, 2005.

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

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

KUPFER, M. C. M; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista latinoam. psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1979.

LAI, C. S.; FISHER, S. E.; HURST, J. A.; VARGHA-KHADEM, F.; MONACO, A. P. A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. **Nature** 413, 519-523, 4 October, 2001.

LAZNIK, M. C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Detecção automática do manhês: análise da prosódia de pais de crianças autistas. **ReVEL**, v. 8, n. 15, 2010.

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

LEMOS, C. T. G. Processos Metafóricos e Metonímicos: seu Estatuto Descritivo e Explicativo na Aquisição da Língua Materna. **Texto adaptado para aula**. São Paulo, 1992.

LEVIN, E. **A especificidade da Clínica Psicomotora**. In: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade – Anais do VI Congresso Brasileiro de Psicomotricidade - III Encontro de Profissionais de Psicomotricidade. Rio de Janeiro: Memórias futuras, 1995.

_____. **A infância em cena**: Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LIER-DEVITTO, M. F. Novas Contribuições da Linguística para a Fonoaudiologia. **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, vol. 7 (2), EDUC, 163- 171, 1995.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. **NESPI nº 1**. São Paulo: PUCSP, 1994.

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

MELLO, D. R. B. A psicanálise e seu encontro com a linguagem na obra de Freud. **Revista Interscience place**, Ano 3 - N ° 13 Maio/Junho – 2010.

MOLINI-AVEJONAS, D; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e núcleos de apoio à saúde da família: conceitos e referências. **Rev.Soc.Bras. Fonoaudiologia**. 15(3):465-74. 2010.

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

NOVAES, A. P. D. C. A importância do jogo e do brincar em terapia fonoaudiológica. Rev. **CEFAC**. 2000; 2(2):45-54..

O'BRIEN, E. K.; ZHANG, X.; NISHIMURA, C.; TOMBLIN, J. B., MURRAY, J. C. Association of Specific Language Impairment (SLI) to the Region of 7q31. **Am J Hum Genet**. 72(6): 1536–1543, 2003

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; RAMOS, A. P. Fatores de Risco Psíquico ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC** (Impresso), v. 14, p. 333-342, 2012.

OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L.; RAMOS, A. P. Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único Sustentado na Interdisciplinaridade. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, p. 187-202, 2013.

OLIVEIRA, L.D. **Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Santa Maria, 2013

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento: um desenvolvimento sócio histórico. São Paulo: Scipione, 1997

_____. O problema da afetividade em Vygotsky. In: LA TAILLE, Y. (Org.) **Piaget, Vygotsky, Wallon**: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992. p. 75-84.

OUTEIRAL, J. O. **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

PALLADINO, R. R. R. O Jogo na Atividade Fonoaudiológica. **Texto inédito**, 1999.

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

PEREIRA, T C. **Normatização de Protocolo de Observação comportamental (PROC) aspectos comunicativos e cognitivos de crianças com desenvolvimento típico de linguagem** [online]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, 2012.

PIAGET, J. **A Formação do Símbolo na Criança** - Imitação, Jogo e Sonho - Imagem e Representação. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1978.

_____. **O Nascimento da Inteligência na Criança**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1975.

PIAGET, J.; INHLEDER, B. **A Psicologia da Criança**. 7. ed. São Paulo, Difusão Editorial – Difel, 1982.

PICCOLOTTO, L., BARTALINI, V., SALAMA, S. M.; PACHECO, E. C. **A Comunicação em Jogo**. São Paulo: Editora Loyola, 1976.

PISANESCHI, E. O Jogo: A Teoria e a Prática. In: LIER DE-VITTO, M. F. **Fonoaudiologia: no sentido da Linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

POLLONIO, C. F. E FREIRE, R. M. O brincar na clínica fonoaudiológica. **Revista Distúrbios da Comunicação**: 19, nº1, 2008.

POLLONIO, C. F. **O Brincar e a Clínica Fonoaudiológica**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia, 2005.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva no trabalho de saúde mental junto à estratégia de saúde da família: espaço de discussão e de cuidado. **Saúde e Soc.** 22(2):642-52, 2013.

PRETTO-CARLESSO, J. P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. Dissertação (Mestrado em

Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

RAMOS, A. P. A interpretação na articulação corporeolinguagem na clínica de bebês. **Manuscrito**. Texto apresentado no III Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o Bebê, Universidade Sorbonne, Paris, julho de 2013.

_____. A linguagem em uma perspectiva enunciativa: análise de um caso do espectro autista. In SCHMIDT, C. (org.) **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, p.105-124, 2013.

RAMOS, A. P.; FLORES, V. N. A passagem de locutor a sujeito como efeito do processo de apropriação na clínica da infância: estudo de um caso. In BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, p.185-200, 2013.

RAPIN, I; ALLEN, D. A.; DUNN, M. A. **Developmental language disorders**. In: Segalowitz SJ, Rapin I, organizadores. Handbook of neuropsychology. v. 7. New York: Elsevier, 1992.

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

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

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, E. S., MOREIRA, M. I. B. A interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde e Soc.** 21(3):599-611, 2012.

RODULFO, R. **O Brincar e o Significante** - um Estudo Psicanalítico sobre a Constituição Precoce. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

SÁNCHEZ, T. C. **Defectos en la Dicción Infantil - Procedimientos para si Corrección**. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, 1949.

SCHWENGBER, D. D. S, PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. In: Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic. Teor. e Pesq.** 20(3): 233-40, 2004.

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

STALSCHMIDT, A. P. M. **A canção do desejo**: da voz materna ao brincar com os sons, a função da música na estruturação psíquica e sua constituição como sujeito. Tese de Doutorado, PPG Educação, UFRGS, 2002.

STIFFT, K. **A construção do conhecimento musical do bebê: um olhar a partir das suas relações interpessoais**. Tese de Doutorado, PPG Educação, UFRGS, 2008.

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

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

_____. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, C. G. (org.) **Quando a fala falta**: Fonoaudiologia, linguística e psicanálise. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2009.

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

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

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

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **A Formação Social da Mente** - o Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. Imaginación y Creación en la Edad Infantil. **Editorial Pueblo y Educación**, La Habana, 1999.

WALLON, H. **Psicologia e Educação da Criança**. Lisboa: Editora Veja Universidade, 1979.

_____. **La Evolución Psicológica Del Niño**. 5. ed. Barcelona: Crítica, Grupo editorial Grijalbo, 1984.

_____. **Psicologia**. Editora Ática, São Paulo, 1986.

WINICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1982

_____. A Criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. Mais ideias sobre o bebê como pessoa. In: WINNICOTT, D. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1982.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. The use of an object. **International Journal of Psychoanalysis**, 50:711-716, 1969.

_____. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC** - Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. São José dos Campos: pulso itorial, 2004.

ZORZI, J. L. Aspectos básicos para compreensão, diagnóstico e prevenção dos distúrbios de linguagem na infância. **Rev. CEFAC**. 2(1):11-5, 2000.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

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

Quadro 1- Índices de Risco ao Desenvolvimento (KUPFER *et al.*, 2010)

ANEXO II

PROC – Protocolo de observação comportamental

1. HABILIDADES COMUNICATIVAS DA CRIANÇA

1a. Habilidades dialógicas ou conversacionais

(Verificar a presença de comunicação intencional e o grau de envolvimento da criança nos intercâmbios comunicativos)

Intenção comunicativa

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [4]

Inicia a conversa o/interac o

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [4]

Responde ao interlocutor

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [4]

Aguarda seu turno (n o se precipita, interrompendo o interlocutor)

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [4]

Participa ativamente da atividade dial gica (altern ncia de turnos na interac o)

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [4]

Total da pontua o (m ximo = 20 pontos):

1b. Fun es comunicativas

Instrumental - solicita o de objetos, a es (“dar um brinquedo; abrir uma porta”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

Protesto – interrup o, com fala ou a o, de uma a o indesejada (“p ra”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

interativa – uso de express es sociais para iniciar ou encerrar a interac o (“oi, tchau”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

nomea o – nomea o espont nea de objetos, pessoas a es (“  cachorro”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

informativa – coment rios, informa es espont neas na interac o (“  meu sapato”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

heur stica – solicita o de informa o ou permiss o (“pode pegar? / Cad  a bola?”)

ausente [0] presente raramente [1] presente frequentemente [2]

narrativa – presen a de turnos narrativos (“o pr ncipe beijou a princesa e casou”)

ausente [0] presente raramente [2] presente frequentemente [3]

Total da pontua o (m ximo = 15 pontos):

1c. Meios de comunicação

Verificar se os meios atingiram níveis de simbolização

Meios não verbais (vocalizações)	Meios não verbais (gestos)	Meios verbais (palavras, frases, discurso)
[0] ausência de vocalizações [1] somente vocalizações não articuladas [2] vocalizações não articuladas e articuladas com entonação da língua (jargão)	[1] gestos não simbólicos elementares (pegar na mão e levar, puxar, cutucar) [2] gestos não simbólicos convencionais (apontar, negar com a cabeça, gesto de "vem cá") [5] gestos simbólicos (gestos que representam ações, objetos, idade)	[07] palavras isoladas [09] enunciados de 2 palavras [11] frases com 3 ou mais palavras, telegráficas ou não [13] relato de experiências imediatas, contendo frases com 5/6 palavras (<i>o que você está fazendo? Eu estou...</i>) [15] relato de experiências não imediatas (<i>o que aconteceu na escola? Teve um dia...</i>)
Pontuação máxima (2):	Pontuação máxima (5):	Pontuação máxima (15):
Nível de pontuação obtido para vocalizações e gestos (máximo = 7):		
Nível de pontuação obtido para gestos e meios verbais (máximo = 20):		

1d. Níveis de contextualização da linguagem

[05] linguagem refere-se somente à situação imediata e concreta

[10] linguagem descreve a ação que está sendo realizada e faz referências ao passado e / ou ao futuro imediato, sem ultrapassar o contexto imediato

[15] linguagem vai além da situação imediata, referindo-se a eventos mais distantes no tempo (evoca situações passadas e antecipa situações futuras não imediatas)

Nível de pontuação obtido (máximo = 15):

2. COMPREENSÃO VERBAL

(Consultar as tabelas de desenvolvimento normal da linguagem ao elaborar os procedimentos para avaliação da compreensão)

[0] Não apresenta respostas à linguagem

[10] Responde assistematicamente a uma solicitação, comentário ou quando chamado

[20] Atende quando é chamada

[30] Compreende ordens situacionais com uma ação, acompanhadas de gestos ("mande um beijo")

[40] Compreende ordens situacionais com uma ação, não acompanhadas de gestos

[50] Compreende duas ordens não relacionadas

[60] Compreende ordens com 3 ou mais ações, solicitações ou comentários

Nível de pontuação obtido (máximo = 60):

3. ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

3a. Formas de manipulação dos objetos

[0] Não se interessa pelos objetos

[0] Desiste da atividade quando surge algum obstáculo

[1] Explora os objetos por meio de poucas ações

[1] Explora os objetos de modo rápido e superficial

[1] Explora os objetos um a um de modo repetitivo

[2] Persiste na atividade quando surge algum obstáculo, tentando superá-lo

[2] Atua, de modo repetitivo sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo relacionando-os

[5] Explora os objetos um a um de modo diversificado

[10] Atua, de maneira diversificada, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo relacionando-os

Total da pontuação (máximo = 10):

3b. Nível de desenvolvimento do simbolismo

[0] Não apresenta condutas simbólicas, somente sensório-motoras

[1] Faz uso convencional dos objetos

[2] Apresenta esquemas simbólicos (no próprio corpo)

[3] Usa bonecos ou outros parceiros no brinquedo simbólico

[4] Organiza ações simbólicas em uma sequência

[5] Cria símbolos fazendo uso de objetos substitutos ou gestos simbólicos para representar objetos ausentes

[5] Faz uso da linguagem verbal para relatar o que está acontecendo na situação de brinquedo

Total da pontuação (máximo = 20):

3c. Nível de organização do brinquedo

[0] manipula os objetos sem uma organização dos mesmos

[1] organiza as miniaturas em pequenos grupos, reproduzindo situações parciais, mas sem uma organização de todo o conjunto (ex: cadeiras colocadas em volta da mesa)

[1] faz pequenos agrupamentos de dois ou três objetos (ex: xícara ao lado da colher)

[2] enfileira os objetos (coloca um ao lado do outro, como se fizesse uma fila ou linha)

[3] organiza os objetos distribuindo-os de modo a configurar os diversos cômodos da casa

[4] agrupa os objetos em categorias definidas, formando classes

[4] seria os objetos por tentativa e erro (ex.: do maior para o menor)

[5] seria os objetos de acordo com as diferenças, seguindo um critério

Total da pontuação (máximo = 20):

3d. Imitação

Imitação gestual

[0] Não reage às solicitações

[1] Imitação de gestos/movimentos visíveis no próprio corpo (derrubar duas canecas empilhadas, apalpar esponja de banho)

[3] Imitação de gestos/movimentos não visíveis no próprio corpo (segurar a orelha com uma das mãos, mostrar a língua)

Imitação sonora

[0] Não reage às solicitações

[2] imitação de sílabas

[3] imitação de onomatopéias

[5] imitação de palavras

[6] imitação de frases

Total da pontuação (máximo = 20):

Características gerais das habilidades comunicativas

[] não apresenta comunicação intencional

[] comunicação intencional com funções primárias, restrita participação em atividade

dialógica por meios não verbais e não simbólicos

comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não verbais, mas simbólicos

comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, mas ligados ao contexto imediato

comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, não ligados ao contexto imediato por meios não verbais, mas simbólicos

não demonstra compreensão da linguagem oral

compreende somente ordens com uma ação ligadas ao contexto imediato

compreende ordens com até duas ações ligadas ao contexto imediato

compreende ordens com 3 ou mais ações e comentários ligados somente ao contexto imediato

compreende ordens com 3 ou mais ações e comentários não ligados ao contexto imediato

Características gerais do desenvolvimento cognitivo

sensório motor – fases iniciais

sensório motor – fases avançadas

transição entre sensório motor e representativo

representativo

APÊNDICE I

ENTREVISTA INICIAL DE DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Nome : Data de nascimento:
Informante: Idade:
Histórico de gestação e parto:

Antecedentes Fisiopatológicos- doença, tratamentos realizados, uso de medicação:

Histórico evolutivo alimentar: aleitamento, transição para outros alimentos....

Histórico Psicomotor: marcos evolutivos (controle cefálico, tronco –sentar, engatinhar e andar), preensão, agilidade, etc.

Desenvolvimento de linguagem

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

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

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

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

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

Ele toma a iniciativa de chamar o familiar quando este não está lhe dando atenção, iniciando ou reiniciando a comunicação?

Como foi e é o brincar? Do que brinca atualmente? Como a mãe percebe este brincar: inclui ou não o outro?

APÊNDICE II

	Objetos Transicionais	Objetos Fetiches	Objetos Autísticos
Investimento	Como primeira possessão não-eu torna-se mais importante do que a mãe real.	Contato direto com a mãe real continua sendo o mais importante.	Não constituem “possessões não-eu”; impedem a percepção da separação física com o mundo externo.
Utilização	Como uma defesa contra a ansiedade, é um acalmador e tranquilizador (sedativo que sempre funciona).	Como uma defesa contra o temor da separação da mãe, é um confortador erotizado.	Como proteção para seus corpos impotentes e desprotegidos, que são vividos como alvos de ataques brutais e aniquilações.
Aspecto	Inicialmente macio e fofo.	Bizarro (cordões, família de ursos, coelhos reais).	Duro e não-moldável (chaves, dados, etc.).
Característica	Único; somente pode ser substituído por novos objetos criados pelo bebê; uso universal (normalmente são fraldas e bichinhos de pelúcia).	Único; pode se estender para todos os similares daquele objeto como uma obsessão.	Ritualísticos, estáticos e promíscuos; apego e preocupação excessiva; não são simbolizáveis; São peculiares a cada criança.
Período	4 a 12 meses.	Pode aparecer mais tarde e prolongar-se até idade avançada.	Assume desde cedo o lugar das relações de objeto humanas, impedindo sua ocorrência.
Localização	Zona intermediária, área de onipotência não contestada; continuidade direta com o brincar e o fantasiar.	Retido no interior da órbita de onipotência materna; ocupa o centro da relação simbiótica.	Como prolongamento do corpo da criança; exploração excessiva Das sensações corporais; autoerotismo maligno.
Destino	Perde o significado inicial, se torna difuso.	Fixado.	Fixado.
Linguagem	A criança inventa uma palavra para nomear o objeto que adquire um significado afetivo particular.	Não há a emergência de um nome específico para o objeto.	Ecolalia; a palavra é empregada de forma repetitiva e destituída de significação; sofre uma manipulação similar ao objeto artístico.
Função	Dar forma à área da ilusão; promover a abertura para o mundo externo.	Serve ao delírio da persistência do falo materno, renegação da separação.	Promove o fechamento da criança em si; impossibilitando o investimento do “outro” humano.

Relação objetal (GRANA, 2008)

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas.

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

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

Telefone para contato: 55-32208348

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

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

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

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

3 – A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eu discuti com o Dr. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

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

Santa Maria, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do responsável pelo estudo

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