

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

Luciéle Dias Oliveira

**ESTUDO CLÍNICO DOS SINAIS ENUNCIATIVOS DE AQUISIÇÃO DA
LINGUAGEM: RELAÇÕES COM PREMATURIDADE E PSIQUISMO
NOS DOIS PRIMEIROS ANOS**

SANTA MARIA, RS
2018

Luciéle Dias Oliveira

**ESTUDO CLÍNICO DOS SINAIS ENUNCIATIVOS DE AQUISIÇÃO DA
LINGUAGEM: RELAÇÕES COM PREMATURIDADE E PSIQUISMO NOS DOIS
PRIMEIROS ANOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana**.

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

Santa Maria, RS, Brasil
2018

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

Oliveira, Luciéle Dias
Estudo Clínico dos Sinais Enunciativos de Aquisição da
Linguagem: Relações com prematuridade e psiquismo nos
dois primeiros anos. / Luciéle Dias Oliveira.- 2018.
181 p.; 30 cm

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2018

1. Fonoaudiologia 2. Linguagem 3. Desenvolvimento
Infantil 4. Risco 5. Prematuridade I. , Ana Paula Ramos
de Souza II. Título.

© 2018

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

Endereço: Av.Itaimbé, 655, apartamento: 206, Bairro Centro, Santa Maria, RS.

Telefone: (55) 999961195

E-mail: lu.fono1984@gmail.com

Luciéle Dias Oliveira

**ESTUDO CLÍNICO DOS SINAIS ENUNCIATIVOS DE AQUISIÇÃO DA
LINGUAGEM: RELAÇÕES COM PREMATURIDADE E PSQUISMO NOS DOIS
PRIMEIROS ANOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Aprovado em 10 de julho de 2018

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

Carolina Lisboa Mezzomo, Dra. (UFSM)

Fabiana de Oliveira, Dra. (UFCSPA)

Regina Yu Shon Chun, Dra. (UNICAMP)

Themis Maria Kessler, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a minha avó Morena e a minha mãe Vera Lúcia.

À vó Morena, por ter lutado tanto para criar e educar sozinha minha mãe em tempos tão difíceis, e garantir a ela tudo que precisava para ter uma vida melhor que a sua.

A minha mãe, que sempre valorizou todo esforço de sua mãe, e transmitiu a mim, a força e a coragem para ir em busca dos meus sonhos.

Às duas mulheres de minha vida:

Vó Morena, meu amor por ti é infinito.

Mãe, obrigada por me proporcionar todas as condições para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que encontrei pelo caminho e fizeram parte do meu percurso no Doutorado, mas algumas pessoas merecem um agradecimento especial.

À professora Ana Paula, não tenho palavras suficientes para agradecer o acolhimento, aprendizado, amizade e convívio em todos esses anos, desde a graduação. Convívio que me proporcionou crescer muito como profissional e como pessoa. Uma frase de Winnicott diz assim: “É uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser encontrado”. Gratidão por ter me encontrado!

À banca examinadora, professoras Themis Maria Kessler, Carolina Lisboa Mezzomo, Fabiana de Oliveira e Regina Yu, pelas valiosas contribuições que permitiram a qualificação deste trabalho.

Aos meus pais, Vera e Nelson, pelo apoio e confiança em todo meu percurso. Por acreditarem e se orgulharem de cada conquista, nossas conquistas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, em especial à Adri, por sua competência e disponibilidade em nos auxiliar em cada etapa do Doutorado.

Ao Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil (NIDI), pelo trabalho pensado e realizado em conjunto, pelas trocas, pela amizade, e pelo convívio. Nestes últimos preparos da tese não poderia deixar de citar, quem esteve me auxiliando na construção final do trabalho, as queridas Inaê, Isabela, Pâmela e Sabrina. Gratidão!

À Apae Santa Maria, pelo apoio e compreensão neste período em que conciliava estudo e trabalho.

E por fim, aos bebês e suas famílias, que se dispuseram a participar da pesquisa, este trabalho só foi possível por vocês e é para vocês.

Cada (tic-tac) es un segundo de la vida que pasa, huye, y no se repite. Y hay en ella tanta intensidad, tanto interés, que el problema es sólo saberla vivir. Que cada uno lo resuelva como pueda.

Frida Kahlo

RESUMO

ESTUDO CLÍNICO DOS SINAIS ENUNCIATIVOS DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: RELAÇÕES COM PREMATURIDADE E PSIQUISMO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS

AUTORA: Luciéle Dias Oliveira
ORIENTADORA: Ana Paula Ramos de Souza

Esta tese teve como objetivo analisar a aquisição da linguagem, por meio dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL), de bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico, dos três aos 24 meses. A análise contou com a correlação e comparação entre o SEAL, a Escala Bayley III e o Denver II, bem como a correlação com roteiros e sinais de risco psíquico, e com a variável prematuridade. Também se buscou analisar o funcionamento de linguagem em crianças que obtiveram atraso exclusivo na aquisição da linguagem, a partir da comparação dos resultados obtidos com a Escala Bayley III e os Sinais Enunciativos de Aquisição da linguagem. Para as análises estatísticas do SEAL, contou-se com uma amostra inicial de 101 díades mãe-bebê, que variou na análise dos roteiros e reduziu-se para 45 bebês na comparação com a Escala Bayley III aos dois anos. Na análise qualitativa, propôs-se uma análise do funcionamento de linguagem de sete díades. Como resultados desta pesquisa, encontrou-se correlação significativa entre o SEAL e os protocolos tradicionais, Denver II e Bayley III, embora com um coeficiente de correlação maior com o Bayley III. A correlação e a comparação entre SEAL e Sinais PREAUT no primeiro semestre de vida do bebê foram significativas, bem como, a correlação entre o SEAL e o roteiro de Indicadores de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) aos 18 meses e o M-CHAT aos 24 meses, o que demonstra haver correlação entre risco à aquisição da linguagem e risco psíquico. Ainda, verificou-se resultado significativo na comparação dos resultados do SEAL entre bebês nascidos a termo e pré-termo, demonstrando desempenho pior nos bebês prematuros. Na análise qualitativa dos dados de sete bebês, observou-se que a Escala Bayley III e o SEAL complementam-se, no entanto, o SEAL permite visualizar o fator materno no processo de aquisição da linguagem, dado importante para compreender o funcionamento linguístico. Os resultados desta tese permitiram concluir sobre o valor clínico do SEAL enquanto instrumento de detecção de risco à aquisição da linguagem, e a partir de sua análise, pensar uma direção inicial para a intervenção, na construção de uma hipótese de funcionamento de linguagem.

Palavras-Chaves: Fonoaudiologia; Linguagem; Desenvolvimento Infantil; Risco, Prematuridade

ABSTRACT

CLINICAL STUDY OF THE LANGUAGE ACQUISITION ENUNCIATIVE SIGNALS: RELATIONS WITH PREMATUREITY AND PSYCHE IN THE TWO FIRST YEARS

AUTHOR: Luciéle Dias Oliveira

ADVISOR: Ana Paula Ramos de Souza

This thesis aimed to analyze the language acquisition, by Language Acquisition Enunciative Signals (SEAL) of preterm and full term infants, with and without psychic risk, from three to 24 months. The analysis included correlation and comparison analyzes between SEAL, the Bayley III Scale and the Denver II Scale, as well as scripts and signs of psychic risk and prematurity. It was also sought to analyze the language functioning in children who obtained exclusive delay in language acquisition, from the comparison of the results obtained with the Bayley III Scale and SEAL. For the statistical analyzes, a sample of 101 mother-baby dyads was used for SEAL analysis. This sample was reduced for Bayley III Scale to 45 babies. The qualitative analysis was proposed for the language functioning of seven babies. As results of this research, a significant correlation was found between the SEAL and the traditional protocols, Denver II and Bayley III, although with a higher correlation coefficient in the case of Bayley III Scale. The correlation and comparison between SEAL and PREAUT Signs in the first half of the baby's life were significant, as well as the correlation between the SEAL and the Clinical Inventory of Infant Development Reference (IRDI) at 18 months and the M-CHAT at 24 months, which shows a correlation between risk of language acquisition and psychic risk. Also, there was a significant result in the comparison of SEAL results between term and preterm babies, showing worse performance in preterm infants. In the qualitative analysis of seven children data it was observed that the Bayley III Scale and the SEAL are complementary, however, the SEAL allows us to visualize the maternal factor in the process of language acquisition, an important data to understand the linguistic functioning. The results of this thesis allowed to conclude on the clinical value of the SEAL as a tool for the detection of language acquisition risk, and from its analysis, to think an initial direction for the intervention, in the construction of a hypothesis of language functioning.

Keywords: Speech and language therapy; Language; Child Development; Risk; Prematurity

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Mecanismos enunciativos de apropriação da linguagem (SILVA, 2009) ..	33
Quadro 2 - Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008)	75
Quadro 3 - Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018)	92
Quadro 4 - Convenções de transcrição-Flores (2006).	96
Quadro 5 - Etapas do Estudo	96
Quadro 6 - Descrição dos resultados das crianças com alteração de Linguagem - Bayley III.....	102
Quadro 7 - Crianças com risco à aquisição da linguagem pelo SEAL e pela Escala Bayley III, sem risco psíquico.	104
Quadro 8 - Cenas de interação entre D e MD.	107
Quadro 9 - Cenas de Interação entre LC e MLC, e entre LC e E.....	110
Quadro 10 - Cena de interação entre LH e MLH.....	114
Quadro 11 - Cenas de interação entre S e MS.....	118
Quadro 12 - Cenas de Interação entre R e MR.....	122
Quadro 13 - Cenas de Interação entre P e MP.	125
Quadro 14 - Cena de Interação entre A e MA	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais PREAUT	88
Tabela 2 - Continuação Sinais PREAUT	89
Tabela 3 - Correlação pontuação total SEAL versus Denver II e Escala Bayley III.	97
Tabela 4 - Correlação pontuação SEAL versus pontuação Denver II por fases.....	98
Tabela 5 - Correlação SEAL versus Sinais PREAUT, IRDI e M-CHAT.....	98
Tabela 6 - Correlação SEAL versus Sinais PREAUT aos 4 e 9 meses.....	99
Tabela 7 - Comparação Risco PREAUT versus SEAL.....	100
Tabela 8 - Comparação pontuação total SEAL versus Escala Bayley III, IRDI e M-CHAT	100
Tabela 9 - Estatística Descritiva do SEAL total versus Escala Bayley III com e sem atraso	100
Tabela 10 - Correlação idade gestacional versus pontuação total SEAL.....	101
Tabela 11 - Comparação pontuação total SEAL versus Prematuridade	101

LISTA DE ABREVIações

BAYLEY III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development®, Third Edition
CHAT – Checklist for Autism in Toddlers
CSA – Comunicação Suplementar e/ou Alternativa
ED – Estabelecimento da demanda
ENUNSIL – Enunciação e Sintoma na Linguagem
DDST-Denver Developmental Screening Test
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais
FP – Função paterna
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
IG – Idade gestacional
IRDI – Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil
M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers
NIDI – Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Presença/ausência
PREAUT – Programa de Estudos e Pesquisas em Autismo
QDC – Questionário de Desenvolvimento da Comunicação
SEAL – Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem
SS – Suposição de um sujeito
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
UBS – Unidade Básica Paulo Wilson Noal
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	31
2.1. A aquisição de linguagem em uma perspectiva enunciativa.....	31
2.2. Prematuridade e risco psíquico: fatores de risco à aquisição da linguagem	60
3. METODOLOGIA.....	83
3.1. Delineamento da pesquisa.....	83
3.2. Considerações éticas	83
3.3. Amostra	84
3.3.1. Critérios de inclusão	86
3.3.2. Critérios de exclusão	86
3.3.3. Procedimentos de seleção da amostra.....	86
3.4. Procedimentos e instrumentos de avaliação	86
4. RESULTADOS	97
4.1. Análise quantitativa dos dados	97
4.2. Análise qualitativa dos dados	101
5. DISCUSSÃO	133
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	166
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	169
APÊNDICE C - ENTREVISTAS	170
APÊNDICE D - QUADRO RESUMO SUBTESTE LINGUAGEM-ESCALA BAYLEY III	176
ANEXO A - MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS (M-CHAT)	179
ANEXO B - DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST (DENVER II)	180
ANEXO C - BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT®, THIRD EDITION (BAYLEY III).....	181

1. INTRODUÇÃO

Esta tese originou-se de uma pesquisa maior que abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças submetidas à avaliação que contemplou os aspectos linguísticos, psicomotores, cognitivos e psíquicos que constituem o desenvolvimento infantil. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal, localizados em Santa Maria, região central do Rio Grande do Sul. A coleta iniciou em maio de 2014, e um grupo de 101 bebês foi acompanhado até os dois anos de idade, e quando necessário, encaminhados para intervenção com o devido profissional de referência, conforme o obstáculo apresentado em seu desenvolvimento. Todas as crianças acompanhadas não apresentavam limites biológicos evidentes como lesões ou síndromes, porém, algumas delas possuíam a prematuridade como fator de risco biológico, além de risco psíquico conforme avaliações realizadas durante a pesquisa.

Para a realização deste estudo, considerou-se que, na primeira infância, especialmente nos dois primeiros anos, o desenvolvimento infantil é um processo que se redefine a cada momento, de acordo com a cultura e as condições biológicas da criança (JERUSALINSKY e CORIAT, 1997). Por isso, torna-se importante observar os aspectos que se coadunam na estruturação cognitiva, linguística e psíquica nos primeiros anos, fundamentais para a emergência de aspectos instrumentais como a psicomotricidade, a aprendizagem e a linguagem em sua via de comunicação. Nessa fase da vida, os aspectos biológicos e psíquicos devem ser analisados em conjunto no processo de detecção precoce de problemas do desenvolvimento infantil (JERUSALINSKY e CORIAT, 1996).

A prematuridade é um dos fatores de risco biológico que influencia consideravelmente o curso do desenvolvimento infantil, ainda mais quando se trata de prematuridade extrema (inferior a 30 semanas) (ANDRACA et al., 1998). Tal fator de risco afeta diretamente a estrutura familiar, pois altera as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade (RAMOS e CUMAN, 2009). Nesse sentido, torna-se difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento do prematuro, pois, além dos fatores biológicos inerentes à

condição de prematuridade, essa condição pode afetar a relação da díade mãe-bebê pela hospitalização prolongada em muitos casos (RAMOS e CUMAN, 2009).

No caso de crianças prematuras, tais fatores de risco biológico, associados aos fatores de risco psicossociais, constituem uma situação de múltiplo risco em que um agrava o outro aumentando a ameaça ao desenvolvimento sadio e adaptativo da criança (GUEDES, 2008), pois para que o sujeito seja afetado pelo significativo, é preciso que haja um sistema nervoso, uma base orgânica, para que este significativo que o afeta fique registrado (MAGALHÃES, 2006). Assim, os comportamentos maternos em interação com a criança atuam como variáveis moderadoras do risco biológico do nascimento à medida que exercem efeito diferencial em grupos de crianças vulneráveis podendo tanto atenuar quanto agravar os efeitos adversos dos fatores de risco.

O grande avanço no conhecimento técnico e científico na área da obstetrícia e neonatologia possibilitou um aumento significativo no número de bebês prematuros que sobrevivem (OLIVER, 2010), por isso, torna-se importante o reconhecimento precoce e o acompanhamento destes grupos que são mais vulneráveis a morbidades, visto que as crianças que apresentam algum atraso ou distúrbio, quando recebem algum tipo de intervenção a tempo ou precoce, têm uma melhor evolução (FRANCO, 2015). Além disso, existe a possibilidade de barrar o desenvolvimento da patologia (LAZNIK, 2004). Para impedir uma estruturação patológica há a necessidade de identificar essas crianças precocemente e encaminhá-las a um serviço especializado (JERUSALINSKY et al., 2015).

Tal intervenção precoce é tão importante, pois nos primeiros anos de vida, a criança está em plena construção de seu psiquismo e de sua subjetividade (JERUSALINSKY, 2011, JERUSALINSKY et al., 2015). As primeiras relações na vida de um bebê configuram-se como a base para o seu desenvolvimento (BRUM e SCHERMANN, 2004). Nessas primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que cumpra a função materna, visualizáveis nas interações mãe-filho. Nesse momento, já é possível detectar indícios de que algo não vai bem e intervir se necessário (JERUSALINSKY, 2002).

Por isso, a importância de se estar atento às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar, observando os atos e a repercussão desses no desenvolvimento infantil (SILVA et al., 2006). É necessário compreender os múltiplos

fatores investigando os que se relacionam especificamente à criança, assim como, aqueles associados à relação parental. Sabe-se que, no ambiente familiar, a criança pode receber proteção, como também, conviver com riscos para o seu desenvolvimento (ANDRADE et al., 2005).

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente associado ao estado psíquico inicial da mãe, sobretudo às condições para o exercício das funções parentais (JERUSALINSKY, 2002). Quando a criança não evolui no brincar simbólico e na linguagem, pode estar havendo uma falha relacionada a problemas no exercício das funções parentais (RECHIA e SOUZA, 2010), como exemplo a depressão materna, que pode levar a dificuldades no laço, produzindo transtornos importantes de desenvolvimento como a depressão infantil ou mesmo defesa autista. Outra possibilidade é o bebê nascer com problemas na apetência simbólica, configurando-se numa predisposição genética para o espectro do autismo, casos nos quais o terapeuta precoce terá muito a labutar para produzir o fechamento do circuito pulsional (LAZNIK, 2013).

Jerusalinsky (2002) afirma que o desenvolvimento do bebê não opera apenas por automatismo biológico, pois, de nada adianta um organismo são se não houver quem o introduza no mundo do humano, ou seja, da linguagem. A constituição de um sujeito a partir da linguagem se dá por meio das interações estabelecidas, principalmente nas relações parentais.

Tanto o exercício das funções parentais, quanto as condições biológicas do bebê, produzem uma combinação singular a cada caso que pode explicar o funcionamento de linguagem, pois têm efeitos no modo como o diálogo acontece entre mãe-filho, pai-filho, cuidador-criança (RECHIA e SOUZA, 2010). Isso pode emergir de modo especial na prematuridade. É comum que as mães, quando se defrontam com a vivência da hospitalização de seu filho, e os procedimentos médicos, enfrentem tais situações como impossibilidades, mostrem-se ansiosas, com dúvidas e dificuldades diante dessa realidade, que traz grandes desafios ao bebê e seus familiares (RAMOS e CUMAN, 2009; VORCARO, 2010).

Esse momento pode ter efeitos traumáticos que afetem o laço e emerjam em situações posteriores do desenvolvimento infantil, incluindo deficits de linguagem, como relata Laznik (2013, p.37-50) em um texto sobre o traumatismo da prematuridade. No relato do caso clínico, a autora aborda o ponto de vista do bebê,

suas vivências traumáticas no hospital que emergem em tratamentos posteriores. Este estudo anuncia a importância de se avaliar a evolução de bebês prematuros também em sua dimensão psíquica e não apenas quanto à legalidade das habilidades do desenvolvimento.

Assim, na análise evolutiva de um bebê, faz-se necessário considerar as demandas do bebê e as condições dos pais para aceitar os limites ou patologias apresentados pelo filho (a), o modo como os pais lidam ou lidaram com os problemas nesse percurso, entre eles a prematuridade, as marcas que as experiências iniciais deixaram no bebê e seus pais, os efeitos das mesmas na constituição psíquica do bebê e no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e linguístico posterior. De um modo geral, a família do bebê tem seu tempo na percepção de eventuais alterações do desenvolvimento (do bebê) e esse tempo obedece a questões simbólicas tais como a representação do filho idealizado e do filho imaginado antes do seu nascimento (STELLIN et al., 2011).

Especificamente no que tange à prematuridade, cabe considerar possíveis dificuldades interacionais entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais. Portanto, são necessários instrumentos de avaliação que abarquem em conjunto as condições corporais do bebê para entrar em relação e as condições psíquicas da criança. Um dos roteiros de avaliação do psiquismo é denominado de Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER et al., 2010). Estudos utilizando o IRDI demonstraram a sensibilidade do roteiro aos problemas do desenvolvimento e ao risco psíquico, e à aquisição da linguagem (CRESTANI, 2012; FLORES et al., 2011; FLORES, 2012; OLIVEIRA, 2013; FLORES e SOUZA, 2014; OLIVEIRA e SOUZA, 2014; CRESTANI et al., 2015; VENDRUSCOLO e SOUZA, 2015).

Além do IRDI (KUPFER et al., 2010), outro instrumento talvez possa auxiliar na percepção de risco à aquisição e desenvolvimento da linguagem, a partir da análise das protoconversações iniciais, tanto em bebês a termo, como prematuros. Trata-se dos Sinais PREAUT (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018). O roteiro IRDI (KUPFER et al., 2010) possibilita prever o risco psíquico de um modo amplo, enquanto que os Sinais PREAUT (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018) buscam identificar de modo mais específico as crianças com risco de evolução para o espectro do autismo, pois os sinais, por serem reveladores de

dificuldades de comunicação, podem predizer uma perturbação grave do desenvolvimento (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015). O M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) (ROBINS et al., 2001) que permite identificar risco para autismo foi utilizado no seguimento da pesquisa PREAUT, aos 24 meses. Em seu início, a pesquisa PREAUT hipotetizava que seria possível alterar a constituição psíquica de uma criança que estivesse se tornando autista caso a intervenção iniciasse antes do primeiro ano de vida da criança (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, mais especificamente em relação à detecção precoce de riscos para a aquisição e desenvolvimento da linguagem infantil, estão sendo realizadas pesquisas com foco na teoria enunciativa em crianças com e sem risco psíquico (SILVA, 2009; SOUZA e FLORES, 2013; FLORES e SOUZA, 2014; OLIVEIRA e SOUZA, 2014; VENDRUSCULO e SOUZA, 2015; CRESTANI, 2016, FATTORE, 2018). A partir desses estudos, nesta tese buscou-se refletir sobre a aquisição da linguagem na perspectiva enunciativa e a possibilidade de perceber uma dificuldade e/ou atraso antes do que costuma acontecer na clínica fonoaudiológica, desde que as crianças possam ter um acompanhamento especializado na puericultura.

A visão enunciativa do processo de aquisição da linguagem parte de uma proposta teórica que inclui o bebê e suas relações, ou seja, coloca o princípio da intersubjetividade como central na análise da linguagem (CARDOSO, 2010), no qual estão implicados simultaneamente a criança (EU) e o adulto (TU) que emergem enunciativamente no diálogo, assim como nos Sinais PREAUT, nos quais se observam as trocas entre o bebê e o Outro (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Essas relações são fundamentais para que a criança constitua a linguagem e por ela seja constituída, o que se evidencia, na enunciação da criança, na emergência das protoconversações iniciais, que comumente, aparecem no primeiro ano de vida.

A propósito dos ditos acima, Silva (2009), inspirada em Benveniste (1995), em seu trabalho sobre a emergência dos mecanismos enunciativos, expõe um olhar sobre o processo de aquisição da linguagem que se reveste de grande importância, porque a autora privilegia a interação bebê-adulto, e não apenas os aspectos biológicos centrados nos marcos evolutivos do desenvolvimento de linguagem.

Assim, a partir da teoria de Benveniste, Silva (2009) delinea uma nova proposta teórica para o campo, no qual a análise da linguagem infantil é possível desde o nascimento do bebê.

Embasada nesta proposta, Crestani (2016) propôs e validou preliminarmente Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL), que valorizam tanto as produções infantis quanto a sustentação enunciativa que as mães (ou substituta/o) dão a seus bebês no primeiro ano de vida. Em sua pesquisa a autora confrontou os resultados obtidos com o SEAL aos resultados obtidos com os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento (IRDI) e observou correlação significativa entre risco psíquico e risco à aquisição da linguagem. A pesquisa prosseguiu com Fattore (2018) e teve como resultado a validação dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) para o segundo ano de vida. Nesta tese, considerando a possibilidade de analisar o risco psíquico a partir dos Sinais PREAUT, do roteiro IRDI e do M-CHAT, foi tematizada a relação entre o risco psíquico a partir de tais instrumentos e os resultados obtidos por meio do SEAL. Além disso, outros protocolos de linguagem foram utilizados para correlacionar seus resultados com o SEAL, em crianças com e sem risco psíquico.

Dessa forma, nesta pesquisa, consideraram-se os fatores biológicos e psíquicos aos quais o bebê está exposto. Enquanto a prematuridade foi o fator biológico observado, a presença de risco psíquico a partir dos Sinais PREAUT, do roteiro IRDI e do M-CHAT foi um dos aspectos ambientais observados.

Nesta tese é apresentado um estudo com os resultados da análise estatística com o maior número de bebês possível que completou a avaliação ao segundo ano de vida, o que inclui ter sido avaliado aos 3, 6, 9 e 12, 18 e 24 meses. Além da análise estatística que abrangeu crianças com e sem risco psíquico, foi realizado outro estudo com uma análise qualitativa do funcionamento de linguagem de sujeitos sem risco psíquico, considerando os protocolos de linguagem utilizados e observações das filmagens de interação mãe-bebê.

Assim, o objetivo geral desta tese foi o de analisar a aquisição da linguagem por meio dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) de bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico, na faixa etária de três a 24 meses. Como objetivos específicos propôs-se analisar as correlações entre o SEAL e protocolos tradicionais de linguagem, protocolos de risco psíquico e a condição de

prematuridade ou não. Ainda, nesta tese propôs-se analisar o funcionamento de linguagem em crianças que obtiveram atraso exclusivo na aquisição da linguagem, sem risco psíquico, a partir dos protocolos tradicionais e da análise enunciativa de modo a comparar os dados fornecidos para a intervenção a tempo¹ a partir do olhar psicolinguístico tradicional e do olhar fornecido pelo SEAL.

Uma das hipóteses desta pesquisa é de que haverá correlação positiva entre Sinais PREAUT, IRDI, MCHAT e aquisição de linguagem, sobretudo em análises enunciativas (SEAL), ou seja, bebês em risco psíquico poderão ter pior posição no processo de aquisição da linguagem. Também se hipotetiza que haverá crianças com risco pelo SEAL e sem risco psíquico o que justificaria a introdução do SEAL na puericultura.

Outra hipótese é de que bebês prematuros poderão apresentar aquisição da linguagem mais lentificada do que os bebês nascidos a termo. Ainda, hipotetiza-se que a análise do histórico de cada criança a partir do SEAL pode dar a direção de intervenção a tempo, de modo mais consistente do que os resultados de testes psicolinguísticos tradicionais porque inclui um fator materno, ou seja, como o ambiente interage linguisticamente com o bebê.

A tese apresenta na sequência a revisão de literatura que traz uma primeira seção que busca refletir sobre a perspectiva enunciativa e suas contribuições para entender o processo de aquisição e o funcionamento de linguagem de bebês em tempos de constituição psíquica e linguística. Para tanto, trabalhos da Linguística, de perspectiva enunciativa, em especial, com base nos pressupostos teóricos de Benveniste, são revisados. Na seção seguinte, são revisados trabalhos sobre prematuridade e seus efeitos na aquisição da linguagem, formas de detecção de risco à aquisição da linguagem; risco psíquico e suas formas de detecção.

Após o capítulo teórico, a metodologia da coleta e dos dois estudos realizados, um de análise quantitativa e outro de análise qualitativa são

1

Intervenção a tempo: Na perspectiva do grupo de pesquisa ao qual este estudo faz parte, trata-se de um atendimento clínico especializado em desenvolvimento infantil, nos primeiros anos de vida do bebê, que engloba a compreensão dos processos biológicos, da constituição psíquica, cognitiva e linguística (PERUZZOLO, 2016). Desse modo, o profissional que atua nessa clínica deve ter uma formação diferenciada, com conhecimentos acerca do desenvolvimento do bebê em seus diferentes aspectos (FRANCO, 2015). No que diz respeito à aquisição da linguagem, a intervenção a tempo com a participação da família, buscará modificar um funcionamento de linguagem que não está favorecendo a constituição linguística pela criança, buscando a minimização do sintoma de linguagem.

apresentados. A seguir, os resultados dos dois estudos e a discussão são apresentados. Por fim, são sintetizadas as principais conclusões e implicações deste estudo nas considerações finais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão revisados estudos sobre a aquisição de linguagem em uma perspectiva enunciativa, que enfoca o diálogo e as relações de forma e sentido na linguagem a partir da inclusão do sujeito na linguagem por meio do princípio da intersubjetividade. Também se contemplou a revisão de estudos sobre a prematuridade e risco à aquisição da linguagem, os quais demonstram que a prematuridade pode ter influência negativa na aquisição da linguagem. Por fim, estudos sobre risco psíquico e risco à aquisição da linguagem que demonstram a correlação entre psiquismo e linguagem, sobretudo que crianças em sofrimento psíquico apresentam alterações no funcionamento de linguagem são revisados. As escalas e roteiros de avaliação da linguagem e psiquismo são revisados nas devidas seções.

2.1. A AQUISIÇÃO DE LINGUAGEM EM UMA PERSPECTIVA ENUNCIATIVA

Para entender o processo de aquisição da linguagem de bebês em tempos de constituição psíquica e linguística recorre-se à perspectiva enunciativa, pois se entende que na atuação com bebês é preciso conhecer os processos constitutivos envolvidos para poder refletir acerca do que está ou não evoluindo em termos de linguagem em situações de risco ao desenvolvimento.

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

Esse espaço, que ocorre em um tempo discursivo presente, serve de sistema de referências para a construção linguística particular e singular de cada sujeito (EU) que instala um TU diante de si (BENVENISTE, 1995). Tal relação entre EU e TU só existe na instância discursiva e marca o processo de aquisição da língua pelo locutor, o que implica um domínio semiótico (gramatical) e um domínio semântico no qual a língua serve como instrumental para a concretização discursiva de um sujeito que fala ao outro.

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

Tomando a intersubjetividade enquanto princípio enunciativo, a autora afirma que a relação dialógica do EU (criança) e TU (outro-adulto) é definidora e constitutiva do ELE (língua enquanto sistema simbólico de referências), assim marca-se um espaço de presença (EU-TU) no ato enunciativo e ao mesmo tempo de ausência (ELE). A entrada do sujeito no simbólico da língua emerge quando se institui como sujeito enunciativo constituindo e reconhecendo ao mesmo tempo, o outro. Assim, o TU constitui o EU por meio de um sistema de referências (ELE), recriado a cada ato enunciativo. O EU e TU passam a ter existência linguística ao se marcarem no discurso. Ao se inscrever na linguagem, a criança, como locutor apontará o novo (estruturas enunciativas) para o já estabelecido (a língua) trazido pelo seu alocutário, o que permitirá sua instanciação enquanto sujeito linguístico-enunciativo.

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

Assim, o discurso da criança comporta as regularidades da língua e a singularidade do sujeito que enuncia. O diálogo entre o EU e o TU devem ser olhados como instâncias de funcionamento linguístico-discursivo, pois o modo como a criança apreende a língua e instaura o alocutário no momento presente parece ser definidor da apreensão em outro presente (o depois). Assim, a criança não desenvolve os mecanismos e as formas da língua, mas os constitui e, ao mesmo tempo, por eles é constituída. Dessa forma, instancia-se na linguagem, lugar de

habitação das relações intersubjetivas e da língua como sistema de unidades (SILVA, 2009).

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

Quadro 1- Mecanismos enunciativos de apropriação da linguagem (SILVA, 2009)

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

Tais mecanismos devem ser tomados no sentido de que o primeiro mecanismo será importante para a emergência do segundo, e este ao terceiro. Isso não significa, no entanto, uma ordem cronológica, pois na análise da constituição

linguística da criança, em uma mesma filmagem, os três mecanismos podem estar presentes, também observado no estudo de Oliveira e Souza (2014).

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

No diálogo, o EU e o TU se invertem. No processo de implicação entre a criança e o adulto, ambos podem ocupar o papel de locutor e de alocutário, a depender da situação discursiva (SILVA, 2009). Nesse sentido, torna-se importante enfocar a interação linguística entre adulto e criança para compreender a aquisição da linguagem pela criança.

Tal como os estudos assentados em testes psicométricos, os estudos que possuem como foco na fala isolada da criança caracterizam as habilidades linguísticas momentâneas da criança, o que dá alguma informação sobre o domínio gramatical infantil. Não conseguem, no entanto, prover informações importantes da participação dos adultos primordiais dessa criança em seu processo de constituição linguística, nem as possibilidades infantis vistas em um funcionamento de linguagem, dados que poderiam ser utilizadas no planejamento da intervenção clínica que não será apenas com a criança, mas com ela e seus cuidadores primordiais (RECHIA e SOUZA, 2010; MORO e SOUZA, 2011).

A dimensão discursiva proposta, a partir da análise de cenas enunciativas entre adulto e criança (SILVA, 2009), permite analisar não só se a criança fala (ou não) - como tradicionalmente se buscou investigar na Fonoaudiologia e demais disciplinas do desenvolvimento - mas como o diálogo está (ou não) ancorando esse falar. Tal abordagem permite constatar se esse falar é também um dizer, no sentido mais amplo da dimensão discursiva. Neste caso o que está em questão é o processo de apropriação e passagem de locutor a sujeito na linguagem (SOUZA e FLORES, 2013) e não apenas se o sujeito pode ou não falar.

Silva (2009) aponta a importância de considerar, no campo da aquisição da linguagem, teorias exteriores à linguística, como as teorias de desenvolvimento psíquico propostas pelo campo psicanalítico. Estas permitem que se pense na

relação entre sustentação enunciativa realizada pelo adulto no diálogo com a criança e aspectos da relação parental. Tal sustentação está presente desde o nascimento, assim como os sinais comunicativos do bebê na interação com sua mãe, o que constitui a protoconversação inicial entre mãe (ou sua substituta) e bebê, em que um falante já domina a gramática (a mãe) e o outro ainda não (o bebê) (PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010).

Tal protoconversação constitui as origens do diálogo nas quais se podem caracterizar os interlocutores (m e² e bebê), os turnos de fala da mãe e “fala” do bebê, sendo estes preenchidos de modos variados tais como vocalizações, olhar, balbucio, diálogo t nico-postural, entre outros. O adulto sustenta o bebê nesse diálogo, mesmo quando ele ainda não produz signos reconhecíveis pelo interlocutor e esta sustentac o viabilizar  a inserção da linguagem em rotinas significativas e o acesso ao simbolismo pelo bebê.

Sabe-se que muitas crianç as que apresentam risco psíquico podem falar, mas isso não significa estar constituída de um modo singular no discurso, como se pode visualizar no trabalho de Catão (2009), no qual se pode ver a discussão sobre o endereçamento da fala ao outro a partir do conceito de circuito pulsional da voz. Por este conceito, uma crianç a pode falar, mas seus enunciados não serem endereçados ao outro. Isso também pode ser visto nos casos relatados por Moro e Souza (2011), para exemplificação mais extensa e precisa deste tema.

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

A reflexão produzida por Silva (2009) acerca da aquisição da linguagem permite pensar na potencialidade do deslocamento para a clínica da teoria de Benveniste. Souza e Flores (2013) observaram peculiaridades enunciativas nos diálogos entre pais e filhos que não falam ou falam pouco, algumas comuns a casos

2

O uso da palavra mãe neste contexto refere-se   pessoa que exerce a função materna e que oferece   crianç a o cuidado necessário ao seu desenvolvimento, supondo na crianç a um sujeito. Não necessariamente tem de ser a mãe biológica, mas quem exerce a função materna.

do espectro autista, como o preenchimento de muitos turnos pelos adultos, as solicitações por nomeações e o foco excessivo na correção da forma da fala infantil. Tais fatos levaram à suposição de que tais interlocutores parecem sustentar suas ações na ideia de que é possível ensinar a linguagem por meio da mudança de comportamento, pela oferta do signo para que a criança o imite, ou pela indução do nomear por meio de perguntas e da correção da forma fonológica (SOUZA e FLORES, 2013).

Em sua reflexão, os autores, observaram que a passagem de locutor a sujeito parece ser um efeito do processo de apropriação que se dá nos níveis semiótico e semântico da língua (CARDOSO, 2010), ou seja, o sujeito se apropria do sistema linguístico em uma instância discursiva e, para tanto, depende tanto do lugar enunciativo que o outro/ adulto lhe oferece, quanto de suas possibilidades biológicas para ocupar este lugar. Para que tal processo se dê é preciso que o adulto suponha um sujeito para a criança que ainda não fala. Assim, como no campo psicanalítico (JERUSALINSKY, 2002; KUPFER e VOLTOLINI, 2005), no campo linguístico (SILVA, 2009), a suposição de um sujeito por parte do adulto parece ser aspecto fundamental para a sustentação de um lugar de fala à criança que ainda está em processo de constituição psíquica e linguística (SOUZA e FLORES, 2013).

No campo psicanalítico o conceito tem sido utilizado para explicar o fato de que quem ocupa a função materna supõe um sujeito quando ele ainda não está plenamente constituído e, por isso, atribui sentido, via linguagem ou atendimento de demandas, às ações do bebê. Percebe-se que tal suposição não se relaciona apenas às condições do bebê, como também às condições daqueles que ocupam as funções parentais (SOUZA e FLORES, 2013).

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

Souza e Flores (2013) acreditam que tal suposição determinará sua capacidade de ocupar um lugar enunciativo de TU que interpreta os enunciados dos sujeitos com distúrbio de linguagem. Pensar nessas relações permite levar em

consideração “o sujeito que enuncia, do modo como é possível enunciar naquele momento” (SURREAUX, 2006, p.4) e como o adulto poderá ou não o sustentar na enunciação. Esta sustentação será fundamental para que a criança possa apropriar-se do sistema linguístico e atualizá-lo na instância discursiva. Esse movimento foi definido, por Benveniste (1956, p. 281), como princípio de apropriação:

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

Acredita-se que tal princípio de apropriação esteja ativo desde os primórdios do desenvolvimento infantil, nas protoconversações iniciais (PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010), referidas anteriormente. Momentos nos quais o bebê ainda não fala, mas pode vocalizar, gesticular, olhar, enfim, produzir sinais comunicativos que são interpretados pelo adulto e traduzidos em linguagem pelo mesmo (SOUZA e FLORES, 2013).

Nesse sentido, Krueel (2015) afirma que a mãe, desde o nascimento do seu bebê, fala a ele e permite gradativamente a unificação do filho enquanto sujeito. Este fato coloca em jogo a intersubjetividade constitutiva da linguagem já que, mesmo um balbúcio, já é tomado pela mãe como um dizer de seu bebê. Cabe lembrar que a fala da mãe e as manifestações corporais do bebê são dois sistemas semióticos distintos (KRUEEL, 2015), e a inserção do bebê na linguagem se dará por relações estabelecidas entre esses dois sistemas. A autora, ainda, discorre sobre haver mais tipos de fala dirigida ao bebê do que apenas o *manhês* (LAZNIK, 2004), e, talvez ser a sintonia na protoconversação o aspecto fundamental para indicar que a aquisição da linguagem está transcorrendo bem. Diante disso, Krueel (2015), a partir de uma leitura de Benveniste, propõe a interpretância e a homologia como princípios de análise da protoconversação no primeiro semestre de vida que indicam que o adulto está fazendo uma adaptação ativa ao bebê.

A propósito de tais princípios, Benveniste (1989) afirma existirem relações de interpretância, homologia e engendramento. A relação de interpretância se dará quando a fala da mãe atribui significação às manifestações corporais do bebê. A mãe praticamente lê uma semiologia corporal do bebê, fazendo uma articulação corpo-linguagem (KRUEEL, 2015).

Para Benveniste (1989), a língua seria o único sistema que disporia de uma “língua” na qual possa se categorizar e se interpretar segundo suas distinções semióticas, além de poder categorizar e interpretar todos os outros sistemas. A língua seria então a organização semiótica por excelência. Essa situação privilegiada deve-se ao fato de ser um sistema que significa de maneira específica, pois é investida de dupla significância porque combina dois modos distintos de significar, o modo semântico e o modo semiótico.

Benveniste (1989) destaca, além da relação de interpretância, outros dois tipos de relações entre os sistemas semióticos: a relação de engendramento e a relação de homologia. A relação de engendramento, que ocorre em dois sistemas distintos e contemporâneos, pode-se ter o exemplo do alfabeto normal engendrar o alfabeto braile.

Quanto à relação de homologia, estabelece-se uma correlação entre as partes de dois sistemas semióticos. Esta relação não está constatada, mas instaurada em virtude de conexões que se descobrem, ou que se estabelecem entre dois sistemas diferentes. Por exemplo, a homologia entre a escrita e o gesto ritual na China, duas estruturas linguísticas de estruturas diferentes podem revelar homologias parciais ou extensas. Tudo depende da maneira como se colocam os dois sistemas, dos parâmetros que se empregam, dos campos em que se opera.

Dessa forma, a homologia instaurada servirá de princípio unificador entre dois domínios e limitar-se-á a este papel funcional, ou ela criará uma nova espécie de valores semióticos (Benveniste, 1989). Na protoconversaçoão adulto-criança imagina-se que haja relação de homologia entre a manifestação corporal do bebê e a linguagem adulta, o que viabilizaria a interpretância (KRUEL, 2015).

Quando ocorre alguma ruptura nessas relações iniciais, existe a possibilidade de tais processos não estarem ocorrendo de modo suficientemente bom para que a ancoragem enunciativa se dê a contento. Na perspectiva da clínica fonoaudiológica, e mais especificamente da clínica de bebês, torna-se, portanto, importante detectar precocemente os sinais de tais rupturas. Eles possivelmente podem ter efeitos na constituição linguística da criança, sejam essas rupturas por condições biológicas, psíquicas, ou mesmo quando se trata de uma combinação singular de ambas (SOUZA e FLORES, 2013).

A propósito, Flores e Souza (2014), a partir de relato de casos, observaram em seu estudo que crianças que apresentaram risco psíquico, apesar de estarem em pleno desenvolvimento do nível semiótico da língua, apresentaram dificuldades quanto ao processo de semantização da língua. As autoras observaram a presença dos mecanismos enunciativos propostos por Silva (2009), mas com estratégias reduzidas e, sobretudo, com limitação na escolha de interlocutores. As crianças, três meninas, só iniciavam o diálogo com as mães, e nunca com os pais. Estes apresentavam sérias dificuldades para manter o brincar e o diálogo com as filhas, e não conseguiam permanecer sozinhas com as filhas na sala de gravação, sem a presença das mães. Outro estudo (CRESTANI, et al., 2015) encontrou relação estatística significativa entre a aquisição da linguagem inicial e a presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças sem risco ao desenvolvimento apresentaram uma melhor produção de fala inicial em relação às crianças com risco.

Esses resultados permitem retomar o estudo de Silva (2009) para pensar que os deficits nos índices relacionados à protoconversa poderão evidenciar-se, posteriormente, em dificuldades dos mecanismos iniciais de conjunção e disjunção enunciativa e, sobretudo, na passagem do preenchimento do lugar enunciativo a partir do outro para o reconhecimento do que esse lugar provoca no outro, elementos fundamentais ao processo de aquisição linguística anteriormente referido.

A análise de Flores et al. (2011), acerca do *manhês* e sua importância na aquisição da linguagem, tomando cenas enunciativas de um bebê em risco e outro sem risco para ilustrar tal importância, demonstrou, no primeiro caso, que o preenchimento de lugar enunciativo a partir do adulto não se dava de modo sintonizado às demandas do bebê, e que tal bebê, já se apresentava atrasado na emergência de mecanismos enunciativos aos 15 meses de idade.

Ainda, com abordagem similar, Vendruscolo e Souza (2015) observaram em seu estudo com foco na intersubjetividade mãe-filho (a) um funcionamento de linguagem particular para cada caso, no qual a relação forma-sentido esteve mais comprometida em quatro casos, mas o processo intersubjetivo de sustentação enunciativa das crianças pelas mães estava comprometido também em dez casos.

Os estudos de Silva (2009) podem, portanto, sustentar uma análise enunciativa nos primeiros 24 meses de vida, mas é preciso pensar nas peculiaridades do processo aquisitivo em um sujeito com distúrbio de linguagem,

pois é visão deste estudo que a clínica não pode ancorar-se apenas em teorias de aquisição típica. Para tanto, é preciso pensar a clínica a partir de um referencial proposto especificamente para ela.

Considerando que o risco biológico e psíquico e sua combinação singular podem trazer riscos à aquisição da linguagem (D'ODORICO et al., 2011; OLIVEIRA e SOUZA, 2014; CRESTANI et al., 2015; VENDRUSCOLO e SOUZA, 2015), é importante revisar outros trabalhos que deslocaram a enunciação, em especial a proposta de Benveniste, para reflexão acerca da clínica fonoaudiológica. Assim, destacam-se alguns estudos clínicos sobre o distúrbio de linguagem, a partir da reflexão sobre suas contribuições para a intervenção precoce.

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

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

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

Assim, há nessa perspectiva, lugar para o geral e para o específico. No âmbito do geral, pode-se dizer que se trata sempre da hipótese sobre o funcionamento da linguagem; do ponto de vista específico, essa hipótese é particular, pois leva em consideração a peculiaridade enunciativa de um estilo de fala (esta se apresenta sempre como uma combinação singular). Surreaux (2006) não dispensa uma investigação sobre as instâncias audiológica, neurológica e cognitiva, no caso de uma criança que não fala ou fala pouco. Assim, não se trata de negar o biológico, mas de pensar que por si só este não é suficiente para compreender o funcionamento linguístico do sujeito e propor estratégias de intervenção.

Na clínica de linguagem, o sujeito que fala se inscreve na língua e nela dá lugar ao sintoma. Para falar de sintoma, a autora recorre à concepção tomada pela psicanálise freudiana e lacaniana (FREUD, 1915; LACAN, 1949). O sintoma, em psicanálise, é uma formação do inconsciente, é sempre uma metáfora, uma substituição, algo que vem “no lugar de”. Assim, busca-se nas reflexões psicanalíticas, uma forma de pensar o que é que falha quando o sujeito fala. Além disso, pensa-se em sintoma como sendo uma posição que o sujeito ocupa na língua, como condição peculiar de um momento desse sujeito (BENDER e SURREAUX, 2011). Desse modo, o sintoma em linguagem é como o sujeito pode enunciar a cada momento. Tanto as posições discursivas que o mesmo ocupa diante do interlocutor, quanto seu nível de apropriação do sistema linguístico estão incluídos nessa análise.

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

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

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

O papel do terapeuta de linguagem é o de um interlocutor privilegiado, que escuta e reconhece a formação linguageira como tendo um sentido possível (SURREAUX, 2006). A autora acredita que esta posição de escuta do terapeuta possibilita que ele escute a produção criativa do sujeito atendido de um lugar de suporte, ou seja, o terapeuta sustenta esta fala desviante (ou a ausência de fala), ou seja, o terapeuta consegue reconhecer no sujeito que fala fora da norma, um falante. A partir da sustentação da fala sintomática, o terapeuta permite ao sujeito atendido que ele se aproprie desta fala e produza deslocamentos, passando a fazer uso criativo de seu sintoma (SURREAUX, 2006).

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

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

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

Assim, há duas condições que fazem EU e TU pertencerem à ordem da linguagem: a primeira é a condição do diálogo, em que o EU depende do TU para

enunciar, ou seja, o EU é dependente porque está numa relação de reciprocidade com o TU. Trata-se da condição mesma da linguagem, fundamentada pelo fenômeno da alteridade, em que o EU se constitui pelo TU e vice-versa, na alternância dessas posições no diálogo. A segunda condição, a que se refere à realidade da língua, está no fato de que para o EU e TU enunciarem, e, se constituírem como sujeitos, necessitam do ELE, a “não-pessoa”, de Benveniste (1995), que representa a sintaxe da língua.

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

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

Nessa perspectiva, Cardoso (2010), assim como Surreaux (2006), vê a fala desviante como uma forma de organização singular do sistema da língua de um falante que, ao transformar a língua em discurso por um ato individual, ascende à condição de sujeito.

Assim, o autor propõe uma abordagem clínica que priorize a condição de enunciador do falante, considerando as posições (EU-TU) ocupadas pelos interlocutores na enunciação e as relações que os mantêm na língua e pela língua. Em intervenções clínicas mais tradicionais que priorizam a forma linguística, o sujeito é, muitas vezes, colocado numa posição enunciativa de quem meramente repete e nomeia o segmento linguístico (enunciado) dado pelo fonoaudiólogo. Nessas circunstâncias, há o “paciente”, o sujeito é colocado na posição de um TU “passivo”, circunscrita à solicitação do fonoaudiólogo. Isto vai de encontro ao que Benveniste (1995) chama de correlação de subjetividade e que supõe que o EU e TU estejam constituídos numa relação de alteridade.

No sentido acima, enunciar é assumir o lugar de EU no diálogo, para, em seguida, abandoná-lo em favor do TU, para que este assuma também o lugar de EU. Assim, Cardoso (2010), sob uma nova perspectiva, ressalta a importância de

propiciar ao sujeito uma situação enunciativa que implique ocupar uma posição na linguagem sob uma condição de reciprocidade e de reversibilidade, observando as posições ocupadas, pelo sujeito em atendimento e também pelo fonoaudiólogo, na estrutura do diálogo.

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

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

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

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

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

Outro princípio de análise a ser praticado na clínica dos distúrbios de linguagem que Cardoso (2010) propõe é a análise da relação forma/sentido. Benveniste (1995) desenvolve as noções de forma e sentido a partir da busca do papel de significação, como conceito operador das relações entre a linguagem e a língua. A língua, tomada dessa perspectiva, compreende dois universos: o do repertório dos signos (semiótico) e o do discurso (semântico).

Para Benveniste (1995) esses dois “modos de ser” da língua (semiótico e semântico) dependem de duas faculdades também distintas para o falante: de um lado, o signo deve ser reconhecido e de outro, o discurso deve ser compreendido. Nas formas patológicas, as duas faculdades estão frequentemente dissociadas. Assim, os distúrbios de linguagem se caracterizam por uma dissociação específica da isomorfia forma/sentido, que pode ser determinante de uma não compreensão do sentido, colocando o uso da língua em questão (CARDOSO, 2010).

Conforme Cardoso (2010), cada distúrbio de linguagem, com suas particularidades, reflete um problema de reconhecimento do signo ou uma dificuldade na compreensão da ideia, ou, ainda, há os casos em que ambos os

aspectos estão envolvidos. Quando a palavra dita por um falante não é reconhecida por seu interlocutor, pode gerar uma dificuldade de entendimento do enunciado. Assim, o autor propõe pensar numa abordagem clínica que considere as relações entre o semiótico e o semântico.

Algumas abordagens clínicas mais tradicionais na Fonoaudiologia visam a forma linguística, focando-se no plano semiótico apenas. Cardoso (2010) afirma que o fonoaudiólogo deve sim focar a forma linguística, pois ela é constitutiva da língua, mas que só isto não basta. O autor salienta que forma e sentido estão articulados na língua, e assim devem ser considerados na intervenção clínica nos casos de distúrbios de linguagem de modo conjunto e indissociável, como é possível observar nos estudos de Oliveira e Souza (2014) e Vendrusculo e Souza (2015). Do mesmo modo, os níveis linguísticos devem ser pensados em sua dinamicidade, pois, por exemplo, uma restrição fonológica pode trazer consequências para a fluência, ou uma restrição lexical pode ter efeitos na organização da sentença. Portanto, é a dinâmica dos níveis linguísticos que deve ser analisada e não apenas o que o sujeito domina ou não de cada nível linguístico.

Para a avaliação de crianças, o princípio da relação forma/sentido também traz sua contribuição, como afirmam Flores e Souza (2014), em estudo relatado anteriormente. As autoras estudaram tal princípio projetado na análise do diálogo entre pais e mães e seus filhos com risco ao desenvolvimento. As crianças do seu estudo apresentaram bom domínio semiótico da língua, ou seja, apresentavam realização vocal que permitia o reconhecimento do signo pelo interlocutor, adequada construção sintática e semântica dos enunciados, considerando os mecanismos e estratégias propostos e descritos por Silva (2009). No entanto, o diálogo só acontecia quando o interlocutor era a mãe. Com os pais o diálogo não se mantinha, o que permitiu perceber uma falha no domínio semântico (FLORES e SOUZA, 2014).

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

estratégias enunciativas importantes, pois na intersubjetividade adulto-bebê, o sentido pode circular mesmo sem que signos verbais reconhecíveis estejam presentes na fala do bebê.

Cabe ressaltar que na clínica de bebês, a análise do sintoma, ou seja, do modo como o bebê pode enunciar, demanda de modo fundamental a análise das ações do interlocutor, pois nesse período de constituição linguística, a dependência do bebê em relação ao outro (o interlocutor) é ainda mais significativa do que em outras fases da vida. Assim, o trabalho de Surreaux (2006) permite pensar em uma clínica de linguagem na infância, a partir da escuta do sintoma que começa a formar-se. Neste ponto, o trabalho de Silva (2009) entra em cena como referência do que se espera quando as coisas andam bem na aquisição da linguagem, mas é preciso pensar na escuta do sintoma como algo específico à clínica, que inclui um saber tanto sobre o curso de instalação de uma patologia de origem biológica, quanto psíquica.

O trabalho de Cardoso (2010) permite, então, pensar na clínica de bebês que não falam ou falam pouco. As relações intersubjetivas são essenciais no processo de aquisição da linguagem. Na interlocução, ou seja, nas relações da tríade EU-TU/ELE ocorre a emergência na e da linguagem. Assim, na avaliação de crianças em aquisição da linguagem, torna-se interessante analisá-las em interlocução com seus interlocutores usuais e com o pesquisador/clínico, a fim de observar se está ocorrendo uma sustentação enunciativa (pelo adulto) que possibilite à criança advir na linguagem e estabelecer as relações entre língua-fala-falante, a partir da transversalidade dos diferentes níveis linguísticos, com ou sem a existência de algum limite biológico à aquisição da linguagem.

Diante disso, se essa instalação for barrada, acredita-se que, quando não houver um limite biológico extremo, ele poderá ser instalado como um EU pela sustentação do TU (terapeuta e familiar) da situação enunciativa e passar a apropriar-se do ELE (a língua). Em alguns casos, poderá haver restabelecimento do curso típico de aquisição, em outros, formas compensatórias neste processo. O que parece fundamental, no entanto, é possibilitar à criança a ocupação de uma posição discursiva de falante/ouvinte, de um EU na linguagem.

Na clínica de bebês o sintoma de linguagem geralmente se configura como ausência de fala. Mas, nem sempre, os pais percebem que algo não está indo bem

na aquisição de linguagem de seu filho, e muitas vezes, estas crianças chegam até os profissionais, quando já estão com uma idade mais avançada, encaminhados por professores ou outros profissionais. E, na maioria das vezes, com o sintoma cristalizado.

Nesse sentido, observa-se a importância de formas de detecção precoce que possibilitem acompanhar o desenvolvimento do bebê, e assim, pensar na possibilidade de intervenção precoce quando algo não vai bem ao processo de aquisição da linguagem. No entanto, deve-se ter o cuidado de sensibilizar a família, orientá-la, sem que sejam feitos diagnósticos negativos sobre o desenvolvimento do bebê, e intervir a partir de uma hipótese sobre o funcionamento de linguagem particular de cada bebê.

A partir de tais estudos, ao refletir sobre o acompanhamento e detecção de risco à aquisição da linguagem, Crestani (2016) propôs a elaboração de Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) construídos de maneira simples e objetiva que podem ser observados na interação adulto, que exerce a função parental, sobretudo a materna, e o filho desde os seus primórdios. Diante do desenvolvimento da criança, a autora optou por separar os sinais de acordo com faixas etárias nas quais os mesmos sejam pertinentes. Porém, Crestani (2016) ressalta que pode acontecer de alguns sinais se repetirem na evolução do bebê, contudo, buscou pensar numa lógica de desenvolvimento em que os sinais elaborados sejam evidentes na etapa em que foram colocados.

Assim, a autora propôs os sinais a seguir:

SEAL Fase 1 – 3 meses a 6 meses e 29 dias (8 Sinais) (CRESTANI,2016)

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

Esse item busca verificar a reação da criança diante da fala em *manhês*, uma “língua” que todas as mães do mundo, se bem colocadas em sua função, empregam para falar com seu bebê. No plano prosódico, o *manhês* compreende um registro de voz mais agudo que de hábito, uma gama de contorno de entonação restrita, mas com modulações e variações de altura exageradas, formas melódicas longas, com variações amplas (LAZNIK, 2004). O efeito de ritmo prosódico é amplificado pela

frequência de repetições silábicas. Motivados pela prosódia a criança responde com entusiasmo e prazer por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar. Portanto, o item pretende analisar se a criança está sendo captada por essa fala singular, o que a predisporá a funcionar no diálogo.

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

Sabe-se que as mães se engajam em uma protoconversaçoão atribuindo lugar de fala ao seu bebê. Este item busca analisar se o bebê ocupa esse lugar com alguma produçãoo oral, seja esta produçãoo uma vogal ou uma consoante, o que anuncia uma possibilidade de produçãoo de fala.

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

Considerando a protoconversaçoão já mencionada, o sinal pretende analisar se o lugar de fala é ocupado pelo bebê de modo não verbal, pois isso também demonstra um modo de funcionamento do bebê na linguagem esperado nessa faixa etária. Além disso, os sons não verbais precisam estar sintonizados ao contexto.

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

Muito semelhante ao anterior. Indica que é preciso estar atento às reaçõees corporais da criança e se as mesmas estãoo de acordo com as situaçõees apresentadas na relaçãoo (KRUEL, 2015). Trevarthen e Malloch (2004) apontam que adulto e bebê seguem um modelo rítmico, com uma regularidade predizível. Eles podem trocar expressões faciais e gestos, por vezes de modo sincrônico, e mais frequentemente, alternando sobre um intervalo regular. Esses modos sãoo co-criaçõees do bebê e do adulto, cada um capaz de prever com exatidãoo o que o outro

fará. Os autores constataram que quando o bebê fica decepcionado quanto às respostas da mãe, suas expressões são modificadas em sintonia.

5. A criança inicia a conversação ou protoconversação.

Esse sinal atribui à criança um status de quem exhibe intenção e iniciativa enunciativa. A criança toma para si a ação de iniciar uma interlocução. O bebê utiliza a protoconversação para manifestar suas necessidades vitais e utiliza essa habilidade para expressar estados subjetivos que não são ligados à sobrevivência. Busca-se saber se o bebê descobriu o poder de sua voz para capturar o outro para a interlocução.

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

O não olhar entre a mãe e o filho, principalmente se a mãe não nota a ausência dessa troca, é um sinal de risco para a constituição psíquica e, portanto, um risco também para a linguagem advir. É esta articulação de olhares que engendrará a constituição do sujeito.

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

Nesse ponto, a mãe (ou substituta), considerando os sinais produzidos pela criança nos atos de fala, traduz tais sinais dando um retorno à criança, quando, por exemplo, o bebê combina uma sequência de sons, a mãe interpreta com uma narração e o encoraja a manter a protoconversação. Com este índice se busca analisar o investimento da mãe a partir de seu reconhecimento do bebê enquanto um possível falante. Esse fator traz à tona a posição do adulto que cuida da criança como fator fundamental sobre a importância da análise da aquisição da linguagem a partir do olhar sobre a relação EU-TU (SILVA, 2009), sendo o EU a criança e o TU o adulto na situação enunciativa descrita.

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

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

SEAL Fase 2 – 7 meses a 12 meses e 29 dias (4 Sinais) (CRESTANI, 2016)

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

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

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

Este item busca visualizar se a criança já realiza um movimento para a construção da linguagem a partir do espelhamento da produção do adulto, tomando a fala deste como referência para suas produções.

11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.

À criança, atribuiu-se um *status* de quem exhibe intenção comunicativa e condições de passar da referência mostrada à falada. A criança toma para si a ação de iniciar uma interlocução mesmo quando não é motivada pelo outro.

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

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

Após análise fatorial, foram validados seis sinais, que em sua ausência apontam maior risco para aquisição da linguagem na perspectiva enunciativa (CRESTANI, 2016). Na primeira fase constam os sinais validados: 1. A criança reage ao *manhês*, por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar; 3. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo); 4. A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo; e o 7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversaçoão ou conversaçoão, quando o bebê a inicia. Na segunda fase, os sinais validados pela análise fatorial foram os seguintes: 11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente e 12. Quando a mãe (ou substituta) é

convocada a enunciar pela criança, a mesma produz seu enunciado e aguarda a resposta da criança.

No entanto, salienta-se que os demais sinais, apesar de não terem resultados significativos na análise fatorial do estudo de Crestani (2016), são importantes para uma análise enunciativa de linguagem, visto a descrição de cada sinal. Além disso, destaca-se como um dos principais desfechos de tal estudo, o que diz respeito à análise estatística ter identificado os fatores bebê e mãe como balizadores desse procedimento de análise da linguagem infantil, tal como se coloca nos estudos de Silva (2009), Surreaux (2006), Cardoso (2010) e Krueel (2015).

A proposição de Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) por Crestani (2016) no primeiro ano de vida teve sua continuidade com o estudo de Fattore (2018), para o segundo ano de vida. Para análise do segundo ano foram propostos os sinais a seguir:

SEAL Fase 3 – 13 meses a 17 meses e 29 dias (7 Sinais) (FATTORE, 2018)

13. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto.

Neste sinal, considerando que a criança já está no segundo ano de vida, espera-se que tenha maior autonomia ao enunciar, evidenciando assim, a situação de resgatar em sua memória signos cujo referente não está presente no contexto enunciativo. A presença do sinal indica que a criança representou em sua memória lexical um item e o evocou durante o diálogo com o interlocutor de modo que este pôde estabelecer a co-referência (SILVA, 2009). Pode-se afirmar que há produção de palavras, ou seja, unidades com a relação entre a forma e o significado, com mudanças em alguns padrões sonoros mais específicos se comparados à produção de sequências de sons aparentemente sem significação (GUIMARÃES, 2008).

14. A criança nomeia de modo espontâneo, mas não inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto, buscando na prosódia uma forma de ser compreendida.

É possível propor uma abordagem explicativa similar ao sinal 13, para o sinal 14. Ao não ser compreendida a criança esforça-se, em especial, por meio da prosódia para ser compreendida pelo interlocutor. O momento de nomeação, ou aparecimento do léxico, pela criança, suscita ao adulto ouvinte discriminar as possíveis produções linguísticas fora da norma. O locutor aprendiz, por vezes, produz enunciados desviantes em relação ao adulto (TONIETTO et al., 2007). Quando não compreendido pelo ouvinte, a criança faz uso da prosódia, alternando tom, timbre e ritmo de voz. Esta acaba por desempenhar funções semânticas e pragmáticas na organização das mensagens verbais (LOPES et al., 2015). A criança busca se fazer entender quando apresenta uma fala não inteligível, por meio da prosódia, antes mesmo de buscar apoio na fala do outro, buscando na memória lexical, itens que estão fora do contexto. A presença desse sinal pode ser capaz de identificar possíveis dificuldades na realização vocal da língua, ou seja, possíveis desfechos como apraxia de fala.

15. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos, pessoas, ações, que estão presentes no contexto enunciativo.

Este sinal se relaciona à capacidade de estabelecer co-referência com o alocutário de modo que a interpretação deste seja mais certa, tanto pela capacidade da criança de produzir o signo a partir de uma realização vocal próxima à do adulto, quanto pelo socorro fornecido pelo contexto. Entende-se então que a criança passa a utilizar a linguagem recriando o mundo a sua volta por meio do seu dizer, marcando sua posição de sujeito no espaço e no tempo que ocupa. Utiliza-se então da palavra, esta podendo indicar algo que está presente no contexto ou ausente, porém assumindo seu papel no diálogo na posição de um EU que fala para um TU. Assim, esses sujeitos passam a constituir, pela realização vocal da língua, o diálogo por meio de procedimentos e formas diversificados (SILVA, 2009).

16. A criança faz gestos para tentar fazer-se entender quando o adulto interlocutor não a compreende.

O sinal foi proposto buscando evidenciar a preocupação da criança em ser compreendida, mesmo que pela exploração da gestualidade corporal. Antes mesmo da palavra utilizada, a criança já fazia uso dos gestos, de olhares e até mesmo de pequenas emissões vocais, colocando-se à disposição para interpretações a essas manifestações, buscando demonstrar assim o seu dizer (SILVA, 2009). Em crianças em situação de risco, Oliveira (2013) constatou dificuldades e interpretações equivocadas das mães sobre os gestos ou manifestações apresentadas pelos filhos. Assim, esse item também se torna importante, considerando a busca da criança em fazer-se entender em interação com o interesse e sintonia da mãe ou cuidador nessa relação.

17. A criança repete o dizer do adulto interlocutor como forma de organizar ou reorganizar sua enunciação, por exemplo, aprimorando a forma sintática, ou fonológica, ou a escolha do item lexical ou mesmo acentuando algum item prosodicamente.

O sinal proposto sugere uma criança analisando a língua e assim buscando aprimorar seus enunciados. Ela se espelha no adulto na tentativa de acertar, sendo evidente aqui a busca pela apropriação do sistema de signos e regras da língua. Ou seja, a criança – locutor – baseia-se na situação enunciativa e no sentido que o alocutário – adulto – atribui ao discurso. Ambos têm como condição de relação de alocação a entrada do ELE (não pessoa) (SILVA, 2009). O uso do signo só terá sentido se for reconhecido como tal, relacionados uns com os outros e utilizado pelos falantes. Nas alterações de linguagem, presentes na clínica fonoaudiológica, o uso da língua é o fator preponderante. Assim, o não reconhecimento do signo pelo alocutário da criança evidencia uma dificuldade de interpretação linguística sobre o dito pela criança (SILVA 2009; CARDOSO 2010). É um item que traduz o processo de semantização da língua, por meio do qual a criança atribui referência e sintagmatiza as formas do discurso, ou seja, aparece claramente o uso da língua no discurso. A criança passa da referência mostrada para a referência falada. Ela demonstra dominar questões importantes da língua materna como a arbitrariedade do signo, a relação forma-sentido e a integração de unidades no discurso (SILVA, 2009).

18. A criança conversa com diferentes interlocutores adultos (pai, mãe, examinador).

Ao analisar este item busca-se saber se a criança apresenta-se disposta a interagir com outros interlocutores, e não apenas com sua mãe ou substituta/o dela, ampliando suas experiências enunciativas. A importância da constituição das relações intersubjetivas está diretamente ligada com o processo de aquisição da linguagem e sua emergência, baseada na interlocução (OLIVEIRA, 2013). Flores (2012), em seu estudo, observou três casos de bebês em risco aos 24 meses, que mantinham a possibilidade enunciativa restrita à pessoa que exercia a função materna, ou seja, as limitações estavam na interação com terceiros, sem apresentar dificuldades no domínio gramatical. Nos estudos clínicos caberia investigar se a ausência deste item não estaria relacionada ao risco psíquico para emergência de psicopatologia.

19. O adulto interlocutor atribui um sentido possível às produções verbais da criança.

Neste sinal, busca-se perceber se a mãe (ou substituta/o) é minimamente certa em suas interpretações, conforme já visto no sinal 8, só que já se admite que o *manhês* não seja utilizado tendo em vista a idade da criança, na qual já não se espera tanta dependência afetiva, nem uma posição de bebê. A atribuição de um sentido às produções da criança é tomar o que ela enuncia como um dizer, assim, esta se encontra com a língua em um caráter social, constituída como um sujeito em sua alocação (SILVA, 2009). Ao perceber a responsividade maior do filho, a mãe passa a utilizar menos o *manhês* durante a comunicação, conforme encontrado em Fattore et al. (2016).

SEAL Fase 2 – 18 meses a 24 meses e 29 dias (5 Sinais) (FATTORE, 2018)

20. A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor.

Neste sinal, observa-se que a criança indaga o adulto diante do enunciado, marcando uma posição de sujeito da linguagem. O sujeito quando instaurado na língua-discurso passa a se marcar com diferentes funções e formas linguísticas, determinando seu dizer. Dentre as funções, passa a intimar e interrogar aquele que fala (SILVA, 2009).

21. A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatorios – labial e alveolar – e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas).

Este sinal busca visualizar se a variabilidade fonêmica da criança permite formar enunciados mais inteligíveis ao alocutário. A aquisição do sistema fonológico ocorre de forma gradativa, havendo mudanças no decorrer da idade infantil quanto aos segmentos sonoros pronunciados pelo falante. Quando cresce, a criança passa a superar processos, adequando a fala ao padrão do adulto. Não aprende apenas os sons utilizados na língua, mas como são organizados. Vale-se da variabilidade fonética (PINTO, 2017) para marcar diferenças de sentido, demonstrando potencial articulatorio condizente com o domínio das formas linguísticas, sem sintomas apráxicos (RECHIA e SOUZA, 2010).

22. A criança utiliza distintas formas (palavras) para veicular sentidos diferentes em sua enunciação.

Esse item surge no intuito de investigar se a gama lexical da criança vem se desenvolvendo e expandindo. A gama maior de vocabulário demonstra o domínio linguístico e o quanto sua memória lexical está sendo construída, elemento fundamental ao processo de apropriação do conhecimento da língua.

Acredita-se que a partir dos 12 meses de idade a criança inicia um processo lento e gradual do aumento do seu vocabulário, que se mantém em constante evolução até aproximadamente 16 anos. Esse aumento relaciona-se com o meio no qual esse sujeito está inserido. As palavras conhecidas passam a fazer parte do léxico mental, acessado de acordo com a necessidade no momento do diálogo.

Porém, o desenvolvimento do vocabulário infantil tem muita relação com o ambiente familiar e social da criança, considerando que a construção e ampliação se dão pelas situações de comunicação a partir das interações com vários interlocutores (BRANCALIONI et al., 2018).

Em uma leitura enunciativa, quanto mais capaz de estabelecer a co-referência com o alocutário, por meio de itens lexicais variados, mais a criança demonstra domínio semiótico da língua e também ampliação de estratégias do segundo mecanismo enunciativo (SILVA, 2009).

23. A criança combina palavras, na forma direta ou inversa, para veicular sentidos diferentes.

Além de a criança apresentar um léxico ampliado, ela começa a construir pequenas frases para poder enunciar de modo mais complexo durante a interlocução. Quando maior o léxico, maiores as facilidades na compreensão e produção linguísticas (BRANCALIONI et al., 2018). Conforme Silva (2009) as estratégias do segundo mecanismo se ampliam a partir da combinação de palavras porque facilitam ações como interrogação, intimação, e assumir posições discursivas variadas perante o alocutário.

Com o aumento do conhecimento lexical, a criança aumenta a produção de enunciados, os quais formam frases que obedecem às regras da língua em que a criança convive. As palavras que antes eram isoladas, começam a ser combinadas. Essa combinação faz a criança entender que, associando duas palavras, estas apresentam uma ordem que indica uma frase. A ordem sequencial das palavras é o que impera nesse momento, não sendo relevante ainda o uso de artigos, preposições, verbos auxiliares. A partir dos dois anos, as regras sintáticas e morfológicas básicas da língua ficam mais sedimentadas (SIM-SIM, SILVA e NUNES 2008), o que parece relacionado à emergência do segundo mecanismo enunciativo e preparação para o terceiro mecanismo, conforme explica Silva (2009).

24. Quando a criança apresenta produções verbais distintas da fala adulta, o adulto interlocutor reage fazendo um pedido de reparo neutro (o que) ou repetindo corretamente a fala infantil.

Este sinal avalia se o adulto é um parceiro que facilita e investe no diálogo, sustentando a criança enunciativamente. O sinal avalia se ao perceber uma falha na produção da criança em relação a sua, auxilia de forma a não expor o erro da criança e sim a ampará-la, ao ponto de fazê-la analisar seu próprio modo de produção em comparação à fala do adulto, e, a partir disso, autocorrigir-se. Essa análise da própria fala, seguindo um reparo neutro ou via repetição do dizer infantil pelo adulto contribui para que a criança reorganize os sons da fala, de forma a memorizar a forma correta. No processo de aquisição e expansão lexical, é comum o aparecimento de diferenças semânticas e fonológicas em comparação com a produção do adulto, pois as relações de forma e sentido estão em construção. Com a expansão do vocabulário, essas diferenças desaparecem e as formas se aproximam das utilizadas pelos adultos (BRANCALIONI et al., 2018).

Após análise fatorial dos sinais do segundo ano, foram validados dez sinais, que em sua ausência apontam maior risco para aquisição da linguagem na perspectiva enunciativa (FATTORE, 2018). Na terceira fase constam os sinais correlacionados na análise fatorial: 14. A criança nomeia de modo espontâneo, mas não inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto, buscando na prosódia uma forma de ser compreendida; 15. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos, pessoas, ações, que estão presentes no contexto enunciativo; 17. A criança repete o dizer do adulto interlocutor como forma de organizar ou reorganizar sua enunciação, por exemplo, aprimorando a forma sintática, ou fonológica, ou a escolha do item lexical ou mesmo acentuando algum item prosodicamente; 18. A criança conversa com diferentes interlocutores adultos (pai, mãe, examinador) e o 19. O adulto interlocutor atribui um sentido possível às produções verbais da criança, ou seja, de modo sintonizado. Já na quarta fase todos os sinais mantiveram-se após análise fatorial, são eles: 20. A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor; 21. A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatórios – labial e alveolar – e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas); 22. A criança utiliza distintas formas (palavras) para veicular sentidos diferentes em sua enunciação; 23. A criança combina palavras, na forma direta ou inversa, para veicular sentidos diferentes e o 24. Quando a criança

apresenta produções verbais distintas da fala adulta, o adulto interlocutor reage fazendo um pedido de reparo neutro (o que) ou repetindo corretamente a fala infantil.

A partir do aporte teórico e dos resultados dos estudos de validação de Crestani (2016) e Fattore (2018) propõe-se que a análise da aquisição da linguagem infantil não deve ser feita a partir de um olhar exclusivo sobre as produções infantis, pois o adulto também é protagonista no processo de aquisição da linguagem infantil. Portanto, os Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) trazem à tona o imperativo de o diálogo ser a unidade de análise linguística na aquisição da linguagem, o que se torna possível pela observação da criança e seus interlocutores de modo equiparado nos primeiros anos de vida.

Esta fase é considerada crítica no desenvolvimento da linguagem e pode ser influenciada por fatores de risco biológico, como a prematuridade, e psíquicos, como a qualidade da relação mãe-bebê. Diante disso, torna-se essencial analisar, os efeitos da prematuridade e do ambiente, combinados com o risco psíquico e risco à aquisição da linguagem.

2.2. PREMATURIDADE E RISCO PSÍQUICO: FATORES DE RISCO À AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

Na literatura encontra-se um grande número de trabalhos relacionados aos riscos biológicos e um número menor de trabalhos que investigam o risco ambiental, sobretudo do ponto de vista psíquico. A prematuridade tem sido citada como o risco biológico que mais exerce atrasos no desenvolvimento infantil (RODRIGUES e BOLSONI-SILVA, 2011; NASCIMENTO, CARVALHO e IWABE, 2012), principalmente no primeiro ano de vida, uma vez que pode vir associada a outros fatores de risco biológico como baixo peso, comprometimento neurológico, vulnerabilidade a doenças respiratórias, dentre outros (ARNAUD et al., 2007).

O termo prematuro é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Ele pode ser classificado em: prematuro tardio (34 a 36 semanas de idade gestacional), moderado (30 a 33 semanas) e extremo (inferior a 30 semanas). Quanto ao peso

gestacional, são considerados de baixo peso, os recém-nascidos com peso menor ou igual a 2500 gramas, independentemente da idade gestacional (OMS).

Atualmente, os avanços na área de Neonatologia têm contribuído significativamente para melhorar o índice de sobrevivência de bebês nascidos pré-termo e com peso abaixo de 1500 g (MAGALHÃES et al., 2011; LINHARES et al., 2000; FORMIGA e LINHARES, 2009), através de novas técnicas e métodos. Até mesmo recém-nascidos com extremo baixo peso, em torno de 500 ou 600 g, têm sobrevivido, na medida em que seja assegurada a oportunidade de receber assistência médica especializada em unidades de tratamento intensivo, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) (BRUM e SCHERMANN, 2004; LINHARES et al., 2000), nas quais, as equipes devem estar preparadas para assistir essas crianças, com cuidados humanizados para esse grupo e sua família, e ambulatórios de acompanhamento dos prematuros egressos da UTIN (MAGALHÃES et al., 2011).

O aumento da sobrevivência de prematuros cada vez menores e mais imaturos impõe o questionamento quanto à qualidade de sua vida futura, além de um interesse crescente na predição do desenvolvimento global de longo prazo dessas crianças (MELLO et al., 2009; RAMON e CUMAN, 2009). A partir desse interesse, vários autores têm detectado sinais neurológicos anormais durante o primeiro ano de vida desses recém-nascidos (MELLO et al., 2009). Tais complicações neurológicas nos primeiros dois anos de vida podem estar relacionadas aos baixos escores nos testes de desenvolvimento, a cegueira, a surdez, a distonia transitória, as dificuldades alimentares, ao atraso no desenvolvimento da linguagem e, ao transtorno motor e psíquico (ALMEIDA et al., 2013).

Assim, sabe-se que estes bebês estão sob maior risco para deficits no desenvolvimento em relação aos bebês a termo, pois podem ser identificados sinais de vulnerabilidade na criança prematura (LINHARES et al., 2000). Por isso, ressalta-se a importância de estudar o desenvolvimento do bebê nascido pré-termo dentro de um contexto guiado pela associação de diversos fatores de risco, que envolvem variáveis como o nascimento e os resultados do estado clínico de saúde do bebê durante o período de internação hospitalar (FORMIGA e LINHARES, 2009). Em relação ao comprometimento no desenvolvimento, as autoras apontam a

prematuridade como valor preditivo para o atraso no desenvolvimento motor e cognitivo.

Cabe ressaltar que para estas análises no bebê prematuro recomenda-se, para os dois primeiros anos de vida, que seja considerada a idade corrigida (RODRIGUES e BOLSONI-SILVA, 2011), também designada idade pós-concepção. A idade corrigida traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade e é avaliada pelo método de Capurro ou New Ballard. Considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar da idade cronológica do prematuro, as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas (CAPURRO et al., 1978).

Embora não esteja esclarecido até quando se deve corrigir a idade do prematuro, a maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida na avaliação do crescimento e do desenvolvimento até os dois anos de idade, a fim de obter a expectativa real para cada criança, sem subestimar o prematuro ao confrontá-lo com os padrões de referência (RUGOLO, 2005; RABELLO e BARROS, 2011).

Na literatura há um grande interesse sobre a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem (HALPERN et al., 2008). Nesses estudos, os autores têm demonstrado diferenças tanto na sua recepção como na sua expressão, manifestadas pelo tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo (GUEDES, 2008).

D’Odorico et al. (2011), apontam que ainda são encontrados poucos estudos sobre as capacidades vocais e comunicativas de crianças pré-termo e, estes têm produzido resultados contrastantes referentes ao desenvolvimento pré-linguístico de crianças prematuras. No entanto, os autores afirmam ser necessário investigar se o desenvolvimento pré-linguístico de crianças pré-termo apresenta peculiaridades que podem explicar as habilidades linguísticas diferenciais encontradas em algumas amostras de populações pré-termo.

Na intenção de preencher esta lacuna, D’Odorico et al. (2011), em seu estudo, procuraram ampliar a investigação da capacidade pré-linguística de crianças italianas pré-termo, comparando o desenvolvimento fonético das crianças pré-termo com o de crianças nascidas a termo. As comparações entre os dois grupos revelam diferenças em muitos aspectos do desenvolvimento fonético e fonológico, tais como

inventário consonantal, aos 12 e 18 meses de idade e a complexidade silábica aos 18 meses de idade. Os resultados evidenciaram que o peso ao nascer relacionou-se com as habilidades fonológicas expostas aos 18 meses de idade, e essas habilidades, por sua vez, estão relacionadas com o tamanho do vocabulário aos 24 meses de idade.

Ainda referente às habilidades consideradas pré-linguísticas, o estudo de Salerni, Suttora e D'Odorico (2007) encontrou que as crianças pré-termo são menos sensíveis, menos produtivas e menos envolvidas em trocas de comunicação com seu cuidador, comparadas a crianças nascidas a termo com seis meses de idade. Conforme Lowe et al. (2013), crianças prematuras têm maiores chances de apresentarem problemas no desenvolvimento neurológico, incluindo o cognitivo, a atenção e as dificuldades de auto-regulação, e essas dificuldades tendem a permanecer durante a infância, associando-se a dificuldades de aprendizagem, de atenção e a problemas comportamentais.

Assim, percebe-se a prematuridade como um fator de risco biológico ao desenvolvimento global da criança podendo variar, em termos de efeitos nocivos, nas diferentes áreas do desenvolvimento infantil. Outros estudos referem ainda que a interação do fator biológico com o fator ambiental configura-se como fator de risco potencializador nos efeitos ao desenvolvimento (HALPERN e FIGUEIRAS, 2004; MANCINI et al., 2004). No Brasil, a crescente morbidade observada em crianças que apresentaram intercorrências clínicas ao nascimento pode ser resultado da associação de fatores biológicos e sócio-ambientais (MANCINI et al., 2004).

O fator ambiental, sendo entendido como uma variável moderadora, interfere e modifica a relação entre risco biológico e desfechos do desenvolvimento infantil (MANCINI et al., 2004). A relação entre genética e ambiente é dinâmica e também cumulativa na sua capacidade de influenciar o desenvolvimento do indivíduo e alterar comportamentos subsequentes (HALPERN e FIGUEIRAS, 2004).

Conforme Rodrigues (2009), o acompanhamento dessas crianças deve ser um processo contínuo e flexível de avaliação, incluindo a observação da criança, o exame neurológico sistematizado, a valorização da opinião dos pais ou responsáveis, a avaliação dos marcos do desenvolvimento neuromotor e a realização de testes de triagem, como por exemplo, o *DDST-Denver Developmental Screening Test de Frankenburg e Dodds* (1967), no Brasil, conhecido como Teste de

Denver II (RODRIGUES, 2009). Tal teste é uma medida de avaliação conhecida e largamente utilizada pelos profissionais da saúde por ser de fácil aplicação e econômico, já que não exige equipamento sofisticado ou especial (MÉIO et al., 1992; PINTO et al., 2015; COSTA, CAVALCANTE e DEL'AGLIO, 2015). Trata-se de um teste psicométrico, multifatorial, composto de quatro grandes áreas: conduta social, motricidade fina e adaptação, linguagem e motricidade grossa.

O Teste Seletivo de Desenvolvimento de Denver II foi idealizado por FranKenburg e Dodds em 1967 (Colorado, EUA). Após ser revisado e repadronizado, uma nova versão foi desenvolvida com o objetivo de avaliar e identificar crianças de risco para atraso no desenvolvimento. Acredita-se que esta versão mais atualizada apresente maior sensibilidade na identificação de atraso em relação à primeira, especialmente na área de linguagem (FRANKENBURG et al., 1992).

Traduzido para o português, foi delineado para ser utilizado em crianças desde os quinze dias até a idade de seis anos. É um teste de triagem, tendo como objetivo a detecção precoce de algum possível desvio e sendo utilizado para o acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças, sejam ou não de risco (HALPERN et al., 1996). Baseia-se na observação direta do que a criança pode fazer e no relato dos pais ou cuidador.

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

Considerando a realidade brasileira, dois estudos foram publicados recentemente utilizando o Denver II. No estudo de Costa et al. (2015), analisou-se o perfil de linguagem em 319 crianças do município de Belém, o que resultou em um percentual de 59,2% de crianças com suspeita de atraso. Neste estudo, também observaram uma correlação entre o risco ao desenvolvimento da linguagem e escolaridade paterna, idade materna e pobreza urbana, demonstrando que variáveis sócio-demográficas devem ser analisadas em estudos de linguagem.

O elevado número de atrasos de linguagem no Denver II no estudo de Costa et al. (2015) pode estar relacionada ao fato de o teste ter sido realizado na faixa

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

Outra forma de detecção de risco ao desenvolvimento infantil se dá pelo uso da *Bayley Scales of Infant and Toddler Development®*, *Third Edition (Bayley III)*. Tal escala destaca-se no meio científico como um instrumento avaliativo de aspectos como cognição, motricidade e linguagem. A Escala Bayley foi desenvolvida por Nancy Bayley e colaboradores em 1933, sendo revisada e publicada em 1969. Em 1993 a escala foi revisada (Bayley II) com o objetivo de aprimorar a confiabilidade e validade da escala (BAYLEY, 2006). A terceira edição foi revisada em 2006 com o objetivo de separar o índice de desenvolvimento mental em habilidades cognitiva e de linguagem e o índice de desenvolvimento psicomotor em motor fino e grosso (BAYLEY, 2006; MOORE et al., 2012).

A Escala Bayley III é um instrumento adequado para a avaliação de crianças de um a 42 meses de idade, com ou sem deficiência. A escala é amplamente reconhecida e utilizada nos estudos sobre o desenvolvimento infantil, pois fornece resultados confiáveis e válidos para a comunidade científica (RODRIGUES, 2012). Trata-se de um exame individual, produzido através de testes padronizados que permitem concluir a respeito do desenvolvimento funcional de latentes e crianças. A avaliação do desenvolvimento é realizada em cinco domínios: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. É considerada de fácil aplicação (30 a 90 minutos) e envolve atividades com brinquedos que facilitam a interação do bebê/criança com o examinador.

Os três primeiros domínios são observados com a criança durante o teste e os dois últimos por meio de questionários preenchidos pelos pais ou cuidadores. A escala cognitiva é composta por 91 itens e determina como a criança pensa, reage e aprende sobre o mundo ao seu redor; a escala motora é subdividida em motora fina

e grossa, a motora fina (66 itens) determina como a criança usa suas mãos e dedos para fazer algo e a motora grossa (72 itens), como a criança movimenta o seu corpo em relação à gravidade. A escala de linguagem é dividida em comunicação receptiva (49 itens), que determina como a criança reorganiza sons, como entende, fala e direciona palavras, e comunicação expressiva (48 itens), que determina como a criança se comunica usando sons, gestos e palavras (BAYLEY, 2006).

A avaliação do desenvolvimento infantil realizada por escalas de desenvolvimento, tais como o Teste de Denver II e a Escala Bayley III, em sua maior parte é descritiva, classificatória e métrica. Apesar de fornecer referenciais normativos do desenvolvimento, excluem variáveis articuladas com a constituição da subjetividade, pois não partem de uma concepção de criança como parte de um mundo essencialmente simbólico que requer uma estrutura psíquica para organizar as suas funções (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008). Tais instrumentos tomam como objeto de análise apenas comportamentos do campo instrumental, ou seja, avaliam comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si e não analisam a relação do adulto no processo de avaliação. O que as autoras parecem ressaltar é que não há uma visão de processo, mas um olhar que foca o produto, ou seja, a pura emergência de habilidades.

Assim, surge a necessidade de estabelecer instrumentos de avaliação que abarquem a interface entre funções e habilidades de acordo com um lugar a partir do qual a criança dá sentido ao mundo, e não apenas verificar comportamentos resultantes de habilidades geneticamente programadas (WANDERLEY, WEISE e BRANT, 2008). Tal fator é relevante para pensar a situação de prematuridade, pois, além do risco biológico e sua associação com o ambiente, um parto prematuro pode colocar em risco não só a vida física do bebê, mas também suas primeiras marcas subjetivas, seus vínculos afetivos, além de todo um descompasso, por parte dos pais, entre o que se sonhou com um filho imaginário e o que se passa com o filho real (RIANI, 2003).

As intenações repetidas, o processo doloroso e a separação precoce dos pais, além do medo de morte permanente, podem representar grandes riscos psíquicos ao bebê prematuro. O corpo pode ficar marcado por essa experiência primitiva, e assim, há o risco, menos observável e mensurável, de consequências psíquicas (IUNGANO, 2009).

A situação de prematuridade pode provocar reações intensas e ambivalentes. A mãe pode ser impedida de proporcionar e viver sensações para as quais se preparou (IUNGANO 2009). Quanto ao bebê, é possível que não esteja pronto para viver essa interação sem se desorganizar. Suas necessidades ultrapassam as possibilidades da maternagem e seu ambiente familiar não pode se adaptar a elas.

O período que se segue ao nascimento pode ser considerado como “período crítico” para a mulher, já que lhe exige grandes e rápidas transformações e reorganizações psíquicas. É tempo do luto do bebê imaginário para o acolhimento do bebê real (MOTTA, s/d). Dessa forma, o bebê fica em situação de risco, podendo mesmo vir a ser de alto risco biopsicossocial, pois a mãe pode desconstruir-se e perder o desejo de ocupar a função materna pela ausência real do bebê.

O abismo entre a maternidade idealizada e a prematuridade dificulta a adaptação da mãe à nova realidade. Não apenas o bebê, mas tudo que é associado à maternidade é temporariamente interdito. O período pós-natal, marcado por referências desconhecidas, dificulta a apropriação do papel de mãe (IUNGANO, 2009).

Motta (s/d) afirma, que tais fraturas no exercício da função materna podem levar a mãe a não remeter ao bebê suas demandas (não supondo nele “nada” que responda), como também podem situá-la como não-receptora dos apelos do bebê. Tal fato foi observado no estudo de caso de Oliveira, Peruzollo e Ramos (2013), no qual a mãe não conseguia identificar as demandas do bebê.

Nesta perspectiva, toda construção da mãe e do bebê fica afetada, prejudicando o cumprimento de sua função, pois para realizar satisfatoriamente esta tarefa, a mãe como principal cuidadora, deve estar emocionalmente estável. Conforme Motta (s/d), o risco psíquico atinge a mãe, o bebê e o vínculo, fundamental para que o desenvolvimento se dê (LINHARES et al., 2000; MELLO, 2009), em especial o desenvolvimento da linguagem (GUEDES, 2008), pois a interlocução com o outro, manifesta nos jogos amorosos é parte do processo constitutivo da criança na/pela linguagem (JERUSALINSKY, 2002). Assim, ressalta-se a importância de detectar precocemente o risco psíquico à constituição linguística do bebê, especialmente em casos que já há o risco biológico, como a prematuridade.

A constituição psíquica da criança transita na definição de estrutura psíquica-subjetiva relacionada à estrutura familiar do bebê e seu lugar como sujeito dentro da família (JERUSALINSKY e CORIAT, 1996). O lugar em que os pais colocam o filho será preponderante para sua constituição subjetiva, a qual definirá seu lugar no mundo do desejo, de se diferenciar do Outro e marcar seu caminho na vida e no mundo.

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

Nesse sentido, Jerusalinsky (2002) afirma que o bebê precisa de um Outro que o introduza no mundo do humano. Somente assim, um bebê pode desenvolver-se na sua instrumentalização: na linguagem, na psicomotricidade e em atividades de vida diária. Assim, o bebê nasce pronto para ir ao encontro do Outro, e ele só se sustenta nesse Outro (função materna e paterna). Sobre este aspecto Muratori (2014) afirma que as crianças com desenvolvimento típico são pesquisadoras ativas da relação dialógica, pois, para elas, o diálogo representa uma pulsão tão potente quanto às pulsões de respirar, comer ou sobreviver.

Conforme o autor, esta pulsão primária do diálogo, denominada de intersubjetividade, indica uma particular sintonia entre tais expressões faciais, vocais e gestuais dos bebês e as expressões faciais de suas mães durante a comunicação face a face e que fazem notar no bebê um precoce interesse pelo outro. Assim, são os aspectos do Outro que impulsionam o bebê para se desenvolver. O outro encarnado, representante do Outro, cuida, antecipa para o bebê e oferece seu desejo como elemento fundamental para que ele (o bebê) evolua (JERUSALINSKY, 2002). Essa experiência inicial é o momento do encontro entre duas estruturas de natureza muito diferentes: o corpo do bebê (constituído de um real biológico) e o campo do simbólico (MAGALHÃES, 2006).

Para que haja aquisição instrumental e o desenvolvimento possa produzir-se é necessário o enlaçamento com o circuito de desejo e demanda do Outro que produz antecipações imaginárias endereçadas ao bebê e postas em ato nos

cuidados que lhes são dirigidos (JERUSALINSKY, 2002). Trevarthen (2004) refere que o bebê é impulsionado pelo desejo de compreender o mundo com as pessoas que ele conhece melhor. Dessa forma, ressalta-se a importância dos cuidados iniciais, das primeiras relações na vida de um bebê, para que o seu desenvolvimento se dê a contento.

Sabe-se que, nessas primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que exerça a função materna (não necessariamente a mãe biológica). A função materna é constituída pelos cuidados básicos que permitem que o bebê sobreviva (SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006). Contudo, para que sobreviva psicologicamente, esses cuidados devem ir além da mera satisfação de suas necessidades biológicas. É o “a mais” que a mãe dá – a relação afetiva, o diálogo, o olhar, o toque – que possibilita ao bebê construir sua vida mental (JERUSALINSKY et al., 2015).

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

O vínculo, quando estabelecido, entre aqueles que exercem as funções parentais, inicialmente de modo mais preponderante a mãe ou quem exerce sua função, é de extrema importância para o desenvolvimento global das crianças, inclusive em relação à linguagem (CORDEIRO, 2000). Ele permite que a suposição de um sujeito se dê de modo que o adulto sustente o bebê (infans) no diálogo, mesmo quando ele ainda não produz signos reconhecíveis pelo interlocutor.

Nesse sentido, as atitudes conscientes, e até mesmo inconscientes, daqueles que ocupam as posições parentais (em especial a mãe) podem favorecer as ações do bebê, como podem também obstaculizar o seu desenvolvimento. Um dos aspectos que podem colocar o desenvolvimento infantil em risco é o estado de humor materno. Em seu estudo Pretto-Carlesso e Souza (2011), ao investigar os efeitos da depressão materna nas primeiras relações mãe-bebê, observaram que o

estado de humor materno e a capacidade de ocupar a função materna são fundamentais para que não haja risco ao desenvolvimento. Beltrami, Moraes e Souza (2013) observaram a mesma associação em díades mãe-bebê, nas quais a mãe possuía algum nível relevante de ansiedade. Nesse sentido, ambas as autoras observaram que há risco ao desenvolvimento infantil diante da presença de humor materno alterado. Flores et al. (2013) encontraram associação combinada dos dois estados de humor (depressão e ansiedade) e presença de risco ao desenvolvimento.

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

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

A propósito, Freud (1913) já enfatizava a importância da função paterna na organização psíquica do sujeito diante de uma mãe cujas idas e vindas deixam o bebê em desamparo, e, assim sendo, o pai aparece como o agente pacificador, que enuncia uma lei capaz de regular a relação do sujeito com sua mãe. É a função paterna que oportuniza ao bebê conhecer novas relações e novos elementos do mundo (PERFEITO, 2007).

Para que isso se dê, é necessário que o desejo da mãe seja interditado para que a criança não fique aprisionada a responder como objeto da mãe. Se a criança representa o objeto que satura o desejo da mãe, não haverá lugar para que uma interrogação pelo desejo seja formulada. É, portanto, a incidência da função paterna que barra o desejo materno, produzindo um corte nesse desejo e possibilitando a

existência de, pelo menos, dois lugares para a criança (FARIA, 2003). A função paterna lembra à mãe que seu bebê é um sujeito diferente dela e do qual ela não tem posse absoluta, o que permite a sua percepção de que há no bebê desejos diferentes dos seus (BERNARDINO, 2008).

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

São essas relações parentais que inserem o ser humano na cultura e constroem a sua subjetividade, sendo fundamentais para o desenvolvimento infantil. Portanto, a interação é o ponto de origem, o lugar de construção da subjetividade, e no qual se constrói a linguagem (PALLADINO, 2007). Ao derramar seu olhar pela criança o cuidador convoca-a como um lugar para seus enunciados, faz dela um endereço, um ser que pode escutar (PALLADINO, 2007). Quando ocorre uma falha nessa interação, como pode acontecer em alguns casos de mães que apresentam sintomas depressivos que comprometem o exercício da maternagem (CAMPBELL, 2010), há risco ao desenvolvimento do bebê.

Assim, a equipe de profissionais que trabalha no cuidado de crianças desde seu nascimento deve estar atenta às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar, observando os atos e a repercussão desses no desenvolvimento infantil (SILVA, SANTOS e GONÇALVES, 2006), para que essas crianças não cheguem tarde aos profissionais, dentre eles o fonoaudiólogo, com o sintoma de ausência de fala já estabelecido.

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

poder intervir de modo a socorrer o bebê e seus familiares na direção de uma estruturação saudável.

A possibilidade de captar alterações precoces na interação adulto/criança e intervir a tempo motiva o interesse dos profissionais que atuam na intervenção precoce, sejam eles fonoaudiólogos ou outros profissionais de saúde. Nesse sentido, toma relevância o acompanhamento dos bebês e suas famílias por meio de instrumentos de avaliação que abarquem a análise sobre a constituição psíquica da criança, uma vez que, as leituras dialéticas da construção humana e, portanto, da linguagem se dão por meio de experiências entre a mãe e o bebê.

Diante disso, no Brasil, foi implementada uma pesquisa visando o estabelecimento de Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI), aplicáveis nas consultas pediátricas, por exemplo, de modo a fazer emergir a possibilidade de acompanhamento precoce de casos em que há uma suspeita de problemas na estruturação psíquica (KUPFER et al., 2010).

A referida pesquisa foi realizada de 2000 a 2008, com financiamento do Ministério da Saúde. Ancorada na teoria psicanalítica, constou de um conjunto de índices, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, cuja ausência poderia indicar uma perturbação do curso evolutivo infantil. Os índices foram formulados a partir da experiência dos autores de mais de 30 anos no campo da infância. Houve, portanto, um padrão ouro na formulação dos índices.

A metodologia utilizada na elaboração da pesquisa foi de um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal. Teve como amostra quatro grupos de crianças nas faixas etárias i) de 1 a 3 meses e 29 dias; ii) de 4 a 7 meses e 29 dias; iii) de 8 a 11 meses e 29 dias e iv) de 12 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica de unidades básicas e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde). Os pediatras foram capacitados e utilizaram os índices durante a consulta clínica regular, durante os 18 meses de idade das crianças, e as mesmas foram reavaliadas por meio de avaliação psicanalítica e psiquiátrica aos 3 anos de idade.

A ideia de capacitar os pediatras devia-se ao interesse dos psicanalistas de levar um olhar sobre o psíquico para os profissionais que fazem a puericultura inicial. Os índices não foram pensados para proporcionar diagnósticos, mas como forma de detectar se algo não está indo bem nas relações da criança com suas figuras

parentais e, a partir daí, convocar a avaliação psicanalítica mais precisa. Portanto, não são índices de uso exclusivo de profissionais do campo psíquico (psicólogo, psicanalista ou psiquiatra), foram pensados para inserção em equipes da linha de cuidado materno-infantil do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

O eixo Estabelecimento da Demanda (ED) compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, tais como: o choro, a agitação motora, e a sucção da própria língua. Tais demandas precisam ser entendidas pela mãe como um pedido da criança a ela; sendo previsto que a mãe se coloque em posição de responder. Nesse processo, a mãe demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. Nesse sentido, a mãe (inconscientemente) é conduzida a reconhecer em cada gesto de seu filho um signo de demanda endereçada a ela. O modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

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

Alternar presença-ausência (PA) implica que a mãe/cuidador não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas sim que possibilite uma alternância (não apenas física, mas, sobretudo, simbólica). A experiência da falta se faz necessária para que um bebê se torne sujeito desejante: a mãe presente evoca o objeto ausente, como o objeto presente evoca a mãe ausente. Essa descontinuidade, tanto da satisfação, quanto da presença materna é fundamental para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito na linguagem. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, especialmente significativo, obrigando a criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. Portanto, a presença/ausência, é tida como o fundamento estrutural da linguagem na medida em que para que exista a palavra tem de se romper o enlace entre o objeto causal e a satisfação. Em outros termos, a palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto.

O eixo Função Paterna (FP) é o registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe, embora essa ordem possa ser transmitida por ela. As satisfações imediatas, que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe/cuidador, são renunciadas. Entretanto, para que essa função possa operar é preciso que a mãe situe a lei como uma referência a um terceiro, fazendo com que o bebê advenha à linguagem. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem o “não” em suas vidas. Uma das funções do exercício da FP sobre a díade mãe-bebê é de ter como efeito uma separação simbólica entre eles, bem como propor à mãe o fato de que seu filho não é um “objeto” destinado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função, a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

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

A partir dos quatro eixos acima referidos, foram levantados, inicialmente, 51 indicadores de risco para o desenvolvimento e risco psíquico, que ficaram reduzidos

a 31. Contudo, a partir das análises estatísticas desses 31 indicadores, chegou-se a 18 indicadores finais com poder preditivo de risco ao psíquico de modo mais significativo estatisticamente, expostos no quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (KUPFER, 2008)

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

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

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

A partir dos sintomas clínicos e da avaliação qualitativa realizada para cada criança, foi feita a anotação daquilo que constituiu propriamente o desfecho clínico

da pesquisa: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito. Após análise preliminar estatística, verificou-se que os indicadores possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER e BERNARDINO, 2009).

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

Havendo sintomas clínicos constatados, é possível afirmar que a criança está apresentando dificuldades de desenvolvimento, e poderá atravessar dificuldades de ordem psíquica, de pequena monta ou mesmo mais intensas (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Palladino (2007) afirma que os indicadores possibilitam o indício de pistas encenadas pela e na criança que podem sugerir acontecimentos, sendo essas pistas consideradas na subjetividade da díade mãe-bebê.

Palladino (2007) afirma, ainda, que para o campo fonoaudiológico, os indicadores devem ser considerados indícios que dão propriedade à construção de hipóteses acerca de movimentos que são completamente subjetivos e exclusivos. São pistas que, ao serem elencadas, fazem outros clínicos sensíveis a elas e permitem a criação e a aplicação de procedimentos que podem promover um desenvolvimento mais apropriado a cada um.

Nesse contexto, denota-se a relevância de se utilizar os indicadores (IRDI) como instrumento de detecção de risco à aquisição da linguagem, conforme demonstraram, Flores e Souza (2014), Oliveira e Souza (2014), Crestani et al.(2015) e Vendruscolo e Souza (2015), em estudos com um grupo de bebês na realidade de Santa Maria-RS. Tais estudos demonstraram a importância de se acompanhar e avaliar o bebê, sobretudo na etapa entre 12 e 18 meses para ver a real necessidade de uma intervenção precoce, em casos em que o obstáculo ao desenvolvimento parece estar na aquisição da linguagem.

Outros estudos realizados no grupo de pesquisa Santa Maria-RS, demonstraram ainda, haver associação estatística entre estados maternos, depressão (PRETTO-CARLESSO e SOUZA, 2011) e ansiedade (BELTRAMI, MORAES e SOUZA, 2013), e dificuldades na transição alimentar (VENDRUSCOLO et al., 2012). No entanto, os estudos do grupo perderam muitos casos de estudo ao final da pesquisa de coorte, o que resultou na impossibilidade, por exemplo, de uma comparação mais profunda das condições de desenvolvimento de crianças a termo e prematuras.

Os estudos referidos vão ao encontro de revisão teórica realizada por Oliveira, Flores e Ramos (2012), na qual, as autoras evidenciaram que crianças, com riscos biológicos e psíquicos nos primeiros anos de vida, são mais propensas a apresentarem problemas no seu desenvolvimento. Assim, torna-se fundamental a constante observação dos fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e à aquisição da linguagem a fim de uma detecção e intervenção precoces, proporcionando um melhor prognóstico para o desenvolvimento infantil.

Dessa forma, a proposta de indicadores clínicos de Kupfer (2008) apresenta-se promissora enquanto estratégia de detecção precoce a ser utilizada em serviços de cuidado à saúde materno-infantil, inclusive no que diz respeito à possibilidade de detectar precocemente o risco para a aquisição da linguagem que pode levar ao estabelecimento de um distúrbio de linguagem.

Além do roteiro IRDI, é importante destacar a pesquisa PREAUT (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018), que se insere nesse contexto, quando, através da observação da interação entre mãe e bebê encontra-se a possibilidade de detectar riscos para o desenvolvimento infantil, pois, as perturbações da comunicação e da interação podem se expressar desde os primeiros meses de vida de uma criança (PROJETO PREAUT SM, 2013).

Estudos sobre as interações precoces mostraram ainda, a real capacidade do bebê de suscitar trocas com a mãe a partir das primeiras horas da vida extrauterina, incluindo os bebês prematuros (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018). Muratori (2014) fala ainda, de um impulso endógeno em direção a outras pessoas, típica de bebês normais, os quais colocam frequentemente em ação comportamentos ativos de busca do outro ainda que o outro não o esteja estimulando. De acordo com estes dados, apoiando-se sobre hipóteses

psicodinâmicas e sobre a microanálise de filmes familiares de crianças que se tornaram autistas, a equipe PREAUT propôs que a associação de dois sinais facilmente identificáveis a partir do quarto mês de vida, pudesse revelar dificuldades da comunicação que podem prever uma perturbação grave do desenvolvimento.

Nesse sentido, a pesquisa PREAUT foi idealizada com o objetivo de identificar precocemente transtornos de comunicação que pudessem levar ao desenvolvimento de distúrbios do espectro do autismo durante os dois primeiros anos de vida. O interesse de um diagnóstico e um tratamento o mais precoce possível, para minimizar as deficiências relacionadas ao autismo, é atualmente objeto de um largo consenso (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018).

O PREAUT analisa dois sinais (S1 e S2) relacionados ao circuito pulsional em seus três tempos. O primeiro tempo pulsional é descrito como ativo, no qual o bebê busca o objeto oral para poder apoderar-se dele. O segundo tempo do circuito pulsional refere-se à capacidade auto-erótica do bebê. Já o terceiro tempo é o de satisfação pulsional, no qual a criança se faz objeto de um novo sujeito, assujeitando-se a um outro que vai se tornar sujeito de sua pulsão. Há uma alienação marcada pelos risos maternos e do bebê que responde à mãe, o que indica que ele buscava justamente se ligar no gozo deste Outro materno (LAZNIK, 2004).

Assim, o protocolo PREAUT surgiu para validar um conjunto de instrumentos de determinação das perturbações precoces da comunicação aos 4, 9, 12 e 24 meses e avaliar os riscos de evolução para o autismo dos casos detectados. Aos 4 e 9 meses utiliza-se para realizar a avaliação os Sinais PREAUT, aos 12 meses usa-se o Questionário de Desenvolvimento da Comunicação (QDC), e aos 24 meses o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) (ROBINS et al., 2001). Na pesquisa, os sinais foram rastreados por pediatras e profissionais que trabalham no *Protection Maternelle et Infantile* (Centro Francês de Saúde Pública gratuita para cuidados pediátricos), os quais assistiram aos bebês no nascimento e durante os primeiros meses de vida, em onze departamentos franceses, entre 2006 e 2011, em uma amostra de 4822 crianças (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018). Os primeiros resultados intermediários foram publicados em 2011 e um estudo com os resultados definitivos foi publicado em 2017 (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015; OLLIAC, et al., 2017).

Uma das particularidades sobre o protocolo PREAUT é a de que assim como o IRDI, os sinais precoces são observados entre o adulto e a criança, ao invés de se basear no discurso dos pais (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Assim, o objetivo da pesquisa PREAUT foi identificar e medir a confiabilidade e a sensibilidade de indicadores de risco para evolução autista antes dos dois anos, para disponibilizar tais indicadores para equipes de saúde, e assim contribuir para diminuir a idade das primeiras consultas especializadas favorecendo as intervenções precoces e adaptadas, pois se sabe que o bebê possui uma maior maleabilidade em seus aspectos orgânicos e em sua constituição psíquica (JERUSALINSKY et al., 2015).

Os sinais avaliados na grade PREAUT são os seguintes: aos 4 e 9 meses o sinal S1: o bebê não busca pelo olhar da mãe (ou quem faça sua função), enquanto não estiver sendo estimulado por ela, e S2: o bebê não procura provocar reações alegres na mãe (ou quem faça sua função), quando ela não o estiver estimulando. A falta da capacidade do bebê de provocar ativamente interações com seus cuidadores primordiais, seja através do olhar, de vocalizações ou gestos, pode indicar uma perturbação precoce em sua comunicação com o outro, com risco de evolução para o autismo (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Aos 12 meses, utiliza-se Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação (QDC), que estuda as novas competências de comunicação que o bebê adquire ao fim do primeiro ano de vida. O QDC avalia se a criança possui fácil contato visual, se pega um objeto e o segura consigo, se sorri para a mãe ou pessoas significativas, se responde quando alguém fala com ela manifestando expressões faciais adequadas e se tem interação satisfatória e a mantém.

E, finalmente, aos 24 meses utiliza-se o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) que avalia o jogo simbólico, a atenção conjunta, o apontar protodeclarativo e o seguimento do olhar, pois esses comportamentos normalmente estão presentes aos 18 meses, exceto em crianças com risco de autismo (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018).

O *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) é uma modificação do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), desenvolvido nos Estados Unidos (ROBINS et al., 2001). Losáprio e Pondé (2008) foram responsáveis pela tradução e adaptação do M-CHAT para o Brasil. O instrumento se propõe a selecionar possíveis casos,

para que se possa, posteriormente, fazer uma avaliação mais precisa. No ano de 2009 o M-CHAT foi revisado e modificado (MCHAT-R™) por Robins, Fein e Barton. É uma ferramenta cientificamente validada para triagem de crianças entre 16 e 30 meses de idade, que avalia o risco para o transtorno do espectro do autismo (TEA).

A realização da revisão propiciou o aumento de questões feitas aos genitores, melhorando a sua especificidade. Trata-se de um questionário elaborado com base nos critérios do DSM-IV que apresenta 23 questões do tipo “sim ou não” e pode ser aplicado aos pais, durante visitas pediátricas, por exemplo, e até mesmo na sala de espera do consultório (MURATORI, 2014). O formato e os primeiros nove itens do CHAT mantiveram-se, enquanto as demais questões se basearam na lista de sintomas que aparecem frequentemente na criança com autismo (LOSÁPIO e PONDÉ, 2008; MURATORI, 2014).

Os marcadores avaliados na pesquisa PREAUT mostraram-se eficazes quanto à detecção de dificuldades do desenvolvimento, que podem ou não evoluir para um quadro de autismo (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Além disso, os pediatras e outros profissionais que trabalham com crianças obtiveram a possibilidade de dispor de ferramentas para guiar a triagem a fim de propor uma intervenção adaptada, o mais rápido possível às famílias (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018).

Além de um risco para autismo, os resultados intermediários observaram a grande sensibilidade da prova do quarto mês para atrasos de desenvolvimento em geral, dentre os quais, atraso de linguagem, e não apenas específico para detectar risco para autismo (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Aos 9 meses, o número de positivos é menor, e isso permite supor que nessa idade de desenvolvimento, o Sinal PREAUT é menos sensível e mais específico de autismo. Observa-se também em conclusões intermediárias, uma frequência de prematuros com sinais de risco (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018).

Embora o instrumento PREAUT tenha sido elaborado para identificar precocemente sinais de risco de evolução para autismo em crianças pequenas, acredita-se que seja possível criar uma metodologia que seja capaz de detectar precocemente as perturbações da comunicação e interação que ultrapassem a classificação psiquiátrica do autismo, colocando a relação da criança com o outro no centro da investigação (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Hipotetiza-se que exista uma correlação entre os níveis intermediários de pontuação nos Sinais PREAUT e o processo de aquisição da linguagem das crianças (mesmo que não haja risco mais acentuado de estruturação autista). Tal hipótese já tem sido aventada em relatórios atuais da pesquisa PREAUT na França, ou seja, que os Sinais PREAUT não seriam tão específicos ao autismo, mas que detectam outros riscos à interação adulto-bebê, e também à aquisição e ao desenvolvimento de linguagem do bebê.

Assim, acredita-se que por avaliarem perturbações precoces da comunicação e interação que possam indicar risco para alterações na comunicação e de interação, o instrumento PREAUT, possa ser utilizado como elemento também preditivo de risco à aquisição da linguagem, visto que, parte da observação das protoconversações iniciais, referidas anteriormente, como elementos essenciais na constituição linguística e psíquica da criança.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo, são apresentados os métodos, instrumentos utilizados e as considerações éticas para realização desta pesquisa, demonstrando os passos percorridos a fim de alcançar os objetivos apresentados na mesma.

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo quantitativo e qualitativo, de coorte, longitudinal e prospectivo. Nos estudos de coorte os sujeitos são acompanhados ao longo do tempo para descrever a incidência ou história natural de uma condição clínica e para analisar os preditores (fatores de risco) de vários desfechos de saúde-doença (CUMMINGS et al., 2003).

A pesquisa quantitativa a partir da análise estatística apreende os fenômenos visíveis e concretos, já a abordagem qualitativa aprofunda-se nos significados das ações humanas, naquilo que não é perceptível e capturável por equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2003). Assim, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos complementa-se.

Ainda, a pesquisa qualitativa depende da natureza dos dados coletados, da extensão da amostra, dos instrumentos de pesquisa e dos pressupostos teóricos que nortearam a investigação sendo, assim, um processo sequencial de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório (GIL, 2002). Além, disso, o estudo qualitativo possibilita um olhar mais ampliado na medida em que apreende o indivíduo em sua integridade e em seu contexto (PEREIRA, GODOY, TERÇARIOL, 2009). Nesta pesquisa foi analisado o desenvolvimento da linguagem de bebês nascidos pré-termo e a termo, com e sem risco psíquico, na faixa etária de 3 a 24 meses, de forma quantitativa e qualitativa.

3.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está inserido na pesquisa: “**Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco**”

Psíquico: da detecção à intervenção”, autorizado em maio de 2014 no CEP – UFSM sob número de CAAE: 28586914.0.0000.5346.

Este estudo respeita as normas e diretrizes regulamentadoras para pesquisa com seres humanos que estão na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, prevê também a confidencialidade dos dados garantindo sigilo e privacidade dos sujeitos com a assinatura do Termo de Confidencialidade (Apêndice B), cabendo às pesquisadoras esta responsabilidade.

As famílias receberam esclarecimentos quanto aos procedimentos da pesquisa e foram convidadas a participarem deste estudo. Aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-Apêndice A). Ao término do estudo, que se estendeu até os 24 meses, receberam um retorno sobre os resultados da pesquisa.

Todos os bebês que apresentaram risco psíquico e/ou atraso no desenvolvimento (linguístico, psicomotor e cognitivo), até o final do estudo, foram encaminhados para intervenção com o devido profissional de referência, conforme o obstáculo apresentado em seu desenvolvimento. A equipe do Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil (NIDI) da UFSM se responsabilizou pelos atendimentos.

3.3. AMOSTRA

Nesta pesquisa, utilizou-se uma amostra inicial de 101 díades mãe e bebê distribuídas em:

– 37 bebês prematuros, dos quais 26 bebês nascidos prematuros tardios com idade gestacional entre 34 a 36 semanas; oito bebês nascidos prematuros moderados com idade gestacional inferior a 34 semanas e três bebês nascidos prematuros extremos com idade gestacional inferior a 30 semanas (LORENA e BRITO, 2009), e suas mães.

– 64 bebês nascidos a termo com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, e suas mães.

Cabe ressaltar que as análises de correlação e comparação realizadas com o SEAL e demais avaliações apresentaram um N distinto, pois para a comparação com a Escala Bayley III aos 24 meses, a amostra foi de 45 sujeitos e na comparação ao Denver II, foi de 90 bebês no primeiro ano e 82 bebês no segundo ano. Na

correlação e comparação com os roteiros psíquicos como o IRDI o número de sujeitos foi de 101 considerando os 18 meses de coleta, com o M-CHAT foi de 80 e com os Sinais PREAUT, 99 sujeitos avaliados aos quatro meses e 95 bebês aos nove meses. Isso porque houve algumas lacunas na realização de alguns testes, porque muitos bebês não retornaram para todas as avaliações. Este aspecto será formalizado nos resultados. Para a análise qualitativa, a amostra foi de sete díades mãe e bebê, das quais as crianças apresentaram apenas alteração de linguagem, sem risco psíquico.

Os bebês foram localizados e convidados para o estudo em dois locais de puericultura: o seguimento de prematuros no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e o setor de teste do Pezinho/puericultura da Unidade Básica de Saúde Paulo Wilson Noal (UBS).

No HUSM ingressam no seguimento 70 bebês prematuros ao ano. Na UBS ingressam no acompanhamento de puericultura 150 bebês ao ano. Por isso, estimou-se um número mínimo de 30 bebês advindos do HUSM e 30 bebês da UBS considerando o tempo de coleta para a pesquisa de doutorado e análise das variáveis investigadas, além de um número mínimo para análise estatística de tais variáveis.

Ainda, considerou-se que o risco psíquico de evolução do tipo não autista apresentou um percentual de aproximadamente 20% de prevalência em amostra de bebês investigados na mesma realidade em 2010 (VENDRUSCOLO et al., 2012; BELTRAMI, MORAES e SOUZA, 2013). Portanto, previu-se um número mínimo de 24 bebês com risco psíquico o que permitiria fazer análise estatística comparativa entre bebês com risco psíquico e bebês sem risco psíquico, independentemente da idade gestacional.

A escolha de bebês no serviço em que fazem o acompanhamento pediátrico (Hospital e Unidade Básica) deve-se a experiência de pesquisa anterior da orientadora do trabalho que indicou a importância de o bebê e sua família ser acompanhado próximo a sua residência. Considerou-se que a consulta pediátrica apresenta uma frequência mensal até os dois anos de idade o que poderia facilitar o acesso ao bebê e sua família para as reavaliações. Assim, os bebês e seus familiares foram recrutados no serviço onde usualmente faziam tal consulta, o que viabilizou a avaliação dos bebês no período necessário a este estudo.

3.3.1. Critérios de Inclusão

No grupo de prematuros, a mãe aceitou participar da pesquisa e assinou o TCLE (Apêndice A). Os bebês prematuros que constituem este grupo foram captados no HUSM.

No grupo de bebês a termo, (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas), os bebês foram recrutados na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal e a mãe aceitou participar da pesquisa e assinou o TCLE (Apêndice A).

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas da amostra as crianças com sinais evidentes de comprometimento neurológico, malformações, síndromes e com presença de distúrbios sensoriais (visuais e auditivas) devido ao comprometimento desses fatores ao desenvolvimento da criança.

3.3.3. Procedimentos de Seleção da Amostra

Para que os critérios de inclusão e exclusão fossem obtidos corretamente foram realizadas consultas médicas (UBS, HUSM) e avaliações neurológicas, estas quando indicadas pelos médicos pediatras (HUSM), nos bebês participantes até o final da pesquisa.

Além disso, durante o período da pesquisa, os bebês foram avaliados em termos auditivos, psicomotores e de desenvolvimento, além dos aspectos linguísticos, pela equipe de pesquisa que tinha um fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional com experiência clínica na infância superior a 20 anos, o que lhes permitiu identificar características sindrômicas que demandassem outras avaliações, inclusive genéticas. Tais bebês foram encaminhados ao programa de extensão de intervenção precoce quando necessário.

3.4. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A pesquisa foi realizada no HUSM, localizado na região central do Rio Grande do Sul e na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal de Santa Maria. O início da coleta se deu pela captação dos bebês a partir de maio de 2014 no HUSM e julho deste mesmo ano na UBS. A coleta dos dados para esta pesquisa iniciou entre julho e agosto de 2014, quando os primeiros bebês captados ingressaram em seu terceiro mês de vida (idade cronológica ou corrigida). Para este estudo, foram realizadas seis avaliações nos bebês, conforme sintetizado a seguir:

- 3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias;
- 6 meses e 1 dia a 7 meses e 29 dias;
- 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias;
- 11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias;
- 17 meses e 1 dia a 18 meses e 29 dias;
- 23 meses e 1 dia a 24 meses e 29 dias.

Nestas avaliações também se utilizou a idade gestacional corrigida para bebês prematuros.

Análise de Dados Gerais do Bebê e da Família

A Entrevista Inicial e Continuada (Apêndice C) foi constituída a partir de uma adaptação da entrevista acerca da experiência da maternidade, elaborada por Schwengber e Piccinini (2004) que aborda dados psicossociais (planejamento da gestação, apoio da família, dentre outros), obstétricos (pré-natal, tipo de parto, dentre outros) e sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, profissão materna e paterna, número de filhos, dentre outros), por meio de perguntas simples apresentadas à mãe e/ou quem faça a função materna, em caso de ausência desta.

Nessa entrevista foram também acrescentadas questões sobre experiência alimentar, sono, experiência auditiva-musical. A cada coleta foram retomados alguns temas como a alimentação, sono, hábitos auditivos, de linguagem, estado emocional da mãe e da família. Nessas entrevistas também foram anotados os dados de peso e altura do bebê bem como demais informações da carteira de saúde.

Para investigação do perfil socioeconômico das famílias utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (2013), pois este não utiliza apenas a renda familiar para classificação econômica das famílias, mas enfatiza sua função de

estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Para tal classificação leva-se em consideração: o grau de instrução do chefe de família, número de televisões, rádios, geladeiras, banheiros, freezer, automóvel, máquina de lavar roupa, empregada mensalista, videocassete e/ou DVD. Cada item possui um valor e a soma dos valores definirá em qual classe social a família se encontra. As classes sociais são: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Análise do Risco Psíquico

Para análise do risco psíquico, tendo em vista o risco de evolução para autismo, além da possibilidade de detecção de outros riscos à interação adulto-bebê e também ao desenvolvimento de linguagem do bebê foram utilizados os Sinais PREAUT, que se baseiam na análise do fechamento do circuito pulsional, ou seja, o trânsito entre auto-erotismo para se fazer objeto de desejo do outro, tanto no nível corporal quanto da voz.

O sinal foi investigado na interação entre pesquisador e bebê, bem como entre mãe e bebê. Em geral, não houve necessidade de instruir a mãe, pois o sinal emerge naturalmente na díade desde que a mãe converse ou olhe para o bebê. Quando necessário, o pesquisador instruiu a mãe para que conversasse com ele naturalmente como faz em casa. Para cada resposta a perguntas, descritas na tabela 1, é atribuído um valor. Quando a soma total é 15 o bebê estaria fora de risco quando entre 5 e 15 há risco intermediário, e quando é menor de 5 há alto risco de evolução para quadro de autismo. O sinal está descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Sinais PREAUT

QUESTÃO	Resposta	Valor
1) O bebê procura olhar para você?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	
b) Quando você fala com ele (protoconversaço)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (protoconversaço)	Sim	2
	Não	0

ESCORE TOTAL MÁXIMO	15
----------------------------	----

Em caso de pontuação inferior a 5 nos sinais acima, aplicou-se o que está na tabela 2:

Tabela 2 - Continuação Sinais PREAUT

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

Os Sinais PREAUT foram avaliados na primeira faixa etária (3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias) e na terceira (8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias).

O *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (Anexo A), que faz parte da pesquisa PREAUT, foi coletado aos 17 meses e 1 dia a 18 meses e 29 dias, e aos 23 meses e 1 dia a 24 meses e 29 dias.

Outro instrumento utilizado neste estudo para detectar risco psíquico e ao desenvolvimento foram os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER et al., 2010). Tal análise se deu pelo acompanhamento dos bebês

desde os primeiros meses de idade, nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses, com adaptação para as faixas previstas nesta pesquisa. O protocolo foi exposto anteriormente no Quadro 2 (página 75).

Análise da Linguagem

Para análise de linguagem foi realizada uma filmagem da interação da mãe ou quem exercia essa função para o bebê, que ocorreu de diferentes modos nas etapas do estudo. A filmagem foi realizada em dois ângulos: frontal e lateral, durante em média 15 minutos, a depender da idade do bebê e demais aspectos a serem analisados.

O ângulo frontal previu a colocação da filmadora da marca JVC Everio GZ-MG 630 digital sobre um cavalete a 2 metros, de modo a captar o bebê de frente para câmera e a mãe projetada em espelho que é colocado atrás do bebê tanto na posição sentada em bebê conforto como sentado sem apoio. O ângulo lateral, contou com filmagem com a câmera da marca Sony Handycam 1080p 80gb posicionada a 1 metro, e que buscou captar a interação face a face mãe bebê e uma visão total do bebê sentado no bebê conforto e sentado no tapete de EVA.

Houve uma padronização de posturas que a criança foi observada na interação com sua mãe, variando de acordo com a sua idade gestacional e possibilidades conforme as habilidades adquiridas em cada fase de vida:

- 3-4 meses e 29 dias: O bebê estava sentado no bebê conforto (9 minutos). A mãe foi instruída a cantar (3 minutos) (ambientação), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê-um cachorro de borracha sem barulho (3 minutos).
- 6-7meses e 29 dias: O bebê estava sentado no bebê conforto (9 minutos). Nesta posição a mãe foi instruída a cantar (3 minutos), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê-um cachorro de borracha sem barulho (3 minutos).
- 8-9 meses e 29 dias: Na posição sentada orientamos a mãe que cantasse ao bebê por 3 minutos, conversasse por mais 3 minutos e que oferecesse um objeto ao bebê (o cachorro de borracha) (3 minutos no total).

- 11-12 meses e 29 dias: Nesta filmagem o bebê foi observado em atividade livre com a mãe com uma caixa de brinquedos temáticos (animais, um bebê com mamadeira, panelinhas, etc) e observamos o brincar, a psicomotricidade e a troca linguística entre o bebê e a mãe, com as filmadoras posicionadas do mesmo modo previsto. A mãe foi orientada para que buscasse deixar o bebê sobre o tapete o que permitiria a captação das imagens pelas filmadoras.

- 17-18 meses e 29 dias: Nesta filmagem o bebê foi observado em atividade livre com a mãe com uma caixa de brinquedos temáticos (animais, um bebê com mamadeira, panelinhas, etc) e observamos o brincar, a psicomotricidade e a troca linguística entre o bebê e a mãe, com as filmadoras posicionadas do mesmo modo previsto. A mãe foi orientada para que buscasse deixar o bebê sobre o tapete o que permitiria a captação das imagens pelas filmadoras.

- 23-24 meses e 29 dias: O bebê foi observado em atividade livre com a mãe com uma caixa de brinquedos temáticos (animais, um bebê com mamadeira, panelinhas, etc) e observamos o brincar, e a troca linguística entre o bebê e a mãe, com as filmadoras posicionadas do mesmo modo previsto. A mãe foi orientada para que buscasse deixar o bebê sobre o tapete o que permitiria a captação das imagens pelas filmadoras.

A partir das filmagens foram realizadas análises da interação e fala das mães e dos bebês a partir da perspectiva enunciativa de aquisição da linguagem e também numa visão mais tradicional, a partir de testes de linguagem.

Os instrumentos utilizados foram:

1. Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018):

Nesses Sinais são consideradas as estratégias enunciativas utilizadas pela criança e por seu alocutário, pois no período de constituição linguística, a dependência do bebê em relação ao outro (o interlocutor) é ainda mais significativa do que em outras fases da vida. A presença/ausência dos sinais enunciativos foi verificada conforme protocolo, aos 2 meses a 6 meses e 29 dias, aos 7 meses a 12 meses e 29 dias, aos 13 meses a 17 meses e 29 dias e aos 18 meses aos 24 meses e 29 dias. Como o SEAL não possuía uma referência de quantos sinais ausentes

identificariam risco à aquisição da linguagem, pois sua validação ocorreu em paralelo a esta pesquisa, buscou-se na Escala Bayley III (BAYLEY, 2006) a identificação dos bebês com atraso na linguagem para identificar o número mínimo de sinais enunciativos ausentes para identificar risco. Esse dado será apresentado nos resultados desta tese. Os Sinais Enunciativos estão sintetizados no quadro 3.

Quadro 3 - Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018)

(continua)

Sinais de 2 a 6 meses e 29 dias
1. A criança reage ao <i>manhês</i> , por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar.
2. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons verbais como vogais e/ou consoantes.
3. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo).
4. A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo.
5. A criança inicia a conversação ou protoconversação.
6. A criança e a mãe (ou sua substituta) trocam olhares durante a interação.
7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversação ou conversação, quando o bebê a inicia.
8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o <i>manhês</i> falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê.
Sinais de 7 a 12 meses e 29 dias
9. A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos e dois modos articulatórios de consoantes).
10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento à fala da mãe (ou substituto).
11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente.
12. Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança.
Sinais de 13 a 17 meses e 29 dias
13. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto.
14. A criança nomeia de modo espontâneo, mas não inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto, buscando na prosódia uma forma de ser compreendida.

(conclusão)

15. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos, pessoas, ações, que estão presentes no contexto enunciativo.
16. A criança faz gestos para tentar fazer-se entender quando o adulto interlocutor não a compreende.
17. A criança repete o dizer do adulto interlocutor como forma de organizar ou reorganizar sua enunciação, por exemplo, aprimorando a forma sintática, ou fonológica, ou a escolha do item lexical ou mesmo acentuando algum item prosodicamente.
18. A criança conversa com diferentes interlocutores adultos (pai, mãe, examinador).
19. O adulto interlocutor atribui um sentido possível às produções verbais da criança, ou seja, de modo sintonizado.
Sinais 18 a 24 meses e 29 dias
20. A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor.
21. A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatorios – labial e alveolar- e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas).
22. A criança utiliza distintas formas (palavras) para veicular sentidos diferentes em sua enunciação.
23. A criança combina palavras, na forma direta ou inversa, para veicular sentidos diferentes.
24. Quando a criança apresenta produções verbais distintas da fala adulta, o adulto interlocutor reage fazendo um pedido de reparo neutro (o que) ou repetindo corretamente a fala infantil.

2.DDST-Denver Developmental Screening Test

O protocolo Denver II (FRANKENBURG et al., 1992), para avaliação da linguagem foi aplicado em todas as faixas etárias da pesquisa logo após a filmagem. Tal teste tem como foco avaliar o desenvolvimento pessoal-social, linguagem, motor fino e grosso. Para esta tese foram consideradas as habilidades do bebê quanto à compreensão e expressão da linguagem. Assim, essas habilidades são avaliadas a partir de grandes marcos como o balbucio, produção de palavras e frases entre outros. Conforme o Teste de Denver II uma criança estaria em risco quando apresenta um percentual inferior a 75%. As provas do teste estão resumidas no Anexo B.

3.Bayley Scales of Infant and Toddler Development®, Third Edition (Bayley III)

Na última fase da pesquisa, dos 23 meses aos 24 meses e 29 dias foi aplicada em uma parte menor da amostra (45 crianças) a Escala Bayley III,

considerada padrão ouro de avaliação. Nesse teste, a criança é observada quanto à realização de determinadas atividades previstas na faixa etária estudada. Para esta pesquisa foram considerados os aspectos linguísticos aos 24 meses expostos no Apêndice D, pontuados no ato da avaliação por profissional capacitada para realizar a Escala Bayley III (ANEXO C).

Análise Estatística Geral

Encerrada a etapa da coleta das avaliações, foi criado um banco de dados em Excel com a idade gestacional de cada criança, os resultados obtidos nos testes psíquicos e de linguagem, a partir de dados ordinais (escore) e nominais (ausência ou presença de risco).

As variáveis analisadas foram:

Idade Gestacional e Prematuridade: Foram realizadas análises de correlação e comparação com os desfechos nos testes de linguagem.

Presença ou Ausência de Risco Psíquico: A pontuação que correspondia ao valor total de indicadores do IRDI aos 18 meses, o valor total de itens positivos no M-CHAT aos 24 meses, o valor total dos Sinais PREAUT aos 9 meses. Não foram considerados os dados dos Sinais PREAUT aos 4 meses nessa análise porque vários bebês ficaram sem risco aos 9, o que sugere que os que permaneceram com risco nesta idade eram os casos realmente preocupantes (ROTH, 2016). Com essas pontuações foram feitos testes de correlação com valores obtidos nos testes de linguagem. Também foram realizados testes de comparação tendo em vista a obtenção de médias nos testes de linguagem considerando bebês em risco psíquico em comparação aos seus pares sem risco psíquico.

Análise de Linguagem: Os resultados percentuais do Denver II e da Escala Bayley III foram analisados em correlação com o número total de Sinais Enunciativos presentes. Também se observou o número mínimo de Sinais Enunciativos presentes em crianças fora de risco pela Escala Bayley III considerando que ela é um padrão ouro na literatura internacional.

Os resultados foram analisados estatisticamente no *software* STATISTICA 9.0. Testes não paramétricos foram utilizados para analisar a significância da

relação entre as variáveis investigadas. Neste estudo, considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$.

Análise Qualitativa

Após análise estatística, foi realizado um estudo qualitativo contemplando as crianças que apresentaram alteração na Escala Bayley III aos 24 meses.

A Escala Bayley III foi realizada em 45 bebês da amostra, desses 19 prematuros (13 prematuros tardios, quatro prematuros moderados e dois prematuros extremos) e 26 bebês a termo. Tal critério foi utilizado tendo em vista que se considera a Escala Bayley III padrão ouro, sendo reconhecida nacional e internacionalmente como referência para avaliação do desenvolvimento infantil.

Das 20 crianças que apresentaram alteração de linguagem pela Escala Bayley III, aos 24 meses, foram analisados sete casos em que apenas a linguagem esteve alterada sem histórico de risco psíquico, com todos indicadores do IRDI e os Sinais PREAUT presentes (pontuação 15). Nestes casos, a presença/ausência de Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL), e o desenvolvimento de linguagem avaliado pelo Bayley III foram analisados. Buscou-se, portanto, uma análise do funcionamento de linguagem.

Para ilustrar a análise dos casos, as filmagens foram analisadas e alguns trechos transcritos ortograficamente. Ressalta-se que a transcrição de dados linguísticos é um ato enunciativo, no qual estão em jogo dois enunciadores: o que fala (na cena) e o que transcreve (SURREAUX e DEUS, 2010). Assim, a transcrição implica o transcritor, neste momento, fazendo parte de um ato enunciativo, pois na clínica de linguagem, muitas vezes, a transcrição configura-se como um recurso da escrita que permite escutar, perceber o que uma enunciação singular evoca (SURREAUX e DEUS, 2010).

A transcrição dos dados de dados de linguagem foi realizada conforme as normas de transcrição adotadas pelo banco de dados Enunsil (Enunciação e sintoma na linguagem) coordenado por Flores (2006). Em cada início de transcrição é fornecido o contexto da cena enunciativa. Os atos de fala são divididos em duas/três colunas, conforme os interlocutores. As convenções de transcrição encontram-se no quadro 4:

Quadro 4 - Convenções de transcrição-Flores (2006).

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

A seguir, no quadro 5 estão sintetizadas as etapas do estudo.

Quadro 5 - Etapas do Estudo

Etapa	Faixa Etária	Procedimentos
1 ^a	Até 30 dias	Coleta: Entrevista Inicial
2 ^a	3-4 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, PREAUT, IRDI, Filmagem e Avaliação de Linguagem
3 ^a	6-7 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, IRDI, Filmagem e Avaliação de Linguagem
4 ^a	8-9 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, PREAUT, IRDI, Filmagem e Avaliação de Linguagem
5 ^a	11-12 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, Filmagem e Avaliação de Linguagem
6 ^a	13 a 18 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, IRDI, Filmagem e Avaliação de Linguagem
7 ^a	19 a 24 meses e 29 dias	Entrevista Continuada, M-CHAT, Filmagem e Avaliação de Linguagem

4. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa em duas seções. A primeira oferece os resultados de um estudo quantitativo que correlacionou e comparou estatisticamente as possíveis relações entre aquisição da linguagem, sofrimento psíquico e prematuridade, bem como a relação de resultados do SEAL com testes tradicionais como o DENVER II e o BAYLEY III. Na análise qualitativa, exposta na segunda seção do capítulo, será observado o histórico dos bebês com risco exclusivo na linguagem por meio do SEAL e confrontados os resultados da Escala Bayley III, o padrão ouro nos estudos internacionais.

4.1. ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados estatísticos do primeiro estudo referente aos dois anos de coleta, contemplando a análise dos 3 meses a 4 meses e 29 dias aos 23 meses a 24 meses e 29 dias.

Na tabela 3 estão os resultados das análises de linguagem a partir da correlação entre a pontuação total de Sinais Enunciativos de Aquisição de Linguagem (SEAL) presentes e o percentual no Teste Denver II aos 24 meses, e a pontuação total de SEAL presentes e o resultado na Escala Bayley III aos 24 meses.

A partir do teste de correlação de Pearson foi possível observar que quanto maior o número de Sinais Enunciativos presentes nos bebês, maior o percentual no teste Denver II ($p < 0,05$). Também, observou-se que quanto maior a pontuação no SEAL, maior a pontuação na Escala Bayley III, na avaliação de linguagem ($p < 0,05$). Cabe ressaltar, no entanto, que coeficiente de Pearson demonstrou uma correlação mais forte entre o SEAL e o Bayley III do que com o DENVER II.

Tabela 3 - Correlação pontuação total SEAL *versus* Denver II e Escala Bayley III.

TESTES	N	Pearson	p_valor
SEAL <i>versus</i> DENVER II	82	0,334	0,002*
SEAL <i>versus</i> BAYLEY III	45	0,718	0,001*

SEAL=escore total dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem; Denver II=percentual da avaliação para linguagem aos 24 meses; BAYLEY=escore Escala Bayley III linguagem aos 24 meses.
*Significativo pelo teste de Pearson.

Na tabela 4, encontram-se os resultados da correlação de Pearson entre a pontuação nas quatro fases dos Sinais Enunciativos e o percentual do Denver II nas quatro fases que correspondiam à faixa etária prevista no SEAL. Não foram observadas correlações positivas entre a primeira fase do SEAL e a primeira fase do Denver II, bem como entre a segunda fase do SEAL e a segunda fase do Denver II. Já na terceira fase observou-se correlação significativa entre o SEAL e o Denver II pelo teste de Pearson ($p < 0,05$), demonstrando que quanto maior a pontuação no SEAL, maior o percentual no Denver II. No entanto, o coeficiente de correlação mostrou-se fraco. Já na quarta fase observou-se correlação significativa negativa entre SEAL e Denver II ($p < 0,05$), ou seja, quanto maior a pontuação no SEAL, menor os resultados no percentual do Denver II.

Tabela 4 - Correlação pontuação SEAL *versus* pontuação Denver II por fases.

TESTES	N	Pearson	p_valor
SEAL versus DENVER II Fase 1	90	-0,0685	0,528
SEAL versus DENVER II Fase 2	90	0,0926	0,386
SEAL versus DENVER II Fase 3	82	0,2988	0,006*
SEAL versus DENVER II Fase 4	82	-0,3101	0,004*

SEAL= Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem; Denver II= avaliação de linguagem; fase 1= 3 a 6 meses, fase 2= 6 a 12 meses; fase 3= 12 a 18 meses; fase 4= 18 a 24 meses. *Significativo pelo teste de Pearson.

A tabela 5 demonstra os resultados da correlação de Pearson entre a pontuação do PREAUT aos 9 meses, entre a pontuação total de SEAL, o total de indicadores presentes no roteiro IRDI aos 18 meses, e a correlação entre a pontuação total de SEAL e a pontuação dos itens positivos no M-CHAT aos 24 meses. A partir do teste de correlação de Pearson, não se observou significância estatística na correlação dos escores entre os Sinais Enunciativos e os Sinais PREAUT aos 9 meses. Já a correlação estatística entre os escores do SEAL e total de indicadores no roteiro IRDI foi significativa ($p < 0,05$), bem como a correlação entre os escores do SEAL e os escores do M-CHAT aos 24 meses ($p < 0,05$).

Tabela 5 - Correlação SEAL *versus* Sinais PREAUT, IRDI e M-CHAT

TESTES	N	Pearson	p-valor
--------	---	---------	---------

SEAL versus PREAUT 9 M	95	0,176	0,087
SEAL versus IRDI 18 M	101	0,265	0,007*
SEAL versus M-CHAT 24 M	80	0,366	0,001*

SEAL= Sinais enunciativos de aquisição da linguagem; M= meses; IRDI= pontuação nos 18 primeiros meses. *Significativo pelo teste de Pearson.

Outra correlação analisada foi entre o número total de Sinais Enunciativos de Aquisição de Linguagem, considerando os instrumentos por faixa etária e os Sinais PREAUT. Foram elas a primeira faixa de 2 a 6 meses e 29 dias e os Sinais PREAUT aos quatro meses, bem como o número total de Sinais Enunciativos de Aquisição de Linguagem presentes na segunda fase, dos 7 aos 12 meses e 29 dias e os Sinais PREAUT aos nove meses. Na tabela 6, observam-se os resultados a partir da correlação de Pearson, no qual, verifica-se que quanto maior o escore do SEAL na primeira fase, maior a pontuação dos Sinais PREAUT aos quatro meses. Na segunda fase de análise do SEAL, não houve correlação significativa entre os escores do SEAL e os Sinais PREAUT aos nove meses, pois um grupo bem menor de bebês apresentou alterações nos Sinais PREAUT.

Tabela 6 - Correlação SEAL *versus* Sinais PREAUT aos 4 e 9 meses

TESTES	N	Pearson	p_valor
SEAL 1 versus SINAIS PREAUT 4 M	99	0,546	0,001*
SEAL 2 versus SINAIS PREAUT 9 M	95	0,185	0,71

SEAL 1=escore do SEAL 3 a 6 meses e 29 dias; SEAL 2= escore do SEAL 7 a 12 meses e 29 dias; M= meses. *Significativo pelo teste de Pearson.

A tabela 7 compara os escores do SEAL no primeiro ano com a presença/ausência de risco psíquico pelos Sinais PREAUT a partir do teste U de Mann-Whitney. Observou-se que houve diferença significativa entre os escores do SEAL da primeira fase (2 a 6 meses e 29 dias) em crianças com e sem risco psíquico, ou seja, os escores do SEAL das crianças sem risco são significativamente maiores que os escores das crianças com risco, no PREAUT aos quatro meses. Já na segunda fase de análise, dos 7 aos 12 meses e 29 dias, não se observou diferença significativa, entre o escore do SEAL e crianças com risco no PREAUT aos nove meses. Tal resultado concorda com os resultados de correlação da tabela 6.

Tabela 7 - Comparação Risco PREAUT *versus* SEAL

COMPARAÇÕES	N	p_valor
SEAL 1 <i>versus</i> RISCO PREAUT 4 M	99	0,001*
SEAL 2 <i>versus</i> RISCO PREAUT 9 M	95	0,058

SEAL 1=escore do SEAL 3 a 6 meses e 29 dias; SEAL 2= escore do SEAL 7 a 12 meses e 29 dias; M=meses. *Significativo pelo teste U de Mann-Whitney.

Ainda, comparou-se o escore total do SEAL em crianças com e sem risco de alteração de linguagem pela Escala Bayley III, em crianças com e sem risco no roteiro IRDI, e em crianças com e sem risco no M-CHAT, por meio do teste U de Mann-Whitney (tabela 8). Observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) apenas na primeira análise, ou seja, o total de SEAL nas crianças sem alteração de linguagem são significativamente maiores que nas crianças com alteração de linguagem na Escala Bayley III. Esse resultado corrobora o resultado exposto na tabela 3. Já no escore total de SEAL comparado a crianças com e sem risco no roteiro IRDI, e com e sem risco no M-CHAT, não se observou diferença significativa.

Tabela 8 - Comparação pontuação total SEAL *versus* Escala Bayley III, IRDI e M-CHAT

COMPARAÇÕES	N	p_valor
SEAL TOTAL x ATRASO BAYLEY III 24 M	45	0,001*
SEAL TOTAL x RISCO IRDI	101	0,127
SEAL TOTAL x RISCO M-CHAT 24 M	80	0,054

SEAL TOTAL= Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem nos dois anos; M=meses. *Significativo pelo teste U de Mann-Whitney.

A partir da comparação do escore total do SEAL em crianças com e sem risco de alteração de linguagem pela Escala Bayley III, foi possível obter a partir de estatística descritiva, a média dos resultados, e o número mínimo de Sinais Enunciativos presentes em crianças sem risco pela Escala Bayley III para que se considere que a criança não tenha risco à aquisição da linguagem (tabela 9).

Tabela 9 - Estatística Descritiva do SEAL total *versus* Escala Bayley III com e sem atraso

TESTES	N	Média (±DP)	Mínimo	Máximo
SEAL TOTALx BAYLEY III Sem atraso aos 24 meses	27	18,85 (± 2,92)	9,00	22,00

SEAL TOTALx BAYLEY III	18	12,39 (\pm 5,13)	2,00	22,00
<u>Com atraso aos 24 meses</u>				

SEAL= Sinais enunciativos de aquisição da linguagem; DP=desvio padrão.

A tabela 10 apresenta a correlação entre a idade gestacional e o escore total dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem. Observa-se que não houve correlação significativa entre a idade gestacional dos bebês e o escore total do SEAL, ou seja, não houve crescimento ou decréscimo conjunto do número de sinais e idade gestacional.

Tabela 10 - Correlação Idade Gestacional *versus* pontuação total SEAL

TESTES	N	Pearson	p_valor
SEAL TOTAL versus IG	101	0,0315	0,759

SEAL TOTAL= total Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem aos 24 meses; IG=idade gestacional em semanas.

Ainda, a tabela 11 compara o escore total do SEAL quanto à prematuridade, pelo teste U de Mann-Whitney. Observou-se diferença significativa entre o escore total do SEAL na comparação dos grupos de bebês prematuros e a termo ($p < 0,05$). Os bebês prematuros tiveram uma média no SEAL menor do que os bebês nascidos a termo.

Tabela 11 - Comparação pontuação total SEAL *versus* Prematuridade

TESTES	N P		N T		p_valor
	N	Média	N	Média	
SEAL TOTAL versus PREMATURIDADE	37	14,38	64	16,36	0,039*

SEAL TOTAL=número de sinais totais; NP= nascidos pré-termo; NT= nascidos a termo. *Significativo pelo teste U de Mann-Whitney.

4.2. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Para esta análise, inicialmente foram verificados os dados das crianças que apresentaram alteração de linguagem pela Escala Bayley III, aos 24 meses, um total de 20 crianças. Destas crianças verificou-se caso a caso, a presença/ausência de Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) e o total de SEAL presentes aos 24 meses, a presença/ausência de risco psíquico a partir dos Sinais

PREAUT aos 9 meses, a presença/ausência de risco psíquico a partir do roteiro IRDI até os 18 meses, além do resultado do M-CHAT aos 24 meses, dados resumidos no quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Descrição dos resultados das crianças com alteração de Linguagem - Bayley III
(continua)

S	Sinais Presentes SEAL	Sinais Ausentes SEAL	Total SEAL	Bayley III 24m	Total PREAUT 9m	Total IRDI 18m	M-CHAT 24 m
1	1,2,3,4,5,6,7,8, 12,16,18,19,20, 21,24	9,10,11,13,14,15,17, 22,23	15	79 (L)	15	18	Sem risco
2	1,3,4,5,6,7,8,16 ,18,	2,9,10,11,12,13,14,1 5,17,19,20,21,22,23, 24		71 (L)	15	18	Sem risco
3	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,	13,14,15,16,17,18,1 9,20,21,22,23, 24	2	59 (EB)	15	7	Sem risco
4	1,3,4,6,7,8,12,1 6,19,	2,5,9,10,11,13,14,15 ,17,18,20,21,22,23,2 4		77 (L)	7	6	Sem risco
5	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,15,1 6,18,19, 20,21,24	13,14,17,22,23	9	83 (MB)	15	7	Sem risco
6	1,2,3,4,5,6,7,8, 12, 20,21,24	9,10,11,13,14,15,16, 17, 18,19, 22,23	2	79 (L)	15	7	Sem risco
7	6,12	1,2,3,4,5,7,8,9,10,11 ,13,14,15,16,17,18,1 9,20,21,22,23,24		65 (EB)	15	2	Com risco
8	1,3,4,6,7,8,12,2 0,21,22,23,24	2,5,9,10,11,13,14,15 ,16, 17,18,19	2	47 (EB)	15	5	Sem risco
9	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,16,1 9,20,21, 22	13,14,15,17,18,23,2 4	7	85 (MB)	15	8	Sem risco
10	1,2,3,4,7,11,12,	5,6,8,9,10,13,14,15, 16,17,18,19,20,21,2 2,23,24		59 (EB)	7	2	Com risco
11	1,2,3,4,5,6,10,1 1,12,20,21,22,2 3	7,8,9,13,14,15,16,17 ,18,19,24	3	74 (L)	15	7	Sem risco
12	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,15,1 6,17,18, 19,20,21,22,23, 24	13,14	22	77 (L)	15	6	Sem risco

(conclusão)

13	1,2,3,4,7,9,11	5,6,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,14		47 (EB)	7	3	Com risco
14	2,7,8,15,16,17,18,19,20,21,22,24	1,3,4,5,6,9,10,11,12,13,14,23	2	79 (L)	Não fez avaliação	1	Sem risco
15	1,3,4,6,7,12,16,20,21,24	2,5,8,9,10,11,13,14,15,17,18,19,22,23	0	79 (L)	15	7	Sem risco
16	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,16,	13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,24	3	77 (L)	15	6	Com risco
17	1,2,3,4,6,7,8,9,12,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24	5,10,11,13,14	9	79 (L)	15	6	Sem risco
18	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24	13,14	2	83 (MB)	15	7	Sem risco
19	1,3,4,6,7,8,12,13,20,21	2,5,9,10,11,14,15,16,17,18,19, 22,23,24	0	83 (MB)	15	5	Sem risco
20	1,2,3,4,6,7,8,9,12,20,21,22,23,24	5,10,11,13,14,15,16,17,18,19	4	89 (MB)	15	6	Sem risco

L=limítrofe; EB= extremamente baixa; MB=média baixa.

No quadro 6, observa-se que 12 crianças (S1, S2, S3, S5, S6, S9, S11, S12, S15, S17, S18, S20) apresentaram risco à aquisição da linguagem pelo SEAL e/ou Bayley III, sendo que oito delas apresentaram pontuação limítrofe, três crianças apresentaram média baixa e uma, extremamente baixa no Bayley III, evidenciando a emergência de atraso de linguagem aos 24 meses, sem que houvesse risco psíquico pelo roteiro IRDI, pelos Sinais PREAUT ou pela avaliação do M-CHAT. Ressalta-se ainda que na observação dos casos, S12 e S18 apresentaram número de sinais no SEAL (22 sinais presentes) e S5 e S17 (19 sinais presentes) compatível com ausência de risco se considerada a média de 18 sinais ou menos, indicada na análise estatística para risco no SEAL, embora a Escala Bayley III tenha indicado alteração.

Por outro lado, em oito casos (S4, S7, S8, S10, S13, S14, S16 e S19) um dos instrumentos de risco psíquico esteve alterado, sendo que em sete casos o IRDI e PREAUT apresentaram alteração e em quatro casos o PREAUT e o M-CHAT respectivamente. Nesses casos, a Escala Bayley III, na linguagem pontuou limítrofe

para dois casos, média baixa para dois casos, e extremamente baixa para quatro casos. Nesses casos de linguagem extremamente baixa temos dois bebês com alteração nos Sinais PREAUT aos 9 meses, no roteiro IRDI considerando os 18 meses e no M-CHAT aos 24 meses, e um bebê com alteração no roteiro IRDI aos 18 meses e no M-CHAT aos 24 meses, o que demonstra que no grupo com risco psíquico a pontuação de linguagem apresentou mais casos de resultado extremamente baixo do que nos casos de risco exclusivo à linguagem.

Após esta primeira análise, descartados os casos com alteração no SEAL superior a 18 e também casos com pontuação média baixa no Bayley III, foram selecionadas sete crianças que apresentaram risco à aquisição da linguagem pelo SEAL e risco ou atraso na avaliação da Escala Bayley III (Quadro 7), para as quais foram analisados os vídeos de interação com a mãe, o que permitiu lançar hipóteses iniciais de funcionamento de linguagem.

Convém ressaltar que nenhum desses sujeitos apresentou histórico de risco psíquico pelos protocolos e roteiros utilizados. No quadro 7, esses sujeitos foram identificados por seu número e também uma letra inicial de seu nome, de modo a abordar a análise no formato de caso.

Quadro 7 - Crianças com risco à aquisição da linguagem pelo SEAL e pela Escala Bayley III, sem risco psíquico.

(continua)

Sujeito	SEAL presentes	SEAL Ausentes	SEAL Total	Bayley III 4m	Sinais PREAUT/IRDI M-CHAT
S1-D	1,2,3,4,5,6,7,8,12, 16,18,19,20, 21, 24	9,10,11, 13, 14, 15, 17,22,23	15	79 (L)	Sem risco
S2-LC	1,3,4,5,6,7,8,16,1 8	2,9,10,11,12,13,14,15, 17,19,20,21,22,23,24	9	71 (L)	Sem risco
S3-LH	1,2,3,4,5,6,7,8,9,1 0,11,12	13,14,15,16,17,18,19, 20,21,22,23,24	12	59 (EB)	Sem risco
S6-S	1,2,3,4,5,6,7,8,12, 20,21,24	9,10,11,13,14,15,16,1 7, 18,19, 22,23	12	79 (L)	Sem risco
S9-R	1,2,3,4,5,6,7,8,9,1 0,11,12,16,19,20, 21,22	13,14,15,17,18,23,24	17	85(MB)	Sem risco

(conclusão)

S11-P	1,2,3,4,5,6,10,11, 12,20,21,22,23	7,8,9,13,14,15,16,17,1 8,19,24	13	74 (L)	Sem risco
S15-A	1,3,4,6,7,12,16,20 ,21	2,5,8,9,10,11,13,14,15 ,17,18,19,22,23,24	10	79(L)	Sem risco

L=limítrofe; EB= extremamente baixa; MB=média baixa.

A seguir, são apresentados os casos, a luz da história de cada sujeito. Para transcrever os dados de linguagem utilizaram-se as normas de transcrição descritas no Quadro 4, na página 96 (FLORES, 2006). Em cada início de transcrição é fornecido o contexto da cena enunciativa. Os atos de fala são divididos em duas colunas, conforme os interlocutores.

Sujeito 1: D.

D, um menino prematuro moderado, nasceu com 32 semanas e dois dias de gestação, é o quarto filho da mãe que tinha 35 anos de idade na época, seus irmãos tinham 18,16 e 10 anos de idade. O pai estava com 42 anos e trabalhava como mestre de obra, a mãe era auxiliar de decoração. A família morava em casa própria e a renda familiar ficava em torno de R\$ 2.000,00. A mãe referiu que sua gravidez foi planejada, realizou pré-natal, e no parto por cesárea não houve intercorrências. D. nasceu com 1445 kg, ficando na UTIN por 32 dias.

Na avaliação da Escala Bayley III, realizada aos 24 meses e 22 dias, apresentou resultado limítrofe de 79 pontos no total, sendo que sua avaliação no item recepção foi de 19 acertos e expressão de 23 acertos. Na comunicação receptiva identificava objetos no ambiente após nomeação pelo avaliador. Do mesmo modo, compreendia pequenos questionamentos como, por exemplo, onde está a mesa. Também identificava até três figuras no livro de estímulos, não compreendia palavras de repreensão, ou outras ordens como de alimentar o bebê ou identificar vocabulário relativo ao vestuário, partes do corpo e ações como dormir, comer e acenar. Na comunicação expressiva, demonstrou vocabulário de até oito palavras, conseguindo expressar desejos, iniciar a interação, nomear alguns objetos, por vezes, combinando palavra e gesto. Sua produção era de palavras isoladas e não respondia a perguntas de tipo sim ou não.

No SEAL, apresentou todos os itens da primeira fase. Na segunda fase, não evidenciou os itens 9, 10 e 11, pois não conseguia ocupar seu turno com estruturas

sonoras, nem protopalavras espontaneamente ou por repetição do dizer do outro. Na terceira fase, não fazia nomeação de objetos ausentes, seja de modo inteligível ou não (sinais 13 e 14), nem nomeava objetos/pessoas presentes no contexto (sinal 15). Também não repetia o dizer do adulto quando não compreendido para reorganizar sua fala (sinal 17). Apresentava os sinais 16, relacionado à utilização de gestos para se fazer entender na ausência de palavras; o sinal 18, relativo a poder dialogar com distintos interlocutores e o 19 que evidenciava um esforço materno para atribuir sentido as produções de D.

Na quarta fase do SEAL, evidenciou a capacidade de produzir palavras para solicitar objetos ao alocutário (sinal 20) e distintas formas fonêmicas nas poucas palavras que produzia (sinal 21). No entanto, a restrição de vocabulário evidenciou poucas formas para veicular distintos sentidos, o que levou à atribuição de ausência do sinal 22. D também não combinava palavras (sinal 23), mas percebeu-se que a mãe continuou seu empenho em atribuir sentidos e dialogar com o filho, reagindo às produções verbais distintas da forma adulta, sem corrigi-lo, mas repetindo-as de forma correta (sinal 24).

Ao se confrontar os resultados obtidos com a Escala Bayley III e SEAL pode-se perceber que o fato de o menino poder expressar até oito palavras não consegue oferecer uma direção ao avaliador de qual seria sua dificuldade para ampliar o vocabulário, algo percebido nas duas avaliações. As limitações de compreensão percebidas no Bayley III fornecem uma pista de que o processamento da frase, ou seja, compreensão sintático-semântica pode estar afetado. No SEAL, essa hipótese sobre sua dificuldade emerge na ausência da capacidade de produzir frases ou combinações de palavras (sinal 23) bem como apresentar vocabulário variado (sinal 22). A realização vocal da língua não parece ser o problema de D, pois consegue apresentar formas fonêmicas variadas (sinal 21). Do mesmo modo, percebe-se em todas as fases do SEAL que a mãe realiza esforço para interpretar suas produções enquanto seu alocutário usual. Tais observações são visíveis em algumas cenas durante a filmagem da interação entre D e sua mãe.

Considerando a contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de D (MD) e D. No início da filmagem, o menino caminha pela sala, sem atender aos chamados da mãe, que o chama, mostra os brinquedos, pede para que venha brincar com ela, e em alguns momentos, quando D mexe em objetos da sala,

a mãe o repreende, o que não tem um efeito em D. Tais ações da mãe ocorrem sem que esta saia da sua posição (sentada no tapete). Quando o menino fica em pé perto dela, atenta para os bichos e depois os carros, e então ocorrem as cenas a seguir:

Quadro 8 - Cenas de interação entre D e MD.

MD	D
Cena 1	
1) Vem cá vem, olha quantos bichinhos viu! ((Mãe coloca bichos lado a lado))	
	2) Bóó ((Menino chega perto da mãe e fica em pé perto dela, interessa-se pelos bichos))
	3) ((Menino fica em pé perto da mãe, atenta para os carros, bate os carros um no outro, e no espelho))
4) Ó, o carro!	
	5) Cao!
6) Carro!	
	7) Cao!
8) Isso!	
	9)((Menino senta com a mãe após 6 minutos caminhando pela sala))
10) Hum tu resolveu!	
	11) Aqui () ((Nesse momento envolve-se com os brinquedos e fica sentado com a mãe))
12) Humm, bonito!	
Cena 2	
	13) Go! ((Coloca brinquedos na caixa e comemora quando vê a bola))
	14) Dá! ((Segue colocando brinquedos, quando vê a tampa faz gesto indicativo para a mãe))
15) Guarda tu, você que pegou, guarda o nenê!	
	16) Nâná ((Pega a banana))
17) A bananá? É a bananá mesmo! A banana?	
	18)Dá ((Dá a tampa para a mãe guardar))
19) Fechou!	
	20) Anto?! ((menino tenta abrir de novo))
21) É, fechou!	

A partir das cenas expostas no quadro 8, observou-se que D, quando concentrado e atento ao seu alocutário, conseguiu ocupar sua posição no diálogo com palavras, embora ainda não consiga reorganizar sua fala a partir do dizer do outro (linha 7), possivelmente pelas dificuldades já expostas, quanto ao processamento semiótico da língua. No entanto, observou-se também que inicia o

diálogo (linha 14) assumindo seu papel na posição de um EU que fala para um TU, ou seja, a partir da realização vocal da língua, no caso, por palavras, constitui-se no diálogo, emergindo, assim, o processo de semantização da língua.

Ainda, observou-se que sua alocutária, a mãe, atribuiu sentido às produções da criança, ao tomar o que ela enuncia como um dizer (linha 15, 17 e 21), bem como auxiliou D de forma a não expor seu erro, sustentando-o enunciativamente, de modo que ele possa analisar seu próprio modo de produção em comparação à fala do adulto, e, a partir disso, autocorriger-se.

Conforme os mecanismos enunciativos de Silva (2009), D estava se constituindo no segundo mecanismo que trata da semantização da língua e a construção da referência pela díade (EU-TU/ELE) (linhas 5 e 7), bem como fazia incursões pelo terceiro mecanismo referente à instauração do sujeito na língua, a partir de estratégias como a intimação do TU (mãe) pelo EU (D) (linha 14).

*Neste caso a **hipótese de funcionamento de linguagem inicial** que se pode lançar é de que D. apresenta limitações processuais no nível semiótico da língua, talvez relacionadas ao pouco tempo em que permanece concentrado brincando com o outro, o que não lhe permite processar e memorizar a informação linguística adequadamente. Essa hipótese combina com os resultados baixos na recepção no Bayley III e na ausência de variabilidade lexical e sintaxe observadas nos sinais do SEAL. A agitação pela sala e a mãe aguardando que se decida a interagir são os elementos centrais de um funcionamento que parece não favorecer sua constituição linguística.*

Sujeito 2: LC

LC é um menino prematuro tardio, nasceu com 36 semanas e dois dias de gestação, a mãe tinha 36 anos na época e LC é o seu único filho. A mãe trabalhava como serviços gerais, e era solteira. O pai não participava da rotina do filho. A renda da mãe era de R\$ 1.000,00 e sua casa era alugada. A gravidez não foi planejada, mas desejada, realizou pré-natal. Teve como intercorrência na gestação pré-eclampsia, LC nasceu de cesárea pesando 2340 kg e ficou 26 dias na UTIN.

Na avaliação da Escala Bayley III, realizada aos 23 meses e 18 dias, apresentou resultado limítrofe de 71 pontos no total, sendo que sua avaliação no item recepção foi de 22 acertos e expressão de 12 acertos. Na comunicação

receptiva identificava até três objetos no ambiente e no livro de estímulos após nomeação pelo avaliador. Ainda, identificava até cinco partes do corpo, uma figura de ação, bem como compreendia palavras de repreensão. No entanto, não seguia pequenas ordens de uma parte como alimentar o bebê, nem compreendia o uso de objetos e pronomes. Na comunicação expressiva, dirigia e chamava a atenção dos outros, utilizava gestos, iniciava interação com brincadeiras e participava de rotina com brincadeiras de bater palmas e esconde-esconde. Porém, não fazia combinação de consoante vogal (monossílabo), não imitava palavras, nem utilizava palavras para demonstrar desejo, não nomeava objetos e não combinava palavras a gestos, além de não fazer uso de aproximação de uma palavra, por exemplo: apontar mamadeira e pedir mamã.

No SEAL, na primeira fase já não preenchia seu lugar na interlocução com sons verbais, como vogais ou consoantes (sinal 2), na segunda fase não apresentava nenhum sinal presente (sinais 9,10,11,12). Tais sinais se referem ao fator infantil, ou seja, se a criança preenche seu turno com sons, se faz protopalavras por espelhamento ou espontaneamente (todos referentes à ocupação de seu lugar com estruturas sonoras similares ou não a palavras), além do 12, quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança. Na terceira fase do SEAL, só estão presentes, os itens nos quais a criança utiliza gestos para se fazer entender (sinal 16) e no qual ela conversa com diferentes interlocutores (sinal 18). Nesta fase confirma-se a dificuldade do adulto em sustentar as produções da criança, mesmo que por vocalizações (sinal 19). Na última fase do SEAL apresentam-se todos os itens ausentes (sinais 20,21,22,23 e 24), mostrando um fator só que inclui bebê e adulto no risco, ou seja, dificuldades na realização vocal da língua e na ocupação de sua posição no diálogo, bem como questões referentes à posição do seu alocutário, nesse caso, a mãe.

Nas análises dos resultados da Escala Bayley III e SEAL pôde-se observar que LC apresenta dificuldades importantes quanto à realização vocal da língua, ou seja, o domínio semiótico está bastante comprometido, pois conforme a Escala Bayley III não fazia combinação de consoante e vogal, não imitava palavras, nem fazia nomeação. No SEAL, todos os itens referentes às possibilidades de realização vocal da língua estavam ausentes (sinais 2, 9,10,11,13,14,15,17,20,21,22 e 23). A

Escala Bayley III é capaz de demonstrar essa dificuldade de LC, quanto ao processo semiótico da língua. Mas, a partir do SEAL, pôde-se observar que desde a segunda fase, a mãe, sua alocutária usual, apresentava dificuldade de sustentar LC enunciativamente. Para compreender melhor a dinâmica da interlocução entre mãe e filho é importante observar como está se constituindo a relação dialógica entre ambos. A seguir, algumas cenas de interação entre eles permitem esta análise.

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de LC (MLC) e LC, após, está presente LC e a examinadora (E). Inicialmente LC e a mãe estão sobre o tapete, mãe oferta os brinquedos à LC.

Quadro 9 - Cenas de Interação entre LC e MLC, e entre LC e E.

(continua)

MLC	LC
Cena 1	
	1) Eeee..aaaa ((mexendo nos brinquedos))
2) O que que é isso aqui? Milho, diz milho!((ansiosa))	
	3) ((Menino coloca milho na boca))
4) Não é de come, é de come, mas isso aqui é brinquedo, não bota na boca, é milho isso aqui filho?	
	5) ((Menino mexe no tapete))
6) Tapete, é o tapete? ((Pega uma banana)) O que é isso aqui? Banana, é? ((ansiosa))	
	7) Éé..
8) É!	
	9)((Menino leva banana à boca))
10) É de come a banana né filho! Essa aqui é tartaruga ó, diz tartaruga! ((pega a mamadeira)) O que que é isso aqui? ((ansiosa))	
	11) Ahhh...((Menino aponta para a porta e levanta))
12) Fica aqui, senta aqui que a tia já vem!	
	13) ((LC vai até o espelho e fica de pé na frente))
14) Olha estado da tua cara, viu tu não para!	
	15) ((Menino tem machucado no nariz, aponta para a perna))
16) Machucou a perninha também?	
	17) ((Aponta para o espelho))
18) É, tu não para! Que que é isso aqui LC, é uva? É!	
	19) ((Menino caminha pela sala, vai até o computador e liga))
20) NÃO MEXE! Guri ligou o computador, eu não acredito numa coisa dessa, não mexe! ((Vai até ele, necessita contê-lo))	
	21) ((Menino caminha pela sala, mexe nas câmeras, mãe o contém, o leva para

(conclusão)

	o tapete))
22) Que que é isso aí hein, que? Mamadeira? Não bota na boca!((Mostra brinquedos da caixa, demonstra ansiedade))	
	23) Ei eii... ((dá a mamadeira para mãe e quer sair pela sala, mãe segura))
Cena 2	
E	LC
24) O que aconteceu? Tá brabo? ((nesse momento mãe pede para sair, tomar água, visivelmente cansada))	
	24) liii... ((olha para a examinadora e mostra barraca de bolinhas))
25) É, tu quer a barraca? A tia vai levar pra ti! Era isso que tu queria?	
	26) Ééé...((percebe a ausência da mãe e chama)) Áeel!
27) Ela já vem, foi toma água.	
	28)((Vai em direção às câmeras e mexe))
29)É da tia, não pode!	
	30) ((Tenta novamente mexer))
31)Não LC! Aqui NÃO pode! Leva para a tia, leva.((E pede que LC alcance um objeto para outra examinadora))	
	32) ((Atende ao pedido de E, senta no tapete e espelha ação de dar mamá que E faz, logo após mãe chega, LC sorri e corre até a porta, chama a mãe para sair, choraminga.))

A partir das cenas expostas no quadro 9, observou-se as limitações de LC e de MLC na interação linguística. LC apresenta defasagem na realização vocal da língua, apenas vocalizava, não apresentando consoantes em sua fala (linhas 1, 7,11,23 e 26), ou seja, não estava constituindo o plano semiótico da língua. Além disso, não ocupava seu lugar na posição discursiva com sua alocutária usual, quando produzia vocalizações, estas ocorriam sempre após a intervenção/solicitação da mãe (linhas 7,11), o que demonstrava dificuldades na iniciativa do processo de semantização da língua por parte do menino.

Além disso, as cenas demonstravam as dificuldades apresentadas pela mãe desde a segunda fase do SEAL. MLC, quando tinha oportunidade ofertava diferentes signos ao menino a partir de interrogações, e na maioria das vezes, respondia por LC de forma diretiva, não permitindo que o menino ocupasse seu turno enunciativo (linhas 2,10,18,22). Também demonstrava ansiedade em sua fala, possivelmente ao

confrontar-se com as poucas produções de LC, e na tentativa de manter o menino atento a ela, pois necessitava contê-lo, já que sua palavra não parecia surtir efeito em LC. Já com a examinadora, pôde-se observar que LC atendeu as suas solicitações, embora tenha sido necessário a marcação do não em sua fala (linhas 31e 32). Isso vai ao encontro do que mostra a Escala Bayley III, na qual LC compreende palavras de repreensão. Desse modo, sugere-se que o não atendimento dos pedidos da mãe se dá mais por uma dificuldade na forma como interagem sem diálogo do que uma questão de compreensão por parte de LC.

Referente aos mecanismos enunciativos, LC apresentou a primeira e a terceira estratégia enunciativa do primeiro mecanismo, que trata das relações de conjunção EU/TU e de disjunção EU/TU. Assim, apresentava estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do TU (linhas 7,11), e fazia solicitações ao TU, nesse caso à examinadora (linha 24) (SILVA, 2009).

*A partir da observação deste caso pode-se lançar uma **hipótese de funcionamento de linguagem inicial** em que LC fala em uma espécie de colagem à fala da mãe, não apresentando iniciativa em realizar signos da língua. Talvez possua uma limitação na realização vocal da língua, já que não apresentou dificuldades de compreensão importantes no Bayley III, o que pode explicar sua pouca participação nas tentativas de diálogo da mãe e também a postura diretiva da mãe para tentar fazê-lo falar já que começa a perceber seu atraso de linguagem.*

Sujeito 3: LH

LH, um menino prematuro tardio, nasceu com 36 semanas de gestação. A mãe tinha 16 anos na época, e LH era seu único filho. O pai tinha 20 anos e trabalhava como vendedor, os dois eram casados. A renda da família era de aproximadamente R\$ 2.000,00 e sua casa era própria. A gravidez não foi planejada, mas desejada, realizou pré-natal. Como intercorrência na gravidez teve diabete gestacional, o bebê nasceu de parto normal, pesando 1910 kg, mas não necessitou ficar internado em UTIN.

Na avaliação da Escala Bayley III, realizada aos 24 meses e 13 dias, apresentou resultado extremamente baixo de 59 pontos no total, sendo que sua avaliação no item recepção foi de 18 acertos. Na comunicação expressiva, LH zerou o teste, pois não atingiu o mínimo de três acertos consecutivos, que é a base para

começar o teste. Embora se considere o teste zerado, serão descritas as questões que ele acertou. Na comunicação receptiva identificava até um objeto após nomeação pelo avaliador e no ambiente após pergunta, por exemplo: onde está a mesa? Também identificava até uma figura no livro de estímulos e compreendia palavras de repreensão. Porém, não conseguia seguir pequenas ordens como alimentar o bebê. Na comunicação expressiva, dirigia a atenção aos outros, iniciava interação com brincadeiras e fazia sons guturais indiferenciados. Não chamava a atenção do outro, nem usava palavras para demonstrar desejos, também não imitava palavras, nem combinava consoante vogal.

No SEAL, as duas primeiras fases estavam completas (sinais 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 presentes). Já nas duas últimas todos os itens estavam ausentes. Na terceira fase, todos os itens referentes às possibilidades de realização vocal da língua estavam ausentes (sinais 13,14,15,17 e 18). Além disso, o sinal 19, referente à sustentação da mãe as produções da criança, de modo sintonizado também estava ausente, o que pode se dar pela ausência de produções da criança. Na quarta fase do SEAL, novamente todos os itens ausentes demonstravam a dificuldade na realização vocal da língua por LH. O item 24 que se refere à reação do adulto à fala da criança estava ausente, neste caso, como não se observava o fator materno ausente nas duas primeiras fases (sinais 7,8 e 12), pode-se pensar que a ausência deste item (24), e do 19, se dê pela ausência de produções da criança, ou ainda, que a pouca fala de LH esteja combinada a um não investimento da mãe.

Considerando que LH zerou a Escala Bayley III na comunicação receptiva, e na observação das questões que conseguiu responder quanto à realização vocal da língua (sons guturais indiferenciados) que corresponderiam a primeira estratégia do primeiro mecanismo enunciativo (SILVA, 2009), é possível pensar que o menino apresentava um limite no domínio semiótico. A análise do SEAL nas últimas duas fases corroborou com a limitação de realização vocal da língua (sinais ausentes 13, 14,15,17,18,20,21,22 e 23). Ainda, o baixo número de acertos na comunicação receptiva pelo Bayley III forneceu uma pista de que o processamento da frase, ou seja, a compreensão sintático-semântica poderia estar afetada. No SEAL essa possibilidade emergiu na ausência do item 16, embora com dificuldade de se comunicar pela realização vocal da língua, não tentou fazê-lo por gestos, não

demonstrou preocupação em ser compreendido, mostrando que além das limitações no domínio semiótico, o domínio semântico da língua estava afetado. Isso é corroborado pela observação da Escala Bayley III, quando se observou que LH não chamava a atenção do outro, demonstrando passividade na interação. Tais comportamentos podem ser visualizados nas cenas a seguir:

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de LH (MLH) e LH. Ambos estão sentados sobre o tapete.

Quadro 10 - Cena de interação entre LH e MLH

(continua)

MLH	LH
1) Vum vum, olha aqui vamo faze papá, vamo faze papá pra dá pro nenezinho, olha aqui o nenê tá com fome, olha o chocolate, dá chocolate pra ele, dá chocolate pro nenê ((mãe fala baixo em tom monótono, dá o nenê para o menino))	
	2) ((coloca o chocolate no copo, parece não compreender a mãe))
3) Vamo fazê um milho? ((Tira outros brinquedos da caixa))	
	4) Nãñã ((pega um carro, faz gesto simbólico no chão com o carro))
5) Olha o carro, olha que monte de carro! ((dá outro carro para o menino))	
	6) Humhumhum... nãñã... humhumhum ((segue brincando com o carro))
7) Olha aqui a mamadeira, acabou o mamá, acabou ((Interrompe a brincadeira do menino))	
	8) Cabo ((Atenta à mãe, depois segue brincando com o carro)) Nãñã...hummmhummmhummm.
9) Olha aqui filho um monte de papá, nham nham nham ((faz que está comendo))	
	10) Mamã. ((dá chocolate para a mãe))
11) ((Mãe faz gesto simbólico de comer e dá para o menino))	
	12) ((coloca na boca))
13) Não, é de brinquedo, é pra fingir que tá comendo ((tenta mostrar como fazer))	
	14) ((Menino olha sem reação)) (.) ((Volta atenção para o carro)) nãñã...
15) ((Mãe faz gesto com o carro, para, boceja))	
	16) ((pega o nenê))
17) Nana o nenê ((mãe mostra como fazer))	
	19) ((Repete o movimento com dificuldade/lentidão, após levanta e começa a guardar brinquedos na caixa))
20) Tchau tchau ((Mãe fecha a tampa))	
	21) ((Acena com a mão. Pega a caixa de novo, tira tudo de dentro e começa a

(conclusão)

	guardar novamente))
22) Isso guarda tudo os brinquedos!	
	23) ((Pega a banana))
24) Banana!	
	25) ((Faz de conta que está descascando))
26) É de mentira, é de faz de conta, não é de verdade. Deu, guarda os brinquedos!	
	27) Mãmãmã...humhumhum ((começa a guardar os brinquedos de novo))
28) Isso, guarda os brinquedos! ((mãe mostra o cavalo))	
	29) ((Levanta, faz gesto de sentar no cavalo com esforço))
30) Não dá pra sentar em cima desse cavalo, é muito pequenininho, não dá pra subir no cavalo nenê! não dá, olha aqui o tamanhinho do cavalo, ele não aguenta! guarda o cavalo!	
	31) ((menino abraça o cavalo))
32) Ele vai dormir!	
	33) ((Coloca cavalo, carro e outros brinquedos na caixa, acena))
34) Tchau tchau. Isso agora bota a tampa e pronto, tá tudo guardadinho tchau tchau.	
	35) ((Tira a tampa e sorri))
36) Vão brinca de novo?	
	37) ((pega a bola))
38) Bola!	
	39) Galau
40) Cavalo não, bola!	

A partir da cena do quadro 10, pôde-se perceber a dificuldade na realização vocal da língua de LH, no entanto, é possível verificar que o menino apresentou combinação de consoante vogal, nas linhas 8,10 e 39, o que não se observou a partir da Escala Bayley III, possivelmente devido ao teste ter uma padronização que não permitiu uma maior exploração das habilidades linguísticas de LH (teste zerado). Ainda assim, apresentou limitações na produção e poucas possibilidades de variação fonética na realização vocal da língua, que associadas a sua passividade/ lentificação nas ações (linhas 14,19,29), necessitavam ser trabalhadas, pois podem configurar um comprometimento maior na aquisição da linguagem. Além disso, em alguns momentos, não pareceu compreender sua alocutária, nas linhas 2 e 14, reiterando as dificuldades no processamento da frase.

Além das dificuldades do menino, nas cenas evidencia-se a ausência dos sinais 19 e 24 referentes à posição da mãe no diálogo. A mãe fala baixo e em tom

monótono, o que se coaduna às dificuldades de processamento de LH. Ainda, quando LH se engajava em uma brincadeira e iniciava produções vocais (linhas 6 e 8), a mãe interrompia propondo outras brincadeiras, não respeitando o desejo do menino (linhas 7 e 9). Também se verificou nas cenas, que a mãe bloqueia as ações de LH (linhas 13,26,30) quando este se engajava no brincar simbólico (linhas 12,25 e 29), buscando dirigir a situação enunciativa.

Em termos de forma e sentido da língua, verificaram-se os dois domínios prejudicados, semiótico e semântico. Além disso, conforme Silva (2009), LH apresentava duas estratégias do primeiro mecanismo das relações de conjunção e disjunção EU/TU: apresentação pelo eu de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu (linha 6), e instanciação pelo tu de estruturas rotineiras da família para o eu que preenche seu lugar enunciativo com gestos (linha 21), e uma estratégia do segundo mecanismo da construção de referência pela díade: repetição do dizer do tu no discurso do eu (linha 8). Cabe ressaltar que esta última ocorreu apenas uma vez em toda cena.

*Assim, neste caso pode-se lançar uma **hipótese de funcionamento de linguagem inicial** em que mãe e menino apresentam dificuldades de se engajar no diálogo, tanto a partir de dificuldade processuais do menino para internalizar a língua, quanto por falta de iniciativa da mãe para realizar um diálogo com o filho.*

Sujeito 6: S.

S é uma menina prematura extrema, nascida com 29 semanas e seis dias de gestação. A mãe tinha 21 anos na época e o pai, 24. Os dois eram casados, a mãe era estudante e o pai estagiário. A renda da família era de aproximadamente R\$ 1.000,00 e sua casa era alugada. A gravidez não foi planejada, foi realizado pré-natal, mas a mãe teve descolamento de placenta, e a menina nasceu de parto vaginal pesando 1660 kg, necessitou de ventilação mecânica por dois dias. Ficou internada em UTIN por 33 dias.

Na avaliação da Escala Bayley III realizada aos 23 meses de idade, S obteve resultado limítrofe de 79 pontos no total, sendo 21 acertos na comunicação receptiva e 19 acertos na comunicação expressiva. Na comunicação receptiva identificava até um objeto após nomeação do avaliador, e também no ambiente quando questionada pelo avaliador: “onde está a mesa?”, identificava até três figuras no livro de

estímulos, compreendia palavras de repreensão, seguia pequenas ordens, como por exemplo, alimentar o bebê e identificava até cinco partes do corpo. Mas não identificava figuras de ação, nem compreendia o uso de objetos, nem partes no livro de estímulos. Já na comunicação expressiva, dirigia a atenção aos outros, imitava palavras, iniciava a interação com brincadeiras e usava até duas palavras apropriadamente. Porém, não utilizava palavras para demonstrar desejos, não fazia nomeação de objetos, nem de figuras no livro de estímulos. Também não combinava palavra e gesto.

No SEAL, apresentou todos os itens da primeira fase. Já na segunda fase estavam ausentes os sinais 9,10,11, ou seja, não ocupava turno com estruturas sonoras e/ou protopalavras por repetição e espontaneamente. Nesta fase, observava-se que o fator materno estava presente com o sinal 12, no qual, a mãe enuncia pela criança e aguarda sua resposta. Compreende-se que mesmo que a menina produzisse apenas vocalizações, a mãe a sustentava no diálogo. Assim, a partir desse dado, já se observavam dificuldades na realização vocal da língua pela menina. Na terceira fase do SEAL, todos os itens estavam ausentes, especialmente aqueles que se referem as possibilidades de realização vocal da língua (13,14,15,17 e 18). Mas também, não utilizava gestos para se fazer compreender (sinal 16). Desse modo, é possível que nesta fase, houvesse limitações no domínio semântico da língua, bem como na interlocução com o outro, pois o sinal 19 que tratava da condição do adulto atribuir um sentido às produções da criança de modo sintonizado também estava ausente, talvez uma reação as poucas produções da menina, já que não se visualizava dificuldades no fator materno nas duas primeiras fases. Na última fase do SEAL, evidenciou a capacidade de produzir palavras para solicitar objetos ao alocutário (sinal 20) e distintas formas fonêmicas nas poucas palavras que produzia (sinal 21). No entanto, a restrição de vocabulário evidenciou poucas formas para veicular distintos sentidos, o que levou à atribuição de ausência do sinal 22. S também não combinava palavras (sinal 23). Nesta fase percebeu-se que a mãe mostrou empenho em atribuir sentidos e dialogar com a filha de acordo com seu desejo, reagindo às poucas produções verbais da menina, sem corrigi-la excessivamente (sinal 24).

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de S (MS) e S. Ambas estão sentadas sobre o tapete, com brinquedos distribuídos na caixa.

Quadro 11 - Cenas de interação entre S e MS

MS	S
Cena 1	
1) S o cavalinho, olha a vaquinha muuu...	
	2) ((pega o nenê))
3) Ahhh o bebê, o bebê, nana teu bebê, como é que o nenê faz? Dá um beijinho no bebê? Vamo fazê um milho?	
	4)((pega o leão))
5) Ó o leão, olha como é que o leão faz!	
	6) Ahhh...
7) Grrrr((com o leão em direção ao corpo da menina))	
	8) ((Observa))
9) Olha o nenê S, vamo dá mamá pro nenê!	
	10) Ahhh ((pega a mamadeira))
11) Acabou o mamá do nenê!	
	12) Memé((dá mamá pro nenê e pra mãe))
13) Mamá ((Incentiva S a dar mamá pro nenê))	
	14) Mãe!((Realiza ação de dar mamá, depois solicita à mãe que o faça))
15) ((Mãe faz gesto de dar mamá pro nenê e devolve para S))	
	16) Pé((pega o nenê e coloca de pé))
17) Ela fez xixi?	
	19) Xixi!
Cena 2	
	21) Papá ((S pega duas panelinhas e oferece para a mãe))
22) Ah é o papá?Vamo cozinha um milho?	
	23) ((Pega a banana e oferta para a mãe))
	24) Mãe! ((pega o leão mostra para a mãe)) (.) Uahhh! ((Espelha brincadeira que mãe fez no início da cena 1))
25) É o leão ó uarrhhhh...	
	26) ((Sorri))

A partir das cenas acima, observa-se que mãe e filha mantinha sintonia na situação enunciativa, a mãe estava atenta aos desejos da menina, e correspondia a esta quando ela mudava de interesse (linhas 3 e 5). Ainda, a mãe auxiliava S sendo

uma parceira que facilita e investe no diálogo, sustentando-a enunciativamente, pois ao perceber uma falha na produção de S auxiliava de forma a não expor seu erro, amparando-a para que pudesse analisar seu próprio modo de produção em comparação à fala do adulto, e, a partir disso, autocorrigir-se (linha 13). Também se observava condições de realização vocal pela menina (linhas 12,14,16,19 e 21), embora com vocabulário precário. Ainda, observava-se que o pouco vocabulário poderia corresponder há uma maior latência no processamento da frase, visualizável na linha 8, na qual após estímulo da mãe, apenas observava, retomando a brincadeira após determinado período.

Assim, no caso de S observaram-se limitações maiores referentes ao processo semiótico da língua, que se coadunam a possíveis questões de processamento linguístico, pois para que houvesse expansão do vocabulário, a criança necessitaria construir sua memória lexical, a partir do conhecimento da língua. Conforme Silva (2009), S fazia incursões pelo primeiro e segundo mecanismo enunciativos, as relações de conjunção EU/TU e de disjunção EU/TU e a semantização da língua e a construção da referência pela díade (EU-TU) /ELE, respectivamente. Apresentava estratégias de instanciação pelo TU de estruturas rotineiras da família para o eu que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações (linha 12), e fazia solicitações ao TU (linha 14) (primeiro mecanismo enunciativo). Além disso, no segundo mecanismo repetia o dizer do TU (linha 19) e fazia nomeação dêitica na proximidade de um referente (linha 21).

*Considerando **uma hipótese de funcionamento de linguagem inicial**, S., apesar das limitações no domínio lexical e sintático, apresentava uma certa variedade de mecanismos enunciativos que tornava difícil compreender porque demonstrava aquisição lexical tão lentificada. A hipótese de que a prematuridade extrema pudesse ter efeito sobre isso foi a primeira a ser lançada. No entanto, S. foi acompanhada, após a avaliação de 24 meses, por dois meses em sessão semanal com a mãe pela orientadora deste trabalho e foi possível compreender melhor seu funcionamento de linguagem.*

A partir do seguimento do caso, por meio de um diário de vocabulário e de discussões da terapeuta com a mãe evidenciou-se que S. demonstrava em casa um domínio lexical muito melhor do que em sessão e que a mãe tinha em seu imaginário um receio de que S. fosse uma má falante como ela. No momento em

que a mãe afirmou isso, a menina começou a evidenciar em sessão seu potencial linguístico. É interessante ressaltar que na consulta em que a mãe conseguiu dizer isso, até que emergisse essa fala da mãe, a menina fala com diversas prosódias a palavra “mamãe” sorrindo para a terapeuta de modo a indicar sua impossibilidade de demonstrar seu potencial. Era como se dissesse: a mamãe precisa de atendimento. De fato, a mãe não só se identificou como má falante como também, alguns meses após encerrarem as sessões com a menina e ser indicada para terapia fonoaudiológica, descobriu uma doença neurológica que talvez fosse a causa de sua insegurança como falante. A terapeuta observava uma fala com articulação mais monótona e imprecisa na mãe, mas nos limites da normalidade. Tinha, no entanto, acolhido sua demanda e esclarecido que S. não tinha a mesma dificuldade. Nos contatos seguidos com a mãe ela relatou que S. estava uma “tagarela”.

*A partir do atendimento foi possível identificar que a **hipótese de funcionamento de linguagem inicial deveria ser modificada** para uma ausência de dificuldade no domínio semiótico, mas uma dificuldade de semantização da língua por demanda materna inconsciente, ou seja, a mãe buscava uma escuta para si acerca de seu sofrimento como falante. S. foi a portavoiz desse sofrimento. Uma vez aberta a escuta para a mãe, S. pode-se desenvolver muito bem. Assim, a prematuridade extrema não era a causa de seu atraso em si, dada sua rápida evolução (dois meses), mas a forma como isso incidiu na fantasmática materna.*

Sujeito 5: R

R é um menino nascido a termo com 38 semanas de gestação. A mãe tinha 26 anos de idade e o pai, 20 na época. Ela trabalhava como balconista e ele auxiliar de açougue. A renda familiar era de aproximadamente R\$ 980,00 e sua casa era alugada. A gravidez não foi planejada, mas desejada, foi realizado pré-natal, e não houve intercorrências na gestação. O parto foi por cesárea, e o menino pesou 3490 kg.

Na avaliação da Escala Bayley III realizada aos 25 meses, R obteve média baixa de 85 pontos ao total. Sua avaliação no item de comunicação receptiva foi de 26 acertos, e no item expressivo, 22 acertos. Na comunicação receptiva identificava até um objeto após nomeação do avaliador, bem como no ambiente quando questionado: onde está a mesa? Também identificava até três figuras no livro de

estímulos, seguia ordens de duas partes como colocar o bebê na mesa, identificava até três figuras de ação (acessar, dormir, comer), identificava até três itens relacionados ao vestuário e até cinco partes do corpo. Ainda, compreendia palavras de repreensão e o uso de objetos a partir do livro de estímulos. No entanto, não compreendia partes no livro de estímulos, nem o uso de pronomes, não compreendia unidades de tamanho, nem preposições. Na comunicação expressiva, usava palavras para demonstrar desejos, nomeava até um objeto e uma figura no livro de estímulos, além de combinar palavra e gesto. Mas não respondia sim e não a perguntas, não imitava fala de duas palavras e não usava frase de duas palavras.

No SEAL, apresentou todos os itens da primeira e segunda fase, já na terceira fase, tinha presente apenas o 16: A criança faz gestos para tentar fazer-se entender quando o adulto interlocutor não a compreende e o 19: O adulto interlocutor atribui um sentido possível às produções verbais da criança, ou seja, de modo sintonizado, demonstrando que adulto e criança estão em sintonia, pois, o adulto atribui um sentido, mesmo que o menino ocupe seu turno por gestos. Os sinais ausentes (13,14,15,17 e 18) referem-se a realização vocal da língua (domínio semiótico), que neste caso, parece estar mais comprometida do que o domínio semântico da língua. Na última fase do SEAL, estavam presentes o 20: A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor, 21: A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatórios – labial e alveolar-e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas) e o 22: A criança utiliza distintas formas (palavras) para veicular sentidos diferentes em sua enunciação. Um dos itens ausentes trata da capacidade de utilizar recursos vocais mais elaborados como a combinação de palavras para comunicação, quando a criança começa a construir pequenas frases (sintaxe). Além disso, o sinal 24 estava ausente, pois, a mãe sustentava a enunciação de modo sintonizado, inclusive criando narrativa nas brincadeiras, mas nesta fase deveria fazer um reparo neutro quando a fala do menino era diferente da adulta, no entanto, costumava repetir o signo da mesma forma que o menino produzia, e também em alguns momentos incentivava o menino com uma fala infantilizada. Tais situações enunciativas estão expostas nas cenas a seguir.

Considerando contextualização enunciativa, nas cenas, estão presentes, a mãe de R (MR) e R. Ambos estão sentados sobre o tapete, com brinquedos distribuídos na caixa.

Quadro 12 - Cenas de Interação entre R e MR.

(continua)

MR	R
Cena 1	
1) Ihuuuu ((mãe mostra o cavalinho))	
	2) Éénénéné ((pega o carro))
3) O cavalinho, o carro ééénéné ((muda conforme o interesse do menino))	
	4)Éénénéné...
5) Bibi!	
	6) Bibi!.
7) éénénééné...((coloca bicho em cima do carro))	
	8) Éénénééné
9) Bibi!	
	10) Bibi!
Cena 2	
11) Dá papá pro nenê aqui ó!	
	12) Bo!
13) Cabo? Cabo o papa do nenê, mas cabooo? Olha o nenê tá chorando, qué mais papá o nenê,ele fez totô?((fala rindo e fazendo graça))	
	14) ((Ri))
15) Vamo dá o suco pra ele?	
	16)Suco
17) Dá o suco pra ele	
	18) Tomo!
19) Tomooo!Cabo!Ó vamo come uma banana	
	20) Nanana
21) Nanana?	
	22) Nanana
23) Come uma nanana.	
	24) Nanana ((pega a banana))
25)Nanana	
	26) ((Menino pega a faca))
27) A faca?	
	27)) ((Menino faz força para cortar banana)
28) Não consegue?	
	28) Segue (...) cota
29) Tá cortando?	
	30) Cota (...) ((sinaliza que fez cocô)) Cocô

(conclusão)

31) Fez cocô? Fez totô, a mãe muda o toto tá.	
Cena 3	
32) Dá mamázinho pa ele, da pa ele não chola aiii não chola não chola ((segurando o nenê)) Tomo tudo!	
	33) Tudo
34) Tudo, deu cega cega , não chola!	

Nas cenas expostas acima é possível perceber que R tinha condições de realização vocal da língua, inclusive com ampliação do vocabulário para veicular diferentes sentidos, seja por repetição da fala da mãe, ou por produção espontânea (linhas 6,11,16,18, 28,30,33). Sua dificuldade que aparecia tanto no SEAL quanto na Escala Bayley III era a emergência da frase, pois não fazia combinação de palavras.

Nesse sentido, é importante observar como seu interlocutor agia na cena enunciativa. No caso de R, sua alocutária usual, a mãe, engajava-se nas brincadeiras, atentava para o seu desejo no brincar (linha 3) e propunha signos reproduzidos pelo menino.

Desde a primeira fase do SEAL, demonstrou sintonia e atribuições de sentido às produções do menino, e ainda o fazia. No entanto, no período de aquisições linguísticas cada vez mais complexas em que R se encontrava, era importante que seu interlocutor o auxiliasse ao perceber uma falha na produção em relação a sua, de modo que o menino pudesse analisar sua própria fala em comparação com a fala do adulto. No entanto, em alguns trechos das cenas a mãe reforçava o enunciado distinto à forma adulta, como se pôde ver nas linhas 21, 23 e 25. Ainda, quando R, fazia referência falada de forma correta (linha 30), a mãe respondia da forma correta, mas logo depois se utilizava da infantilização na fala ao reproduzir “totô” para “cocô”. O mesmo ocorreu nas linhas 32 e 34 ao produzir frases com padrão diferente do adulto.

Em relação aos domínios semiótico e semântico da língua, R estava em pleno desenvolvimento, pois a possibilidade de estabelecer a co-referência com o alocutário a partir de formas lexicais variadas ampliam as possibilidades de semantização da língua e sustentação no diálogo (SILVA, 2009). Dessa forma, apresentava estratégias do segundo mecanismo enunciativo, tais como reprodução do dizer do TU e nomeação dêitica na proximidade de um referente, passando da referência mostrada para a falada (SILVA, 2009).

No entanto, a mãe parecia incentivar a manutenção de formas infantilizadas o que o detinha na posição menos potente a que poderia ocupar em seu funcionamento de linguagem.

*É possível propor uma **hipótese de funcionamento de linguagem inicial** em que o processo de semantização apresenta peculiaridades que parecem explicar o não avanço no domínio semiótico da estrutura frasal.*

Sujeito 6: P

P é um menino nascido a termo, com de 37 semanas de gestação. A mãe tinha 22 anos de idade e o pai, 21 anos de idade. A mãe trabalhava como operadora de caixa e o pai, como auxiliar de pedreiro. A mãe morava com os pais, em uma casa alugada, na qual a renda era de aproximadamente R\$ 2.000,00. A gravidez não foi planejada, mas desejada, realizou pré-natal, não havendo intercorrência na gestação. O menino nasceu por cesárea com 4530 kg.

Na avaliação da Escala Bayley III realizada aos 26 meses, P obteve resultado limítrofe com um total de 74 pontos, sendo que na avaliação da comunicação receptiva, fez um total de 20 acertos, já na expressiva, acertou 22 pontos. Na comunicação receptiva identificava até três objetos após nomeação do avaliador, e também o objeto no ambiente após ser questionado, por exemplo: onde está a mesa? Identificava até três figuras no livro de estímulos e até cinco partes do corpo. Mas não seguia pequenas ordens como alimentar o bebê, nem identificava figuras de ação, além de não compreender o uso de objetos, nem de partes no livro de estímulos. Já na comunicação expressiva, dirigia atenção aos outros, imitava palavras, iniciava interação com brincadeiras, usava palavras para demonstrar desejos e utilizava até duas palavras apropriadamente, combinava palavra e gesto, imitava fala de duas palavras e usava frase de duas palavras. No entanto, não fazia nomeação de objetos, nem de figuras no livro de estímulos, também não respondia com sim e não a perguntas, não nomeava figuras de ação e não usava pronome.

No SEAL, na primeira fase, estavam ausentes os itens 7 e 8, que se relacionavam ao fator materno: 7.A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversaçoão ou conversaçoão, quando o bebê a inicia e 8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o *manhês* falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e

aguardando as respostas do bebê. Na segunda fase estava ausente o sinal 9: A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas – ao menos dois pontos e dois modos articulatorios de consoantes), possivelmente apresentava poucos recursos vocais no nível semiótico, com pouca variação articulatória.

Na terceira fase do SEAL, todos os itens estão ausentes, desde os relacionados aos recursos vocais da língua (13,14,15,17,18), até o sinal 16 que refere-se a possibilidade da criança utilizar gestos quando não compreendida e o sinal 19, quando a mãe atribui sentido às manifestações verbais da criança. Neste último, surgiu novamente a possibilidade de haver o fator materno implicado na situação enunciativa, como na primeira fase. Na última fase do SEAL, apenas um item estava ausente, o 24, relacionado à posição do adulto interlocutor diante da criança. A partir da presença dos sinais 20,21,22 e 23, pôde-se sugerir que o menino apresentava o domínio semiótico preservado, tendo condições de realização vocal da língua (sinal 20) e ocupava sua posição no discurso (sinal 22), além de desenvolver a ampliação do vocabulário (22) e a sintaxe (23).

O SEAL, assim como a Escala Bayley III trouxe informações de que o processo semiótico da língua estava em desenvolvimento, embora seu resultado fosse limítrofe na escala, tinha condições de ampliar seu vocabulário para estabelecer a co-referência com o alocutário e ampliar as possibilidades de semantização da língua e sustentação do diálogo com o outro a partir de pequenas frases (SILVA, 2009). Como se observou no SEAL o item 24 (fator materno) ausente, cabe observar as cenas enunciativas entre mãe e filho expostas a seguir.

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de P (MP) e P. A mãe está sentada sobre o tapete, e o menino em pé.

Quadro 13 - Cenas de Interação entre P e MP.

(continua)

MP	P
Cena 1	
	1) ((Pega trem e mostra para mãe, está em pé))
2) Hum, que bonito esse bum bum (.) Olha lá filho, olha a bola. Que legal!	
	3) Ó mamãe! ((mostra câmera))
4) Que legal!	
	5) ((Sorri)) (.) Ei mãe ((mostra a bola))

(conclusão)

6) Que legal! (.) Olha o nenê!	
	7)((Menino se olha no espelho) (.) ((pega os brinquedos))
8) Vamo mexe nisso daí? Vamo? ((deita-se no tapete de lado))	
	9) Mãe () ((mostra o nariz))
10) Deu ((limpa o nariz do menino))	
	11)((mostra o carro e sorri))
12) Que legal!	
	13) ((menino tira brinquedos da caixa))
14) ((Observa em silêncio))	
	15) Deu, ó o auau((quando termina de tirar tudo))
16)Tem que dá mamá pro nenê. cadê o nenê, tá aqui filho ó !Pega o nenê.	
	17) ((menino pega o carro))
18) O carrinho? Aqui tem uns auau ó, aí que legal, a mãe vai bota todos aqui	
	19) Ó lá mãe ((aponta para algo que está fora do alcance da câmera))
20) Vem aqui, fica aqui, tem que fica aqui!	
	21) É lá vê ó mãe
22)Não pode, é da titia	
	23) O Tiago mãe?
24) O tiago sento lá fora	
Cena 2	
	25) Acho a mãe,é a mamãe ((Olha pela câmera))
26) ((Ri))	
	27) é eu ó tio mamãe
28) É? ((Ri))	
	29) Eu acho a mamãe
30) Manda beijo pra mamãe	
	31) ((Manda beijo))
32) Dá tchau tchau	
	33) Ta tau
33) Olha o balão P	
	34)Baão mãe

Nas cenas expostas no quadro 13, observou-se que o menino se posicionava no diálogo como locutor, endereçava sua fala à mãe, a partir de um vocabulário que vinha se ampliando, além de já ser capaz de formar pequenas frases (linhas 3,15,19,21,23,25,27, 29, 33), estando com o domínio semiótico e a semantização em desenvolvimento. No entanto, sua alocutária, a mãe, a partir das cenas enunciativas, não se dispunha a construção de um diálogo com P, limitava-se a fazer comentários sobre o que o menino estava fazendo (linhas 2,4,6,12), ou fazer

solicitações a ele (linhas 8, 12). Durante a maior parte das cenas permaneceu deitada, limitando-se a falar, não demonstrando as ações que solicitava no brincar (linhas 8,16,18).

Na análise dos mecanismos enunciativos, observou-se que P estava no terceiro mecanismo enunciativo, onde ocorre a instauração do sujeito na língua-discurso. Ou seja, P já estava inserido no aparelho das funções, tomando iniciativa, para intimar e interrogar, marcando seu lugar como sujeito no diálogo com o outro (linhas 3,19,23). Além disso, oscilava entre primeira e terceira pessoa no diálogo (linha 27 e 29). No entanto, para que comeceasse a fazer incursões por estratégias mais elaboradas do terceiro mecanismo enunciativo, que tratam da instanciação da dupla enunciação pelo EU, P necessita de um interlocutor que o ancore no discurso.

Neste caso, pode-se lançar hipótese de funcionamento de linguagem inicial na qual vemos o alocutário usual da criança, a mãe, com dificuldades de supor um falante no filho e de investir no diálogo com ele. É possível dizer que ela supõe um sujeito, mas parece pouco motivada para investir no diálogo com este sujeito.

Sujeito 7: A

A. é uma menina nascida a termo com 39 semanas de gestação. A mãe tinha 34 anos de idade na época de seu nascimento e o pai, 35 anos de idade. A mãe trabalhava como auxiliar administrativa e o pai como promotor de vendas. A família morava em casa própria e a renda era de aproximadamente R\$ 2.000,00. A mãe realizou pré-natal, necessitando ficar internada por quatro dias durante a gestação. A menina nasceu por cesárea, sem intercorrências, pesando 2485 kg.

Na avaliação da Escala Bayley III, realizada aos 23 meses e 24 dias, A. obteve resultado limítrofe totalizando 79 acertos, sendo que na avaliação da comunicação receptiva acertou 21 acertos, e na comunicação expressiva, obteve o mesmo número de acertos. A. identificava até três objetos após nomeação do avaliador, e também no ambiente quando questionada: onde está a mesa? Ainda, identificava até uma figura, compreendia palavras de repreensão, seguia ordens simples como alimentar o bebê e identificava até cinco partes do corpo. Não identificava figura de ação, nem itens do vestuário, não compreendia o uso de objetos e nem de partes a partir do livro de estímulos. Na comunicação expressiva

dirigia a atenção ao outro, imitava palavras, iniciava interação com brincadeiras, usava até duas palavras apropriadamente, combinava palavra e gesto, nomeava um objeto e usava palavras para demonstrar desejo. Mas não nomeava figuras, não imitava fala de duas palavras, não usava frases de duas palavras e não respondia sim e não a perguntas.

No SEAL, na primeira fase, estavam ausentes os itens 2: A criança preenche seu lugar na interlocução com sons verbais, como vogais e/ou consoantes, 5: A criança inicia a conversação ou protoconversação e 8: A mãe (ou sua substituta) utiliza o *manhês* falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê. O primeiro sinal está relacionado a recursos vocais da criança, o segundo, a sua capacidade de intersubjetividade, e o terceiro ao fator materno. Na segunda fase do SEAL, não estavam presentes 9,10,11, ou seja, não ocupava turno com estruturas sonoras e protopalavras por repetição e espontaneamente, que também se relacionam aos recursos vocais da criança. Na terceira fase, a criança apresentava apenas o sinal 16, utilizando gestos para se fazer entender. Os outros sinais (13,14,15,17,18), referentes aos recursos vocais da língua estavam ausentes novamente. O sinal 19 também estava ausente, o qual se refere ao fator materno, quando a mãe atribui um sentido às produções da criança. Já na última fase, estavam presentes o 20: A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor e o 21: A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatórios – labial e alveolar-e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas). Os itens ausentes, 22 e 23, tratam da capacidade de utilizar recursos vocais mais elaborados para comunicação. O primeiro indica que a criança é capaz de utilizar distintas palavras para veicular sentidos diferentes, o que exige a ampliação do vocabulário, já o segundo diz respeito à combinação de palavras, a qual, sugere que a criança ainda não esteja no nível da produção sintática, ou seja, produzindo frases ao menos do tipo Sujeito-Verbo ou Sujeito-Verbo-Objeto. Também estava ausente o sinal 24: Quando a criança apresenta produções verbais distintas da fala adulta, o adulto interlocutor reage fazendo um pedido de reparo neutro (o que) ou repetindo corretamente a fala infantil.

Assim, a partir dos resultados do SEAL confirmaram-se as dificuldades na realização vocal da língua em A, presentes desde a primeira fase, bem como as dificuldades relacionadas ao fator materno. Referente ao domínio semiótico, tais resultados se associam ao exposto pela Escala Bayley III aos 24 meses, na qual, verifica-se restrição no vocabulário e na produção de frases. No entanto, a escala não pôde prever o fator materno observado na primeira, terceira e quarta fase do SEAL. Assim, considera-se importante observar cenas enunciativas entre A e sua alocutária usual, a mãe, para tentar compreender esta questão.

Considerando contextualização enunciativa, na cena, estão presentes, a mãe de A (MA) e A. A mãe e a menina estão sentadas sobre o tapete, com a caixa de brinquedos à sua disposição.

Quadro 14 - Cena de Interação entre A e MA

(continua)

MA	A
	1) O auau ((com um caracol na mão))
2) O auau? Não é o auau! É a lesminha ó, a lesminha e o caracol, viu vamo vê o auau, onde tá o auau aqui?	
	2) Tá ((acha o cachorro))
3)Tá aqui, aqui tá o au au (.) ó o nenê, não vai dá mamá pro nenê? onde tá o mamá do nenê?	
	4) Ai ((mostra o sol))
5) O sol?	
	6) Tol
7) O solzinho?	
	8)Papá ((pega o barco e faz ação de dar papá pro nenê))
9) Não filha. Aqui ó, o titinho! ((mostra mamadeira))	
	10) ((dá mamadeira para o nenê))
11) Hummm	
	12) ((procura algo na caixa))
13)Esse aqui é papá ((mostra milho))	
	14) ((dá milho para o nenê))
15) Ó o sorvetinho, esse aqui é papa ó tu vai dá pro nenê também?	
	16) ((dá sorvete para o nenê))
17) Olha aqui esse aqui ó, como é que o cavalinho faz?((mostra cavalo))	
	18) ((Ri)) Pa...pa
19) Como é que o cavalinho faz?	
	20) Pa...pa (.) Bebêbebê ((volta-se para o nenê))
21) Como é que o cavalinho faz?	
	22) ((Envolve-se com brinquedos, não

(conclusão)

	responde))
23) Olha aqui ó, o que que é isso aqui ó? de faze papá? A panelinha. O que que é isso aqui ó?	
	24) Au au
25) Não é o auau	
	26) Miau
27) Não! (.) E isso aqui, o que que é? ((mostra uma fruta, pêra))	
	28) Caunn.....Caunn Caunn ((aponta))
29) O que que é isso aqui? Hã?	
	30) Caunn
31) Hã? Mamão? Não é um mamão. O que que é isso aqui ?((mostra outra fruta, abacaxi))	
	32) Caunn caunn ((aponta)) pepepepa
33) E isso aqui, o que que é isso aqui?((mostra outra fruta, morango))	
	34) É o au au ((mostra o cachorro))
35) Esse é o auau, tá, e esse aqui? Moranguinho que tu gosta! E esse aí?	
	36) ((pega o peixe))
37) Pexinho	
	38) Pepi ieie
39) Peixe	
	40) Pepi
41) Diz peixe	
	42) ((menina fica em silêncio))
43) O que que é isso aqui? ((pega outro brinquedo))	
	44) Pepi
45) O que que é isso aqui? Hum que? O que que é isso aqui ((mostra o sol))	
	46) Ai
47) Ai não. Que que é isso aqui? Elefante, diz elefante!	
	48) ((menina fica em silêncio))
49) Humm	
	50) ((menina mostra o leão)) É o auau?
51) Não é o au au filha, tá aqui ó ((mostra o cachorro))	

A partir da cena exposta acima, pôde-se observar que A tinha condições de realização vocal e de ampliar seu domínio no plano semiótico na emergência do vocabulário, como se via nas linhas 6 e 40, quando a mãe dava o modelo adequado. A espelhava-se na fala do adulto na tentativa de acertar, buscando a apropriação do sistema de signos e regras da língua. No entanto, percebeu-se que sem a ancoragem do adulto nesse processo (linha 46), quando a mãe questiona do que se trata o mesmo objeto, sem dar o modelo, a menina não conseguiu nomeá-lo da

forma correta. Isso demonstra que seu domínio linguístico e sua memória lexical estavam sendo construídos, e necessitavam do interlocutor no processo de apropriação do conhecimento da língua.

A cena mostrou também situações em que a mãe deu suporte linguístico à menina (linhas 5 e 39), mas na maior parte do tempo limitou-se a questioná-la sobre os objetos (linhas 17,19,21,23,29,31,33,35,45 e 47), bem como desautorizá-la quando produzia o signo de forma distinta da fala adulta, sem dar alternativas lexicais à criança (linhas 2,9,25,31,47 e 51), quando deveria reagir de uma forma que auxiliasse a analisar seu próprio modo de produção em comparação à fala do adulto.

Conforme os mecanismos enunciativos de Silva (2009), A apresentava estratégias do segundo mecanismo enunciativo, ao reproduzir o dizer do TU (linha 6 e 40), ao fazer nomeações na proximidade de um referente (linha 34) e ao reformular suas produções sobre a referência do TU (linha 6). Em relação aos níveis semiótico e semântico, A. tinha limitações no plano semiótico que estavam associadas ao plano semântico. Nesse sentido, apresentava condições de avançar na forma da língua, se tivesse um interlocutor que lhe desse maiores possibilidades facilitando suas produções e investindo no diálogo, sustentando-a enunciativamente.

*Neste caso, pode-se afirmar que as limitações semióticas parecem guardar estreita relação com a forma como A. é investida enquanto locutora pela mãe. Isso permite formular uma **hipótese de funcionamento de linguagem inicial** em que a forma como o alocutário usual sustenta o diálogo parece refletir-se sobre a falta de evolução de A. em seu funcionamento de linguagem e também no domínio semiótico da língua.*

5. DISCUSSÃO

Em termos de análise quantitativa, os resultados da tabela 3 indicaram correlação significativa e positiva entre os protocolos tradicionais de linguagem utilizados, o Teste de Denver II e Escala Bayley III, com os Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem (SEAL) na avaliação aos 24 meses. Nesse sentido, observa-se que o SEAL se mostrou efetivo na medição da mesma grandeza, a linguagem, abarcando aspectos importantes da aquisição da linguagem, assim como os protocolos tradicionais amplamente utilizados em pesquisas (RODRIGUES, 2012).

Ressalta-se, no entanto, que a correlação entre o SEAL e a Escala Bayley III obteve um maior coeficiente de correlação do que a correlação entre o SEAL e o Teste de Denver II. Isso implica que o SEAL está mais próximo à medição daquele teste, considerado na literatura como padrão ouro na avaliação do desenvolvimento infantil (GODAMUNNE et al., 2014; BALLOT et al., 2017).

A Escala Bayley III é classificada como a melhor escala para avaliação do desenvolvimento infantil a partir dos 18 meses, e está entre os melhores instrumentos, pois seus dados são válidos, confiáveis e objetivos para a comunidade acadêmica, principalmente por abarcar uma avaliação completa e detalhada do desenvolvimento neuropsicomotor (MADASCHI e PAULA, 2011; MOREIRA e FIGUEIREDO, 2013). Ainda, destaca-se que a escala tem recebido grande suporte da comunidade científica, tanto para avaliação da população geral, como para avaliação de grupos de risco, entre eles os prematuros, por exemplo, assim, como para a avaliação de transtornos específicos do desenvolvimento como, por exemplo, o autismo (MADASCHI e PAULA, 2011).

No quesito linguagem, a escala está subdividida em dois subtipos: comunicação receptiva – parte que determina como a criança reorganiza sons e como a criança entende, fala e direciona palavras, composta de 49 itens – e a comunicação expressiva – parte que determina como a criança se comunica usando sons, gestos e palavras, composta de 48 itens (BAYLEY, 2006). A avaliação se dá pela observação direta e interação com a criança, com examinador capacitado (ROCHA, DORNELAS e MAGALHÃES, 2013). Já o Teste de Denver II, é avaliado a partir da observação do examinador e de informações dos pais, sem a necessidade

de interação da criança com o avaliador (ROCHA, DORNELAS e MAGALHÃES, 2013).

Tal teste, ainda, diferencia-se da Escala Bayley III por não utilizar coeficientes de desenvolvimento, o que lhe permite avaliar a condição atual do desenvolvimento maturacional da criança, desse modo, não deve ser utilizado como um instrumento diagnóstico (SILVA e BOMFIM, s/d). Rodrigues (2011) ressalta ainda, que para avaliações do desenvolvimento que pretendem subsidiar a triagem de bebês expostos a condições de risco em programas de estimulação precoce, testes como o Denver II, que se propõem a avaliações rápidas, não seriam os indicados por avaliarem poucos comportamentos.

Assim, limitações encontradas neste teste estão relacionadas ao baixo valor diagnóstico, pois parece insuficiente para avaliar mudanças qualitativas ao longo do tempo e detectar precocemente alterações sutis do desenvolvimento (MOREIRA e FIGUEIREDO, 2013), ou seja, mesmo tomado como teste de triagem, ele se mostra pouco sensível ao risco precoce. Além disso, os dados do teste oferecem resultados com pouco valor prognóstico, especialmente nos casos em que o número de respostas falhas é pequeno (SILVA et al., 2011).

Ainda, o estudo de Pinto et al. (2015), observou que no Teste de Denver II, conforme o aumento da idade, a confiança no subitem de linguagem e pessoal social diminui. Desse modo, o resultado desta pesquisa, no qual, a Escala Bayley III mostrou melhor coeficiente de correlação com o SEAL, demonstra a especificidade do SEAL no quesito linguagem, pois, conforme estudo de GODAMUNNE et al. (2014), o Teste de Denver II apresenta especificidade limitada quando comparado à Escala Bayley III, além de ser considerado um teste de valor questionável em termos de triagem para atraso de desenvolvimento.

Isso se relaciona aos resultados da correlação do Teste de Denver II e SEAL por fase, nas respectivas faixas etárias. Conforme a tabela 4, não houve correlação significativa nas duas primeiras fases relacionadas ao primeiro ano de vida da criança. Tal dado pode ser explicado, pelo fato de que o Denver II referente a essas fases, analisa a produção isolada da criança, tais como, resposta à campainha, produção de vocalizações, atenção ao som e à voz, produção de protopalavras e a combinação de sílabas. Os dois últimos itens constam no SEAL, no entanto, na análise pelo Denver II apenas as habilidades do bebê são observadas, não está

implicada a interação com o outro. Em contrapartida, o SEAL, além de analisar o processo de aquisição no plano semiótico da língua, analisa a interação linguística entre adulto e criança (CRESTANI, 2016, FATTORE, 2018), especialmente na primeira fase, na qual os processos de constituição linguística e psíquica estão imbricados de modo mais profundo (JERUSALINSKY, 2010; J. JERUSALINSKY, 2002, CATÃO, 2009, SOUZA e FLORES, 2013).

Já na análise da terceira fase, referente aos 18 meses, houve correlação significativa, apesar de o coeficiente de correlação mostrar-se fraco. Tal resultado pode ser explicado porque nesta fase, assim como o Teste de Denver II, que prioriza a aquisição do vocabulário, o SEAL, traz alguns itens referentes ao mapeamento lexical inicial (GOLINKOFF e HIRSH-PASEK, 1997), como nomeação, repetição do dizer do adulto, elementos que permitem observar a aquisição típica da linguagem, considerando que a criança estaria apta para utilizar seu conhecimento lexical (FATTORE, 2018). Embora, se observe no SEAL o fator materno, a correlação pode se dar pelo fato de que este item, nesta fase, seja de atribuição de um sentido ao dizer da criança, que quando observado no contexto, é passível de entendimento (FATTORE, 2018).

Já na quarta fase estudada, aos 24 meses, a correlação foi negativa, ou seja, quanto maior a pontuação no SEAL, menor os resultados no percentual do Teste de Denver II. Isso pode se explicar devido ao fato de que nesta fase, o Teste de Denver II parece perder valor, pois seus itens são muito genéricos: identificar quatro figuras, falar meio compreensível, citar uma figura, combinar palavras. Tais itens são limitados para captar detalhes do funcionamento linguístico infantil. Em contrapartida, o SEAL desta fase, tem como base a posição da criança como locutor, pois quanto melhor o desempenho lexical e a entrada na sintaxe, melhor as situações de comunicação (FATTORE, 2018). Assim, entende-se que a correlação negativa, deu-se pelos Sinais Enunciativos e os itens do Teste de Denver II não se afinarem no geral, pois apenas a combinação de palavras é fator comum entre ambos os protocolos nesta fase.

Outro aspecto a ser observado refere-se à correlação entre o SEAL e os roteiros de detecção de risco psíquico, são eles, os Sinais PREAUT (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018), os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER et al., 2010) e o M-CHAT (ROBINS et al.,

2001) (tabela 5). Na correlação com o IRDI e o M-CHAT observou-se correlação significativa, ou seja, quanto maior a pontuação total no SEAL aos 24 meses, maior a pontuação no IRDI aos 18 meses, bem como, quanto maior a pontuação total no SEAL, maior a pontuação no M-CHAT aos 24 meses.

Quanto ao roteiro IRDI, estudos utilizando o protocolo demonstraram a sensibilidade do instrumento, não apenas ao risco psíquico, mas também aos problemas do desenvolvimento e à aquisição da linguagem (CRESTANI, 2012; FLORES et al., 2011; FLORES, 2012; OLIVEIRA, 2013; FLORES e SOUZA, 2014; OLIVEIRA e SOUZA, 2014; CRESTANI et al., 2015; VENDRUSCOLO e SOUZA, 2015). Desse modo, destaca-se o IRDI, como um instrumento de detecção de risco na aquisição da linguagem. Tal protocolo foi elaborado a partir dos eixos teóricos: estabelecimento da demanda (ED), suposição de um sujeito (SS), alternância presença/ausência (PA) e função paterna (FP), que se relacionam à constituição da subjetividade e por sua vez ao campo da linguagem e da relação com os outros (KUPFER, 2008). Assim como o IRDI, o SEAL sinaliza para a importância da constituição das relações intersubjetivas no processo de aquisição da linguagem e sua emergência, baseada na interlocução (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018).

Nesse sentido, mais especificamente relacionado ao SEAL, Crestani (2016), em sua pesquisa, confrontou os resultados obtidos com o SEAL no primeiro ano, aos resultados obtidos com o roteiro IRDI e observou correlação significativa entre risco psíquico e risco à aquisição da linguagem. Tal estudo vai ao encontro de estudo anterior da mesma autora, que permite constatar que o menor risco psíquico tem efeito em mais produções infantis, ao constatar que bebês sem risco produziam praticamente o dobro de palavras entre 13 e 18 meses, do que os bebês com risco nos 18 primeiros meses de vida (CRESTANI et al., 2015). Esse fato ficou evidente na menor pontuação no SEAL e também no Bayley III das crianças em sofrimento psíquico quando comparadas às crianças sem sofrimento. Tal resultado indica a importância de roteiros de linguagem e de risco psíquico conjuntos no acompanhamento em puericultura.

No que se refere ao M-CHAT (ROBINS et al., 2001), o instrumento avalia o jogo simbólico, a atenção conjunta, o apontar protodeclarativo e o seguimento do olhar, comportamentos que normalmente estão presentes aos 24 meses, exceto em crianças com risco de alguma estruturação psicopatológica (OLLIAC et al., 2017;

ASSOCIATION PREAUT, 2018). O M-CHAT apresenta 23 questões que se dividem em questões referentes a relacionamento social e atenção conjunta com objetivo de avaliar a emergência da intersubjetividade e, em sua ausência, o risco de autismo (MURATORI, 2014).

A correlação positiva entre o M-CHAT e o SEAL aos 24 meses se relaciona ao fato de que nessa fase, já se vê mais claramente sinais de risco para autismo, que permeiam o funcionamento de linguagem captado pelo SEAL. A criança com sinais de autismo possivelmente terá dificuldades no estabelecimento dos três mecanismos enunciativos de conjunção e disjunção EU/TU, de semantização da língua e a construção da referência pela díade (EU/TU) /ELE e de instauração do sujeito na língua-discurso (SILVA, 2009). Tais mecanismos foram utilizados para pensar os Sinais Enunciativos, cuja ausência pudessem evidenciar risco à aquisição da linguagem (CRESTANI, 2016).

Nesse sentido, aos 24 meses, o SEAL, avalia a posição da criança como sujeito no discurso, ou seja, quando ela passa a ocupar sua posição no discurso, o que estaria prejudicado em casos de risco para autismo, pela dificuldade na interação social, o que se refletiria, por exemplo, no uso do pronome EU, pois a criança com autismo utiliza frequentemente a terceira pessoa para referir-se a si mesma (DELFRATE, SANTANA e MASSI, 2009). Por isso, observa-se, a partir dos resultados, que quanto maior a pontuação positiva no M-CHAT, maior o número de Sinais Enunciativos presentes.

Outro dado a ser analisado é o de que não se observou correlação significativa entre a pontuação do SEAL e os Sinais PREAUT aos 9 meses. Esse dado se confirmou na análise entre a pontuação total de SEAL e o PREAUT aos 9 meses (tabela 5), bem como, na correlação por faixa etária dos Sinais PREAUT aos 9 meses e a fase correspondente do SEAL (7 meses a 12 meses e 29 dias) (tabela 6). Na tabela 7, ao se comparar crianças com e sem risco pelo PREAUT aos 9 meses e o Sinais Enunciativos, manteve-se o resultado. Já na primeira fase do SEAL, houve resultado significativo tanto na correlação entre pontuação do SEAL da primeira fase (2 meses a 6 meses e 29 dias) e a pontuação de Sinais PREAUT, bem como na comparação entre os grupos de crianças com e sem risco pelos Sinais PREAUT aos 4 meses e o protocolo SEAL (tabelas 6 e 7).

A correlação e a comparação positiva na primeira fase entre SEAL e Sinais PREAUT, pode ser explicada pelo fato de que nas primeiras relações que se estabelecem entre a mãe e o bebê, a partir do fechamento do terceiro tempo pulsional introduz-se um novo sujeito, é nele que o bebê se faz objeto para um outro, que busca ser olhado, ser ouvido (LAZNIK, 2013). No diálogo mãe-bebê, construído com o *manhês* (LAZNIK, 2004) a partir de significados que a mãe atribui aos sinais produzidos pela criança, quem exerce a função materna tenta manter o diálogo com o bebê, mas depende da alimentação de tal diálogo pelo bebê, portanto, conta com a apetência simbólica da criança (CATÃO, 2009). Os Sinais PREAUT ao analisarem tal aspecto, ou seja, se o bebê faz a entrada no terceiro tempo pulsional (CRESPIN e PARLATO-OLIVEIRA, 2015), observam se o bebê interroga o enigma do desejo do Outro, um modo que ele tem de se fazer com a linguagem (CATÃO, 2009).

O movimento de alienação é o primeiro movimento de ocupação do lugar que é previamente destinado ao bebê no campo do Outro, a partir de seu desejo, só assim pode haver não apenas sujeito do enunciado, mas sujeito da enunciação (CATÃO, 2009). O bebê, ao perceber-se como objeto de gozo materno, transparece uma certa modulação da voz materna, e assim estabelece-se uma protoconversaçoão entre a mãe e o bebê, definida como alienação simbólica, na qual a mãe fala no lugar do bebê. Por meio do olhar e da voz materna, o bebê deixa de ser puro organismo e é elevado à categoria simbólica, colocado assim, na posição de interlocutor (FERREIRA, 2001), visualizável a partir dos Sinais Enunciativos (CRESTANI, 2016).

Tal protoconversaçoão relaciona-se à operação de preenchimento do lugar enunciativo, sendo a premissa de um primeiro mecanismo enunciativo (SILVA, 2009) que começa a ser construído e é essencial à passagem do preenchimento de lugar enunciativo por meio do outro, para o reconhecimento do que esse lugar provoca no outro. Em outras palavras, ao ouvir a fala da mãe, sintonizada às suas demandas e ao se ouvir na interpretação linguística que a mãe dá às suas manifestações, verbais ou não, o bebê funciona na linguagem (KRUEL, 2015), e isso é um dos elementos que permite que passe de locutor a sujeito (SOUZA e FLORES, 2013).

Os Sinais Enunciativos da primeira fase tratam essencialmente dessa interlocução entre a mãe e o bebê (CRESTANI, 2016). Assim, no primeiro semestre de vida, constituições psíquica e linguística estão intrinsecamente ligadas, pois a

interação entre o bebê e os pais organiza o corpo do bebê e seu funcionamento, seu comportamento, suas representações, ou seja, sua entrada no mundo simbólico e relacional, e, sobretudo da linguagem, sendo ela ao mesmo tempo, estruturante e instrumental (JERUSALINSKY, 2010; JERUSALINSKY, 2002; CATÃO, 2009; JERUSALINSKY et al., 2015).

Desse modo, no primeiro semestre de vida, os Sinais PREAUT se apresentam como um instrumento, que além de detectar risco para autismo, na pontuação intermediária, demonstram que podem detectar risco psíquico que se apresenta no estabelecimento do laço, por dificuldades no cuidado parental (ROTH, 2016), e também risco à aquisição da linguagem. Assim, entende-se que seja relevante um olhar para o psíquico e para a linguagem no primeiro semestre de vida do bebê, sendo de extrema relevância a utilização de protocolos de risco psíquico como os Sinais PREAUT e de protocolos de risco à aquisição da linguagem que abarquem a díade mãe e bebê, como o SEAL (CRESTANI, 2016).

Já no segundo semestre da vida, os Sinais PREAUT tem mais potencial para indicar risco para autismo, tendo em vista o número menor de crianças em risco pelos Sinais na amostra estudada. Esse resultado é corroborado por estudos que afirmam que o Sinal do quarto mês identifica crianças com dificuldades relacionais precoces em geral, não específicas de evolução para autismo. Já aos 9 meses, o número de positivos é menor, e isso permite supor que nessa idade de desenvolvimento, o sinal PREAUT é menos sensível e mais específico de autismo (OLLIAC et al., 2017; ASSOCIATION PREAUT, 2018) e o menor número de sujeitos não permitiu detectar a relação com o SEAL.

Além disso, nessa fase já começa a haver uma separação entre constituição psíquica e linguística, isto é, já se observa um bebê mais ativo e independente em produções em termos de realização vocal da língua e que realiza um movimento para a construção da linguagem a partir do espelhamento da produção do adulto, tomando a fala deste como referência para suas produções, bem como, com mais intenção comunicativa e condições de passar da referência mostrada à falada (CRESTANI, 2016). Nessa fase, a criança toma para si a ação de iniciar uma interlocução e instigar o adulto a enunciar, demonstrando que está se tornando mais independente da sustentação da mãe (CRESTANI, 2016).

Conforme se observa tais comportamentos do bebê, as mães, por sua vez, tendem a ajustar a fala dirigida a ele de acordo com a idade, as habilidades cognitivas e o nível linguístico da criança (SAINT-GEORGE et al., 2013). Em estudo, observou-se, a partir da análise de vídeos caseiros, que o uso do *manhês* apresentou redução ao longo do tempo, diminuindo significativamente entre o primeiro e o segundo semestre de vida do bebê (COHEN, et al., 2013). Tal resultado foi encontrado também no estudo de Fattore et al. (2017), o que reitera o resultado desta pesquisa. Cabe ressaltar que no segundo semestre já se identificavam casos que no segundo ano tiveram como desfecho o atraso de linguagem refletidas nas 12 crianças com atraso e sem risco psíquico ao final da pesquisa.

Ainda, outro resultado encontrado neste estudo foi a comparação por grupos, entre a pontuação total de SEAL aos 24 meses, e crianças com e sem alteração de linguagem na Escala Bayley III aos 24 meses, crianças com e sem risco pelos IRDI aos 18 meses, e com e sem risco pelo M-CHAT aos 24 meses (tabela 8). Houve resultado significativo apenas na comparação entre Escala Bayley III e SEAL. Tal resultado reitera os resultados de correlação entre a Escala Bayley III e o SEAL, indicando para a efetividade do SEAL como medida de avaliação da aquisição da linguagem. Esta comparação também possibilitou elencar a média de Sinais Enunciativos presentes em crianças sem alteração na Escala Bayley III (tabela 9). Assim, considerou-se que crianças com Sinais Enunciativos presentes abaixo de 18 estariam em risco para a aquisição da linguagem, pois como já referido anteriormente, a Escala Bayley III é referência internacional em avaliação do desenvolvimento infantil (GODAMUNNE et al., 2014; BALLOT et al., 2017).

Quanto aos protocolos de risco psíquico, IRDI e M-CHAT, não se observou diferença significativa na pontuação total do SEAL, entre os grupos com e sem risco. Tal resultado permite inferir que há crianças com risco para a aquisição da linguagem sem risco psíquico. Por outro lado, a partir dos resultados, crianças que apresentam risco psíquico a partir do IRDI e do M-CHAT, podem ter risco à aquisição da linguagem, o que significa que a linguagem é um espaço sensível para alocação do sintoma psíquico.

Para a psicanálise o sintoma implica uma articulação simbólica, e é na relação entre significantes, própria do jogo linguístico, que se estabelecem as possibilidades de significação do próprio sujeito (SILVA e RUDGE, 2017). Dessa

forma, quando obstáculo está no terreno do psíquico, ou seja, quando não é na ausência de fala que se evidencia o sintoma, mas no campo discursivo, no processo de semantização da língua, visível nos casos de risco psíquico (FLORES, 2012), identificar o sofrimento de uma criança torna-se ainda mais difícil.

A utilização de variados jogos de linguagem, vocalizações, gestos e expressões pelo falante, dependendo do contexto, irão produzir sentidos que fujam ao equívoco, o que implica ao clínico a compreensão de certo jogo de linguagem (SILVA e RUDGE, 2017). Assim, a relação do sujeito com a linguagem implicaria outra função que não a do ato de comunicar ou expressar algo, e isso parece ficar muito explícito em casos de risco psíquico.

Cabe ao clínico observar a “fala que falha” como uma fala sintomática, um tipo singular de organização, portanto, algo que tem sua lógica específica. A fala sintomática é linguagem e, sendo linguagem, deve ser concebida como linguagem em funcionamento (SURREAUX, 2006). A linguagem que tem irregularidades e particularidades marcadas por cada sujeito. Nesse sentido, o SEAL, ao observar o funcionamento linguístico, nos planos semiótico e semântico da língua, marca-se como um instrumento que pode auxiliar o clínico, quando o sintoma de linguagem se relaciona mais ao sintoma psíquico.

A variável idade gestacional não demonstrou significância estatística na correlação com o SEAL (tabela 10). Isso pode ser explicado pelo número reduzido de prematuros com idade gestacional abaixo de 34 semanas (onze ao total, numa amostra de 37). Com a maioria de bebês com idade gestacional acima de 34 semanas, esta variável não teve efeito nas produções infantis e da mãe. Sabe-se que bebês com idade gestacional abaixo de 30 semanas possuem maior propensão a atrasos no desenvolvimento (SAMARA et al., 2008; GOYEN et al., 2011; MCCOY et al., 2014). O fato de serem em pequeno grupo na amostra pode ter se refletido na falta de significância estatística na correlação dos resultados entre os dois grupos na amostra estudada.

No entanto, na tabela 11, observa-se que bebês a termo obtiveram melhores resultados no SEAL do que o grupo de bebês prematuros a partir da comparação de suas médias. Referente às habilidades linguísticas iniciais, o estudo de Salerni, Suttora e D’Odorico (2007) encontrou que as crianças prematuras são menos sensíveis, menos produtivas e menos envolvidas em trocas de comunicação com

seu cuidador, comparadas a crianças nascidas a termo com seis meses de idade. Tal estudo corrobora o resultado encontrado nesta tese, pois, o SEAL possibilita observar as trocas entre o bebê e mãe nesse período, a partir da situação enunciativa e das possibilidades de realização vocal da língua (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018). Outro estudo também demonstrou que há riscos maiores de atraso de linguagem em bebês prematuros do que em bebês a termo (MAGGIOLO et al., 2014).

Ainda, um estudo (D'ODORICO et al., 2011) que investiga os efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento da linguagem, supõe que o nascimento prematuro tem efeito direto sobre a capacidade dos bebês em produzir os primeiros sons da linguagem e praticar os mesmos, a fim de evoluir para construções mais complexas. Tais autores salientam que as diferenças na aquisição da linguagem em prematuros e a termo, podem ser observadas mais tarde, no início da aquisição do vocabulário, quando o diálogo se torna mais complexo, o que se relaciona ao resultado deste estudo, pois o SEAL observa a capacidade de realização vocal da língua desde a primeira fase, considerando que no grupo estudado, houve menor pontuação de Sinais Enunciativos em crianças prematuras.

A conclusão do estudo de D'odorico et al. (2011) foi de que as crianças prematuras podem apresentar menor capacidade de desenvolver o balbucio do que crianças a termo. Afirmam ainda, que a frequência das vocalizações produzidas aos seis meses de vida está relacionada com a taxa de aquisição de vocabulário, enquanto que a complexidade do balbucio pode ser relacionada à aquisição rápida das palavras. Isto sugere que a capacidade comunicativa exibida pelos bebês no primeiro e segundo semestre é um preditivo confiável do desenvolvimento linguístico subsequente (D'ODORICO et al., 2011), sendo de extrema relevância, a possibilidade de visualizar a partir do SEAL, dificuldades na realização vocal da língua por crianças prematuras, pois, tais habilidades são observadas desde a primeira fase do protocolo (CRESTANI, 2016).

A análise qualitativa permitiu constatar a relação entre os resultados de linguagem na Escala Bayley III e no SEAL, confirmando os resultados encontrados na análise quantitativa desta tese, que identificam o SEAL como um instrumento de avaliação de linguagem que se equipara a Escala Bayley III, padrão ouro na literatura internacional.

No entanto, na análise caso a caso, observou-se que a Escala Bayley III pontua da mesma forma funcionamentos de linguagem distintos, quando se analisa a aquisição da linguagem a partir dos domínios semiótico e semântico da língua (CARDOSO, 2010), dos mecanismos enunciativos (SILVA, 2009), o que se refletiu no resultado do SEAL (CRESTANI, 2016; FATTORE, 2018). Isso se explica pelo fato de que tal escala, como já referido anteriormente, avalia a criança pela observação direta e interação com a criança, mas com o com examinador (ROCHA, DORNELAS e MAGALHÃES, 2013). Desse modo, não estão em jogo as trocas entre a criança e seu alocutário usual, elemento essencial no processo de apropriação linguística pela criança (SILVA, 2009).

Esse olhar sobre a importância da cena enunciativa com o alocutário usual, que exerce a função parental primordial na avaliação clínica da linguagem, ficou mais explícita quando observados os resultados dos casos.

Assim, nos casos que apresentaram pontuação limítrofe pela Escala Bayley III, D, LC, S, P e A, verificou-se diferentes funcionamentos linguísticos, que permitiram aventar uma hipótese de funcionamento de linguagem particular para cada caso. Sobre esse aspecto, Surreaux (2006) destaca a importância de uma hipótese de funcionamento de linguagem em crianças em processo de aquisição, pois se compreende que o discurso da criança comporta as (ir) regularidades da língua e a singularidade do sujeito que enuncia (SURREAUX, 2006).

Exemplificando, D apresentava limitações maiores no processo semântico da língua, enquanto LC apresentava limitações de realização vocal da língua, ou seja, comprometimento no plano semiótico associado a dificuldades de sua alocutária usual em dialogar com ele, gerando prejuízos na semantização da língua. Já em S, a partir do seguimento do caso e melhor entendimento do funcionamento de linguagem, foi possível compreender que apesar das limitações no domínio lexical e sintático observadas na filmagem de interação com a mãe, as dificuldades traduzidas pela menina encontravam-se na semantização da língua por demanda materna inconsciente.

Em P não se observaram dificuldades relacionadas à realização vocal da língua, no plano semiótico aos 24 meses. Em contrapartida, sua alocutária usual apresentava pouca disposição para investir no diálogo com ele, o que o limitava no processo de semantização da língua. No caso de A, coadunam-se limitações no

plano semiótico que estão associadas ao plano semântico da língua, bem como questões referentes à suposição de um falante por parte de sua alocutária usual.

Ainda, sobre os outros dois sujeitos analisados, LH apresentou resultado extremamente baixo na Escala Bayley III, enquanto R apresentou média baixa na pontuação da Escala Bayley III. LH apresentou prejuízos importantes no processo semiótico e de semantização da língua associados a dificuldades da mãe, sua alocutária usual, em investir no diálogo. Já R, tinha plenas condições de avançar no domínio da língua, mas a forma como sua alocutária usual supunha um falante em R, implicou dificuldades no processo de semantização da língua, o que parecia barrar seu avanço no plano semiótico.

Salienta-se que as cinco crianças que apresentaram pontuação limítrofe pela Escala Bayley III, tiveram funcionamento de linguagem distinto. Portanto, fica evidente a singularidade de cada caso no funcionamento de linguagem conforme aponta Surreaux (2006). Para Surreaux e Lima (2011) falar desta singularidade implica considerar a particularidade por meio da qual um determinado falante fará seu percurso na apropriação de uma dada língua.

Para que a criança possa apropriar-se do sistema linguístico e atualizá-lo na instância discursiva, a sustentação do adulto será fundamental (SILVA, 2009). Ressalta-se que nos casos analisados, quando se observa o processo de semantização da língua prejudicado, tem-se o fator materno do SEAL alterado e evidenciado na dificuldade de sustentação enunciativa pela mãe nos casos LC, LH, R, P e A, o que pode ser uma reação da mãe às dificuldades no plano semiótico apresentadas pela criança ou algo de sua forma de exercer a função parental.

Não cabe, em dados obtidos sem um processo de transferência clínica, mas em pesquisa, identificar a origem da dificuldade, até porque não é objeto da perspectiva teórica aqui apresentada uma relação de causa-efeito. No entanto, os casos fornecem algumas direções de investigação a partir do SEAL, pois em alguns deles o domínio semiótico parece não avançar mais pela forma como se estabelece o diálogo entre mãe e criança como em R, P e A. Sabe-se que, a partir do processo de semantização da língua, a criança atribui referência e sintagmatiza as formas do discurso, ou seja, é o espaço, no qual, aparece claramente o uso da língua no discurso (SILVA, 2009). Isso pode ser visualizado nesses casos.

Isso demanda uma intervenção que rompa e modifique esse funcionamento, o que a intervenção a tempo, realizada com a presença do familiar em sessão pode oferecer. Já em LC e LH, o fator materno e da criança se complementam. Desse modo, a análise qualitativa confirma a importância dos familiares em interlocução com a criança como balizadores da análise da linguagem infantil pelo SEAL (CRESTANI, 2016, FATTORE, 2018) e também para uma avaliação clínica mais aprofundada, já que o SEAL se propõe a detectar risco e não possui valor diagnóstico.

A partir dos dados da análise qualitativa, foi possível aventar uma hipótese de funcionamento de linguagem inicial a cada caso, o que permite estabelecer uma direção para a intervenção que é singular e nunca igual entre um caso e outro. Nesse sentido, não se trata de orientar as mães de como devem dialogar com seus filhos, mas de pensar com elas sobre o que as impede de investir no filho como locutor ou alocutário, e de supor um falante na criança, tomando para si a posição de escuta, na qual, pode estranhar o singular da fala da criança, e assim, interpretá-la (BENDER e SURREAUX, 2011), e por sua vez abrir espaço para o diálogo.

Surreaux (2006) propõe o sintoma de linguagem como uma combinação singular, por parte do sujeito que enuncia. Portanto, a noção de sintoma, na clínica de linguagem, é marcada pelos interrogantes que a falha evoca (SURREAUX, 2006). No caso de S, o qual teve seguimento em atendimento clínico, conforme o relato do caso, foi possível compreender o “enigmático que cada subversão evoca” no sintoma de linguagem (SURREAUX, 2006). A compreensão do “enigmático” se dá quando a palavra surge com toda a sua força relacional, a partir da transferência entre os sujeitos na clínica (PALHARES, 2008).

A fala vista como desviante é uma forma de organização singular do sistema da língua de um falante que, ao transformar a língua em discurso por um ato individual, ascende à condição de sujeito (SURREAUX, 2006; CARDOSO, 2010). Ainda, Surreaux (2006), afirma que é a partir da sustentação da fala sintomática, que o terapeuta permite ao sujeito atendido se apropriar desta fala e produzir deslocamentos, ou seja, fazer uso criativo de seu sintoma para poder sair dele, como se observou no caso de S.

Em situações de distúrbio de linguagem, pode ocorrer de os significantes não encontrarem o significado, ou produzirem um encontro desarranjado (SURREAUX e

LIMA, 2011). Conforme se estabelece a transferência e contra-transferência (PALHARES, 2008), quando o trabalho terapêutico passa a considerar os afetos do terapeuta também presentes na situação clínica, os sujeitos implicados podem buscar, cada um seu papel e função, ressignificando tal encontro desarranjado (SURREAUX e LIMA, 2011).

Tais relações entre S, sua mãe e a terapeuta, possibilitaram à terapeuta, a partir da sustentação da fala sintomática da menina, permitir que ela se apropriasse desta fala e produzisse deslocamentos, fazendo uso criativo de seu sintoma para poder sair dele (SURREAUX, 2006), como se observa nos relatos da terapeuta em que a S fala com diversas prosódias a palavra “mamãe” sorrindo para a terapeuta, indicando a sua impossibilidade de demonstrar seu potencial, que por sua vez, foi interpretado pela terapeuta como um pedido de que a mãe precisava de atendimento. Acolhidas, mãe e filha em seu sintoma, a partir desse ponto, a menina pôde evoluir no domínio semiótico e ampliar o processo de semantização da língua (CARDOSO, 2010).

O trabalho da terapeuta permite pensar a singularidade da fala sintomática dos sujeitos, diferenciando-se das abordagens que pensam a fala desviante apenas como sinal de sistema linguístico atípico em função de agravo ou patologia (SURREAUX, 2006), pois, no caso de S, e nos demais casos relatados nesta pesquisa, não se tratam de crianças com alguma patologia. No entanto, observa-se que na maioria dos casos, as mães, suas alocutárias usuais parecem pouco afeitas ao diálogo, e ainda, que isso pode esbarrar em algum fantasma a ser investigado, como se observou no caso de S. Neste caso, o trabalho clínico possibilitou supor o que estava impedindo S de avançar nesse processo. Nos outros casos, isso ainda é um mistério, devido às limitações da pesquisa que não os toma em transferência.

Diante de tais exposições, a análise dos casos permite elencar o SEAL enquanto instrumento de detecção que pode dar uma direção do início da intervenção. Mas a continuidade do processo terapêutico só se dará a partir da formulação de uma hipótese de funcionamento da linguagem, que é singular e depende da transferência e contra-transferência entre os sujeitos: criança, mãe/pai ou quem façam suas funções e a terapeuta. Esse processo é usual na clínica fonoaudiológica realizada a tempo de impedir um atraso prolongado na linguagem

ou mesmo que minimize possíveis efeitos biológicos no funcionamento de linguagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou analisar a aquisição da linguagem de bebês prematuros e a termo com e sem risco psíquico nos dois primeiros anos de vida, a partir de correlações e comparações entre o SEAL e protocolos tradicionais de linguagem e de risco psíquico, e a condição de prematuridade ou não.

Foi possível constatar a partir dos resultados deste estudo, a efetividade do SEAL enquanto protocolo de identificação de risco à aquisição da linguagem, uma vez que se correlacionou de modo significativo à Escala Bayley III, considerada uma avaliação padrão ouro na literatura internacional.

A análise qualitativa permitiu, no entanto, observar que o SEAL pode fornecer informações de como ocorre a sustentação enunciativa, o que a Escala Bayley III não fornece e, com isso, possibilita pensar questões para propor uma direção inicial na intervenção. As implicações disso para a clínica de bebês são de o instrumento permitir olhar se as dificuldades estão mais concentradas em limitações do funcionamento da linguagem da criança, ou na sustentação enunciativa que o adulto lhe fornece ou em ambos os aspectos.

Quanto à presença de risco psíquico, observou-se correlação estatística, ou seja, quanto maior a presença de sinais enunciativos de aquisição da linguagem maior o número de indicadores no IRDI, melhor a pontuação nos Sinais PREAUT, bem como maior o número de sinais positivos do desenvolvimento no M-CHAT. Tal resultado sugere a importância de acompanhamento de crianças tanto do ponto de vista psíquico como linguístico nos dois primeiros anos de vida e confirma a hipótese inicial desta tese de que a relação entre psiquismo e linguagem é muito importante nos primeiros dois anos de vida.

Esse dado se torna mais claro ainda quando se observa, a partir dos resultados de correlação e comparação entre os Sinais PREAUT e SEAL, especialmente no primeiro semestre de vida do bebê, as protoconversações iniciais entre a mãe e o bebê, como elementos essenciais para a constituição linguística e psíquica da criança. Esse resultado sugere que os Sinais PREAUT podem prever risco à aquisição da linguagem no primeiro semestre de vida quando alterados.

No entanto, conforme se observou, a partir do segundo semestre, já é possível detectar sinais de risco à aquisição da linguagem, em crianças sem risco psíquico, confirmando uma das hipóteses desta tese, de que há crianças com risco para linguagem, sem risco psíquico, o que permite afirmar a importância de haver roteiros e protocolos que abarquem de modo mais específico o funcionamento de linguagem na puericultura, já que tivemos 12 crianças com alterações de linguagem aos 24 meses, sem histórico de risco psíquico. Isso sugere que o desfecho de atraso na linguagem pode não estar atrelado à emergência de uma psicopatologia.

Ainda, os resultados desta tese permitem inferir que as crianças com risco psíquico tiveram piores resultados de linguagem quando comparadas a crianças sem risco psíquico. Dessa forma, quando o sintoma psíquico se traduz na linguagem, o SEAL apresenta-se como um instrumento que pode auxiliar o clínico, ao observar bebê e adulto no processo de semantização da língua.

Referente à análise da aquisição da linguagem de bebês prematuros e a termo, a partir dos resultados desta tese é possível confirmar a hipótese de que bebês a termo apresentam melhores resultados de linguagem pelo SEAL do que bebês prematuros. Mesmo estes sendo, em sua maioria, prematuros tardios, observou-se diferença na aquisição da linguagem em relação aos nascidos a termo. Nesse sentido, mesmo crianças prematuras tardias consideradas saudáveis, podem apresentar deficits na aquisição da linguagem e necessitam de um acompanhamento na puericultura, tal qual se faz com bebês prematuros extremos e moderados.

Na análise qualitativa foi possível observar a efetividade do SEAL, como instrumento de detecção de risco à linguagem nos dois primeiros anos de vida da criança, quando comparado aos resultados da Escala Bayley III. No entanto, o SEAL traz em sua análise, a aquisição e funcionamento da linguagem a partir do diálogo entre a mãe e o bebê, considerando os processos semiótico e semântico da língua, diferentemente de análises mais tradicionais que avaliam as produções isoladas da criança, a nível semiótico.

Isso destaca as contribuições que o SEAL traz para avaliação de risco à linguagem nos primeiros anos de vida, apresentando-se como um instrumento promissor enquanto estratégia de detecção a tempo ou precoce a ser utilizado em

serviços de cuidado à saúde materno-infantil por fonoaudiólogos, pois além de analisar o processo semiótico da língua, analisa a criança e o adulto, seu alocutário usual na interlocução, incluindo a dimensão discursiva na análise. Desse modo, tal análise pode possibilitar a direção da intervenção, de modo mais consistente que os testes psicolinguísticos tradicionais, conforme se hipotetizou no início deste estudo.

No entanto, a continuidade do processo terapêutico só se dará a partir da formulação de uma hipótese de funcionamento da linguagem, que é singular a cada sujeito. A partir de tal hipótese é possível pensar em uma intervenção a tempo que priorize a participação das famílias, especialmente dos alocutários usuais do bebê no processo terapêutico, para que se possibilite a sustentação enunciativa desses bebês antes que o sintoma de linguagem se cristalize.

O trabalho apresentou limitações porque muitos bebês não compareceram à avaliação da linguagem pela Escala Bayley III, visto que é uma avaliação mais demorada e demandava deslocar-se ao serviço de atendimento fonoaudiológico. Deste modo, o estudo da utilização clínica do SEAL deve ser continuado com amostras maiores de bebês para que sua efetividade seja comprovada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.E.R. Declínio da autoridade: do Nome-do-Pai ao Sinthoma. **Revista Regional do Trabalho 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 43, n. 73, p.61-8. 2006.
- ALMEIDA, T. S. O. et al. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.3, p.301-8, 2013.
- ANDRACA, I.; PINO, P; LA PARRA, A; RIVERA, F; CASTILLO, M . Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. **Rev. Saúde Pública**. v. 32, n.2, 1998.
- ANDRADE, S.A. et al . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.
- ARAÚJO, S.M. Clínica de Linguagem: sobre a posição do fonoaudiólogo na relação com a fala sintomática de crianças. In: LIER-DE-VITO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia Maria. **Aquisição, patologias e clínicas de linguagem**. São Paulo Editora PUC-SP, 2007.
- ARNAUD, C. et al. Prevalence and associated factors of minor neuromotor dysfunctions at age 5 years in prematurely born children: the EPIPAGE Study. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v.161, n.11, p. 1053-1061, 2007.
- BALLOT, D. E. Use of the Bayley Scales of infant and Toddler Development, Third Edition, to Assess Developmental Outcome in Infants and Young Children in an Urban Setting in South Africa. International Scholarly. **BMJ Pediatrics Open**. v. 1, n. 1, p. 1-5, 2017.
- BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT - THIRD EDITION, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.
- BENDER, S. ; SURREAUX, L. M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. **Cadernos do IL (UFRGS)**, v. 42, p. 129-145. 2011.
- BELTRAMI, L.; MORAES, A.B.; SOUZA, A.P.R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**. v. 25, n. 2. 2013.
- BRANCALIONI, A.R., ZAUZA, A., KARLINSKI, C.D., QUITAISKI, L.F., & THOMAZ, M.D.F.O. Expressive vocabulary performance of students aged from 4 to 5 years attending public and private schools. **Audiology-Communication Research**, v. 23, 2018
- BRAZELTON, T. B; CRAMER, G. B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

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

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

BENVENISTE, E. Semiologia da língua. In: BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral II**. Campinas, SP: Pontes, 1989.

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

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, June. 2004.

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

CAPURRO, H. et al. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Pediatr**, n. 93, p. 120-2, 1978.

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

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

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

COHEN, D. et al. Do Parentese Prosody and Fathers' Involvement in Interacting Facilitate Social Interaction in Infants Who Later Develop Autism?. **PLoS ONE**. v.8, n.5, 2013.

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

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

CRESPIN, G.C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: **Dossiê Autismo**. 1ª edição, São Paulo: Instituto Langage. 2015.

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

CRESTANI, A.H.; MORAES, A.B.; SOUZA, A.P.R. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. **Rev. Cefac**. v. 17, n.1,169-76. 2015.

CRESTANI, A.H. **Elaboração e validação de índices de aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa para crianças de 2 a 12 meses**. 2016. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana)- Universidade Federal de Santa Maria.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/critenoBrasil.aspx>>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

CUMMINGS, S. R.; NEWMAN, T. B.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional: Estudos de Coorte. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 113-25. 2003.

DELFRATE, C.B.; SANTANA, A.P.O.; MASSI, G.A.A. Aquisição De Linguagem Na Criança Com Autismo: Um Estudo De Caso. **Psicologia em Estudo**. v. 14, n. 2, p. 321-31. 2009.

D'ODORICO, L.; MAJORANO, M.; FASOLO, M.; SALERNI, N.; SUTTORA, C. Characteristics of phonological development as a risk factor for language development in Italian-speaking pre-term children: A longitudinal study. **Clinical Linguistics & Phonetics**. v. 25, n. 1, p. 53-65. 2011.

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

FATTORE, I.C; UHDE, R.M.; OLIVEIRA, L.D.; ROTH, A.M.; SOUZA, A.P.R. Análise comparativa das vocalizações iniciais de bebês prematuros e a termo, com e sem risco ao desenvolvimento. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 4. p. 1-9. 2017.

FATTORE, I.M. **Validação de sinais enunciativos de aquisição da linguagem para crianças de 13 a 24 meses**. 2018. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. *No prelo*.

FERREIRA, S.S. Porque falar ao bebê se ele não compreende? Intersecção Psicanalítica. 2001. Disponível em <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int->

biblioteca/SSFerreira/silvia_ferreira_porque_falar_bebe_se_nao_compreende_upld.pdf

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

FLORES, M.R.; RAMOS, A.P., MORAES, A., BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2. 2013.

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

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

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

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

FORMIGA, C.K.M.R; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. Esc. Enferm**. v. 43, n.2, p.472-80, 2009.

FRANCO, V. **Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança: com a família, na comunidade, em equipe**. 1ª edição. Edições Aloendro, 2015.

FRANKENBURG, W.K.; DODDS, J.B. The Denver Developmental Screening Test. **Journal of Pediatrics**. v.71, p.181-91, 1967.

FRANKENBURG, W.K.; DODDS, J.; ARCHER, P.; SHAPIRO, H.; BRESNICK, B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. **Pediatrics**, 89:91-7,1992.

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

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

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

GODAMUNNE, P.; LIYANAGE, C.; WIMALADHARMASOORIYA, N.; PATHMESWARAN, A., WICKREMASINGHE, A.R.; PATTERSON, C., et al.

Comparison of performance of Sri Lankan and US children on cognitive and motor scales of the Bayley scales of infant development. **BMC Res Notes**. v. 7, n.1 p. 1-5, 2014.

GOLINKOFF, R.M., HIRSH-PASE, K. Reinterpretando a Compreensão da Frase pela Criança: em Direção a uma nova estrutura. In FLETCHER, P. e MACWHINNEY, B. **Compêndio de Linguagem da Criança**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

GOYEN, T. A.; LUI, K.; HUMMELL, J. Sensorimotor skills associated with motor dysfunction in children born extremely preterm. **Early Hum Dev.**, n. 87, p.489-493, 2011.

GUEDES, Z.C.F. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** v. 13, n. 1, 2008.

GUIMARÃES, D.M.L.O. Percurso de construção da fonologia pela criança: uma abordagem dinâmica. 2008. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

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

HALPERN, R.; BARROS, F.C.; HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. **Cad Saúde Públ.**, v. 12, n.1, p. 73-8.1996.

HALPERN, R.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A., SANTOS, I.S., VICTORA, C.G., BARROS, F.C. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 3, p 444-50. 2008.

HALPERN, R., FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J. Pediatr. (Rio J.)**. v. 80, n. 2, p. 104-10. 2004.

IUNGANO, E.M. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Psicologia em Pediatria*. 2009. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974

JERUSALINSKY, A.N.; CORIAT, E. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento Infantil. In: **Escritos da Criança nº 4**. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat, 1996.

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

JERUSALINSKY, A. et al. Bebês em risco de autismo e os recursos do psicanalista para ajudá-los. In: **Dossiê Autismo**. 1ª edição. São Paulo, Instituto Langage, 2015.

JERUSALINSKY, A. Para compreender a criança: chaves psicanalíticas. São Paulo, Instituto Langage, 2011.

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

KRUEL, C.S. **O amadurecimento do bebê e a linguagem: uma leitura a partir de Winnicott e Benveniste.** 2015. Santa Maria-RS. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana)-Universidade Federal de Santa Maria.

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

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

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

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

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

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

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

LAZNIK, M.C. **A hora e a vez do bebê.** São Paulo, SP: Instituto Langage. 2013.

LAZNIK, M.C. Traumatismo da prematuridade. O ponto de vista do bebê. In: **A hora e a vez do bebê.** São Paulo, SP: Instituto Langage. 2013.

LINHARES, MBM; CARVALHO, AEV; BORDIN, MBM; CHIMELLO, J.T; MARTINEZ, FE; JORGE, SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia (Ribeirão Preto).** v. 10, n. 18, p.60-9. 2000.

LOPES, J., SILVA, M.M., MONIZ, A., SPEAR-SWERLING, L., & ZIBULSKY, J. Evolução da prosódia e compreensão da leitura: Um estudo longitudinal do 2º ano ao final do 3º ano de escolaridade. **Revista de Psicodidáctica**, v. 20, n. 1. 2015.

LORENA, S. H. T.; BRITO, J. M. S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 72, n.3, p.360-364, 2009.

LOSÁPIO, M.F; PONDÉ, M.P. Tradução para o português da escala MCHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.30, n.3, p. 221-229. 2008.

LOWE, J.R.; ERICKSON, S.J.; MACLEAN, P.; SCHRADER, R.; FULLER, J. Association of maternal scaffolding to maternal education and cognition in toddlers born preterm and full term. **Acta Pædiatr.** v. 102, n. 1, p. 72-7. 2013.

MADASCHI, V.; PAULA, C.S. Medidas De Avaliação Do Desenvolvimento Infantil: Uma Revisão Da Literatura Nos Últimos Cinco Anos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.** v. 11, n. 1, p. 52-56. 2011.

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

MAGALHÃES, L. C. et al. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver II. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n,4, p. 445-453, 2011.

MAGGIOLO, M.; VARELA, V.; ARANCIBIA, C.; RUIZ, F. Dificultades de lenguaje en niños preescolares con antecedente de prematuridad extrema. **Revista chilena de pediatría.** v. 85, n.3, p. 319-327. 2014.

MANCINI, M.C; MEGALE, L; BRANDÃO, M.B.; MELO, A.P.P.; SAMPAIO, RF. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.4, n.1.2004.

MARTINS, K.P.H. et al. Reflexões sobre a função paterna no trabalho psicanalítico com crianças. **Cadernos de Psicanálise-CPRJ.** Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p.133-43.2010.

MCCOY, B.M. et al. Mediators of the association between parental severe mental illness and offspring neurodevelopmental problems. **Annals of Epidemiology**, v.24, p. 629-634. 2014.

MÉIO, M.D.B.B; LOPES, C.S; MORSCH, D.S., MONTEIRO, A.P.G.; ROCHA, S.B.; BORGES, R.A.; REIS, A.B. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 6. 2004.

MELLO, RR; SILVA, KS; RODRIGUES, MCC; CHALFUN, G; FERREIRA, RC, DELAMÔNICA JVR. Predictive factors for neuromotor abnormalities at the corrected

age of 12 months in very low birth weight premature infants. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 235-41. 2009.

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

MOORE, T. Relationship between test scores using the second and third editions of the Bayley Scales in extremely preterm children. **J Pediatr.**, v. 160, n. 4, p. 553-558. 2012.

MORO, M.P.; SOUZA, A.P.R. Três análises de linguagem no autismo. *Rev. CEFAC*. v. 13, n.5, julho.2011.

MOREIRA, R.S.; FIGUEIREDO, E.M. Instrumentos De Avaliação Para Os Dois Primeiros Anos De Vida Do Lactente. **Journal of Human Growth and Development**. v. 23, n. 2, p. 215-221. 2013.

MOTTA, S.S.P. Sinais De Risco Na Clínica Da Pré-História Do Sujeito. Disponível em:
http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con.sinais_de_risco_na_clinica_da_pre.pdf

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras**. 1 ed. Salvador, BA: Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

NASCIMENTO, D. Z. A.; CARVALHO, K. P. P.; IWABE, C. Perfil Cognitivo e Motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar: Revisão de literatura. **Rev. Neurcienc.**, v.20, n. 4, p. 618-624, 2012.

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

OLIVEIRA, L.D. **Da Detecção À Intervenção Precoce Em Casos De Risco Ao Desenvolvimento Infantil E Distúrbio De Linguagem**. Santa Maria: 2013. (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

OLIVEIRA, L.D., PERUZOLLO, D.L; RAMOS, A.P. Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único sustentado na Interdisciplinariedade. **Dist. Comum**. v.25, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, L.D.; SOUZA, A.P.R. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco ao desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. **Rev Cefac**. 2014, 16(5):1700-12.

OLIVER, K. A. **Prematuridade como fator de risco no desenvolvimento motor e cognitivo avaliados com 1 e 2 anos de idade**. 2010. 194f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

OLLIAC, B. et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. **PLoS One**. v. 12, n. 12, p.1-22. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010. Disponível em <<http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil/>>. Acesso em: abr.2017.

PALHARES, M.C.A. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 100-111, mar. 2008.

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

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

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

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

PERUZZOLO, D. **Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica de intervenção precoce**. 2016. 143 p. Tese (Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

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

PINTO, E.M. Aspectos sociolinguísticos da palatização de/S/,/D/,/T/e/L/ do português brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso. 2018.

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

PRETTO-CARLESSO, J.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, dez. 2011.

PROJETO PREAUT SM, 2013. Perturbações precoces da comunicação e da interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental da primeira infância.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S. M. O. Prematurity: clinical and epidemiological aspects in a Normal Delivery Center. **Einstein**, v. 9, n. 4, p.483-8, 2011.

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June. 2009.

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

RIANI, A.C.P.R. A Psicanálise na clínica com bebês. Trabalho de conclusão de curso de Pós-Graduação em Psicanálise. UFJF, 2003.

ROBINS D.L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.31, n.2, p.131-144, 2001.

ROBINS. D.L.; FEIN, D.; BARTON, M. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) TM. Disponível em: https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/docs/sciencedocs/m-chat/m-chat-r_f.pdf?v=1. Acessado em abril de 2016.

ROCHA, S.R.; DORNELAS, L.F.; MAGALHÃES, L.C. Instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo no Brasil: revisão da literatura. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 109-117, 2013.

RODRIGUES, G. **Desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria. 2009.

RODRIGUES, O. M. P; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 21 n. 1, p. 111-21, 2011.

RODRIGUES, O.M.P.R. Escalas de desenvolvimento infantil e o seu uso em bebês. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 43, p. 81-100, jan. /mar. 2012.

ROTH, A.M. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais**. [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2016.

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

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr.**, v. 81, supl 1, p.101-10, 2005.

SAINT-GEORGES, C.; CHETOUANI, M.; CASSEL, R.; APICELLA, F.; MAHDHAOUI, A.; MURATORI, F. et al. Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). **PLoS One**. v. 8, n. 10, p.78-103. 2013.

SALERNI, N.; SUTTORA, C.; D'ODORICO, L. (2007). A comparison of characteristics of early communication exchanges in mother-preterm and mother-full-term infant dyads. **First Language**, v. 27, n.4, p. 329–46. 2007.

SAMARA, M.; MARLOW, N.; WOLKE, D. Pervasive behavior problems at 6 years of age in a total population sample of children born at 25 weeks of gestation. **Pediatrics**, v. 122, n.3, p. 562-73, 2008.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. In: SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic: teor e pesq.** v.20, n.3, p.233-240, 2004.

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

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

SILVA, N.D.S.H. et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev. bras. Crescimento desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.

SILVA, A.C; RUDGE, A.M. Construindo a noção de sintoma: articulações entre psicanálise e pragmática. **Psicologia USP**, v.28, n.2, p.224-229.2017.

SILVA, M.Z; BOMFIM, V.S. **Instrumentos de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros anos de vida: revisão sistemática**. Desenvolvimento na Infância Programa de Saúde da Criança e do Adolescente Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP – USP. s/d.

SIM-SIM, I; SILVA, A.C.; NUNES, C. Linguagem e comunicação no jardim-deinfância: textos de apoio para educadores de infância. Biblioteca Nacional de Portugal, 2008.

SOUZA, A.P.R.; FLORES, V.N. **A passagem de locutor a sujeito como efeito do processo e apropriação na clínica da infância: estudo de um caso.** In: Marie-Claire Busnel e Rosely Gazire Melgaço. (Org.). O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. 1ªed.São Paulo: Instituto Langage, 2013, v. 1, p. 185-200.

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

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

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

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.

TONIETTO, L., PARENTE, M. A.M.P., DUVIGNAU, K., GAUME, B., & ALVES BOSA, C. Aquisição inicial do léxico verbal e aproximações semânticas em português. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1. 2007.

TREVARTHEN, C. **Intimate contact from birth: How we know one another by touch, voice, and expression in movement.** In: Kate White (ed.) Touch, Attachment and the body, pp.1-15, Karnak, London, 2004.

TREVARTHEN, C.; MALLOCH, S. **Musicality and music before three: by touch, voice, and expression in movement.** In: Kate White (Ed.). Touch Attachment and the Body, p. 1-15. Karnak, London, 2014.

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

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

VENDRUSCOLO, J.F.; BOLZAN, G.M.; CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.; MORAES, A.B. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum.** V. 24, n. 1, p. 41-52. 2012.

VENDRUSCOLO, J.F.; SOUZA A.P.R. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. **Rev. CEFAC.** v. 17, n. 3,p. 707-19. 2015.

VORCARO, A. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Rev. Latinoam.**, São Paulo, v.3, n.4, p. 617-34, dez. 2010.

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

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

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: ESTUDO CLÍNICO DOS SINAIS ENUNCIATIVOS DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: RELAÇÕES COM PREMATURIDADE E PSIQUISMO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS

Pesquisador responsável: Luciéle Dias Oliveira

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

Telefone para contato: (55) 32208348

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Unidade Básica Wilson Paulo Noal.

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

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a relação entre o desenvolvimento da linguagem e risco ao desenvolvimento em crianças a termo e pré-termo. Intenciona-se possibilitar a identificação precoce de alterações e do encaminhamento imediato a programa de intervenção precoce, evitando com isso déficits e repercussões futuras dos agravantes. Também há a possibilidade de poder orientar a família, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao filho e de estimular o desenvolvimento de linguagem, psicomotor e psíquico (cognitivo e afetivo) dele.

2 – A coleta de dados inclui a aplicação da entrevista inicial e continuada (referentes a dados do bebê; informações obstétricas; socioeconômicas e psicossocial familiar), a observação da interação mãe-criança (IRDIs e Préaut). Haverá também a filmagem de interações da díade mãe-filho (conversa e/ou brincadeira). Prevê-se, portanto, um total de no máximo 30 minutos para a realização de todas as coletas.

3- A filmagem das interações se dará antes ou após a consulta pediátrica em sala reservada para isso, onde haverá um colchonete e bebê conforto para acomodar o bebê e a mãe ou responsável apresentará brinquedos ao seu bebê que estarão em uma caixa identificada por faixa etária. A filmagem durará em torno de 15 minutos. Os dados das filmagens serão armazenados para análises da pesquisa e ensino e ficarão de posse do pesquisador por no mínimo 5 anos, em HD externo e computador pessoal, e os prontuários escritos, serão ambos armazenados na sala de orientação dos laboratórios do programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, no andar subsolo do prédio de Apoio da UFSM na rua

Florianópolis, Santa Maria, RS- centro, em armário fechado e de acesso apenas a pesquisadora.

4- A pesquisa possui risco mínimo em função do desconforto ligado ao tempo para responder entrevistas e a filmagem.

5- Benefícios para o participante estão na possibilidade de averiguação precocemente de alterações de linguagem e de riscos ao desenvolvimento, associados ou não a prematuridade e da orientação e/ou encaminhamento, caso seja necessário, para a intervenção precoce. Tal intervenção será realizada por uma equipe interdisciplinar que conta com Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo.

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.

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

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

Eu discuti com a Dra. 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, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ de 2014.

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 2014.

.

Assinatura do responsável pelo estudo

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

Apêndice B - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Estudo clínico dos sinais enunciativos de aquisição da linguagem: relações com prematuridade e psiquismo nos dois primeiros anos

Pesquisador responsável: Dra. Ana Paula Ramos de Souza

Demais pesquisador: Luciéle Dias Oliveira

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Curso: Fonoaudiologia

Telefone para contato: (55) 99961195

Local da Coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM e Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal.

Registro no CEP:

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima.

O Pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, agosto de 2014.

Assinatura Pesquisador
Nome: Ana Paula Ramos de Souza

Apêndice C– Entrevistas

ENTREVISTA INICIAL

AVALIADOR: _____

Identificação:

Nome da criança: _____ Data: ____/____/____

() M () F

Nº Préaut:

Data de nascimento: ____/____/____

Idade Gestacional (semanas): _____ Idade Corrigida: _____

Acompanhante: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefones: _____ Cidade: _____ UF: _____

Dados ao Nascimento

Peso ao Nascer: _____ Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Etnia: () branco () negro () hispânico () asiático () índio

Intercorrências Neonatais:

Hiperbilirrubinemia: () Sim () Não Nível: () Leve () Discreto () Infeccioso Zona: () I () II
() III () IV

Tempo: () Precoce (24h) () Tardia (após 24h) Proced.: () Fototerapia () Ex-sanguíneo
transfusão

Permanência UTI Neonatal: () sim () não

Tempo na UTI Neonatal: () \leq 5 dias () \geq 5 dias _____ (anotar tempo)

Uso de Ventilação Mecânica: () Sim () Não

Tempo de Ventilação: () \leq 5 dias () \geq 5 dias _____ (anotar tempo)

Uso de Medicação Ototóxica: () Sim () Não Qual: () Penicilina () Gentamicina

() Amicacina () Agentes quimioterápicos () Ceftriaxone

Outros: _____

Demais Intercorrências:

() Meningite bacteriana () Distúrbios metabólicos () Convulsões neonatais

() Hipoglicemia () Hemorragia intra-ventricular () Traumatismo craniano

() Outras: _____

Variáveis Obstétricas

Pré-Natal: () Sim () Não Nº Consultas: ____ Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas

A partir de: () 0-3 meses () 4-6 meses () 7-9 meses

Intercorrências na gestação: () Sim () Não

Quais: _____

() Uso de Medicamento. Qual? _____

() uso de drogas () uso de álcool () Fumo () Ruptura prematura de membrana (bolsa).
Quando? _____

Número de gestações:

() Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma _____ (anotar número)

Número de partos:

() Cinco ou mais () Duas a quatro () Um _____ (anotar número)

História de aborto: () Não () sim Observações:

História de partos prematuros: () Não () Sim Observações:

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

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea

Intercorrências com o recém-nascido: () Não () Sim Quais? _____

Tipo de aleitamento:

() Materno exclusivo () Artificial () Misto

(descrever) _____

Possui algum tipo de dificuldade de alimentação (engasgo, tosse)? _____

Já teve alguma doença (infecções como otite ou pneumonia, etc)? _____

Suporte social: () nenhum () Marido () Mãe ()

Outros _____

Infecções intra-uterinas (identificação em meses)

() Citomegalovírus: Quando? _____ () Rubéola: Quando? _____

() Herpes: Quando? _____ () Toxoplasmose: Quando? _____

() Sífilis: Quando? _____ () HIV: Quando? _____

() Outros: Quais e Quando? _____

Dados Familiares (sócio-demográficos, psicossociais) e Rotina do Bebê

Nome da mãe: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade Materna: _____

Profissão: _____

Nome do pai: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade Paterna: _____

Profissão: _____

Número de filhos: _____

Número de pessoas que residem na casa: _____

Renda mensal familiar: _____

Outro cuidador – Nome: _____ Idade: _____

Parentesco: _____

Profissão: _____

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

Outros _____

Possui Iluminação Elétrica: () Sim () Não

Como você avalia a iluminação dentro da sua casa () muito escura () escura () clara () muito clara

Possui (nº): () Televisão () Geladeira () Freezer () Carro () Rádio () Banheiro ()

Máq. Lavar () Vídeo Cassete/DVD () Empregada Mensalista () diarista.

Onde a criança dorme e com quem?

Quem permanece mais tempo com a criança? _____

Ela tem contato com outras crianças e/ou outras pessoas que não familiares? _____

Há brinquedos para ela? Quais? E quais são os objetos que mais chamam a atenção dela? _____

Durante o dia, a criança permanece maior a parte do tempo () deitada () sentada no carrinho () sentada com ou sem apoio fora do carrinho () livre para movimentar-se.

Onde _____

Você permite a criança experimentar diferentes posições ao longo do dia (sentada, deitada com a barriga para cima, deitada com a barriga para baixo, de lado)? _____

Qual é a posição que ela permanece na maior parte do dia? _____ Como ela gosta de ficar? _____

Como ela chama você? _____

Ela tem um jeito diferente para chamar outro componente da família? _____

Se você chama, ela responde? Como? _____

O que incomoda ela? _____

Como ela informa que não está gostando? _____

Ela participa da dinâmica familiar: acorda com a família, almoço, janta, passeios?

Como ela dorme à noite: horário e ritual para dormir:

- *Histórico de doença mental na família:* _____

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

Como está o pai em relação ao bebê? _____

Observações: _____

Investigação auditiva: antecedentes fisiopatológicos e hábitos

Perda Auditiva / Familiares (infância): () Sim () Não

Grau de Parentesco: _____

Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o teste da orelhinha?

() Sim () Não

Profissional que realizou: () Médico () Enfermeiro () Fonoaudiólogo

Outros: _____

Teve alguma infecção de ouvido? () sim () não

Reação aos sons: () se assusta com barulhos () procura a voz materna () se acalma com a voz materna () tem atenção aos sons

Na residência vocês têm o hábito de escutar música? () sim () não

Com que frequência? () todos os dias () nos finais de semana () outros: _____

Você conversa com seu bebê? () sempre () as vezes () nunca

Em que situações você conversa com seu bebê? _____

Entrevista Continuada

Avaliador: _____

Data da entrevista: _____

Número da coleta: _____

Nome da Criança: _____ Nº Préaut: _____

Idade cronológica atual: _____ Idade Corrigida atual: _____

1. Como estão as coisas em casa? Houve alguma mudança de emprego (salarial), no auxílio diário, ou na relação dos pais?

2. Como você tem se sentido no papel materno? E o pai como está?

3. Vamos falar do bebê:

3.1 Como está o sono dele?

3.2 E a alimentação? O que está comendo? Como foi introduzido? Ainda usa mamadeira?

Existe algum engasgo ou tosse? Apresentou alguma pneumonia?

3.3 Usa chupeta quanto tempo e como? Tem algum hábito de roer unhas ou chupar o dedo?

3.4 Já está sentando, engatinhando, andando...? (dependerá da idade)

3.5 Já está falando alguma coisa (ou fazendo sonzinhos com a boca)?

3.6 Mudou algo na rotina dele? Está indo na escola? Tem ouvido mais música? Novas pessoas conversam ou convivem com ele? Está saindo para passear ou explorando mais a casa ou pátio?

3.7 Como se relaciona e se comunica com a família?

3.8 Está brincando? De que? Tem algum brinquedo/brincadeira preferido(a) ao qual é muito apegado ou que repete muito?

3.8 Alguma outra infecção ou doença (otite, viroses, alergias...)? Usou alguma medicação? Qual?

3.9 Alguma mudança no relacionamento familiar?

Atualização na rotina:

Há uma área externa para que seu filho possa brincar ou mover-se livremente?

() Não () Sim

() terreno () grama () concreto () madeira () areia () rampa () degraus () playground

No espaço interno há possibilidades da criança desempenhar movimentação livre?

() Sim () Não

Como você considera o espaço dentro da sua casa?

() muito pequeno () pequeno () razoável, moderado () grande, amplo

Quem permanece mais tempo com a criança? _____

Ela tem contato com outras crianças e/ou outras pessoas que não familiares? _____

Há brinquedos para ela? Quais? E quais são os objetos que mais chamam a atenção dela? _____

Durante o dia, a criança permanece maior a parte do tempo () deitada () sentada no carrinho () sentada com ou sem apoio fora do carrinho () livre para movimentar-se.

Onde _____

Você permite a criança experimentar diferentes posições ao longo do dia (sentada, deitada com a barriga para cima, deitada com a barriga para baixo, de lado)? _____

Qual é a posição que ela permanece na maior parte do dia? _____ Como ela gosta de ficar? _____

Como ela chama você? _____

Ela tem um jeito diferente para chamar outro componente da família? _____

Se você chama, ela responde? Como? _____

O que incomoda ela? _____

Como ela informa que não está gostando? _____

Ela participa da dinâmica familiar: acorda com a família, almoço, janta, passeios?

Apêndice D- Quadro Resumo subtteste linguagem-Escala Bayley III

Comunicação receptiva		Comunicação expressiva	
01	Olhar a pessoa momentaneamente (bebê fixa olhar por um momento em você)	01	Sons guturais indiferenciados (produz murmúrios..)
02	Prestar atenção (bebê presta atenção quando você fala ou se move...)	02	Sorriso social
03	Se acalma quando falam com ela	03	Vocaliza humor
04	Reage ao som do ambiente (brinquedos de apertar – muda expressão, procura...)	04	Sons nasais indiferenciados (mmm, nnn)
05	Responde às vozes das pessoas (procurando, movendo-se...)	05	Vocalização social ou riso
06	Procura virando a cabeça	06	Sons de 2 vogais (AA, uu, oo...)
07	Discrimina sons (papel, chocalho)	07	Chamar atenção dos outros
08	Brinca sustentando objetos (criança brinca com alguma coisa por pelo menos 60 seg)	08	Sons de 2 consoantes
09	Responde quando chamam seu nome	09	Utiliza gestos (ex. quando falamos para não fazer algo e a criança faz com a cabeça ou dedinho o sinal)
10	Interrompe atividade (quando está brincando e chamam por ela)	10	Combina consoante-vogal (1 combinação)
11	Reconhece duas palavras familiares	11	Participa de rotinas com brincadeiras (bate palma, esconde-esconde com outras pessoas)
12	Responde ao não-não (olha diferente, pára o que está fazendo..)	12	Tagarela expressivamente
13	Presta atenção a outras rotinas de brincadeiras (bater palmas, esconde-esconde...)	13	Combina consoante-vogal (4 combinações)
14	Responde à demanda para rotinas sociais (bate palma, manda beijo... sem que seja mostrado)	14	Uso de aproximação de uma palavra (ex. aponta para a mamadeira e pede mamá...)
15	Identificar 1 objeto (ex. livro, copo, boneca, colher, bola)	15	Dirigir a atenção aos outros
16	Identificar objeto no ambiente (ex. onde está a mesa?)	16	Imitação de palavras
17	Identificar 1 figura (livro de estímulos: ex. bolacha, pássaro, bola...)	17	Inicia interação com brincadeiras

18	Compreender palavras de repreensão	18	Usa 2 palavras apropriadamente
19	Identificação 3 objetos (ex. livro, copo, boneca, colher, bola)	19	Usa palavras para demonstrar desejos
20	Seguir ordens de uma parte (ex. alimento o bebê)	20	Nomeia 1 objeto
21	Identificação 3 figuras figura (livro de estímulos: ex. bolacha, pássaro, bola...)	21	Combina palavra e gesto
22	Identificar 3 itens do vestuário	22	Nomeia 1 figura (livro de figuras)
23	Identificar 1 figura de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer...)	23	Usa 8 palavras apropriadamente
24	Identificar 5 partes do corpo	24	Responde sim e não às perguntas
25	Seguir ordens de 2 partes (coloque o bebê na mesa)	25	Imita fala de 2 palavras
26	Identificar 3 figuras de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer...)	26	Usa frase de 2 palavras
27	Compreender uso de objetos (livro de estímulos)	27	Nomeia 3 objetos
28	Compreender partes (livro de estímulos)	28	Nomeia 5 figuras (livro de figuras)
29	Identificação 5 figuras de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer, beber, correr...)	29	Usa palavras de múltiplos enunciados
30	Compreender pronomes (pelo menos 3)	30	Usa 1 pronome
31	Compreender unidades de tamanho (2 figuras)	31	Nomeia 1 figura de ação (livro de figuras)
32	Compreender preposições (2 corretas)	32	Apresenta uma pergunta de múltiplas palavras
33	Compreender possessivos (2 figuras)	33	Faz discurso casual
34	Compreender gerúndio (2 itens)	34	Usa gerúndio (livro de estímulos: 1 ação)
35	Identificação de cores (4 cores)	35	Nomeia 3 figuras de ação (livro de figuras)
36	Compreender unidades (livro de estímulos)	36	Utiliza diferentes combinações de palavras
37	Compreender pronomes (2 figuras)	37	Nomeia 5 figuras de ação (livro de figuras)
38	Compreender pronomes (3 figuras)	38	Usa plural (livro de estímulos – 5 palavras)
39	Compreender plural (4 figuras)	39	Responder perguntas de “quê” e “onde” (livro de estímulos – 2 perguntas)
40	Compreender “mais” (2 figuras)	40	Usa possessivos (livro de estímulos)
41	Compreender “maior” (todas as figuras)	41	Nomear 4 cores (livro de estímulos)

42	Compreender preposições (4 tarefas)	42	Responde perguntas logicamente
43	Compreender negativos em frases (3 figuras)	43	Diz como um objeto é usado (livro de figuras: 5 objetos)
44	Compreende tempo passado (livro de estímulos)	44	Usa preposições
45	Compreender unidades de peso (livro de estímulos: 3 figuras)	45	Usa forma do verbo presente progressivo
46	Compreender “mínimo” (livro de estímulos: 2 figuras)	46	Descreve figuras (livro de estímulos – 4 ou 5 palavras)

Anexo A – Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

-
- | | |
|--|-----|
| 1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.? | |
| Sim | Não |
| 2. Seu filho tem interesse por outras crianças? | |
| Sim | Não |
| 3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis? | |
| Sim | Não |
| 4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde? | |
| Sim | Não |
| 5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta? | |
| Sim | Não |
| 6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa? | |
| Sim | Não |
| 7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo? | |
| Sim | Não |
| 8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair? | |
| Sim | Não |
| 9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para vocês (pais) para lhes mostrar este objeto? | |
| Sim | Não |
| 10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois? | |
| Sim | Não |
| 11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho? (ex.: tapando os ouvidos) | |
| Sim | Não |
| 12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso? | |
| Sim | Não |
| 13. O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita?) | |
| Sim | Não |
| 14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome? | |
| Sim | Não |
| 15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele? | |
| Sim | Não |
| 16. Seu filho já sabe andar? | |
| Sim | Não |
| 17. O seu filho olha para coisas que você está olhando? | |
| Sim | Não |
| 18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele? | |
| Sim | Não |
| 19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele? | |
| Sim | Não |
| 20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo? | |
| Sim | Não |
| 21. O seu filho entende o que as pessoas dizem? | |
| Sim | Não |
| 22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida? | |
| Sim | Não |
| 23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho? | |
| Sim | Não |
-

Anexo B - Denver Developmental Screening Test (Denver II)

Denver II Examinador: _____ Nome: _____
 Data: / / Data Nasc.: / /
 I.D. No.: _____

MESES 2 6 9 12 15 18 24 ANOS 3 4 5 6

Percentual de aprovação da criança
 25 50 75 90

ITEM DE TESTE

PESSAL-SOCIAL

MOTOR-FINO-ADAPTATIVO

LINGUAGEM

MOTOR-GROSEIRO

Comportamento durante o teste
 (Verificação para o 1º, 2º e 3º testes)

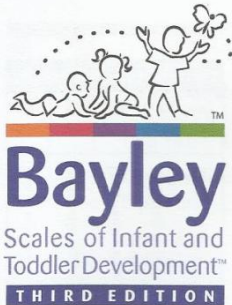
Típico	1	2	3
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cooperativo	1	2	3
Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse sons ambientais	1	2	3
Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco interessado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinteressado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timidez / receio	1	2	3
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aemno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção	1	2	3
Apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 ANOS 3 4 5 6

Tradução: Profª Dra. Márcia R. M. Pedromônico / Ellane Lopes Bragatto / Renata Strobilius

©1995, 1999, W. K. Frankenburg and J. B. Osofsky. © 1978 W. K. Frankenburg

Anexo C- Bayley Scales of Infant and Toddler Development®, Third Edition (Bayley III)



Record Form

Child's name: _____
 Sex: M F ID #: _____
 Examiner's name: _____
 School/Child care program: _____
 Reason for referral: _____

Subtest Summary Scores

Subtest	Total Raw Score	Scaled Score	Composite Score	Percentile Rank	Conf. Interval (___%)
Cognitive (Cog)					
			Use Table A.5		
Language (Lang)					
Receptive Communication (RC)					
Expressive Communication (EC)					
Sum					
			Use Table A.4		
Motor (Mot)					
Fine Motor (FM)					
Gross Motor (GM)					
Sum					
			Use Table A.4		
Social-Emotional (SE)					
			Use Table A.5		
Adaptive Behavior					
*Communication (Com)					
Community Use (CU)					
Functional Pre-Academics (FA)					
Home Living (HL)					
*Health and Safety (HS)					
*Leisure (LS)					
*Self-Care (SC)					
*Self-Direction (SD)					
*Social (Soc)					
*Motor (MO)					
Sum			(GAC)		
			Use Table A.6		

*For children younger than one year, the GAC is calculated using only those skill areas indicated by an asterisk.

Calculate Age and Start Point

	Years	Months	Days
Date Tested			
Date of Birth			
Age			
Age in Months and Days	Years × 12	+ months	
Adjustment for Prematurity	Adjust through 24 months		
Adjusted Age			
Start Point	Calculate start point according to chart below		
Age	Start Point		
16 days–1 month 15 days	A		
1 month 16 days–2 months 15 days	B		
2 months 16 days–3 months 15 days	C		
3 months 16 days–4 months 15 days	D		
4 months 16 days–5 months 15 days	E		
5 months 16 days–6 months 15 days	F		
6 months 16 days–8 months 30 days	G		
9 months 0 days–10 months 30 days	H		
11 months 0 days–13 months 15 days	I		
13 months 16 days–16 months 15 days	J		
16 months 16 days–19 months 15 days	K		
19 months 16 days–22 months 15 days	L		
22 months 16 days–25 months 15 days	M		
25 months 16 days–28 months 15 days	N		
28 months 16 days–32 months 30 days	O		
33 months 0 days–38 months 30 days	P		
39 months 0 days–42 months 15 days	Q		



Copyright © 2006, 1993, 1984, 1969 by NCS Pearson, Inc. All rights reserved.
 Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington, MN 55437
 800.627.7271 www.PearsonClinical.com

