

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

**RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ORAL
COM LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS: DIALOGIA
E FUNÇÃO MATERNA NO PROCESSO
TERAPÊUTICO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Inaê Costa Rechia

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

**RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ORAL COM
LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS: DIALOGIA E FUNÇÃO
MATERNA NO PROCESSO TERAPÊUTICO**

por

Inaê Costa Rechia

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

Orientador: Prof^a Dra Ana Paula Ramos de Souza

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

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

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

**RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ORAL COM
LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS: DIALOGIA E FUNÇÃO
MATERNA NO PROCESSO TERAPÊUTICO**

elaborada por
Inaê Costa Rechia

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

COMISSÃO EXAMINADORA

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

Luíza Milano Surreaux, Dra. (UFRGS)

Carolina Lisboa Mezzommo, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 09 de janeiro de 2009.

Agradecimentos

Aos meus familiares que sempre estiveram presentes, incentivando-me e fortalecendo-me para seguir em frente com meus estudos.

Aos meus amados, marido e filho, que tiveram paciência e me ajudaram a vencer minhas angústias, ansiedades, mau-humor, etc.

À Equipe Interage que muito me ensinou com as trocas de experiências, mostrando-me a beleza do trabalho interdisciplinar.

Ao anjo que colocou a Dra. Ana Paula Ramos de Souza, minha Orientadora, em meu caminho, permitindo que eu pudesse voltar ao trabalho com linguagem após vasto trabalho em audiologia.

À Prof^a Dra. Ana Paula Ramos de Souza que teve sensibilidade em compreender o que eu idealizava e por acreditar no meu potencial para tal trabalho.

À Prof^a Dra. Irani Maldonade que me apresentou o interacionismo, mostrando-me que o que eu idealizava realmente existia, provando para mim mesma que o meu trabalho tinha mais valor do que podia imaginar.

Ao meu paciente, que foi minha inspiração para este trabalho, e quem mais me mostrou que o meu trabalho traz ótimos resultados, pois o entrelaçamento da clínica de linguagem com a clínica da psicanálise tem efeitos surpreendentes na vida de nossos pacientes e de seus familiares.

E a Deus por me permitir chegar até aqui e por colocar no meu caminho todas essas pessoas que fizeram parte desta minha história.

SUMÁRIO

RESUMO _____	06
ABSTRACT _____	07
1 INTRODUÇÃO _____	08
2 REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA _____	11
2.1 Aquisição e clínica de linguagem na perspectiva interacionista/psicanalítica	11
2.2 Funções parentais e desenvolvimento infantil	14
2.3 A clínica de linguagem com crianças que não falam	22
2.4 O gesto articulatório e suas rupturas: o que há sob o rótulo de dispraxia verbal?	26
3 METODOLOGIA _____	29
3.1 Da Seleção da Amostra	29
3.2 Coleta e Análise	30
3.3 Aspectos Éticos	35
4 ARTIGO DE PESQUISA 1 – DIALOGIA E FUNÇÃO MATERNA EM CASOS DE LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS _____	36
RESUMO	36
ABSTRACT	37
INTRODUÇÃO	38
METODOLOGIA	42
RESULTADOS	44

DISCUSSÃO.....	59
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
5 ARTIGO DE PESQUISA 2 – EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA EM CASOS DE RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LÍNGUAGEM COM LIMITAÇÕES PRÁXICAS _____	66
RESUMO	66
ABSTRACT	67
INTRODUÇÃO	68
METODOLOGIA.....	71
APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	73
DISCUSSÃO.....	93
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	102
Anexos _____	109
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo B – Normas da Revista Psicologia em Estudo	113
Anexo C – Normas da Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	118

RESUMO

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

RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM ORAL COM LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS: DIALOGIA E FUNÇÃO MATERNA NO PROCESSO TERAPÊUTICO

AUTORA: INAÊ COSTA RECHIA
ORIENTADORA: DRA ANA PAULA RAMOS DE SOUZA
Santa Maria, 09 de janeiro de 2009.

Neste trabalho, foram investigados os possíveis efeitos do sintoma dispráxico e da função materna na interação dialógica mãe-criança com retardo de linguagem oral. Confrontaram-se os resultados das análises lingüísticas das interações da díade mãe-criança com o exercício da função materna e analisaram-se a eficácia e efetividade de estratégias terapêuticas na linha interacionista/psicanalítica. Fizeram parte deste estudo seis sujeitos que passaram por filmagens da díade mãe-criança e terapeuta-criança para realização das análises. Realizaram-se ainda entrevistas continuadas com as mães com o intuito de incluí-las no processo terapêutico, dando-lhes voz. Observou-se um vínculo precário entre mãe-filho, com exercício da função materna deficitário, mães intrusivas, ausentes, pedagógicas ou superpresentes cuja materialidade se deu na diminuição ou quase-ausência da interação dialógica. Tal precariedade dialógica impedia o suporte lingüístico necessário para o desenvolvimento da linguagem. A figura paterna era praticamente ausente em cinco dos seis casos. Interações terapêuticas entre a Fonoaudióloga e a criança, somadas às entrevistas continuadas e momentos de sessões com a díade, permitiram o aumento do vínculo mãe-filho e melhora da interação dialógica. Percebe-se o surgimento do desejo da mãe sobre esse filho e a potencialização do funcionamento lingüístico na díade capaz de ancorar maiores possibilidades de linguagem das crianças.

Palavras-chave: linguagem infantil; função materna; dispraxia; psicanálise.

ABSTRACT

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

DELAY OF ORAL LANGUAGE ACQUISITION OF DYSPRAXIA TYPE: DIALOGY AND MATERN FUNCTION ON SPEECH THERAPY

AUTORA: INAÊ COSTA RECHIA
ORIENTADORA: DRA ANA PAULA RAMOS DE SOUZA
Santa Maria, 09 de janeiro de 2009.

In this study we investigated the possible effects of the symptom of dyspraxic and matern function in mother-child interaction dialogic with delay in oral language. The results of linguistic analysis of the interactions of mother-child dyad with the exercise of maternal function was confronted and the efficacy and effectiveness of therapeutic strategies in line interactionist / psychotherapy was analyzed. On this study, six subjects took part, who went through footage of the mother-child dyad and therapist-child for realization of the analysis. There were also continuous interviews with the mothers with a view to including them in the therapeutic process, giving them voice. There was a poor link between mother-child, with exercise of maternal function deficit, intrusive mothers, absent, teaching or super-present, which took place in substantially reducing or virtual absence of dialogic interaction. This dialogical insecurity prevented the linguistic support necessary for language development. The paternal figure was virtually absent in five of the six cases. Therapeutic interactions between the speech therapist and child, added to ongoing interviews and meetings with moments of the dyad, led the rise in mother-child bond and improves the dialogic interaction. We find the emergence of the desire of the mother and son on the potentiation of linguistic operation in dyad capable of anchoring greater possibilities of language of children.

Keywords: child language; maternal function; apraxias; psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Já na gravidez, os pais e a família constroem expectativas em relação à criança que está sendo gerada. Essa expectativa incide sobre o sexo e outros aspectos tais como a normalidade física e mental.

Após o nascimento, a ansiedade de saber como será o filho tão esperado desaparece, pois a criança já é conhecida, e surge a angústia de saber se seu desenvolvimento estará dentro dos padrões de normalidade. Será que ele vai sustentar a cabeça no tempo certo? Será que vai sentar por volta dos 5 meses? Será que vai andar até 1 ano? Quando ele vai começar a falar?

Enquanto aspectos como a evolução motora são bem conhecidos, há muito desconhecimento sobre a evolução da linguagem. A população, em geral, acredita que as crianças têm até aos 5 anos para falar e, mesmo no âmbito de especialistas na infância como a Pediatria, tal crença ainda é vigente entre alguns profissionais. Com isso, perde-se um tempo precioso na terapêutica, pois acredita-se que, quanto mais precoce a intervenção, melhores serão os resultados, especialmente nos transtornos globais de desenvolvimento como, por exemplo, no autismo, nos quais a linguagem é um dos aspectos importantes, mas não o único do quadro evolutivo geral. No entanto, tais quadros são de mais fácil diagnóstico do que outros distúrbios da linguagem, como os chamados distúrbios específicos de linguagem, pelo acometimento geral da capacidade de se relacionar. Estes, em geral, só são percebidos após 2 anos de idade ou mais tardiamente, quando o sujeito permanece com a ausência de expressão oral.

Mediante projetos e triagens feitas em escolas (classes iniciais), percebe-se um número crescente de crianças com distúrbios de linguagem, tanto na realidade da escola pública quanto na privada. Portanto, parece não ser o fator econômico o aspecto determinante de tal situação, mas uma série de aspectos relacionados à modernidade, tal como a falta de tempo dos pais. Em geral, a linguagem não está inserida em funcionamento significativo para pais e filhos.

Há muitas concepções teóricas de linguagem que direcionam o olhar clínico de modo distinto. Enquanto as linhas comportamentalista e cognitivista se centram nos aspectos orgânicos/mentais da criança com retardo de linguagem, a visão interacionista, sobretudo o interacionismo preconizado por De Lemos (1992) e seus

seguidores, foca o diálogo adulto-criança como unidade de análise e, segundo Mancopes (2006), provêem um diálogo com a clínica fonoaudiológica melhor do que as outras visões de linguagem. Na visão de Palladino (2004), essa linha poderia ser denominada de dialética por ter como foco a relação adulto-criança, e Cunha (2004) considera dialética discursiva, por afirmar como indissociável a relação linguagem-psiquismo na dimensão inconsciente, atribuindo à linguagem a noção de estrutura da psicanálise. Portanto, o conceito de linguagem demanda uma visão de subjetividade que, segundo esta pesquisa, se dá via psicanálise, tanto do ponto de vista lacaniano quanto winnicottiano, trazendo contribuições muito importantes.

Para realizar este estudo, tomamos por base a visão dialético-discursiva ancorada no interacionismo enquanto teoria de aquisição da linguagem e na psicanálise enquanto teoria de subjetividade.

Neste estudo, entre os tipos tradicionalmente afirmados como biológicos de retardo de aquisição da linguagem oral, elegeu-se a Dispraxia Verbal (DV). Por ser uma alteração de linguagem que não é decorrente de uma deficiência auditiva, uma deficiência mental, lesões neurológicas, anomalias orofaciais, etc., mas decorre de um funcionamento cerebral alterado, muitas vezes, não-detectável em exames médicos de imagem, com sintomatologia semelhante à afasia adulta (BEFI-LOPES, 2003), parece um espaço importante na observação da relação entre o sinal da doença e o sintoma que ela produz em cada sujeito. Segundo a mesma autora, esse tipo de distúrbio denota um desequilíbrio evolutivo no desenvolvimento gramatical, já que a programação motora incide sobre a extensão de enunciados e, sobretudo, no desenvolvimento fonológico, produzindo uma fala ininteligível, pouco extensa, que pode dificultar muito a compreensão e processo de interpretação do interlocutor. O que parece em questão é o quanto a (a)gramaticalidade¹ do enunciado infantil permite ou não a interpretação por parte do adulto.

Ainda que, na visão interacionista de linguagem e dialética-discursiva de terapia, a terminologia dispraxia verbal não importe ao tipo de análise de linguagem e psíquica efetivadas, recorre-se a tal nomenclatura para poder discutir a relação entre o biológico, o psíquico e o lingüístico nas distintas possibilidades singulares de cada sujeito. A hipótese deste estudo advém da observação clínica que, mesmo

¹ Gramatical está utilizado no sentido de os enunciados da criança se assemelharem a produções gramaticais dos adultos, sem contudo, afirmar-se que há categorias gramaticais inatas ou com mesmo status mental do adulto na criança.

diante de muitas mães com aparentes condições e desejo para um bom exercício da função materna (MORIZOT, 1999; LACERDA, 2002), a dispraxia do filho desorganiza as possibilidades de dialogia, pois há uma ruptura, mesmo sendo mínima quando comparada a outros distúrbios do desenvolvimento como a deficiência mental, ou sensoriais como a deficiência auditiva, mas que produz um efeito no sentimento materno. Ela se encontra diante de um filho real distinto do imaginado ou diferente até do filho real anterior, muitas vezes, sem distúrbios de linguagem, como se viu em caso relatado por Ramos (2007).

Por isso, afirma-se a importância de se estudar o quão esse tipo de distúrbio produz especificidade na relação mãe-filho, demandando instrumentais terapêuticos que os ditos atrasos de linguagem (ZORZI, 1999), cuja característica é uma evolução fora da cronologia, não demandam. Se não apresentarem especificidades nas interações com os adultos, em especial a mãe, nem técnicas terapêuticas específicas a eles, não se justificam enquanto terminologia.

O objetivo deste estudo é investigar a atividade dialógica entre mãe-filho em casos de limitação práxica verbal e relacionar tal atividade com o exercício das funções parentais, de modo especial a função materna.

Será abordado, de modo especial, o Distúrbio Específico de Linguagem caracterizado como dispraxia verbal que, embora vastamente descrito na literatura estrangeira e, em menor escala, na nacional, apresentando poucos estudos de caso relatados. Além disso, trata-se de um distúrbio mais freqüente na clínica fonoaudiológica, de 5 a 10% da população brasileira (NAVAS, 2007), sobretudo, no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) desta Universidade, que possuía cerca de nove sujeitos ao início desta pesquisa, dos quais seis fizeram parte do presente estudo.

Para abordar tal temática, inicia-se esta dissertação com breve resenha teórica acerca da aquisição da linguagem e constituição subjetiva para, a seguir, passar a refletir sobre a clínica de linguagem em seus aspectos mais amplos e diante de casos com limite biológico descrito na literatura internacional e nacional sob o rótulo de dispraxia verbal.

A seguir, serão apresentados a metodologia geral da dissertação e os dois artigos produzidos com base na pesquisa de campo.

A dissertação se encerra com considerações finais sobre o tema proposto.

2 REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA

Este capítulo apresenta as bases teóricas que subsidiam e fundamentam esta pesquisa. Inicia-se pela abordagem teórica escolhida em aquisição da linguagem, a perspectiva interacionista de Cláudia de Lemos e a clínica de linguagem impulsionada pela autora. A seguir, busca-se integrar tal visão com uma teoria de desenvolvimento da subjetividade, em especial sobre o exercício das funções parentais e seus efeitos no desenvolvimento infantil. O foco maior se dá no funcionamento da díade mãe-criança dos primórdios do desenvolvimento ao surgimento da linguagem, baseado em autores como Laznik (2004) e Winnicott (2000).

Na seqüência, a discussão de limites biológicos e suas conseqüências na relação mãe-criança, em especial, aqueles que não são tão visíveis ou conhecidos socialmente como a dispraxia verbal, mas que podem produzir efeitos na relação parental e, de modo especial, na dialogia mãe-criança. Por isso, descreve-se a dispraxia verbal partindo de estudos clássicos, sem, contudo, tomar tal descrição como o norte terapêutico. Com base em tais reflexões, são discutidas as hipóteses de pesquisa.

2.1. Aquisição e clínica da linguagem na perspectiva interacionista/psicanalítica

O Interacionismo proposto, partindo da versão teórica de Lemos (1992), produziu uma série de trabalhos em aquisição típica e atípica de linguagem que têm ancorado evoluções importantes na clínica de linguagem. Isso parece ter-se dado porque a teoria auxilia no melhor entendimento do processo aquisitivo da linguagem, tomando como foco a díade mãe-criança, superando estudos interacionistas anteriores cujo foco era a mãe ou a criança em separado. Também produziu uma mudança de olhar sobre o erro na fala da criança, não como algo a ser higienizado, mas como evidência do processo de apropriação do sistema lingüístico, no qual o outro tem papel estruturante.

Na fala da criança, podem ser observados erros que distinguem sua produção oral da fala do adulto, como também fragmentos da fala deste. De modo especial, a mãe, ao início do desenvolvimento, dá lugar a seu filho, por meio de um processo de

interpretação e atribuição de intenções, sentido e referência a esboços de fala produzidos pela criança. Desse modo, a criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do outro. Para De Lemos (2002), na fala da criança, predominam fragmentos da fala da mãe num primeiro momento evolutivo. A seguir, surgem erros que evidenciam que o sujeito está buscando uma organização da língua adulta, mas realizando um movimento imprevisível dentro de um possível de língua. A criança é capturada pelo funcionamento da língua, sendo significada (e ressignificada) por um outro falante, antes mesmo que seja um falante. Tais movimentos de significação criam posições discursivas entre as quais há uma movimentação da criança. Portanto, a autora não postula tais posições como etapas evolutivas, mas como posições que podem ser predominantes em determinados momentos. A hipótese deste trabalho é que a visualização de tais posições em paralelo com o histórico do exercício das funções parentais e das questões vinculares entre a díade mãe-criança permitirá refletir sobre a prática clínica em linguagem em casos de crianças que não falam. Possivelmente, a cristalização de posições discursivas seja um sinal de perigo importante para o curso evolutivo da linguagem infantil.

Numa primeira posição, segundo De Lemos (2002), ocorre uma dominância da fala do outro; na segunda, há dominância do funcionamento da língua e, na terceira, a criança já está numa posição de sujeito falante/ouvinte, dividindo-se entre aquele que fala e aquele que escuta sua própria fala, podendo retomá-la, reformulá-la e reconhecer a diferença entre a sua fala e a fala do outro.

A autora deixa de analisar os enunciados da criança como evidência de um conhecimento categorial da língua e passa a tomar o diálogo como unidade de análise. Esta define três processos dialógicos que são: processo de especularidade (movimento do adulto espelhando a produção vocal da criança, atribuindo-lhe forma, significado e intenção, assim a criança também passa a espelhar a forma produzida pelo adulto); processo de complementaridade (em que um retoma o enunciado ou parte do enunciado do outro e o complementa ou expande com outro elemento) e o processo de reciprocidade ou reversibilidade (a criança assume os papéis dialógicos anteriormente assumidos pelo adulto). De Lemos (1989) cita ainda o processo de especularidade diferida, no qual a criança re-posiciona fragmentos da fala do adulto partindo de práticas discursivas e recontextualizadas para instaurar novos diálogos.

O fato desses processos serem recíprocos, dando-se tanto do adulto para a criança, como da criança para o adulto, aponta para aspectos que precedem o conhecimento lingüístico, dizendo respeito a uma atividade conjunta, ou seja, a interação dialógica.

Acredita-se que tanto a constituição das funções parentais quanto os limites biológicos da criança possam ter efeitos nas interações de díades mãe-criança com retardo de aquisição da linguagem, que se observam na clínica de linguagem. A percepção e compreensão de tal estruturação familiar em conjunto com o funcionamento lingüístico podem permitir a reflexão sobre linhas de ação na terapêutica de linguagem na infância.

Ao se falar em interacionismo, surge a demanda em se refletir sobre uma teoria de subjetividade, pois são teorias complementares no entendimento da estruturação do sujeito e sua linguagem.

A linguagem, como atividade discursiva, tem um papel muito anterior à sua função expressiva: um papel constitutivo – “ela é força fundante, é condição para a significação e para o nascimento do sujeito” (LIER-DE VITTO, 1994; CORDEIRO, 2000). Assim, falar não é apenas se comunicar, como afirmam as visões comportamentalistas e cognitivistas de linguagem, é um modo de ser, de exercer uma posição discursiva.

O interacionismo considera a atividade da criança, sua interação com o mundo e a importância da situação interativa fatores imprescindíveis para a aquisição da linguagem. Podemos citar autores como Perroni (1992), Massi (2001) e Maldaner (2005) que também basearam seus estudos nessa visão de linguagem, a qual acredita que a interação criança-interlocutor é fundamental para o desenvolvimento discursivo, seja no acesso às primeiras palavras (MALDANER, 2005) ou no desenvolvimento narrativo (PERRONI, 1992; MASSI, 2001).

Maldaner (op. cit.) considera o fonoaudiólogo um interlocutor privilegiado por conhecer os processos de aquisição da linguagem e ser capaz de auxiliar na construção da linguagem da criança, permitindo-na assumir o seu papel de sujeito, na interação dialógica. Acredita-se que, dessa forma, o sujeito constitui sua própria linguagem, assumindo-se como sujeito na/da linguagem. Tal aspecto é ressaltado por Mancopes (2006) ao afirmar que a linguagem captura o sujeito e condiciona sua estruturação subjetiva no processo de aquisição da linguagem, cujo *modus operandi* é a interação.

Fundamentada em uma perspectiva interacional e discursiva de linguagem, Coudry (1996) sugere, enquanto lingüista, que a clínica deve afastar-se de procedimentos avaliativos artificializados, superando noções cristalizadas que tomam a língua como um código estanque, a fala como simples combinação articulatória de fonemas, o discurso como uma seqüência de palavras e sentenças, a linguagem como um processo mecânico de codificação e decodificação de estruturas lingüísticas prontas e acabadas.

Opondo-se a esses conceitos estanques, a autora aponta para inadequações de avaliações usuais que, embasadas em concepções redutoras da lingüística, se transformam em tarefas fragmentadas, fixas e descontextualizadas; afastadas de seu objetivo, pois não conseguem avaliar a linguagem nem fornecer subsídios para o encaminhamento terapêutico.

Para Palladino (2004) e Cunha (2004), não é possível pensar a clínica de linguagem sem pensar a relação que se estabelece entre o adulto, especialmente a mãe, e a criança, pois é nessa relação que está estruturado o lugar do sujeito que não fala. Com base nessa análise, é que se poderá auxiliar a criança a circular nas posições discursivas de pólo do outro, pólo da língua e pólo falante/ouvinte e a construir o conhecimento gramatical, partindo dos eixos metafóricos e metonímicos descritos por De Lemos (1992). Mancopes (2006) afirma que é possível pensar a clínica em termos de movimentos entre tais posições. Ressalta-se, neste estudo, a hipótese de cristalização em determinadas posições e que esta pode estar relacionada à forma como as interações da díade mãe-criança se constituem.

2.2 Funções parentais e desenvolvimento infantil

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna (*mãe suficientemente boa* – Winnicott, (2000)). O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, fazendo o bebê participar de tudo o que acontece a sua volta, dando-lhe sentido. Um ambiente suficientemente bom é aquele ambiente proporcionado pela mãe, por meio de seus cuidados, capacitando o bebê a ter novas experiências, a constituir um ego pessoal individualizado, a dominar seus instintos e a defrontar-se

com as dificuldades inerentes à vida. Para Winnicott (2000), um ambiente não-suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê.

O mesmo autor fala em *holding* (sustentação familiar) como ponto importante para a estruturação emocional e psíquica do bebê, pelo qual a mãe protege o bebê, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, dando a sustentação necessária ao seu ser ao início da vida. Tal sustentação emerge de um estado psíquico inicial da mãe que Winnicott denomina de preocupação materna primária (Winnicott, 2000). Passado esse período que pode durar um ou dois meses, a mãe gradativamente irá produzir rupturas nesse *holding*, pelo reconhecimento do progresso das habilidades do bebê.

Um ambiente suficientemente bom e o *holding* podem deixar de ser exercidos tanto por uma mãe emocionalmente prejudicada, como em função de um bebê não-responsivo que não busca sua mãe, o que pode levar essa mãe a cuidá-lo de forma maquinal (LAZNIK, 2004). Um bebê responsivo seria aquele que apresenta boas respostas ao *manhês* (conjunto particular de modificações no modo de falar de um adulto que se dirige a um bebê e que consegue captar sua atenção). No entanto, podem existir déficits orgânicos que não dêem essa possibilidade de responder e, conseqüentemente, façam a mãe desistir de investir na relação com seu bebê.

Porém, mesmo diante de tais déficits orgânicos, existem ambientes mais favoráveis que permitem que as instaurações estruturais ocorram. Tais ambientes possibilitam que a plasticidade cerebral possa encontrar o caminho de novas articulações.

O que é importante ressaltar é que, seja por motivações da mãe e/ou do bebê, o não-olhar entre o bebê e sua mãe e o fracasso do circuito pulsional completo são a expressão clínica da não-instauração estrutural que funda o funcionamento do aparelho psíquico e também permite o surgimento da linguagem do bebê, ou seja, ninguém fala e diz sem uma estruturação psíquica mínima.

Esse não-olhar entre mãe e bebê pode não evoluir para uma síndrome autística caracterizada por uma relação interpessoal prejudicada, dificuldade de reconhecimento de si e do outro, resistência ao contato físico, presença de ecolalia e estereotípias, entre outros sintomas. Porém, é sinal de uma dificuldade maior no nível da relação especular com o Outro, o que pode levar a não-constituição do estágio de espelho, processo pelo qual o bebê assume a imagem de seu próprio corpo, descolado do corpo materno. Para Jacques Lacan (1936, apud LAZNIK,

2004), o reconhecimento pelo Outro da imagem especular, matriz do eu, ou seja, idéia de si mesmo, é o momento no qual a criança se vira para o adulto que a sustenta e carrega e pede-lhe uma confirmação, pelo olhar, do que ele percebe no espelho como uma assunção de uma imagem, de um domínio ainda não-conquistado. É esse momento que dará ao bebê seu sentimento de unidade, sua imagem corporal, o que será a base de sua relação com os outros.

O “olhar” libidinal dos pais (olhar desejante, apostando num sujeito), articulado à realidade orgânica do bebê, irá constituir, mais tarde, a vivência de seu Decorpo. Esse investimento libidinal, por parte dos pais, permite-lhes uma ilusão antecipadora, na qual eles percebem o real orgânico do bebê. Esse olhar é o que possibilitará à mãe escutar nos balbucios do bebê mensagens significantes que ele fará suas mais tarde.

Para definir o circuito pulsional completo como fracassado ou não, primeiramente, deve-se conhecer os três tempos deste que são:

– Primeiro tempo: pulsão oral na qual o bebê vai em busca do objeto oral (seio ou mamadeira) para apoderar-se dele.

– Segundo tempo: auto-erotismo no qual devemos observar se o bebê tem uma boa capacidade auto-erótica (chupar seu dedo, sua mão ou uma chupeta).

– Terceiro tempo: satisfação pulsional no qual a criança se assujeitará a um Outro que se tornará o sujeito da pulsão do bebê. Aqui se pode exemplificar com aquelas mães que beijam o pé de seu bebê de forma carinhosa, falando sobre cada ação produzida sobre ele, mães que convocam seus bebês a se entregarem a ela. Isso desperta sorrisos na criança, demonstrando que o seu desejo era fisgar o gozo desse Outro materno, ou seja, num momento, a mãe solicita o corpo do bebê o que a satisfaz, a partir daí, em um segundo momento, o bebê irá oferecer o seu corpo a ela para ver novamente a sua satisfação. O bebê vai à pesca do gozo de sua mãe, enquanto ela representa para ele o grande Outro primordial provedor de significantes, ou seja, aquele que transmite, pela demanda do bebê, o modo de veicular a falta.

Laznik (2004) ressalta que o segundo tempo pode ser completamente enganador, pois para um bebê que suga o dedo ou a chupeta, só pode ser afirmada a dimensão auto-erótica, se o terceiro tempo do circuito pulsional estiver presente em outros momentos. Se não estiver presente, a ligação erótica ao Outro estará ausente.

Podem haver fatores congênitos que tornam o bebê menos apto a se interessar pelo gozo do seu Outro primordial, levando a uma desorganização do exercício da função materna pela mãe, e/ou uma mãe deprimida que não investe no seu bebê. À clínica interessa investigar a conformação singular que cada um desses fatores toma a cada caso e, de modo também singular, intervir junto à díade mãe-bebê de modo a tornar o vínculo possível e permitir que o bebê se desenvolva, com ou sem limite biológico, partindo de toda a sua potencialidade. Enquanto a potencialidade orgânico-cognitiva pode sofrer com os limites lesionais e/ou funcionais, a potencialidade psicoafetiva depende exclusivamente das possibilidades de exercício das funções materna e paterna. De modo especial, nos primeiros anos de vida, a função materna tem papel fundamental no surgimento do sujeito psíquico, tanto do ponto de vista afetivo quanto cognitivo. Partindo de tais observações, a terapêutica de linguagem terá de buscar entender tais funcionamentos e, se necessário, intervir para que ocorram do melhor modo possível. Tal fato independe de qual a especialidade do terapeuta (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.) estando mais relacionada à sua capacidade de percepção do funcionamento familiar e intervenção neste. Porém, é de suma importância o suporte de uma equipe interdisciplinar que trabalhe com as áreas estruturais e instrumentais, que apresente formação teórica e supervisão continuada, para dar suporte à criança com problemas de linguagem associados a sérias questões relacionadas às funções parentais, bem como à família e ao terapeuta.

Quando um laço psicopatológico se instaura precocemente entre criança e pais, a intervenção terapêutica mais tardia (além dos três anos para autora) pode restabelecer o circuito pulsional completo, porém será preciso labutar muito mais para que a criança venha a falar, pois o período sensível, no qual a criança entra com uma grande naturalidade no campo dos significantes do Outro e pode deles se apropriar, já passou (LAZNIK, 2004).

Num momento inicial, a criança está “colada” à mãe, a criança não consegue perceber-se sem a presença ou existência desta. Quando a mãe está bem estruturada emocionalmente, ela passa a ausentar-se o que possibilita à criança perceber que ela é um ser separado de sua mãe, que ela pode ter seus próprios desejos, assim como a mãe pode ter seus desejos e necessidades que não dizem respeito somente ao seu filho. Portanto, a mãe deve estar suficientemente próxima e suficientemente distante do bebê, de modo a dar espaço para que o bebê se

constitua enquanto sujeito. Nesse espaço, surge o objeto transicional e o brincar, ambos frutos da ausência da mãe e da necessidade que esta cria ao bebê de lidar com o mundo, de conhecer. Portanto, desse afastamento, emerge o brincar e a noção de realidade interna e externa já mencionada por Freud (WINNICOTT, 2000).

A função paterna é muito importante para que a mãe se dê conta de que é necessária a separação, e para que ela realmente ocorra, pois o pai é “o nome da Lei”, é ele quem faz o corte. Segundo Araújo (2005), a ausência ou a perda das referências pode significar o fracasso do indivíduo bem como o fracasso social inviabilizando a interiorização da imagem e da metáfora paterna, levando à impossibilidade da interiorização coletiva da lei.

Para Ramirez (2004), é a estrutura de linguagem, que antecede a criança, que a determina e ao seu lugar no discurso. A criança já nasce inscrita na linguagem, pois lhe é dado um nome, um lugar antes mesmo de ela nascer. É possível operar a função paterna como uma metáfora, por ser simbólica. Tomando-se o significado de metáfora como um significante que vem no lugar de um outro significante, o nome-do-pai entra em substituição ao falo (relacionado à castração) como objeto de desejo da mãe.

Ainda segundo Winnicott (2000), para que a criança continue seu crescimento, necessita passar por uma fase de dependência relativa, desfazendo a ilusão inicial de simbiose com a mãe, o que a coloca no terreno transicional no qual o brincar surge. Esse brincar permitirá engendrar o curso evolutivo até a independência da figura materna que ocorre ao redor dos 6-7 anos, etapa em que se iniciam as aprendizagens formais escolares e na qual há maior socialização do sujeito.

A *mãe suficiente má*, como cita Laznik (op. cit.), que não deixa de ser a *mãe suficientemente boa* citada por Winnicott (op.cit), é aquela que consegue se ausentar, fazer “descolagem” entre mãe e bebê, para que ele perceba que a mãe não é de sua propriedade, não está exclusivamente ao seu dispor. Santos (1999) cita, em seu artigo que, para as crianças que possuem mães que não são *suficientemente boas ou más*, o sentido de *self* se perde (o sujeito se perde), a criança se afunda na impossibilidade de atribuir significados, nomear e organizar experiências sensoriais e o próprio corpo, retornando ao estado inicial de isolamento. Nesse caso, pode ocorrer uma distorção psicótica da organização meio ambiente-indivíduo. Assim o bebê deixa de adquirir o *status* de unidade,

“renunciando” ao compromisso de crescer e conquistar sua própria autonomia, ou ainda como diria Winnicott (2000), “*se o bebê não pode ser visto pelos olhos da mãe, ele também não consegue ver-se e, conseqüentemente, não consegue existir como pessoa*”.

Lopes e cols (2007) citam Mahler e cols que destacam o processo de separação e individuação da criança, processo esse que ocorre paralelamente à maturação e à integração das funções autônomas do ego (memória, pensamento, atenção, etc.), como motilidade e linguagem. Porém, ainda neste trabalho, é citado Winnicott (1979/1983) e novamente Mahler e cols (1975/2002), pois acreditam que essas tendências não são as únicas a garantir o desenvolvimento emocional, cognitivo e social, dependendo também dos cuidados maternos e da qualidade do próprio ambiente.

Os cuidados, as atitudes tomadas pela mãe, ou seja, o seu comportamento e sentimento em relação ao bebê estão intimamente ligados às experiências pessoais vividas por essa mãe, sobretudo as que dizem respeito aos seus pais (MONDARDO e VALENTINA, 1998). Winnicott (2000) refere que as atitudes da mãe com o seu bebê dependerão, dentre vários fatores, da própria vivência da mãe quando bebê, os cuidados de sua mãe ou uma identificação masculina acentuada, ou ainda a falta de segurança para ser mãe.

Para Molina (2001), é a função paterna inscrita na mãe que garantirá a possibilidade desta de atribuir imaginariamente ao bebê o fato de poder estar fora do corpo materno, sendo um outro materno, porém não-idêntico. Pela colaboração da função materna, o bebê poderá ir tomando suas iniciativas partindo da construção própria de um imaginário, ajudando-lhe a estabelecer o que é externo e o que é interno, permitindo, posteriormente, diferenciar ego de não-ego. A função paterna, ao favorecer a descolagem mãe-filho em casos em que este se concretizou, já que se localiza no espaço da subjetivação, do exercício do poder, entendido como a representação da lei, como representação simbólica do mundo. Nos casos em que a mãe que não consegue exercer a função materna efetivamente, é necessário que haja uma função paterna presente e atuante para dar sustentação à criança.

Implicados diretamente nesse processo, os aspectos estruturais, definidos por Jerusalinsky e Coriat (sd), são o aparelho biológico, o sujeito psíquico e o sujeito cognitivo (sistema diferenciado dentro do psíquico), e esses sistemas condicionam, marcam, definem a possibilidade e situam o lugar e a modalidade desde a qual o

sujeito se manifesta. O lugar do filho é definido por meio dos acontecimentos entre a criança e seus pais ou quem exerça as funções parentais, sendo significado por atos, gestos e palavras. Partindo da definição desse lugar, a criança passará a ser sujeito, inscrito sobre o sistema nervoso central que o possibilita como ser humano.

Já os aspectos instrumentais nada mais são do que ferramentas das quais o sujeito se vale para efetuar os intercâmbios, facilitando a construção do mundo e de si mesmo. A ausência ou o déficit nesse aspecto não impede o sujeito de se estruturar como pessoa, porém ocasiona transtornos e/ou atrasos importantes quanto à motricidade, linguagem, aprendizagem, jogo e processos práticos de socialização que são instrumentos para expressar, dizer, experimentar, etc. Cabe ressaltar que, nessa classificação, os autores se referem à linguagem enquanto função informativa e comunicativa como aspecto instrumental, já que segundo Lacan (1957-1958) ela é estruturante psíquico do sujeito, estando, portanto, implicada no desenvolvimento infantil tanto em aspectos estruturais quanto instrumentais.

Para que o sujeito se estruture como tal, ele necessita de um outro para que o signifique e ressignifique. O sujeito precisa de alguém que lance suas expectativas, seus desejos sobre ele, para que este também passe a desejar o outro. Segundo Lacan (1957-1958), o \$ (sujeito barrado) que é a parte inconsciente do sujeito, depende do *a* (outro) para significá-lo, ou seja, é o outro (quem exerce as funções parentais – materna e paterna – que podem ser os pais biológicos ou não) quem vai depositar seus desejos, suas expectativas sobre esse sujeito tornando-o um *a'* (eu) que é o sujeito com sua parte consciente, determinada partindo de nossos semelhantes, aquilo que falam de nós, que passará a determinar o *A* (Outro) que, por conseguinte, irá determinar a posição desse sujeito, sua linguagem, seus costumes, sua cultura.

Qualquer abalo no exercício das funções parentais, provocada ou não por alterações biológicas do bebê, pode gerar déficits estruturais que possivelmente se traduzirão em desenvolvimento precário de aspectos instrumentais.

Analisando o exercício em si das funções parentais, a depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter conseqüências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação dialógica entre

mãe-filho (DE LEMOS, 1992), demandando qualidade e sintonia nessa interação (Ramos et al., 2002).

Além do imaginário criado sobre a função materna com base em sua vivência como filha, deve-se levar em consideração também uma possível depressão materna ou depressão pós-parto, como fator determinante da relação que a mãe estabelece com seu bebê após o nascimento. Alguns autores consideram depressão pós-parto aquela que surge durante as primeiras seis semanas após o parto, (CHABROL, BRON & LE CANU, 1996; CLARK, TLUCZEK & WENZEL, 2003; COUTINHO, BAPTISTA & MORAIS, 2002; CRAMMER, 1997; CROCKENBERG e LEEKERS, 2003; MURRAY & COOPER, 1997; MURRAY, HOOPER, KING & FIORI-COWLEY, 1996; TRAD, 1997). Quando a depressão inicia após esse período e se estende ao longo do primeiro ano de vida do bebê, é denominada de depressão materna (COYL, ROGGMAN & NEWLAND, 2002; GOODMAN & GOTLIB, 1999).

Frizzo e Piccinini (2007) citam alguns estudos como o de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), no qual é apontada uma alta prevalência de depressão materna nas puérperas brasileiras de baixa renda (37%); Souza e Daure (1999) encontraram uma prevalência de 24%; já para Coutinho, Baptista e Morais (2002), a prevalência encontrada foi de 32% de mulheres com depressão materna.

Hart, Jones, Field e Lundy (1999) revelaram que algumas mães deprimidas em situação de interação com seus filhos apresentam afastamento, falta de engajamento e pouca estimulação; enquanto outras possuem comportamentos intrusivos e de superestimulação. As mães intrusivas apresentavam mais respostas positivas, mais demonstração de brincedos e uma tendência maior de guiarem fisicamente seus bebês, e, conseqüentemente, estes demonstraram uma menor manipulação espontânea de objetos. Porém, os filhos de mães mais apáticas, quietas e afastadas, brincavam com mais freqüência, apresentavam menos expressão afetiva, e as mães também mostravam afeto mais restrito.

Para Field (2002), tanto as mães apáticas como as intrusivas estimulam inadequadamente as crianças, desenvolvendo um estilo deprimido de interação, com baixo padrão de atividade e apatia, ou ainda comportamento hiperativo (irritação e grandes níveis de atividade), ambos na tentativa de se defenderem da estimulação inadequada da mãe.

Para Lawson, Parrinello e Ruff (1992) e Tamis-LeMonda e Bornstein (1989), a exploração de brincedos por parte do bebê em situação de jogo com a mãe

estaria associada ao seu desenvolvimento cognitivo posterior. O aumento na exploração de objetos por parte do bebê está associado ao comportamento materno de introduzir um brinquedo e de manter a atenção do bebê em um brinquedo de seu interesse. Em contrapartida, o redirecionamento de sua atenção e a intrusividade por parte da mãe ocasionaria um decréscimo nessa exploração.

O estudo realizado por Schwengber e Piccinini (2004) se baseou na análise das atitudes/interação da mãe no brincar com seus filhos, no qual se puderam evidenciar os seguintes resultados para as mães deprimidas: menos comportamentos facilitadores da exploração de objeto pelo bebê e também uma tendência a apresentar mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração, as mães apresentaram menos comportamentos de manutenção da atenção de seus bebês em um brinquedo, e introduziam menos brinquedos para as crianças, atenção diminuída em relação aos brinquedos do bebê, mães menos enfáticas na demonstração física e verbal de afeto e mais apáticas. Porém, não foram encontrados, neste estudo, maior intrusividade e redirecionamento da atenção do bebê durante a interação. As características encontradas nos filhos das mães deprimidas foram: mais afeto negativo, mais vocalizações negativas, menor incidência de sorriso.

Uma das questões que surge, com base em tais observações, é o quanto as mães, que sofreram ou ainda sofrem de depressão pós-parto, conseguem ou conseguiram interações suficientemente boas com seus bebês em casos de ruptura na linguagem.

2.3 A clínica de linguagem com crianças que não falam

Segundo Vorcaro (2003, p. 265), os sujeitos chegam à clínica fonoaudiológica em razão do discurso social acerca dessa profissão. O fonoaudiólogo é tido como o profissional que tornará o sujeito um falante ideal, o que faz emergir uma transferência dos pais com o esse profissional. A transferência é considerada como vínculo afetivo intenso que se instaura de forma automática entre terapeuta e paciente, nesses casos entre o Fonoaudiólogo e pais. Portanto, não cabe questionar quais os distúrbios de linguagem oral são prioritariamente do Fonoaudiólogo ou os que deveriam ser atendidos por Psicólogos e/ou Psicanalistas, mas é necessário pensar na complexidade do atendimento de alguém que ainda não

se constituiu como sujeito e que, por sua condição de *infans*, está na dependência do discurso parental a seu respeito. Tal complexidade se incrementa quando a inscrição da criança na linguagem está dificultada por limites orgânicos (disartria, disfasia, deficiência mental, deficiência auditiva, encefalopatia motora cerebral da infância...) demandando conhecer e manejar tais aspectos sem que estes se tornem o centro da intervenção fonoaudiológica, já que, com ou sem limite orgânico, a tarefa do Fonoaudiólogo abrangerá o manejo do processo de transmissão simbólica. Para a autora (Vorcaro, op.cit., p. 270), tal processo *“permite a cada criança efetuar os tempos de sua estruturação para ultrapassar a condição real de objeto de um outro, imaginar-se identificada ao lugar em que é colocada até situar-se numa posição de incomensurabilidade partindo da qual pode desdobrar plenamente toda a função significante”*.

Para tornar-se um falante-ouvinte, o aspecto central e que se entende como foco de intervenção do fonoaudiólogo quer em projetos de promoção da saúde mental/linguagem, ou mesmo na clínica, é possibilitar que o terapeuta crie laço discursivo com a criança e favorecendo-o entre ela e seus parentes, sobretudo a mãe, ou quem exerça a função materna, para que este assuma seu lugar de intérprete do gesto articulatório ou vocálico produzido pela criança de modo a deixar vago para ela um espaço de falante que ele antes ocupara já nos cuidados maternos primários logo após o nascimento.

É preciso, antes de pensar no domínio de aspectos gramaticais por parte da criança, como tradicionalmente se tem pensado em concepções comportamentalistas ou exclusivamente mentalistas do fazer fonoaudiológico, pensar na posição discursiva da criança presente na fala familiar e as possibilidades de movimentar essa posição quando necessário. Uma vez constituído um sujeito do ponto de vista discursivo, a possibilidade básica de significar na linguagem está constituída para que a aquisição de conhecimento gramatical se dê, e será possível manejar os limites biológicos, aceitá-los e compensar quando possível. Nem todos os sujeitos que não falam poderão falar, mas todos podem acessar a linguagem. O cuidado do Terapeuta é não ceder ao imaginário social de que o único modo de falar é oralizar (KESSLER, 2008) e se concentrar apenas na superação dos limites biológicos, buscando uma “cura” de modo a aprisionar a criança na condição real de objeto de um outro. A ascensão ao campo do imaginário e, a seguir, ao simbólico são passos fundamentais para que se dê o funcionamento na linguagem.

Embora tais pressupostos fossem extremamente estudados já há algumas décadas na teoria psicanalítica, apenas a partir da década de 90, houve uma guinada em estudos da aquisição da linguagem que permitiram focar a díade mãe-bebê ou adulto-criança no processo de aquisição da linguagem. Superaram-se, assim, os estudos interacionistas brunerianos que focavam ora na mãe ora na criança e que não permitiam a visualização do funcionamento lingüístico entre a díade. Esse **algo** que ocorre entre o adulto e a criança que permite formar uma teia de significações é comum tanto ao brincar quanto ao surgimento da linguagem, pois ambos surgirão a partir da primeira resolução da simbiose mãe-filho. No entanto, para que esta se desfaça é necessário que um vínculo tenha sido formado. Assim, também preocupam casos de crianças que não falam sendo necessário investigar até que ponto ocorre uma ausência de vínculo ou este não está plenamente formado, seja por limites biológicos do bebê e reações da mãe a este, ou por limitações cuja origem são as possibilidades de a mãe exercer a função materna com ou sem a possibilidade de um bebê possuir um limite biológico. Possivelmente, na ausência de vínculo, há um laço psicopatológico entre pais e bebê, como assinala Vorcaro (2003). Por outro lado, há casos em que o vínculo está frágil, como será comum observar nos casos analisados nesta dissertação. Há algo a ser olhado nessa díade que parece relacionar-se, de um lado, às possibilidades do exercício da função materna e, de outro, ao limite biológico do bebê. Este, nos casos aqui analisados, está relacionado a uma dificuldade acentuada de programar a fala e de espelhar a fala materna ou mesmo ter uma iniciativa para falar. Tais fatores psíquicos e biológicos produzem uma rede complexa que, a cada caso, terá de ser desvendada pelo Fonoaudiólogo para que possa auxiliar a relação dessa díade a fluir engendrando possibilidades de estruturação da criança que não fala na linguagem.

Surreaux (2000) destaca em seu trabalho a importância do silêncio em terapia e a grande dificuldade que os Fonoaudiólogos têm de fazê-lo. De acordo com a autora, o espaço para o silêncio como elemento estruturante da significação fica suprimido em detrimento da necessidade do Fonoaudiólogo prover o paciente de palavras. O Fonoaudiólogo tem que poder suportar o sintoma de linguagem para haver possibilidades de evolução clínica.

Esse silêncio é necessário para que haja espaço para o paciente falar e para que possamos ouvir o que o paciente diz, mesmo que de forma inadequada, pois

cada som constitui uma rede de significantes que demandará interpretação lingüística. Esta será o motor do funcionamento lingüístico, pois permitirá ao sujeito a identificação como falante/ouvinte. A falta do silêncio, por parte do Fonoaudiólogo, causa resistência em falar para muitos pacientes.

Segundo Surreaux (op.cit), não se trata de silenciar em vez de preencher todos os espaços com fala, mas de construir junto com o paciente uma possibilidade de dizer, tomando o silêncio como elemento constitutivo da linguagem. O silêncio é uma “falta” necessária para que não haja excessos, bombardeios de estímulos e exigência de algum retorno por parte do sujeito, aqui tratado como “paciente”.

Segundo Orlandi (1995, *apud* SURREAUX, 2000), existem três formas de estudar o silêncio: primeiro, trabalhar com a noção de completude/incompletude, desenvolvendo relação de eclipse/incisa; segundo, analisar as “figuras” produzidas como “sintomas” da marginalização do silêncio nos processos de significação; e terceiro, pôr em relação múltiplos textos, pela análise das paráfrases.

Dessas três formas, Surreaux (op. cit.) destaca a segunda, marginalização do silêncio como um processo de significação no discurso do Fonoaudiólogo.

No trabalho desta autora, podemos encontrar uma categorização sobre o silêncio, que repercute no trabalho fonoaudiológico:

- Silêncio funcional: de etiologia orgânica ou funcional, como na deficiência mental grave, paralisia cerebral, etc.
- Silêncio ligado a uma posição subjetiva: que é a dificuldade subjetiva do sujeito em dar conta de uma inscrição simbólica de seu dizer para o Outro (autismo, psicose).
- Silêncio de resistência: é o silêncio do sujeito quando o profissional tenta impor uma fala, quando há uma exigência de fala.
- Silêncio como inibição: dificuldade ou impossibilidade do sujeito dizer algo para o outro.

Há alguns limites biológicos, portanto, que levam ao silêncio funcional. Acredita-se na realidade da dispraxia verbal, como um desses limites. Embora não interesse à perspectiva deste trabalho o uso de rótulos, busca-se observar até que ponto os sujeitos identificados sob o rótulo de dispraxia verbal apresentam uma limitação biológica que interfere ou não na dialogia entre mãe e filho. Questiona-se ainda o quanto esse fato tem peso nas interações e é relevante para se pensar a clínica do retardo de linguagem oral.

Na próxima seção, busca-se descrever o que há na literatura nacional e internacional acerca da dispraxia verbal.

2.4 O gesto articulatório e suas rupturas: o que há sob o rótulo da dispraxia verbal?

Um dos distúrbios de fala/linguagem mais prevalentes é a dispraxia verbal ou apraxia do desenvolvimento (DV). Ainda há muita dúvida quanto às suas características. Na clínica, os profissionais ainda encontram dificuldade em diferenciar a Dispraxia Verbal do Distúrbio Específico de Linguagem (DEL). Como diz Forrest (2003), a dispraxia verbal tem sido o centro de controvérsias há décadas. O autor realizou um estudo no qual apresenta os critérios usados por 75 Fonoaudiólogos para estabelecer o diagnóstico de dispraxia verbal. Dentre as características citadas estão: produções inconsistentes, dificuldade de motricidade orofacial geral, tateio articulatório (busca da produção correta do som pela tentativa dos articuladores), inabilidade para imitar sons, aumento da dificuldade com o aumento da extensão do enunciado e, seqüencialização pobre de sons. Essas características se somam a muitas outras como inventário fonético pobre, freqüentes erros em vogais, dificuldades com movimentos voluntários de fala, inteligibilidade reduzida, omissões de sons, entre outras (FORREST, 2003; SCHRIBERG *et al.*, 2003; NIJLAND, 2003; DAVIS *et al.*, 1998; DAVIS *et al.*, 2005).

Cardoso (2002) ressalta ainda problemas com vozeamento e, controle da nasalidade, situações em que a coordenação de distintos pontos do trato vocal está em questão. A autora afirma que a fala dispráxica apresenta inconsistência, a exemplo dos distúrbios fonológicos que são produções incorretas versus corretas relacionadas à ocorrência contextual de um fonema e que, diferencialmente, possui variabilidade que é a produção distinta de um mesmo alvo em diferentes momentos.

Aicher e Ziegler (2004) ainda analisaram a estrutura silábica, no caso do onset complexo em posição inicial de palavra, na posição de coda entre duas sílabas e, na posição de coda final e perceberam que houve diferença significativa de erros entre a primeira e últimas posições. Contudo, verificaram que o número de simplificações do onset complexo combinou-se com a ambissilabidade na produção destes, em posição de coda medial. Os autores defendem que o mecanismo, que afeta o onset complexo, reconhece fronteiras silábicas, e que a

sílaba seria uma unidade importante na programação motora, sendo relevante a distinção entre onset e, rima (MARQUARDT *et al*, 2004).

A rima seria mais estável na programação, pois tem menos possibilidades segmentais na posição de fechamento silábico, enquanto o onset apresenta um número maior de consoantes para escolha durante a programação motora. Isso explicaria sua menor estabilidade na produção apráxica. Ressaltam, portanto, que, a sílaba está no topo hierárquico do que pode estar afetado na fala apráxica e que tem papel crucial na programação motora. O estudo de Indefrey e Levelt (2004) prevê a silabação como etapa intermediária entre a codificação fonológica e a preparação fonético-articulatória, ressaltando a importância da sílaba como unidade de programação motora.

Desse estudo, pode-se inferir que a sílaba desempenha um papel importante na programação motora de crianças em fase de aquisição fonológica inicial (entre 1 ano e 6 meses e 3 anos), que ainda não possuem inventários silábicos armazenados. Desse fato, advém a hipótese de que problemas de programação motora se evidenciem em uma ruptura com padrões silábicos, o que pode gerar padrões como a apagamento e a assimilação ou reduplicação silábica. Como resultado de todas essas características, apresenta-se uma fala com pouco número de sílabas de uma a três, no máximo; com um inventário fonético reduzido e múltiplos apagamentos e substituições consonantais e vocálicas. Tal fala se torna inteligível ao interlocutor, sobretudo aquele que têm pouco contato com a criança. A questão é até que ponto isso realmente provoca uma ruptura no diálogo ou a predisposição do interlocutor para compreender o que a criança diz é determinante no diálogo?

A hipótese inicial deste estudo a respeito dessa questão se baseou em observações clínicas nas quais se verificou que algumas mães, embora pareçam ter o desejo e as condições de exercício da função materna de modo a compensar tal inteligibilidade na dialogia com o filho, sentem efeitos da ruptura do gesto articulatório. Em muitos momentos, não conseguem interpretar lingüisticamente a fala do filho, e esse fato leva à percepção de que algo não está bem. Alguns fantasmas sobre a saúde do filho parecem habitar o imaginário materno e muitas reações podem ser possíveis, desde a busca de avaliações qualificadas até a negação do problema. Também, muitas vezes, a fala se torna de tão difícil inteligibilidade que a mãe desiste da interpretação lingüística, deixando à deriva

enunciados que precisariam do seu espelhamento para que pudessem, gradativamente, tomar forma mais inteligível. Esse fato provoca rupturas na dialogia da díade mãe-criança, dificultando a manutenção da crença materna nesse filho enquanto falante/ouvinte.

Por outro lado, há mães cujo exercício da função materna está prejudicado na sua origem e para as quais o filho, tendo ou não um limite biológico, não é fator de maior determinação da sua relação com a criança. O limite biológico, nesses casos, parece somar-se a uma rede complexa de fatores que vão desde o planejamento, concepção, gravidez e pós-parto até o modelo de mãe que tais mães tiveram ou não, na constituição desse papel perante esse filho que possa estar afetado pela referida dispraxia verbal.

Portanto, há uma gama imensa de possibilidades singulares de combinação entre os possíveis limites biológicos de um bebê e as possibilidades de exercício da função materna a serem investigados caso a caso. Essa grande variação não permite que se aborde o tema de modo positivista buscando causa e efeitos, mas tão-somente se pode reconhecer a complexidade do tema e refletir sobre eixos investigativos na clínica de linguagem que permitam formular hipóteses sobre o funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Da Seleção da Amostra

Esta pesquisa é do tipo qualitativo e de estudo de casos (GOLDIM, 2000).

Para compor a amostra realizou-se pesquisa nos arquivos de Triagens Fonoaudiológicas do ano de 2006, por serem os arquivos que se encontravam disponíveis, e que ainda não tinham passado por tratamento anterior. Nestes arquivos, havia dados de que os sujeitos apresentavam um brincar e audição possivelmente adequados à sua idade cronológica. Em alguns casos, havia anotações de enunciados das crianças, já sendo possível observar algumas características de fala dispráxica. Em outros, não havia dados de fala.

Como critério de inclusão, pode-se citar características de dispraxia verbal já citadas na literatura (CRARY, 1993; MURDOCH *et al.*, 1997 ;MARQUARDT *et al.*, 2004) e não ter passado por tratamento anterior.

Como critério de exclusão, citam-se alterações neurológicas e auditivas, bem como comprometimento psicológico como autismo, psicose, etc.

Após serem selecionadas as triagens, realizou-se contato telefônico com as famílias pedindo que comparecessem ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico para uma nova entrevista com o intuito de verificar quais foram as mudanças existentes, considerando que algumas já estavam na lista de espera há um ano.

As famílias receberam esclarecimentos quanto aos procedimentos da pesquisa e foram convidadas a participar. Foi esclarecido que, mesmo que não aceitassem participar da pesquisa, manteriam sua vaga para posterior atendimento no SAF. As que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A).

A partir desse procedimento, foram selecionados seis casos e filmada a interação com a terapeuta e com a mãe (sem a presença de um terceiro). Posteriormente, foram analisadas, para observar características de Dispraxia Verbal já citadas na revisão literatura desta dissertação, e a presença ou não de sinais de risco para quadros psíquicos ou neurológicos mais graves (autismo, psicose, deficiência mental, paralisia cerebral...) partindo de autores clássicos como Winnicott (2000), Laznik (2004), entre outros. Se o caso preenchia o critério diagnóstico para dispraxia verbal, este era incluído na pesquisa.

Para a avaliação do aspecto biológico, foram realizados exames neurológicos (semestrais, conforme solicitação médica), auditivos e otorrinolaringológicos. Focou-se de modo especial a avaliação neurológica, para analisar síndromes associadas e a presença ou não de dispraxia corporal.

3.2 Coleta e Análise

A coleta e a análise dos dados abrangeram os aspectos lingüístico-discursivos e biológicos.

A coleta dos dados para as análises lingüístico-discursivas se deu por filmagens de 20 minutos (ao menos) entre a mãe e a criança e entre a criança e a Terapeuta (20 minutos), perfazendo 40 minutos de filmagens. Os aspectos analisados foram os seguintes:

– **Exercício da função materna no domínio Discursivo da Mãe:** Entrevista inicial com os familiares na qual se exploraram a constituição familiar, nível socioeconômico-cultural, planejamento familiar e inserção da criança neste, aspectos evolutivos relacionados à gravidez, parto, psicomotricidade corporal e oral (alimentação), linguagem-comunicação da criança, situação psíquica da mãe no pós-parto, vínculos familiares e sociais anteriores e atuais, lazer, escola (quando foi o caso), antecedentes fisiopatológicos da criança e familiares próximos. Buscou-se captar o desejo da mãe projetado sobre seu filho.

– **Domínio gramatical da criança:** A partir dos 40 minutos de filmagem, foi analisada a descrição lexical, sintática, fonológica e morfológica dos dados infantis. O desequilíbrio evolutivo dos componentes gramaticais, somado a sinais fisiopatológicos, permite essa identificação, conforme a literatura define como dispraxia verbal, anomia, distúrbios léxico-semânticos, etc. (CHEVRIER-MÜLLER e NARBONA, 2006). Embora a concepção de linguagem dominante neste estudo abranja o foco da intervenção nos processos dialógicos (LIER De-VITTO, 1994; LIER De-VITTO et al., 2006) o trabalho previu uma descrição lingüística de base gramatical das distintas formas de organização do sintoma, já que assume a existência de disfunções de base orgânica em alguns casos, podendo gerar nuances específicas na terapia. Utilizamos a descrição qualitativa do dado de linguagem (presença de tateio articulatorio na dispraxia, de não-recuperação do nome na anomia, dificuldades na organização léxico-sintática na síndrome léxico-sintática). Essas análises tomam como referência trabalhos descritivos da aquisição típica do

português brasileiro (SIMÕES, 1997) e atípica de estudos acima mencionados. A descrição não implica, porém, na pressuposição de que tais categorias descritivas apresentem o mesmo status categorial da gramática adulta.

– **Domínio discursivo da criança:** tomou-se como base as posições discursivas descritas por De Lemos (1992). A posição de pólo do outro, a posição de pólo da língua e a posição do pólo falante-ouvinte, descritas na revisão de literatura, foram analisadas na avaliação inicial e subsequente dos sujeitos.

Além dessas avaliações, foi realizada uma **avaliação do brincar da criança e da interação de um ponto de vista cognitivo social** utilizando um olhar qualitativo com base nos autores que abordam o brincar no desenvolvimento infantil (WINNICOTT, 1983).

Específicas ao Estudo 1:

– Observação da Díade mãe-criança e/ou pai-criança no brinquedo livre (brinquedo temático: casinha, carrinho, bola...) com filmagem, transcrição da situação de interação, da participação familiar e do funcionamento lingüístico da díade. Tomou-se como referência a análise qualitativa, na qual se identificam os processos metafóricos e metonímicos (DE LEMOS, 1992) e as posições discursivas ocupadas pela criança no dizer da mãe ou em enunciações desta no brincar com seu filho, nas quais se percebe a posição outorgada à criança pela mãe. Para esse aspecto, tomamos como uma das referências a descrição do uso de pronomes pessoais proposta por Issler (1997) e a presença efetiva ou não de um diálogo que ancorasse o funcionamento lingüístico (DE LEMOS, 1992; RAMOS e BOMFIM, 2006).

As filmagens ocorreram com a colocação da câmera em cima de móvel que permitisse a visualização da sala, sobretudo, do espaço no qual a mãe foi convidada a brincar com o filho. O terapeuta ausentou-se no momento da filmagem de modo a deixar a díade mãe-filho à vontade.

– Análise dos sintomas de dispraxia verbal em ação e a forma como a mãe interagia com o filho quando diante de fala ininteligível ou mesmo aquela que interpretou, mas que se encontra muito distinta do alvo como, por exemplo, a correção. Verificou-se se esta se dá de um modo natural ou diretivo intrusivo². As

² O modo intrusivo é descrito no protocolo de Bosa e Souza (2002) no qual há uma retirada ou introdução autoritária de objetos ou uma tentativa de correção forçada da fala da criança afirmando-se “diz x” em várias tentativas que podem constranger a criança ou mesmo ser violências simbólicas.

conseqüências dessas ações na criança foram analisadas também, se reformula (posição falante-ouvinte) ou se fica refratária (ignorando a ação da mãe e seguindo sua fala) ou se cala diante da insistência materna de tipo intrusivo (silêncio de resistência).

– Entrevista continuada que, além de ser uma forma de intervenção, foi uma forma de atualização e de complementação de dados sobre o exercício da função materna identificados na entrevista inicial que se deu numa freqüência não-inferior a mensal.

Específicas ao Estudo 2:

– Observação da Díade mãe-criança já descrita no estudo 1.

– Observação, Filmagem e Transcrição da Díade Terapeuta-criança. Essa observação seguiu os moldes da anterior e será repetida a cada 2 meses para análise da evolução terapêutica. Os dados de linguagem obtidos com esta sofrerão a mesma análise e seguirão o mesmo tipo de proposta de coleta: o brinquedo lúdico temático de preferência da criança.

Este estudo abrangeu três grandes estratégias as quais serão descritas a seguir.

Intervenção com a criança

Por meio do brinquedo livre, buscou-se atender aos princípios terapêuticos básicos da Fonoaudiologia que são o princípio da Relação (estabelecimento de vínculo Terapeuta-criança), princípio do Significado (a atividade deve possuir significado para a criança), princípio da antecedência do trabalho discursivo ao gramatical, não sendo válido focar a produção de fala partindo da expansão aquisitiva em componentes gramaticais sem que isso seja ancorado em uma posição discursiva na qual o sujeito busque fazer sentido com o que fala (princípios dispostos em BALESTRO e RAMOS, 2008) e princípios instrumentais tais como clareza da fala do Terapeuta na qual se retoma e expande a fala da criança mediante processos dialógicos. Utilizamos como referência também estudos sobre a importância do silêncio (SURREAUX, 2001) e estudos de casos clínicos na linha sociointeracionista (MALDANER, 2005).

Conjunta mãe-criança

Nesta abordagem, acredita-se que duas estratégias entrem em jogo: o modelo estabelecido pelo terapeuta quando brinca com a criança junto aos pais e o exercício do brincar propriamente dito. No dia-a-dia são raras as possibilidades que os pais possuem de fazê-lo. A sessão terapêutica é um espaço privilegiado para que exercitem esse brincar e estabeleçam diálogos com seu filho. Também, nesses momentos, se pode comprometer os pais com o manejo das dificuldades elencadas nas entrevistas continuadas com eles. A observação conjunta, terapeuta-pais, do que se consegue ou não com o filho permite a abordagem desse tema e é, muitas vezes, o mote para o encaminhamento dos pais para outros espaços terapêuticos, sobretudo o analítico. Previu-se, ao mínimo, uma sessão mensal.

A freqüência do atendimento conjunto foi determinada pelas necessidades observadas em cada caso, ou seja, pelas demandas das mães e das crianças. Além das mães, os pais também foram convidados a participar de entrevistas e das sessões conjuntas com o filho.

Intervenção com a Mãe

Nessa modalidade, fizeram-se entrevistas continuadas, ao mínimo, mensais. A freqüência foi menor de acordo com as necessidades dos pais. Controlou-se tal variável caso a caso, e esse dado também foi alvo de análise. Nas entrevistas, ocorreu a escuta continuada dos pais, com o intuito de observar o espaço conferido ao filho na sua vida e enquanto imaginário sobre este. Assim, a relação entre o filho real e imaginário foi analisada. Também abordaram-se aspectos observados nas sessões individuais com a criança e conjunta com os pais. Aspectos da vida familiar e escolar da criança foram abordados quando necessário. Também nesses encontros, foram feitas orientações alimentares e quanto a hábitos orais deletérios que comumente acompanham os casos de retardo de linguagem.

Já os pais que, em geral, não comparecem à terapia, a não ser quando chamados, foram convidados para entrevistas mensais e, nesses dias, puderam entrar no atendimento conjunto. A análise para a dissertação de mestrado concentrou-se no exercício da função materna e o exercício da função paterna emergiu referenciado à materna.

Análise de Dados Terapêuticos

A análise dos dados de avaliação foram comparados tomando como referência a entrada em terapia (avaliação inicial) e a avaliação semestral da criança para analisar a eficácia e efetividade terapêuticas. Os dados da terapia indireta (com as mães mediante entrevistas continuadas) e conjunta (atendimento à criança juntamente com a mãe) foram analisados em seu *continuum* evolutivo e também entre o início e término da terapia. Os seis casos foram analisados individualmente e depois foram estabelecidas distinções e semelhanças que permitiram estabelecer a relação entre posição lingüístico-discursiva do sujeito e relação familiar e também sugerir nortes terapêuticos aplicáveis às terapias de retardo de linguagem na Fonoaudiologia.

As características de cada caso serão descritas no quadro 1.

Quadro1- características gerais observadas em cada caso

Sujeito	Idade	Histórico
S1	3 anos e 4 meses	Primeiro filho do terceiro relacionamento de M1, tendo um irmão deste mesmo pai, e mais outros dois irmãos dos demais relacionamentos da mãe, que foram abandonados em outra cidade. Sua fala era a mais inteligível, em comparação aos demais sujeitos da amostra, com poucas palavras que ocasionavam estranhamento. Mãe ausente, agressiva verbalmente, não exercendo o <i>holding</i> .
S2	3 anos	Filho único, cuidado pela tia, tendo poucos momentos com os pais. Fala com muitas alterações, variabilidade articulatória freqüente e muitas substituições.
S3	3 anos e 8 meses	Primeira filha, tendo uma irmã mais nova. Mãe super-protetora, com presença de co-leito, uso de mamadeira e fralda noturna. Atitudes infantilizadas, família estimula este lugar à menina. Fala ininteligível com muitas substituições idiossincráticas, extensa variabilidade, apagamentos e assimilações. Babava ao início do tratamento.
S4	2 anos e 8 meses	Único sujeito com pai presente, exercendo sua função satisfatoriamente. Segundo filho do segundo casamento, tendo mais um irmão do primeiro casamento. Bom diálogo entre mãe e filho, esta conseguindo realizar as interpretações necessárias. Fala do sujeito muito precária, apenas com vocalizações.
S5	2 anos e 5 meses	Filho único do segundo casamento do pai, tendo um irmão do primeiro casamento desse. Fala muito ininteligível, com produções excessiva porém sem sentido. Mãe excessivamente presente, com simbiose, amamentando no seio, com co-leito e uso de fralda. Pai com muita dificuldade de exercer a função paterna, muito ansioso com a fala do filho.
S6	4 anos	Mãe diretiva, com dificuldades em exercer a função materna e de lidar com esse filho. Estavam presentes o co-leito, o uso da mamadeira e posição infantilizada. Fala ininteligível, com poucas produções, muita variabilidade articulatória e substituições idiossincráticas, trocas de vogais e de acento.

Legenda: S1= sujeito 1, S2 = sujeito 2, S3 = sujeito 3, S4 = sujeito 4, S5 = sujeito 5, S6 = sujeito 6.

3.3 Aspectos Éticos

Conforme já indicado, os pais assinaram o TCLE e receberam explicações continuadas sobre a pesquisa com um retorno global desta ao seu término. As fitas e filmagens serão armazenadas pelo pesquisador responsável e só poderão ser utilizadas para exposições acadêmicas (aulas em pós-graduação ou em graduação) mediante autorização específica. Nos casos em que não houve a autorização, as fitas foram destruídas ou entregues aos pais (em geral eles as solicitam) ao término da pesquisa.

Este projeto se insere no projeto de pesquisa Clínica da Subjetividade no Retardo de Aquisição de Linguagem Oral, aprovado no CEP/UFSM sob o número do CAEE n. 0117.0.243.000-07.

4 ARTIGO DE PESQUISA 1 – DIALOGIA E FUNÇÃO MATERNA EM CASOS DE LIMITAÇÕES PRÁXICAS VERBAIS

RESUMO: O presente estudo analisou possíveis relações entre a interação dialógica da díade mãe-criança com limitações práxicas e o exercício da função materna. Especificamente, busca-se categorizar os tipos de interações dialógicas encontradas, analisar a interferência ou não das limitações práxicas das crianças no processo de interpretação por parte da mãe e os reflexos da função materna sobre o diálogo mãe-criança. Participaram do estudo seis díades mãe-filho, sendo realizadas filmagens da interação dessas díades, nas quais analisaram-se o brincar, a relação mãe-filho, bem como o exercício das funções parentais, sobretudo materna. Puderam-se observar vínculos precários entre mãe-filho, que evidenciavam dificuldades no exercício da função materna, mães diretivas, intrusivas ou afastadas e apáticas. A análise dialógica demonstrou que as limitações práxicas não impedem o processo de interpretação, podendo apenas limitá-lo. A possibilidade de a mãe estar conseguindo um exercício suficientemente bom da função materna parece ter efeito importante no diálogo entre mãe e filho.

Palavras-Chave: linguagem infantil; apraxias; psicanálise

DIALOGY AND MATERN FUNCTION IN CASES OF VERBAL PRAXIC LIMITATION

ABSTRACT: The current study analyzed possible relation between the dialogic interaction of the duo mother-child with praxic limitations and the exercise of maternal function. It tries, specifically, to categorize the types of dialogic interactions found, to analyze the interference or not of praxic limitation of children on the interpretation process by the mother and the reflexes of maternal function over the mother-child dialog. Six mother-child duo took part on the study, with the interaction of these duos being filmed, on which the play, the relation mother-child, as well the exercise of maternal function were filmed. Precarious bonds on the relation mother-child, difficulty on the exercise of maternal function, directive, intrusive or apathetic and away mothers were observed. For subjects, children of mothers that could evolve on the exercise of maternal function, cases which the bond had a significant improvement, it was observed a greater language evolution. The dialogic analyzes demonstrated that verbal dyspraxia doesn't prevent the interpretation process, it can only limit it. However, the exercise of maternal function seems to have a more important effect on the mother-child dialog.

Keywords: child language; apraxias; psychoanalysis.

(Revista Psicologia em Estudo)

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna (*mãe suficientemente boa* – Winnicott, 2000). O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, oportunizando ao bebê participar do que acontece a sua volta, dando-lhe sentido. A falta de um ambiente suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê.

A sustentação familiar (*holding*) favorece esse ambiente suficientemente bom, proporcionando uma estruturação emocional e psíquica do bebê. Por meio dessa sustentação, a mãe irá proteger o bebê tanto do ponto de vista físico quanto psicológico. Tal sustentação emerge de um estado psíquico inicial da mãe que Winnicott denomina de preocupação materna primária (WINNICOTT, 2000). Passado esse período que pode durar um ou dois meses, a mãe gradativamente irá produzir rupturas nesse *holding*, pelo reconhecimento do progresso das habilidades do bebê.

Laznik (2004) cita o manhês como um conjunto particular de modificações no modo de falar de um adulto que se dirige a um bebê e que consegue captar sua atenção. Porém, alguns bebês não são responsivos nem mesmo ao manhês. E algumas mães se desorganizam ao se depararem com tal situação, além de outros fatores, como depressão materna, que dificultam o *holding* e o exercício da Função Materna (MONDARDO & VALENTINA, 1998; MOLINA, 2001; FRIZZO & PICCININI, 2007; HART e cols, 1999; FIELD, 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004).

O não-olhar entre o bebê e sua mãe e o fracasso do circuito pulsional completo são a expressão clínica da não-instauração estrutural que funda o funcionamento do aparelho psíquico. Esse circuito se faz em três tempos: pulsão oral (o bebê vai em busca do objeto oral – sucção), auto-erotismo (se o bebê tem uma boa capacidade auto-erótica – chupar seu dedo, sua mãe ou uma chupeta) e satisfação pulsional (a criança se assujeitará a um outro que se tornará o sujeito da pulsão do bebê). O bebê vai à pesca do gozo de sua mãe, enquanto ela representa para ele o grande Outro primordial, provedor de significantes (LAZNIK, 2004).

Laznik (2004) friza que o segundo tempo pode ser completamente enganador, pois para um bebê que suga o dedo ou a chupeta, só pode ser afirmada a dimensão auto-erótica se o terceiro tempo do circuito pulsional estiver presente em outros momentos. Se não estiver presente, a ligação erótica ao Outro estará ausente.

Podem haver fatores congênitos que tornam o bebê menos apto a se interessar pelo gozo do seu Outro primordial (satisfação advinda do Outro), como uma mãe deprimida ou uma criança pouco responsiva que desorganiza a sua mãe. Em alguns casos, tanto alguma fragilidade biológica da criança quanto alguma dificuldade da mãe em exercer a função materna com um *holding* adequado poderá acarretar em problemas do desenvolvimento, entre os quais, distúrbios de linguagem. Por isso, hoje não se fala mais em hipótese diagnóstica em linguagem mas em hipótese sobre o funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2008) e se procura conectar tal hipótese ao tipo de laço entre os pais e a criança. Vorcaro (2003) afirma que há casos em que há evidência de laço psicopatológico, nos quais o autismo e a psicose são de fácil diagnóstico. No entanto, há casos em que “a criança se priva da fala para receber o dom da presença do outro: inverte a direção da demanda e mantém o agente de seus cuidados em uma posição reivindicativa” (VORCARO, 2003, p. 266). A autora afirma ainda que, seja qual for o tipo de laço, a família não tem procurado o psicólogo, mas o fonoaudiólogo para a terapia, pois há um imaginário social de que este é o especialista em fazer falar. Portanto, o acesso à psicanálise, enquanto teoria de subjetividade passa a ser crucial ao fonoaudiólogo na clínica de linguagem.

Em relação à teoria de aquisição da linguagem, o interacionismo de De Lemos (1992) é a proposta que melhor se aproxima, em termos filosóficos, da concepção psicanalítica de sujeito. Isso porque a teoria auxilia no melhor entendimento do processo aquisitivo cujo foco de análise é o diálogo da díade adulto-criança. Também produziu uma mudança de olhar sobre o erro na fala da criança, não como algo a ser higienizado, mas como evidência do processo de apropriação do sistema lingüístico, no qual o Outro tem papel estruturante.

Na fala da criança, podem ser observados erros que distinguem sua fala da fala do adulto, como também fragmentos da fala deste. Sobretudo a mãe, ao início do desenvolvimento, dá lugar a seu filho que permite interpretar, significar, atribuindo-lhe intenções, sentido e referência a esboços de fala produzidos pela

criança. Desse modo, a criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do Outro.

A autora define três processos dialógicos que são: processo de especularidade (movimento do adulto espelhando a produção vocal da criança, atribuindo-lhe forma, significado e intenção; assim a criança também passa a espelhar a forma produzida pelo adulto); processo de complementaridade (em que um retoma o enunciado ou parte do enunciado do outro e o complementa ou expande com outro elemento) e o processo de reciprocidade ou reversibilidade (a criança assume os papéis dialógicos anteriormente assumidos pelo adulto). De Lemos (1989) cita ainda o processo de especularidade diferida, no qual a criança re-posiciona fragmentos da fala do adulto partindo de práticas discursivas e recontextualizadas para instaurar novos diálogos.

Portanto, fica clara a existência de um processo de continuidade entre o *motherese*, referido por Laznik (2004) e os processos dialógicos descritos por Lemos (1992). Propõe-se, neste estudo, que tais processos são a evidência dialogal do *holding*. Assim, uma mãe que não esteja conseguindo exercer sua função materna de modo a dar a sustentação psíquica ao seu bebê, também não estará dando a sustentação lingüística para o processo de aquisição da linguagem. O não interpretar a fala da criança e retorná-la, impede o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos, sobre os quais se assentará a construção gramatical (LEMOS, 1992; FIGUEIRA, 2005).

Neste estudo, buscaram-se os Retardos de Aquisição da Linguagem com limitações práxicas, rotulados na literatura clássica como dispraxia verbal (FORREST, 2003; SCHRIBERG e cols, 2003; NIJLAND, 2003; DAVIS e cols, 1998; DAVIS e cols, 2005; LEWIS e cols, 2004; MARQUARDT e cols, 2004; BETZ & STOELL-GAMMON, 2005) cuja dificuldade biológica se trata de uma dificuldade de programação motora do gesto articulatório. Tal distúrbio limita a extensão da produção oral, em contrapartida a uma compreensão adequada da linguagem.

Por ser, a dispraxia verbal, uma alteração de linguagem que não é decorrente de uma deficiência auditiva, uma deficiência mental, lesões neurológicas, anomalias orofaciais, etc., mas decorre de um funcionamento cerebral alterado, muitas vezes, não-detectável em exames médicos de imagem, com sintomatologia semelhante à afasia adulta (BEFI-LOPES, 2003), parece um espaço importante na observação da relação entre o sinal da doença e o sintoma que ela produz em cada sujeito. Nesse

tipo de distúrbio, há um desequilíbrio evolutivo no desenvolvimento gramatical, já que a programação motora incide sobre a extensão de enunciados e, sobretudo, no desenvolvimento fonológico, produzindo uma fala ininteligível, pouco extensa que pode dificultar muito a compreensão e processo de interpretação do interlocutor. O que parece em questão é o quanto a (a)gramaticalidade³ do enunciado infantil permite ou não a interpretação por parte do adulto.

Embora, na visão interacionista de linguagem e dialético-discursiva de terapia (CUNHA, 2004), a terminologia DV não importe ao tipo de análise de linguagem e psíquica efetivadas, recorre-se a tal nomenclatura para poder discutir a relação entre o biológico e o psíquico nas distintas possibilidades singulares de cada sujeito. A motivação para o estudo desse grupo específico de retardos advém da observação clínica que, mesmo diante de muitas mães que parecem ter condições e desejo para um bom exercício da função materna (MORIZOT, 1999; LACERDA, 2002), a dispraxia do filho desorganiza as possibilidades de dialogia, já que há uma ruptura, mesmo que mínima quando comparada a outros distúrbios do desenvolvimento como a deficiência mental, ou sensoriais como a deficiência auditiva, mas que produz um efeito no sentimento materno. Ela se encontra diante de um filho real distinto do imaginado ou diferente até do filho real anterior, muitas vezes, sem a mesma limitação praxica. Cabe ressaltar, no entanto, que há casos em que não há limitações biológicas e ainda assim a função materna está alterada de modo a produzir um retardo de aquisição da linguagem. Portanto, não se busca uma relação de causa-efeito, mas observar se esse limite tem ou não algum papel nesse exercício, via imaginário materno. Também se quer discutir até que ponto tal classificação centrada no orgânico, que produz exaustivas descrições das alterações lingüísticas desses sujeitos, é suficiente para dar conta do processo de avaliação e de intervenção na clínica linguagem.

Diante de tais pressupostos, o objetivo deste artigo é analisar possíveis relações entre a interação dialógica da díade mãe-criança com limitações praxicas e o exercício da função materna. Especificamente, busca-se descrever os tipos de interações dialógicas encontradas, analisar a interferência ou não das limitações praxicas das crianças no processo de interpretação por parte da mãe e os reflexos da função materna sobre o diálogo mãe-criança.

³ Gramatical está utilizado no sentido de os enunciados da criança se assemelharem a produções gramaticais dos adultos, sem contudo, afirmar-se que há categorias gramaticais inatas ou como mesmo status do adulto na criança.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi de tipo qualitativo e de estudo de casos (GOLDIM, 2000).

Para compor a amostra foi feita uma pesquisa nas Triagens Fonoaudiológicas realizadas no ano de 2006 em clínica-escola de ensino superior. Buscou-se um perfil de sujeitos cujos relatos da triagem inicial afirmassem se os sujeitos apresentavam um brincar e uma audição possivelmente adequados à sua idade cronológica. Em alguns casos, havia anotações de enunciados das crianças, a partir dos quais foi possível já observar algumas características de fala dispráxica. Em outros não havia dados de fala.

Considerou-se como critério de exclusão alterações neurológicas, como síndromes, deficiência mental, e também outras alterações como deficiência auditiva. Após serem selecionadas as triagens, realizou-se contato telefônico com as famílias pedindo que comparecessem à clínica-escola para uma nova entrevista com o intuito de verificar mudanças existentes e saber mais sobre o caso, considerando que algumas já estavam na lista de espera há um ano.

As famílias receberam esclarecimentos quanto aos procedimentos da pesquisa e foram convidadas a participar. Foi esclarecido que, mesmo que não aceitassem participar da pesquisa, manteriam sua vaga para posterior atendimento na clínica-escola. As que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A). Este projeto se insere no projeto “Clínica de Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Institucional sob protocolo n. 0117.0.243.000-07.

Os pacientes foram encaminhados para avaliação neurológica, para descartar síndromes associadas e a presença ou não de dispraxia corporal. Passaram, ainda, por avaliações otorrinolaringológica e audiológica.

A partir de então, foram selecionados seis sujeitos (S1, S2...S6) e filmada a interação com a terapeuta (T) e com a mãe (M1, M2...M6) e, posteriormente analisadas a interação dialógica da díade e a produção de fala da criança, nas quais se puderam observar características de Dispraxia Verbal (critério de inclusão) tais como tateio articulatório, extrema limitação silábica e restrição consonantal, variabilidade de produção articulatória (mesma palavras produzida de várias formas), conforme está descrito na literatura (CRARY, 1993; MURDOCH e cols., 1997; MARQUARDT e cols, 2004). Também foram observados o brincar e a

compreensão de linguagem na atividade lúdica, de modo a descartar possíveis alterações como psicose, deficiência mental, autismo, entre outras.

Analisamos os sintomas de dispraxia verbal em ação e a forma como a mãe interagia com o filho quando diante de fala ininteligível ou mesmo aquela que interpretou, mas que se encontra muito distinta do alvo como, por exemplo, a correção. Verificou-se se esta se dava de um modo natural ou diretivo intrusivo⁴. As conseqüências dessas ações na criança foram analisadas também, para verificar se reformula (posição falante-ouvinte) ou se fica refratária (ignorando a ação da mãe e seguindo sua fala) ou se cala diante da insistência materna de tipo intrusivo.

Foram realizadas entrevistas continuadas com as mães que, além de ser uma forma de intervenção, foi uma forma de atualização e de complementação de dados sobre o exercício da função materna identificados na entrevista inicial. Tais entrevistas foram agendadas mensalmente, porém a presença variou de mãe para mãe.

Cada criança recebeu atendimento individual, semanal, sendo quatro sessões mensais. Os sujeitos 1, 2, 4, 6 iniciaram os atendimentos em abril de 2007 e os sujeitos 3 e 5 em outubro de 2007. Sendo que S6 compareceu ao atendimento por 1 mês, desistindo e retornando novamente em outubro de 2007.

A análise da interação dialógica constituiu-se no cerne para a busca de categorias dentro do grupo, ou seja, a forma como o diálogo se evidenciava ou não entre mãe e criança serviu de ponto norteador da análise em conjunto com os dados obtidos sobre a função materna. Entre os aspectos analisados estão a entonação da mãe (de satisfação, insatisfação, desânimo), a troca de turnos entre mãe e filho, a quantidade de enunciados da mãe em seus turnos, a capacidade de sintonizar com os gestos e/ou fala do filho e a responder contingentemente.

⁴ O modo intrusivo é descrito no protocolo de Bosa e Souza (2002) no qual há uma retirada ou introdução autoritária de objetos ou uma tentativa de correção forçada da fala da criança afirmando-se “diz x” em várias tentativas que podem constranger a criança ou mesmo ser violências simbólicas.

RESULTADOS

Considerando as seis díades, notaram-se três grandes categorias em relação às interações dialógicas: uma quase-ausência de diálogo (sujeitos 1 e 2), um desequilíbrio dialógico manifesto em maior número de enunciados maternos (sujeitos 3, 4 e 5) e diretividade dialogal e intrusividade materna (sujeito 6).

A seguir, descrevem-se os casos, partindo da leitura interpretativa de cada categoria.

Ausência dialógica e fragilidade no vínculo mãe-filho

Nessa categoria, encontram-se duas díades: díades 1 (S1-M1) e 2 (S2-M2). No primeiro caso, não existe substituta para a função materna exercida de modo frágil pela mãe, no segundo, a tia da criança exerce essa função.

Díade 1

Sujeito 1

A díade é formada por S1, um menino de 3 anos e 4 meses, e M1 de 28 anos.

A mãe de S1 apresentou diversas faltas às entrevistas continuadas, porém conseguiu-se remarcar aquelas que havia faltado. O pai não compareceu a nenhuma entrevista, nem aos atendimentos.

S1 sempre se fez presente aos atendimentos, comparecendo a 16 meses de atendimento. Havendo faltas apenas em caso de doença.

M1 tem, em seu histórico, o abandono de dois filhos em outra cidade cuja relação afirma ter melhorado, embora só faça referência constante aos dois filhos que vivem com ela: *“é a nossa paixão, eu amo os meus filhos, **os dois**”*.

No entanto, tal amor não se verifica na prática, pois há uma quase-inexistência de *holding*. Apresenta relação de muita cobrança em termos de organização: *“Eu não tenho muita paciência... eu sou muito... quando eu quero as coisas eu quero, eu não sou de falar uma ou duas vezes. Sou meio chata pra algumas coisas, gosto das coisas muito organizadas... Tem dias que eu penso:”* são crianças, isso aqui não é um quartel”. E isso aí eu procuro melhorar, às vezes é difícil”. Afirma estar fazendo um esforço, mas iguala a função materna à atribuição

de condições materiais. Por vezes, apresenta uma agressividade extrema, quando, por exemplo, coloca um carrinho no mesmo lugar onde o menino irá pisar quando este levanta do colchonete para buscar mais brinquedos. Nesse momento, a mãe fala:

M1: Olha aí. Que burro. Quase destrói o carrinho.

S1: [ε nε mãy?] (é né mãe)

M1: Tem que tomar cuidado.

Essa limitação em se entregar ao relacionamento com os filhos e de adotar uma posição de “educadora rígida” pode ser entendida pela experiência vivida com a sua mãe: *“Olha, na minha mãe... Até um bom tempo o meu relacionamento com a mãe nunca foi dos melhores. Hoje eu já tenho maturidade pra entender. Mas eu muito cedo, eu descobri que a minha mãe não tinha nada pra me oferece... Ela nunca foi uma mãe zelosa, nunca bateu, mas sempre foi agressiva com palavras (gritava e xingava), pra te falar a verdade das coisas boas que eu me lembro vieram do meu pai e da minha vó. Era o meu pai que levantava de noite pra me cobrir, pra me ver, me cuidava quando estava doente. Os melhores momentos da minha infância que eu lembro, eu lembro do meu pai, da minha avó e do meu avô. E é até hoje”*.

Apesar de reconhecer a afetividade do pai, ressentido-se por ele não ter dado mais limite e identifica aí a origem de sua cobrança com o pai: *Acho que ele tinha que ter dado mais limite, não ter me deixado solta. Amor demais também... Amor que só dá e não cobra. Hoje eu vejo, que esse amor tão grande e tão liberal... talvez eu não tinha passado por tudo isso, não tinha acontecido tudo o que aconteceu e talvez por isso eu seja tão radical com as crianças, para eles não passem por isso”*. Vê-se, neste caso, um processo de identificação com a mãe, embora reconheça que as lembranças positivas vêm do pai. Parece haver uma imaturidade que atribui ao pai e à mãe os erros realizados na sua vida (os filhos que foi tendo e abandonando). Há evidente dificuldade de ocupar a função materna que se manifesta nas reclamações constantes do filho e na realização de ameaças, diante da terapeuta: *“Eu disse pra ele que se ele não comer direito tu não vai mais atender ele né?!”* ou *“Né que se ele não se comportar tu não vai mais querer ele aqui? Porque tu só gosta de brincar com crianças educadas né?!”* Tais ameaças produziram muito medo no menino de perder o contato com a Terapeuta.

O modo como tal relação surgia no diálogo era na forma de ausência. Na seqüência 1, percebe-se que a mãe não mantém o diálogo, mesmo diante de deixas da Terapeuta.

Seqüência 1

1. S1: ['vay ve've] (vai chover)
2. T: Ãham?
3. S1: ['vay ve've 'mãy]
4. T: Vai chover? (a terapeuta espelha e direciona à mãe)
5. M1: (silêncio)
6. S1: [ε]

Como a mãe não participa da brincadeira, é excluída por S1, conforme seqüência.

Seqüência 2 (brincando de café)

1. T: Deu? Uhum (toma o café) Tava quente, vou assoprar.
2. M1: Tu não vai me convidar pra esse café?
3. T: Bem gostoso. Dá um pouco pra mãe também.
4. S1: [to'mey 'tutu] (tomei tudo)
5. T: Ah, tem que fazer mais. A mãe ficou sem
6. M1: É eu não tomei.
7. S1: [nãw teyn mas] (Não tem mais)

A negativa de diálogo manifesta pela mãe, na seqüência 1, parece ser seguida pela negativa de café do menino na seqüência 2.

Díade 2

Sujeito 2

M2 foi convidada a comparecer às entrevistas continuadas juntamente com seu marido, sendo que este compareceu a apenas uma entrevista. M2 compareceu a algumas entrevistas, porém não a todas.

S2 fez-se presente a praticamente todos os atendimentos, faltando poucas vezes devido a motivos de saúde. Realizou-se um total de 12 meses de atendimento, recebendo alta após este período.

No caso de S2 (3 anos), a função materna é mais exercida pela tia do que pela mãe (32 anos). A mãe parece identificar um pouco a origem dessa dificuldade de ocupar a função ao se descrever como sendo uma pessoa não muito ligada a crianças, anteriormente ao nascimento de S2: *“nunca fui daquelas que vê uma criança e tem que pegar. Hoje até eu já sou assim por causa dele, tenho mais encantamento”*.

Segundo a mãe de S2, ela tem boas lembranças de sua mãe, sendo que se espelhou nela quando pensou em ser mãe: *“Pensei em ser que nem a minha mãe, porque ela sempre foi maravilhosa”* No entanto, não descreve exatamente como foi esse ser maravilhosa. Afirma que a mãe sabe ser firme com seu filho, mas que ela e seu marido têm dificuldade em o ser. Em alguns momentos, a mãe se queixa do comportamento do filho: *“A única coisa que eu fico pensando, às vezes, é que eu não consigo fazer com que ele me ouça. Porque eu falo, falo, falo e ele nem olha pra minha cara. Aí eu fico pensando será que esse guri não vai mudar meu Deus do Céu. Mas ele é assim com todo mundo, a única pessoa que ele ouve é minha irmã”*- foi ela quem criou e cuidou dele, pois os pais trabalham fora o dia inteiro e era com a tia que S2 passava o dia. *“... mas não dá pra ficar brigando sempre né, porque daí o que ele vai pensar né que tu não gosta, é esse o sentimento de quem trabalha fora né.”*

A gravidez de S2 foi planejada, foi uma gestação tranqüila. Mãe afirma não ter passado por depressão pós-parto, mas ficou muito preocupada com as complicações de S2 pela aspiração do mecônio: *“Não tive depressão pós-parto. O que me deixou assim mais preocupada foi o fato dele ter aspirado o mecônio. Aí tinha outra coisa, porque foi parto normal e ele tinha a cabeça pontuda demais, aí eu olhava pra ele e me dava uma coisa, eu achava que não ia voltar, mas aí eu fui conversando com as outras pessoas e aí eu fui aceitando de que era normal”*. Parece aqui haver um imaginário de que algo não era normal, o que pode ser um indício de problemas no exercício da função materna.

Nas primeiras sessões, a mãe de S2 era muito quieta, não interagia de modo prazeroso com o filho, ficava sentada na cadeira vendo-o brincar ou falando o que ele podia ou não fazer, pois o S2 tinha uma agitação e não parava em apenas uma atividade. Não era diretiva, porém não se entregava às brincadeiras, o que não permitiu observar uma interação dialógica ao início do tratamento. Logo a mãe passa a obrigação de levar o menino aos atendimentos para a tia, que por diversos

meses leva-o sozinha às sessões. O vínculo do menino era com a tia (T2) como se percebe na seqüência 3:

Seqüência 3

1. T: Ah tu vai no Mercado?
2. S2: 't[aw]
3. T: Tchou, traz alguma coisa pra mim do mercado ta?
4. S2: [ta]
5. T: Compra e volta aqui pra fazer o papá.
6. S2: [ε u: pom'pom]
7. T2: bombom.
8. T: É bombom que tu vai comprar?
9. S2: [om'pa pombom]
- (...)
10. S2: ['bañu]
11. T2: Tomar banho.
12. T: Vai tomar banho?
13. S2: ['ant[i]
14. T2: banheiro.
15. S2: [pa'ñeyu]
16. T2: espelho.
17. S2: ['peyu]
18. T2: O espelho.

Percebe-se que o diálogo ocorre e que serve de ancoragem pra a fala de S2. O processo de espelhamento lingüístico flui entre a tia e sobrinho o que permite que a fala de S2 avance consideravelmente no decorrer da terapia. Portanto, aqui ficou assegurado o exercício da função materna pela tia e a interação dialógica permite a construção do conhecimento lingüístico por parte do menino. Note-se que a variabilidade articulatória presente nas linhas 6 e 9 para a palavra 'bombom' demonstram que o menino rumo para a produção correta desta com o auxílio da tia. Do mesmo modo, na linha 13, parece enunciar o aqui (para referenciar banheiro) ao que a tia oferece o signo 'banheiro' o qual o menino espelha em 15. Na seqüência, segue-se a nomeação da palavra 'espelho' novamente produzida pelo menino e confirmada pela tia em 18.

Desequilíbrio dialógico e prolongamento da simbiose

Mãe-filho

Nesta categoria, localizam-se três díades. Em todas é comum um vínculo excessivo, que infantiliza as crianças, deixando-as apegadas ao corpo materno. Esse excesso também se materializa no desequilíbrio dialógico, em que a mãe fala mais do que o filho. Poder-se-ia dizer que a mãe fala por ele. É comum o prolongamento da mamadeira (S3), da amamentação (S5), do uso de fraldas (S3, S5), fragilidades de saúde da criança (S4, S5) e dormir no mesmo quarto que os pais (S3, S5). Todas as características de um processo de infantilização das crianças que dificultam seu crescimento e desenvolvimento social, dentro do qual se insere a linguagem, pois permanecem coladas à mãe, sem o corte que deveria ser inserido pela função paterna. Embora os pais de S4 e S5 sejam mais presentes na rotina desses sujeitos, isso não se materializa na forma de lei que proíba o prolongamento da simbiose.

Díade 3

Sujeito 3 (3 anos e 8 meses)

M3 compareceu a todas as entrevistas continuadas sendo acompanhada de seu marido. S3 teve poucas faltas, faltando apenas por motivo de doença. Foram realizados um total de 11 meses de atendimentos, pois S3 entrou na pesquisa em outubro de 2007.

Neste caso, a mãe (M3-20 anos) se apresentou ativa nas interações dialógicas, mas reforçando alguns erros cometidos pela menina, ou seja, não retornando sua fala de modo que a criança pudesse confrontá-la com o padrão utilizado socialmente, conforme se vê na seqüência 4, na passagem da linha 5 para 6. Sem retornar a fala da menina corretamente, a mãe não engendra um processo de comparação entre a fala adulta e a infantil por parte da menina, que faça que a mesma busque dominar a produção fonológica. O funcionamento do diálogo até se processa, mas com lacunas nesse aspecto. Do ponto de vista da construção sintática e semântica, a mãe permite uma ancoragem para o funcionamento lingüístico, na medida em que busca interpretar o que a filha diz, como ocorre na linha 5.

Seqüência 4

1. M3: Lá na vovó tem. Conta pra ela que lá na vovó tem.
2. S3: [a na ɔ teyn]
3. T: E o que que tem na vó?
4. S3: [a un 'atʃi]
5. T: Um gato?
6. M3: Um "atʃi"
7. S3: ['atʃi]
8. T: e o que que é?
9. M3: Um rati (nome), um cachorro.

A gravidez não foi planejada e a mãe a imaginava como algo terrível, mas afirma ter percebido no decorrer desta que se tratava de algo maravilhoso. A mãe uniu-se ao pai quando estava com 5 meses de gestação e afirma que a responsabilidade do cuidado recaiu toda sobre ela. Se via como uma mãe superprotetora e sentia muito medo de dar banho, de deixar cair, de dar mamá sozinha, pois a menina tinha muito refluxo. Percebe-se, nesse caso, a preocupação materna primária, o que não é relatado pelas mães anteriores.

M3 relata um histórico de superproteção de seus pais e acredita que foram permissivos demais, pois *"se tivessem puxado mais talvez não tivesse engravidado tão cedo (17 anos)"*. Residindo ainda com a família de origem, ressentente-se atualmente do fato de os pais tirarem sua autoridade diante de S3.

S3 ainda usa fralda noturna e, segundo a mãe, já foram feitas várias tentativas de retirada mal sucedidas. Apesar de a mãe relatar que isso a incomoda muito, não parece realmente desejar que a menina saia da posição de bebê (apesar de terem uma filha mais nova). S3 ainda dorme no quarto dos pais e, no berço, pois a irmã dorme na cama juntamente com o casal.

Na seqüência 5, pode-se observar que a mãe, apesar de ancorar o diálogo com S3, fala em demasia. Seus enunciados são longos e oferece pouco turno para a filha. Em um total de seis enunciados em seqüência e três turnos, a mãe ocupa cinco enunciados distribuídos em dois turnos.

Seqüência 5

1. M3: olha aqui ó. “quase de verdade” (nome do livro)
2. M3: olha aqui quanto ovo. Olha aqui. Quebrou o ovo, a casquinha do ovo.
3. M3: o que que nasce do ovo?
4. S3: [u ‘odziw te’bo i ka’iw] (o ovo quebrou e saiu)
5. M3: O ovo quebrou e caiu, mas o que aconteceu?
6. M3: olha aqui.tu quer ouvir esse aqui ou uma outra menor?

O excesso de fala da mãe impede o exercício necessário a S3 para ocupar a posição de falante. Por enquanto, ocupa com maior freqüência a de ouvinte. No entanto, a mãe sintoniza com a atividade da menina e interpreta adequadamente sua fala, permitindo o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos, já que a menina está demonstrando condições para a formulação de frases (linha 4) e mãe consegue interpretá-las parcialmente (linha 5-o ovo quebrou e caiu), mantendo o diálogo e acrescenta uma questão: mas o que aconteceu? Possivelmente, a menina tenha falado ‘saiu’ e não ‘caiu’ por um processo fonológico, respondendo a pergunta da linha 3 (O que nasce do ovo?), aludindo à saída do ‘pintinho’ do ovo, mas a mãe entende ‘caiu’ e não consegue complementar o enunciado, solicitando novo esclarecimento. Este é um dos momentos em que a dispraxia dificulta a interação dialógica e o funcionamento de organização de sintagmas (processo metonímico) e seleção lexical adequada e completa (processo metafórico) de modo a estender o enunciado o mais possível dentro das possibilidades que a língua apresenta: ‘o ovo quebrou e saiu o pintinho’. A dispraxia limita a programação motora de modo a dificultar toda a extensão do enunciado e sua precisão, o que coloca o interlocutor na posição de empreender um esforço para auxiliar a contornar tal limitação. No entanto, a mãe, em sua ansiedade, não dá tempo para a menina responder e continuar a narrativa, truncando o funcionamento lingüístico.

Díade 4

Sujeito 4

M4 compareceu a todas as entrevistas continuadas, sendo que seu marido sempre se fez presente às entrevistas. No primeiro ano de atendimento, S4 possuía uma saúde muito frágil durante o inverno, faltado a algumas sessões. Foram realizados 15 meses de atendimento, sendo que S4 recebeu alta após este período.

Em relação ao histórico materno, M4 teve três filhos, um do primeiro casamento e S4 (2 anos e 8 meses) é o mais novo da segunda união. A gestação apresentou complicações (deslocamento de placenta) o que acarretou muito medo e ansiedade em relação à saúde de S4. A partir do sexto mês, fez repouso até o nascimento de S4 aos 8 meses de gravidez. O histórico da sua mãe (45 anos) com a avó materna foi bom: “fui muito bem criada”.

O menino necessitou ficar na UTI neonatal durante 10 dias, apresentou hérnia escrotal e, após a alta, teve pneumonia. Essa doença se repetiu após um ano. Os invernos de S4 são acompanhados de problemas respiratórios, que atualmente se suavizaram. Os pais admitem uma educação mais protetora a S4 em razão das fragilidades de saúde. Cabe ressaltar que o pai de S4, juntamente com os pais de S5 e S6, foram presentes na terapia.

Do mesmo modo que a mãe de S3, a mãe de S4 conseguia interpretar bem as manifestações comunicativas do filho que não falava ao início da terapia. S4 fazia vocalizações, que a mãe compreendia, juntamente com gestos. Seu brinquedo era solitário, mas corporalmente próximo à mãe, resistindo às tentativas de aproximação da terapeuta. S4 parecia ter um silêncio de resistência (SURREAUX, 2000), sobretudo com a Terapeuta, pois não permitia que ela entrasse nas suas brincadeiras, calando-se e afastando-se ainda mais quando ela tentava participar das atividades. S4 sempre gostou de brincar de carrinho, sozinho, em mesas. A mãe relata que é assim que ele brinca em casa, pois ela é costureira e o menino (no trabalho ou em casa) brincava ao seu lado enquanto esta trabalhava.

Na seqüência 6, pode-se observar que a mãe consegue fazer funcionar bem o diálogo, embora fale, a exemplo de M3, ocupa turnos de modo mais extenso, dando pouco espaço para manifestações do filho.

Seqüência 6

1. M4: Vamo montar e fazer uma casinha? Deixa eu ver como é que eles são.
2. M4. busca as pecinhas de lego.
3. M4: Como será que a gente faz casinha dele. Tu não sabe?
4. S4: [ã] [a] (apontando para a mãe colocar dentro do carrinho.
5. M4: Ah, é pra colocar aqui?
6. M4: Ah, vai carregar? Deixa eu ver se tem um pequenininho? Coloca aí. Pega e vai carregando aí os pequeninhos.

S4 faz o barulho do carro.

Tanto em M4 quanto em M3, observa-se uma dificuldade em manejar o silêncio de modo a instigar o filho a se manifestar.

Díade 5

Sujeito 5

M5 compareceu a todas as entrevistas continuadas juntamente com seu marido. S5 teve poucas faltas devido a fragilidade de sua saúde durante o inverno. Foram realizados 8 meses de atendimento, sendo que após este período o menino demonstrou grande evolução e os pais não compareceram mais.

A gravidez de S5 (2 anos e 5 meses) não foi planejada nem tranqüila. O pai tem outro filho de 10 anos de outro casamento. O pai relata: *“Pra mim também, nos 3 ou 4 meses, fui junto fazer o pré-natal , fui vê né, tudo certinho, garanti, não tínhamos plano de saúde foi o que aconteceu, infelizmente, não tínhamos noção como era esse negocio do SUS, o que diziam eu sabia mais ou menos, mas não pensei que fosse tão assim...”*

Os pais relatam que o parto foi muito complicado, pois a mãe (26 anos) trocou de hospital no meio do processo de parto e, ao chegar naquele onde o parto ocorreria, os médicos não consideraram o tempo que ela esteve no hospital anterior. A mãe estava com 41 semanas de gestação, não tinha dilatação, e o médico plantonista não se encontrava no hospital. Tiveram que esperar mais 4 horas (além das 12 horas que já haviam esperado) até que o médico chegasse para fazer a cesariana. S5 aspirou mecônio, fizeram lavagem e o menino teve pneumonia, precisando ficar 15 dias na UTI neonatal. Quando foi para o quarto não conseguia mamar em razão da dificuldade de respiração. Foi colocado no oxigênio e os médicos informaram aos pais que o estado dele era grave, podendo ficar seqüelas em consequência das complicações e do tempo de sofrimento, os batimentos cardíacos estavam abaixo do esperado.

Pelos inúmeros internamentos, S5 sempre teve uma saúde muito frágil, não permite que as pessoas encostem nele, que o segurem, pois entra em desespero.

O pai demonstra muito sofrimento e angústia por não entender a fala do filho: *“a gente... quê que eu vou te dizê, eu não sei, mas eu gostaria que ele falasse mais, assim, é difícil o dia de hoje a gente trabalha, tudo, aí a gente tem que fazê um sacrifício, a gente tem que fazer um esforço dentro de casa prá conversá, mas eu,*

por mim, eu posso fazê o que eu tive que fazê pra que ele se desenvolva mais rápido, e sei que uma amiga nossa tem um problema da idade né, que a cada dia vai diminuindo cada vez mais, vai repercuti pra ele depois, eu acho que, eu queria, o que depende de mim, assim, hoje a gente não tem condições ..., a gente trabalha até pra dar melhores condições, trata ele, colocá numa escola mais tarde, ... até se precisa, financeiramente, se precisa gastar mais .. a gente faz um sacrifício”.

Ambos relatam essa angústia com a fala dele, porém o pai é quem sofre mais, por não passar o dia com ele (a mãe não trabalha), fica mais difícil de compreender o que o menino diz.

S5 possui muitos medos, ainda mama, aos 3 anos, no seio da mãe. Esta, por sua vez, faz uma lista de motivos para não fazer a retirada do seio. Segundo a mãe, o menino não mama muito, é mais para estar com ela do que pela alimentação.

A mãe é uma pessoa, visivelmente nervosa, preocupada, atrapalha-se muito ao falar, pois dependendo do assunto que estamos conversando ela gagueja mais. Porém, é uma mãe que interage muito bem com o seu filho, eles conversam bastante e sempre que ela não o compreende pede que repita, e, se continua não entendendo, fala para ele que não entendeu (a fala de S5 é realmente muito ininteligível, conversa muito e constantemente, mas é de difícil interpretação). No entanto, também a exemplo das mães anteriores, fala muito em seus turnos, não conseguindo ouvir alguns dos enunciados, como na linha 6 na qual deixa a palavra ‘igual’ à deriva, perdendo a possibilidade de estender o enunciado de S5.

Na seqüência 7, tem-se um bom exemplo das interações comuns a esta idade.

Seqüência 7

1. S5: [a 'bɔla]
2. M5: Entra na casinha, dá pra entrar na casinha ó. Que legal, entra na casinha. Entra filho.
3. M5: Entra, isso. Ó. A mãe vai entrar na casinha, a mãe entrou.
4. M5: Na casinha de bolinha. Viu quanta bolinha? Amarela, azul...
5. M5: Viu quanta bolinha?
6. S5: [i'gaw] (igual)
7. M5: Viu ó. Um dois...Conta quantas bolinhas tem. Conta.

8. M5: Conta ó. Um, dois, três.
9. M5: A mãe vai sentar que eu to com dor nas pernas.
10. M5: Conta quantas bolinhas tem.
11. S5: [um]
12. M5: Um.
13. S5: [do]
14. M5: Dois.
15. S5: [a 'bwola 'tes]
16. M5: é a bola filho? Viu.

Cabe ressaltar que as entonações são de satisfação no diálogo. Esse fato é comum a M3 e M4, mas está ausente em M1 e M2. Estas se apresentam mais apáticas na interação, com tons monocórdicos.

Diretividade e intrusividade dialógicas e ambigüidade na relação mãe-filho

Díade 6

Sujeito 6

M6 faltou a diversas entrevistas continuadas, sendo que seu marido compareceu a apenas uma delas. S6 iniciou o atendimento em abril de 2007, ficando apenas um mês, retornando em outubro deste mesmo ano, perfazendo 13 meses de atendimento.

A mãe de S6 (4 anos) chega no primeiro dia de atendimento, demonstrando sua resistência à terapia. O relato dessa mãe (37 anos) inicia da seguinte forma: *“Ah, tu não sabe o que o S6 falou pra mim antes de sair de casa. Eu não quero ir lá (no atendimento), eu não gosto”*. Porém era o primeiro atendimento de S6, como poderia este não gostar de algo que não experienciou?

Essa resistência da mãe pode ser observada em outros momentos, como quando ela tenta não deixá-lo crescer, permitindo o uso da mamadeira, não permitindo a separação mãe-filho: *“Ele não quer que eu saia para trabalhar mas se eu saio por outro motivo não tem problema”*. Até mesmo porque quem sai para trabalhar num dia também sairá no outro e esta separação, este descolamento ainda é difícil de aceitar tanto para o filho quanto para a mãe: *“Esses dias eu disse pra ele, acho que vou ter outro nenê, só pra ver o que ele ia dizer né. Aí o nenê vai pro teu*

berço e tua vai pra tua cama. Às vezes eu chamo ele de nenê e ele diz eu não sou nenê, eu sou homem". S6 ainda dorme no berço e no quarto dos pais.

Apesar de planejada a gravidez de S6, a mãe pensava "*porque eu tive que inventar de engravidar novamente*". O desejo de mais um filho era do marido e não dessa mãe. O casal possui outras duas filhas, uma de 09 e outra de 14 anos.

M6 afirma a presença de depressão pós-parto na segunda e na terceira gestações. "*A depressão foi horrível. Eu não tinha vontade de cuidar dele, ele chorava muito, era chorão. Graças a Deus tudo passa né*". Ela ressalta que os primeiros meses de S6 foram muito mais difíceis do que na época das outras filhas, pois ele chorava muito, ficava nervosa e o leite acabou secando. O menino sentia muita cólica. A mãe procurou o médico porque achava que as cólicas eram causadas pelo leite, porém o médico (após experimentarem diversos tipos de leite) disse que as cólicas não eram ocasionadas pelo leite e, sim, pelo nervosismo da mãe. Sempre que S6 era alimentado pela mãe ele se afogava, e quando o pai dava a mamadeira não ocorria nada. Por isso, a mãe tirava o pai todos os dias do trabalho, pois o menino ficava roxo quando ela tentava amamentar. As retiradas do pai de seu trabalho foram tantas que em um determinado mês o pai não tinha salário para receber.

A avó materna de S6 faleceu muito nova (38 anos), e segundo a mãe do menino, a vida da família foi muito conturbada, pois o irmão da mãe de S6 tinha diversos problemas de saúde, passou por várias cirurgias, o avô paterno ficava muito nervoso. Foi necessário esconder a gravidez de S6, pelo receio de que o avô ficasse muito nervoso por temer que ocorressem os mesmos problemas (principalmente por ser menino). Ainda assim, quando soube da gravidez e do sexo do menino, entrou em pânico.

A mãe demonstra resistência até mesmo em colocar o menino na escola. Encontra diversos empecilhos como a distância da escola, que existe uma escola próxima, mas que é particular, mas também existe outra pública, porém que necessitaria de transporte. Como a mãe não trabalha, o fato da escola não ser próxima não a impediria de levar o menino. Parece não desejar que S6 cresça, pois isso demandaria começar a trabalhar. Arruma algumas faxinas, mas quando lhe é oferecido um emprego fixo e duradouro, não consegue mantê-lo.

Na seqüência 8, observa-se que M6 é muito diretiva no diálogo, tentando ensinar cores ao menino e cobrando a pronúncia adequada. Esse tipo de interação domina cerca de 90% da filmagem.

Seqüência 8

1. M6: Vamo brincar... Vamo montar com essas daqui de de montar as cor? Vamo? .Essa que cor é? (mãe pega os blocos lógicos)

2. S6: [yuw]

3. M6: Ahãm

4. S6: [yuw]

5. M6: Tira o dedo da boca e fala direitinho. Azul.

6. S6: [yuw]

7. M6: Vamo botá dentro dessa caixa aqui ó? Azul.

8. S6: [yuw]

A mãe não se satisfaz com a tentativa do filho e continua insistindo para que o menino fale de forma correta. A falta de sintonia incomoda tanto S6 que o menino prefere terminar com a brincadeira, conforme seqüência 9:

9. M6: Qué brincá?

10. S6: [um nãw] (e começa a ajudar a mãe a guardar)

Quando a mãe consegue manter um diálogo com o filho, sua fala melhora, como se vê na seqüência 9:

Seqüência 9

1. S6: [pi'taw]

2. M6: Verde.

3. S6: ['dedʒi no 'bo]

4. M6: Verde da casa do vô?

5. S6: [po]

6. M6: Vô, não é?

7. S6: [ε]

8. M6: Casa do vovô?

9. S6: [ε du uo]

10. M6: Que dê o vovô?

11. M6: ta no hospital? Por quê?

12. S6: [ɔ ɔ uɔ kɛ pi'taw]

13. M6: Vovó?

14. S6: [vɔ um pe pɛ] (bate na perna)

15. M6: Por causa da perna né?

16. S6: [ɛ]

Na seqüência 9, vê-se um funcionamento dialógico que permite que a criança seja ancorada lingüisticamente para a construção do conhecimento gramatical e sua potencialização como falante/ouvinte. Quando a mãe interpreta a fala de S6 na linha 4- “verde como a casa do vô”, permite que o menino externalize uma seqüência de processos de especularidade e complementariedade que colocam em ação os processos metafóricos e metonímicos que permitirão a construção das relações entre sintagmas e paradigmas na construção de orações e futuros textos orais por S6. No entanto, este é único momento em toda a filmagem inicial no qual a mãe se permite abandonar a posição pedagógica diretiva para ocupar a posição dialógica.

Portanto, não é a limitação praxica que impede a interpretação da fala, mas uma disposição precária da mãe em escutar esta fala. Ela pode, no máximo, dificultar em alguns momentos a inteligibilidade, como se exemplificou em S3. Isso fica claro em todos os casos, mesmo naqueles em que a mãe não se lança na brincadeira e no diálogo com o filho (S1 e S2), já que é possível interpretar adequadamente a fala de todos os sujeitos na maior parte das oportunidades dialógicas.

DISCUSSÃO

Pôde-se observar que cada mãe traz, no exercício de sua função materna, traços da função materna exercida por suas próprias mães e das funções parentais destas. A forma como isso pode afetar o exercício da função materna das mães aqui relatadas é muito diversificada. Além da vivência dessas mães com suas famílias na sua infância, deve-se considerar a sua vivência durante a gravidez, suas expectativas, seus desejos que podem ter sido alcançados ou não. Como foram as suas experiências com o nascimento do filho, todas as dificuldades encontradas, pois todas as mães passaram por alguma dificuldade em consequência das complicações na gravidez ou na saúde do recém-nascido o que levou, em alguns casos, a uma depressão pós-parto ou a uma dificuldade de lançar desejos e cuidados sobre seus filhos (MONDARDO & VALENTINA, 1998; WINNICOTT, 2000; MOLINA, 2001).

Notou-se também que o estilo de fala dessas crianças alimenta a desestabilidade, angústia, inquietação e desestrutura dessas mães, mas não necessariamente as impediria de apostar nesse filho e de exercer a função materna de forma mais efetiva. Como respostas, algumas são diretivas nas interações dialógicas, tentando ensinar nomes e adjetivos (as cores) ao filho (S6). Outras falam pelo filho, não sustentando o silêncio funcional (SURREAUX, 2001) que o limite biológico impõe, mas necessário para que o filho se arrisque na sua gestualidade orofacial e na fala. Desse modo, ao silêncio funcional pode estar somando ao silêncio de resistência que acaba por surgir quando, em vez da conversa, delinea-se um monólogo ou uma diretividade lingüística intrusiva.

As crianças, por sua vez, ficam desestruturadas, pois não conseguem, nas suas mães, nem mesmo uma forma de se comunicar com o mundo. Embora elas sejam as pessoas que mais convivem com as crianças, não se transformam em facilitadoras desse contato com as demais pessoas que naturalmente apresentam dificuldades na compreensão de suas falas.

Winnicott (2000) fala da importância do *holding* para a estruturação do bebê, porém existe um momento em que é necessário fazer uma ruptura, uma descolagem, iniciando-se assim uma separação mãe-filho (LAZNIK, 2004; LOPES e cols, 2007). Os dados sugerem que essa separação não foi satisfatória nos casos de S3, S4 e S5, nos quais as mães são superprotetoras, infantilizando seus filhos,

permitindo o co-leito, prolongando o uso das fraldas, de bico e de mamadeira (ou aleitamento materno por até 3 anos).

Como citam Jerusalinsky e Coriat (sd), o lugar do filho é definido pelos acontecimentos entre a criança e seus pais ou quem exerça as funções parentais, sendo significado por atos, gestos e palavras. Assim podemos observar no caso do S2, em que a mãe exercia a função materna de forma precária, a tia passou a assumi-la o que permitiu a estruturação do menino e uma melhor evolução de sua fala.

Diversos autores citam a depressão pós-parto ou a depressão materna como sendo fatores determinantes para a falta de engajamento, afastamento por parte da mãe, pouca estimulação, comportamentos intrusivos e superestimulação afetando o brincar por parte do filho (FIELD, 2002; Hart e cols, 1999; LAWSON e cols, 1992; TAMIS-LEMONDA & BORNSTEIN, 1989; SCHWENGBER & PICCININI, 2004). Isso pôde ser observado nas mães que fizeram parte deste estudo. Detectaram-se abandono e afastamento do filho no momento do brincar (M1); ausência da função materna, passando esse papel a outra pessoa da família (M2), intrusividade e superestimulação, não permitindo à criança um tempo para que pudesse se empenhar em falar (M3, M4 e M5). Em M6, pudemos observar uma diretividade excessiva, acompanhada de superestimulação e falta de engajamento.

Não pudemos evidenciar um diagnóstico de depressão pós-parto, mas sinais levam a supor que o pós-parto possa ter tido esta característica.

Tanto é prejudicial uma mãe ausente, calada, apática (M1, M2) quanto mães que falam excessivamente não deixando espaço para ouvir a criança e permiti-la falar, como no caso de M3, M4, M5, M6. Como ressalta Surreaux (2000), o silêncio é uma forma de dar abertura, de dar o espaço necessário para que a criança sinta necessidade e para que haja desejo por parte da criança em falar.

Haveria possibilidade das mães interpretarem e colocarem a linguagem em funcionamento, porém, como estas não estavam bem colocadas na função materna, isso não foi possível, dificultando o entendimento da fala do filho e, conseqüentemente, o seu retorno na maior parte dos casos. Sem esse retorno, não podemos observar o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos (Lemos, 1992) nem a ancoragem permitida pelo espelhamento em casos de ruptura importante no gesto articulatório (RAMOS, 2007).

Outro aspecto a ser ressaltado é que os pais se apresentam ausentes tanto no discurso materno, quanto efetivamente na vida dos sujeitos para S1, S2, S3 e S5. Apenas S4 tem um pai mais participativo, mas que talvez não se faça presente no discurso materno. Tal fato contribui para o prolongamento da simbiose em S3, S4 e S5, e agrava a insuficiência parental para S1 e S2. Ou seja, os pais, por sua vez, não auxiliaram no processo de crescimento desses filhos favorecendo o corte necessário (ARAÚJO, 2005) ao processo de mudança pelo qual a função materna tem de passar para que a criança continue seu desenvolvimento para acessar ao simbolismo.

A insuficiência da função paterna parece ser motivo para outras análises no dados aqui apresentados, já que afeta tanto o discurso quanto o comportamento maternos. De um modo sintético, pode-se sugerir que a falta de representação mais consistente da lei desempenhada pela função paterna induziu ao prolongamento da simbiose nos casos 3, 4 e 5. Também não pôde ser reparadora da forma agressiva como se apresentava a mãe de S1 ou da presença inconstante de S2 S6. Assim, todos os sujeitos desenvolveram um retardo de aquisição da linguagem tanto por falta de acesso pleno ao simbolismo quanto pelo limite biológico imposto pela dispraxia verbal. Esta, no entanto, não se constitui no cerne das dificuldades de funcionamento lingüístico, mas como limitações de fala, totalmente superáveis diante de funções parentais suficientemente boas, que ancorassem a atividade dialógica.

CONCLUSÃO

Com este estudo, pôde-se observar que uma interação não-potencializadora, manifesta na falta de investimento no diálogo, e que uma função materna exercida de modo não suficientemente bom dificultam a evolução lingüística e psíquica da criança. Um fator biológico, como as limitações práxicas aqui estudadas, parecem dificultar a compreensão da fala do filho por parte da mãe, sem, contudo, impedi-la. Porém é a função materna que parece determinar o quanto essas limitações afetam o funcionamento lingüístico da criança. Uma mãe suficiente boa em sua função materna, mesmo tendo um filho com limitações práxicas, terá o vínculo necessário com seu filho para também ter condições de investir no diálogo com ele, interpretando-o e dando-lhe espaço para se desenvolver. Esse desenvolvimento lingüístico depende de uma interação ativa, na qual a mãe fala, mas permite um espaço para a criança ouvir e falar, à sua maneira. A mãe necessita estar pronta para ressignificar a fala desse filho, fazendo o retorno necessário para que a criança tenha um funcionamento dialógico que lhe permita internalizar seqüências lingüísticas que, no devido tempo, serão analisadas e darão suporte para que a posição discursiva de falante/ouvinte possa cada vez mais ser ocupada pelo sujeito.

Portanto, parece não ser a limitação práxica que impede a mãe de interpretar a fala do filho e, sim, a função materna fragilizada e a desestruturação da mãe diante dessa fala ausente que afeta o vínculo mãe-filho e favorece a manutenção do retardo de aquisição da linguagem. Cabe ao Fonoaudiólogo a compreensão do processo complexo e singular pelo qual se constitui o histórico da interação dialógica de cada díade mãe-filho, este com queixa de retardo de aquisição da linguagem. A simples identificação de um limite biológico não permite engendrar uma nova forma de interação dialógica. A fonoaudióloga pode, partindo de uma visão interacionista, fornecer a sustentação dialógica, em sessão, de modo a permitir algum avanço lingüístico do sujeito, mas este poderá ser truncado sem a participação familiar, pois o desejo parental é fundamental para o funcionamento lingüístico. A escuta parental é fator fundamental para emergir o desejo de falar e, nos casos de dispraxia verbal, para empreender um esforço motor para tanto. Nesse sentido, a clínica de linguagem é uma clínica interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Befi-Lopes, D. (2003). Alterações do desenvolvimento da linguagem. Em Limongi, S.C.O. Fonoaudiologia: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Betz, S. K.; Stoel-Gammon, C. (2005). Measuring articulatory error consistency in children with developmental apraxia of speech. *Clinical Linguistics & Phonetics* (v. 19, n. 1, p. 53-66).

Crary, M. A. (1993). Singular Publishing Group. INC 19 ed. San Diego, Califórnia.

Cunha, C. (2004). Linguagem e psiquismo: considerações fonoaudiológicas escritas. Em Ferreira, L. P.; Befi-Lopes, D. M.; Limongi, S. C. O. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca.

Davis, B. L.; Jakielski, K. J.; Marquardt, T. P. (1998). Developmental apraxia of speech: determiners of differential diagnosis. *Clinical Linguistics and Phonetics* (v.12, pp. 25-45).

Davis, B. L.; Jacks, A.; Marquardt, T. P. (2005). Vowel patterns in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics* (v. 19, n. 4, pp. 249-274).

De Lemos, C. T. G. (1989). Uma abordagem sócio-construtivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões. ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem, PUC-RS.

De Lemos, C. T. G. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum* (1-1, p.121-135).

Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression. Em Goodman, S. H.; Gotlib, I. H. *Children of depressed parents*. Washington, DC: American Psychological Association (p. 59-88).

Figueira, R. A. (2005). A criança na língua: erros de gênero como marcas de subjetivação. *Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas* (v. 47, p. 29-47).

Frizzo, G. B.; Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica* (v. 20, n. 3, p. 351-360).

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

Goldim, J. R. (2000). Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Da Casa (2ª Ed., v.1, p. 180).

Hart, S.; Jones, N. A.; Field, T.; Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development* (v. 30, n. 2, p. 111-120).

Lacerda, E. T. (2002). A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição. *Distúrbios da Comunicação* (n.13(2), p. 351-357).

Laznik, M-C. (2004). A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. *Âgama: Salvador*.

Lawson, R.; Parrinello, R.; Ruff, H. (1992). Materno behavior and infant attention. *Infant Behavior and Development* (v. 15, n. 2, p. 209-229).

Lewis, B. A.; Freebairn, L. A.; Hansen, A.; Taylor, A. G.; Iyengar, S.; Schriberg, L. D. (2004). Family pedigrees of children with suspected childhood apraxia of speech. *Journal of Communication Disorders* (v. 37, p. 157-175).

Lopes, R. C. S. ; Oliveira, D. S. de; Vivian, A. G.; Bohmgahren, L. M. C.; Piccinini, C. A.; Tudge, J. (2007). Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança de 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília* (vol. 23, n. 1, p. 5-16).

Marquardt, T. P.; Jacks, A. & Davis, B. L. (2004). Token-to-token variability in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics* (v. 18, n. 2, p. 127-144).

Molina, S. E. (2001). O bebê na estrutura especular: o corpo e a linguagem. *Escritos da criança. Centro Lydia Coriat: Porto Alegre* (n. 4, 2ed, p. 47-52).

Mondardo, A. H. Valentina, D. D. (1998). Psicologia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre* (v. 11, n. 3).

Morizot, R. (1999). A relação mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Fonoaudiologia Brasil* (Ano 2, n. 2).

Murdoch, B. E.(1997). Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma visão neuroanatômica e neurofuncional. *Rio de Janeiro: Revinter*.

Nijland, L.; Maassen, B.; Meulen, S. van der. (2003). Evidence of motor programming deficits in children diagnosed with DAS. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* (v. 46, p. 437-450).

Ramos, A. P. (2007). O acento, a sílaba e o segmento na aquisição fonológica de um sujeito com dispraxia verbal. *Livro de Resumos do 1º Seminário de Aquisição Fonológica. Universidade Federal de Santa Maria* (p.30).

Schriberg, L. D.; Green, J. R.; Campbell, T. F.; Mcsweeny, J. L.; Scheer, A. R. (2003). A diagnostic marker of childhood apraxia of speech: the coefficient of variation ratio. *Clinical Linguistics & Phonetics* (v. 17, n. 7, p. 575-595).

Schwengber, D. D. S.; Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília (v. 20, n. 3, p. 233-240).

Surreaux, L. M. (2000). O discurso fonoaudiológico: uma reflexão sobre sujeito, sentido e silêncio. Dissertação de Mestrado em Estudos da Linguagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Surreaux, L. M. (2001). A questão do silêncio na aquisição desviante da linguagem. *Letras de Hoje*. Porto Alegre (v. 36).

Surreaux, L. M. (2008). Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: Graña, C. G. (org.). *Quando a fala falta: fonoaudiologia, lingüística, psicanálise*. Itatiba, SP: Casa do Psicólogo (1ª ed., v.1, p. 143-180).

Tamis-Lemonda, C.; Bornstein, M. (1989). Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence. *Child Development* (v. 60, n. 3, p. 738-751).

Vorcaro, A. M. R. (2003). A clínica fonoaudiológica e psicanlítica com crianças que não falam. *Distúrbios da Comunicação* (v. 15, n. 02, p. 265-287).

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago.

5 ARTIGO DE PESQUISA 2 – EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA EM CASOS DE RETARDO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM COM LIMITAÇÕES PRÁXICAS

EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA EM LINGUAGEM INFANTIL

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução terapêutica de seis sujeitos com retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas partindo de uma perspectiva interacionista/psicanalítica. Especificamente, buscou-se analisar a contribuição do exercício da função materna e dos limites biológicos nas interações dialogais na evolução desse sintoma partindo da terapia proposta. **Métodos:** foram realizadas filmagens de seis sujeitos com a mãe e com a terapeuta, na qual se observou o brincar, com objetos de preferência da criança, e a interação mãe-filho. Realizaram-se ainda entrevistas continuadas para complementar as informações da entrevista inicial e discutir aspectos interacionais com as mães. **Resultados:** observou-se vínculo precário entre as díades, podendo ser observados sintomas como diretividade, intrusividade, agressividade, exercício precário de função materna, materializado em afastamento ou superpresença. As limitações práxicas nas falas dos sujeitos causavam estranhamento e dificuldade de compreensão, porém se combinaram negativamente com o exercício não-satisfatório da função materna para a manutenção do retardo de linguagem. As mães, que conseguiram evoluir em sua função, aumentaram seu vínculo com seus filhos e ancoraram melhor o diálogo, de modo a proporcionar maior evolução na linguagem destes. O trabalho fonoaudiológico foi fundamental para que tal estruturação vincular e lingüística fosse movimentada. **Conclusão:** a visão interdisciplinar proporcionada pela combinação entre o interacionismo, enquanto a visão lingüística da aquisição da linguagem, e a psicanálise permitiram considerar a interação dialógica em paralelo com aspectos da constituição subjetiva na linguagem e movimentar os sujeitos de modo a fazerem os sintomas dispráxicos, gradativamente, cederem fazendo surgir as primeiras evoluções em linguagem.

Descritores: linguagem infantil; apraxias; psicanálise; transtorno do desenvolvimento de linguagem; função materna.

Intervention Evolution in Cases of Language Acquisition Delay with Praxic Limitations

ABSTRACT

Purpose: To analyse the evolution of therapy of six subjects with delay of language acquisition with praxic limitations from a perspective interactionist / psychoanalytic. Specifically, we tried to analyze the contribution of the exercise of maternal function and biological limits in interactions dialogue in the evolution of this symptom from the therapy proposal. **Methods:** Shots were made of six subjects with the mother and the therapist, the play was observed, with objects of preference of the child, and the mother-child interaction was observed too. There was also realized continued interviews for additional initial information and for the guidance of mothers. **Results:** There was precarious link between dyads and can be observed directiveness, intrusive, aggression, precarious exercises of maternal function with ausency or excessive presence all the time. The praxic limitations in the subject speeches caused strangeness and difficulty in understanding, but have combined negatively with the unsatisfactory performance of the maternal function for maintaining the delay of language. Mothers who have achieved progress in their function, increased their bond with their children and anchored the best dialogue in order to provide greater development in their language. The therapy was fundamental work to make this link structure and linguistic were busy. **Conclusions:** The interdisciplinary vision provided by the combination of the interaction, while vision of linguistic acquisition of language and psychoanalysis, allowed to consider the interaction dialogue in parallel with subjective aspects of the constitution in language and handle the subject in order to make the symptoms dyspraxia, gradually, cede making the first emerging trends in language.

Keywords: child language; apraxias; psychoanalysis; language development disorders; maternal function.

(Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia)

INTRODUÇÃO

Em uma nova perspectiva de clínica de linguagem^{1, 2, 3}, a avaliação e terapia de linguagem centram-se na análise da interação dialógica entre mãe-criança. Enquanto a teoria de aquisição da linguagem que ancora tal clínica é o interacionismo de De Lemos⁴, a teoria de subjetividade que, suporta a análise do vínculo mãe-criança é a psicanálise. O olhar, partindo dessas teorias, permite compreender o processo de apropriação do sistema lingüístico no qual o outro tem papel estruturante.

A criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do outro. Para De Lemos⁵, predominantemente num primeiro momento evolutivo, aparecem na fala da criança fragmentos da fala da mãe. Em seguida, aparecem os erros afastando do esperado e realizando um movimento imprevisível dentro de um possível de língua. A criança é capturada pelo funcionamento da língua, sendo significada (e ressignificada) por um outro falante, antes mesmo que o seja.

Numa primeira posição, segundo Lemos⁵, ocorre uma dominância da fala do outro; na segunda posição, há dominância do funcionamento da língua e, na terceira posição, a criança já está numa posição de sujeito falante/ouvinte, dividindo-se entre aquele que fala e aquele que escuta sua própria fala, podendo retomá-la, reformulá-la e reconhecer a diferença entre a sua fala e a fala do outro. Para que tal funcionamento se dê, é preciso que haja o exercício suficientemente bom da função materna⁶, seja a mãe biológica ou não quem a exerça. Se essa função não cumpre com os tempos pulsionais previstos no desenvolvimento infantil⁷, pode haver a presença desde um laço psicopatológico evidente entre mãe-criança até alterações mais brandas que permitam ainda a estruturação neurótica⁸. No desenvolvimento psíquico infantil, a função paterna, enquanto produtora de um corte no processo simbiótico inicial entre mãe e criança, assume papel fundamental para o acesso ao simbolismo, sobretudo à linguagem⁹. O terapeuta também pode entrar nesta relação como um terceiro que realize o corte do vínculo excessivo entre mãe e filho, contribuindo para a descolagem.

Acredita-se que tanto os processos de constituição das funções parentais quanto os limites biológicos da criança possam ser fatores importantes no processo de constituição das interações da díade mãe-criança com retardo de aquisição da

linguagem. Eles podem permitir a reflexão sobre linhas de ação na terapêutica de linguagem na infância.

A linguagem, como atividade discursiva, tem um papel muito anterior à sua função expressiva; porque tem, acima de tudo, um papel constitutivo. Assim, falar não é apenas se comunicar, como afirmam as visões comportamentalistas e cognitivistas de linguagem, é um modo de ser, de exercer uma posição discursiva.

Para Palladino¹⁰ e Cunha¹, não é possível pensar a clínica de linguagem sem pensar a relação que se estabelece entre o adulto, especialmente a mãe e a criança, pois é nessa relação que está estruturado o lugar do sujeito que não fala. Com base nessa análise, é que se poderá auxiliar a criança a circular nas posições discursivas de pólo do outro, pólo da língua e pólo falante/ouvinte e a construir o conhecimento gramatical partindo dos eixos metafóricos e metonímicos descritos por Lemos². Mancopes¹¹ afirma que é possível pensar a clínica em termos de movimentos entre tais posições. Ressalta-se, neste estudo, a hipótese de cristalização em determinadas posições e que esta pode estar relacionada à forma como as interações da díade mãe-criança se constituem.

Surreaux¹² destaca a importância do silêncio em terapia e a grande dificuldade que os Fonoaudiólogos têm de fazê-lo. De acordo com a autora, o espaço para o silêncio como elemento estruturante da significação fica suprimido em detrimento da necessidade do fonoaudiólogo prover o paciente de palavras. O Fonoaudiólogo tem que poder suportar o sintoma de linguagem para haver possibilidades de evolução clínica, pois se trata de construir junto com o paciente uma possibilidade de dizer, tomando o silêncio como elemento constitutivo da linguagem.

No trabalho dessa autora, pode-se encontrar uma categorização sobre o silêncio, que repercute no trabalho fonoaudiológico, que são: o silêncio funcional (etiologia orgânica – deficiência mental, paralisia cerebral, etc.); o silêncio ligado a uma posição subjetiva (autismo, psicose); o silêncio de resistência (quando da imposição pelo profissional numa fala); e o silêncio como inibição (dificuldade ou impossibilidade do sujeito dizer algo para o outro). Entre as patologias que podem causar um silêncio funcional está a dispraxia verbal, descrita na literatura internacional como um tipo de distúrbio específico da linguagem¹³.

Como diz Forrest¹³, a dispraxia verbal tem sido o centro de controvérsias há décadas. O autor realizou um estudo no qual apresenta os critérios usados por 75

Fonoaudiólogos para estabelecer o diagnóstico de dispraxia verbal. Dentre as características citadas estão: produções inconsistentes e variáveis, dificuldade de motricidade orofacial geral, tato articulatório (busca da produção correta do som pela tentativa dos articuladores), inabilidade para imitar sons, aumento da dificuldade com o aumento da extensão do enunciado e seqüencialização pobre de sons. Essas características se somam a fatos como inventário fonético pobre, freqüentes erros em vogais, dificuldades com movimentos voluntários de fala, inteligibilidade reduzida, omissões de sons, entre outras^{13, 14, 15, 16, 17}.

Autores como Cardoso¹⁸, Aicher e Ziegler¹⁹, Marquardt et al²⁰ detectaram, em seus estudos, problemas com o controle da produção de vozeamento, de nasalidade, inconsistência e variabilidade de produção de um mesmo alvo em diferentes momentos, diferença significativa de erros entre as posições de coda medial e a posição de coda final. Observam que a sílaba é uma unidade importante na programação motora.

A literatura internacional tem descrito exhaustivamente esse tipo de fala, mas pouco tem dito sobre os procedimentos terapêuticos com esses sujeitos, já que se concentra quase que exclusivamente na fala do sujeito e sua evolução. Esse aspecto é compreensível já que dominam estudos cognitivistas e comportamentalistas na descrição dessa patologia. Não há, portanto, estudos relatados com foco na intervenção familiar. Acredita-se, por experiências clínicas anteriores, que tal limitação práxica cede quando o foco na interação dialógica permite ancorar com maior freqüência o gesto articulatório rompido que é a característica principal da fala desses sujeitos.

No terreno da clínica de linguagem de base interacionista/psicanalítica, não tem tido lugar a discussão desse tipo de limite biológico, seja porque não se acredita que esse deva ser o foco terapêutico, seja pela crença na inexistência desse tipo de patologia.

Tomando por base tais observações, somadas ao fato de que, na clínica-escola na qual se fez esta pesquisa, existia um grupo grande de crianças cuja fala se encaixava na dispraxia verbal, este foi o quadro clínico tematizado. Buscou-se observar, partindo de um foco interacionista/psicanalítico, como ocorriam as interações da díade mãe-criança, analisar a existência ou não de interferência de tal limite práxico nas interações dialógicas. Também se buscou investigar a relação do vínculo mãe-criança com o processo dialógico manifesto nessas interações e o

histórico constitutivo das funções parentais, com maior ênfase na materna, como forma de tecer a complexa dinâmica de cada caso e poder verificar linhas de intervenção.

Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a evolução terapêutica de seis sujeitos com retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas partindo de uma perspectiva interacionista/psicanalítica. Especificamente, buscou-se analisar a contribuição do exercício das funções parentais e dos limites biológicos nas interações dialógicas na evolução desse sintoma partindo da terapia proposta.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo qualitativo e de estudo de casos²¹.

A amostra foi de conveniência e foi encontrada pela busca nas pastas das triagens fonoaudiológicas realizadas no ano de 2006, em uma clínica escola de curso de graduação em Fonoaudiologia. Nas triagens, havia dados de que os sujeitos apresentavam um brincar e uma audição, possivelmente adequados à sua idade cronológica. Em alguns casos, havia anotações de enunciados das crianças, com base nos quais foi possível já observar algumas características de fala de tipo dispráxica (critério de inclusão). Em outros, não havia dados de fala, mas após as filmagens, puderam-se identificar sinais da dispraxia verbal^{22, 23, 20}.

Para descartar possíveis alterações neurológicas, deficiências, síndromes, surdez, etc. (critérios de exclusão), os pacientes foram encaminhados para avaliações complementares (neurológica, otorrinolaringológica e audiológica).

Foram selecionados seis sujeitos e seus pais esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e convidados a participar. Foi-lhes assegurado o direito de não participarem da pesquisa e continuarem esperando para o atendimento curricular em estágio. Como todos concordaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A avaliação inicial da linguagem, além da entrevista inicial, constou de uma filmagem da interação do sujeito com a terapeuta e com a mãe, ao menos 30 minutos com cada uma. A filmadora ficava em cima da mesa, não tendo um terceiro dentro da sala de atendimento e a díade sabia que estava sendo filmada. A filmagem da díade mãe-filho se deu na ausência da terapeuta, pela colocação

estratégica da filmadora para captar a interação dialógica e no brincar de ambos. As filmagens foram transcritas pela primeira autora e conferidas pela segunda. A seguir, passou-se a realizar uma análise lingüística da fala dos sujeitos (para confirmar a -dispraxia verbal*) e demais aspectos lingüísticos como domínio gramatical da criança^{2, 24, 25}; domínio discursivo da criança⁵. Foram feitas observações no brinquedo livre (brinquedo temático: casinha, carrinho, bola...) buscando-se confirmar a observação feita na triagem de haver brinquedo simbólico. A análise da interação dialógica com a mãe buscou evidenciar o funcionamento lingüístico e tomou como referência a análise qualitativa dos processos metafóricos e metonímicos⁵ e as posições discursivas ocupadas pela criança no dizer da mãe ou em enunciações desta no brincar com seu filho, nas quais se percebe a posição outorgada à criança pela mãe. Além de Lemos (op.cit), buscaram-se outras referências como a descrição do uso de pronomes pessoais feita por Issler²⁶ e a presença efetiva ou não de um estado dialógico com sintonia entre mãe-criança (capacidade de compartilharem atenção e brincar em sintonia com a enunciação), distribuição de turnos e enunciados entre mãe-criança²⁷.

O atendimento das crianças se deu em frequência semanal (4 sessões mensais) mediante o brincar livre²⁸ sobretudo com brinquedos temáticos de interesse da criança. Nesse brincar, foram utilizadas estratégias de ancoragem da fala da criança (espelhamento e espelhamento diferido²⁹) para confirmar as produções de pouca inteligibilidade e também incentivar o espelhamento por parte da criança. Essa estratégia não só permite o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos, como dá suporte ao aprimoramento do gesto articulatório, aspecto especialmente limitador nos casos de dispraxia verbal³⁰.

No decorrer da terapia, houve uma filmagem a cada três meses buscando captar a evolução, bem como filmagens com membros da família que compareceram às sessões (pai, irmãos e tias). Para a análise deste artigo, foram foco as interações inicial e final com a mãe e também aspectos encontrados no discurso das mães sobre os demais vínculos da criança, sobretudo acerca do pai.

A intervenção se deu pela realização de entrevistas continuadas com as mães cuja idéia inicial era quinzenal, mas que infelizmente só pôde ocorrer em frequência mensal ou maior, conforme se relatará em cada caso. As mães, quando

* Adotamos o termo limite práxico para dispraxia verbal em função da concepção teórica desta pesquisa.

compareciam entravam na seção para atendimentos conjuntos. Esse fato ocorreu também de modo variado, de acordo com a disponibilidade de cada díade, conforme será relatado.

Os dados das entrevistas continuadas e conjunta mãe-filho foram analisados em seu continuum evolutivo e também entre o início e término da terapia. Os seis casos foram analisados individualmente e depois foram estabelecidas distinções e semelhanças que permitissem estabelecer a relação entre posição discursiva do sujeito e a relação familiar e também sugerir reflexões sobre as terapias de retardo de linguagem na perspectiva clínica desta pesquisa.

Na apresentação dos casos, os sujeitos estão identificados como S1, S2, S3, S4, S5 e S6 e suas mães, respectivamente, M1, M2, M3, M4, M5 e M6.

Este trabalho se insere no projeto Clínica Subjetiva dos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral, aprovado no Comitê de ética em pesquisas pelo protocolo n. 0117.0.243.000-07. Conforme já indicado, os pais assinaram o TCLE e receberam explicações continuadas sobre a pesquisa com um retorno global desta ao seu término. As fitas e filmagens foram armazenadas pelo pesquisador responsável para análise e foram destruídas partindo desta ou devolvidas aos pais.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso 1– S1, M1

S1, de 3 anos e 4 meses, fez-se presente a praticamente todos os atendimentos, faltando apenas por motivo de saúde, perfazendo 16 meses de atendimento. Sua mãe apresentou diversas faltas às entrevistas continuadas, porém conseguiu-se remarcar aquelas que havia faltado. O pai não compareceu a nenhuma entrevista e nem aos atendimentos.

Ao chegar para o atendimento, S1 não demonstrou dificuldades significativas com o brincar, porém apresentava muita agitação, não se fixando em apenas uma atividade por muito tempo.

A sua fala apresentava alguns traços de dispraxia verbal, porém não muito acentuada, pois apresentou evoluções no que diz respeito ao período entre a triagem fonoaudiológica e o início dos atendimentos.

Estavam presentes, no inventário fonético de S1, os fonemas: p, b, t, d, k, g, f, v, s, z, j, ʒ, l, m, n, ŋ, vogais e semivogais. Não estando presentes: λ, r e R.

Os processos presentes da fala de S1 foram: apagamento de sílaba, dessonorização, redução de encontro consonantal, anteriorização, semivocalização de líquida. Apresentava produções ininteligíveis como: mamaki (farmácia), papaki (mercado), pisaw (policial) e outras.

Uma característica da limitação práxica encontrada em S1 é a dificuldade que possuía com o gesto articulatório quando observava a articulação da terapeuta e tentava imitar, porém sem sucesso (tateio articulatório).

O processo terapêutico foi baseado no brincar, espontâneo da criança. Partindo das produções da criança, espelhavam-se estas de forma não-diretiva. Sempre que possível facilitava-se a visualização do gesto articulatório pelo sujeito.

O brinquedo de preferência de S1 eram os carrinhos, sendo que a brincadeira sempre terminava em explosões e incêndios. Passado alguns meses, S1 começou a se interessar por outros tipos de atividades como desenho, pintura, livros de histórias infantis e blocos de construção.

Como sintoma do caso de S1, deve-se citar o ciúme excessivo de S1 em relação à mãe com o irmão mais novo, sua necessidade de assumir um lugar de bebê e a dificuldade da mãe em se relacionar com os filhos, agindo de forma agressiva.

Havia uma ligação que parecia excessiva com a mãe, mas o menino preferia a ausência da mãe na terapia, pois ela o controlava constantemente e não contribuía para a interação. Quando ocorria a entrada da mãe nas sessões, tentava-se melhorar o entrosamento entre os dois, porém ela não permitia, pois ocupava o espaço para falar de si, não outorgando espaço para o menino. Por isso, a estratégia de atendimentos da mãe e da criança em separado acomodou-se melhor a esse caso.

M1 (28 anos) tem um histórico de abandono de dois filhos (que vivem em outra cidade) e se identifica como muito exigente e chata com os filhos que moram com ela (S1 e um irmão de 10 meses).

Tal histórico de abandono e exigência se apresentava na interação dialógica da díade mãe-criança, que oscilava entre uma ausência e a presença por meio da agressividade verbal. Pode-se observar a ausência de sintonia na interação no diálogo exposto na seqüência 1:

Seqüência 1

1. S1: ['vay ve've] (vai chover)
2. T: Ãham?
3. S1: ['vay ve've 'mãy] (vai chover mãe)
4. M1: (silêncio)
5. T: Vai chover? (terapeuta tenta perguntar pela criança à mãe)
6. M1: (mãe permanece em silêncio)

Como a terapeuta não entende S1 nas linhas 1 e 3, fala para a mãe com o intuito de ela explicar o que ele estava falando (linha 5), porém a mãe não responde (linhas 4 e 6).

Observamos que não há um esforço interpretativo por parte da mãe e que os enunciados de S1 ficam à deriva, sem que se faça a ancoragem necessária para que possa compensar suas dificuldades articulatórias.

Por diversas vezes, a mãe demonstrou-se agressiva, não fisicamente, mas de modo verbal. Numa sessão, na qual S1 levanta, no exato momento em que ele dá um passo para passar por cima do colchonete, a mãe coloca um carrinho no mesmo lugar em que ele pisa e marca a situação como uma destruição do menino sobre o carrinho.

Seqüência 2

1. M1: Olha aí. Que burro. Quase destrói o carrinho.
2. S1: [ε nε mãy?] (é né mãe)
3. M1: Tem que tomar cuidado.

Como usualmente a mãe não participa da brincadeira, S1 a exclui quando tenta participar, como se vê na seqüência 3.

Seqüência 3

1. M1: Tu não vai me convidar pra esse café?
2. T: Bem gostoso. Dá um pouco pra mãe também.
3. S1: [to'mey 'tutu] (tomei tudo)
4. T: Ah, tem que fazer mais.
5. M1: É, eu não tomei.
6. S1: [nãw teyn mas] (não tem mais)

Quando o brincar e o diálogo ficaram bem estabelecidos entre terapeuta e S1, M1 foi solicitada a entrar em algumas sessões para que se pudesse incentivar o

vínculo mãe-filho, tentando diminuir, na mãe, a necessidade de controlá-lo e também porque o próprio filho, com o tempo, começou a solicitá-la cada vez mais nas brincadeiras. Com as entrevistas continuadas, a mãe passou a perceber o quanto ela exigia dos filhos uma posição mais adulta (limpeza, organização, comportamento, etc.) e esquecia de que eles precisam brincar, e o quão é importante para essa liberdade no brinquedo. M1 se deu conta de que precisaria de ajuda psicológica em razão do seu passado (abandono dos filhos), dos problemas familiares, da sua história com a mãe (a avó materna era também diretiva e pouco afetiva). Tal necessidade se verifica quando está presente na sessão e reivindica atenção da terapeuta. Porém ainda sente dificuldades em procurar esse atendimento. Após seis meses de terapia, a interação entre mãe e filho melhorou muito, mas ainda existe uma oscilação. Ora a mãe consegue entrar na brincadeira, ora ela se afasta totalmente, conforme se vê na seqüência 4:

Seqüência 4

1. S1: [mon'ta 'uma 'kasa] (monta uma casa)
2. M: Uma casa?
3. S1: ε
4. M1: As casas tem telhado né?
5. S1: ε?
6. S1: [a'ki tan'beyn 'vay fa'ze?] (aqui também vai fazer?)
7. M1: Não, esse aí não.
8. M1: Que cor é essa aqui?
9. S1: [ε lanpi'seo]
10. M1: Vermelho.
11. M1: O que que é isso aqui?
12. M1: É um hospital.
13. S1: [pi'taw]

Na seqüência anterior, observa-se que, nas linhas 8 a 12, a mãe não assume ainda uma postura pedagógica, mas já dialoga. Isso ocorre entre as linhas 1 a 3 e na linha 12 para 13. A mãe já oscila mais em direção a uma ancoragem lingüística cuja base é um *holding* que se mantém. Como resultado, na linha 13, a criança não mais direcionada pela mãe ao espelhamento, realiza-o de modo natural, espelhando hospital e conseguindo uma produção razoável da palavra.

Nesse caso, cujos traços da dispraxia eram muito leves, fica clara a determinação da postura materna sobre o retardo de linguagem, pois os enunciados de S1 eram plenamente interpretáveis, mas não havia esforço por parte da mãe para fazê-lo. Ao contrário, observava-se uma violência subjetiva que se apresentava no ressaltar ao sujeito uma desconfiança sobre suas capacidades em geral (de falar, de saber os nomes, de cuidar dos brinquedos...). Havia uma marcação, por parte da mãe, de um corpo atrapalhado.

Quanto à evolução de S1, pode-se dizer que foi positiva, pois não existiam mais palavras que causam estranhamento como “papaki” e “mamaki”, possuía produções mais extensas e mais complexas, com presença de verbos, porém ainda estão presentes as substituições que tornam sua fala infantilizada, como dessororizações, substituição de líquida não-lateral por semivogais. Os apagamentos de sílabas não se encontram mais presentes. Dada a precária evolução na função materna, acredita-se que a evolução observada em S1 se deu pelo papel reparador da relação com a terapeuta, pois apesar de se ter alcançado uma pequena evolução na mãe (seu interesse pela psicoterapia e reconhecimento dos erros no cuidado dos filhos), ainda há muito o que melhorar (as omissões e os afastamentos ainda permanecem). Também se percebeu a necessidade de se inserir na continuidade terapêutica a participação paterna. Porém o pai não se fez presente aos atendimentos e nem às entrevistas continuadas. Não permitindo, assim, poder relatar algo sobre sua função paterna, pois nem mesmo a mãe trazia relatos sobre tal exercício.

Caso 2 – S2, M2, T2

M2 não compareceu a todas as entrevistas continuadas e seu marido compareceu a apenas uma entrevista. E S2 faltou a poucos atendimentos, sendo apenas por motivo de saúde, realizando-se um total de 12 meses de atendimento.

Considerando a fala de S2, um menino de 3 anos chega ao atendimento com diversas alterações em sua produção, apesar da possibilidade fonética de articular os fonemas *p, b, t, d, k, g, f, v, s, z, ʃ, ʒ, l, m, n, ŋ*, vogais e semivogais, não estando presentes apenas o *λ*, o *r* e o *R*.

Quanto às características de dispraxia verbal, S2 apresentava assimilações, apagamentos de sílaba, variabilidade articulatória em dissílabas e trissílabas, trocas de vogais, reduplicação em mono, di e trissílabas, apagamento de líquida inicial e

final, apagamento de plosivas, apagamento de fricativas finais e iniciais, semivocalização de líquida, plosivização de líquida, apagamento de nasal, redução de encontro consonantal, dessonorização, anteriorização e substituição de líquida.

A interação da díade mãe-filho assim como a anterior, não era satisfatória. A mãe (32 anos) tinha uma aparência apática, sem muito desejo em brincar com o filho, permanecendo afastada das brincadeiras, sempre muito preocupada com os passos dele, pois era um menino muito agitado, difícil de ser controlado pelos familiares. Segundo a mãe, *“ele não dá ouvidos a ninguém”*.

O processo terapêutico inicial de S2 baseou-se na tentativa de analisar os brinquedos de preferência do menino para tentar ajudá-lo a se concentrar em apenas uma atividade, pois S2 conseguia desenvolver o brincar. Com o andamento das sessões, o brincar de S2, apesar da excessiva atividade, passou a ser simbólico (casinha, comidinha, fazer café, etc.), incluindo o outro. Em todas as sessões em que a mãe e/ou a tia entravam tentava-se aumentar o vínculo e a interação entre eles. A tia, apesar de tímida, conseguia entrar na brincadeira, já a mãe apresentava muita dificuldade, ficando isolada em um canto da sala. Apenas observava a sessão e/ou dizia o que o menino podia ou não fazer para não danificar os brinquedos.

S2 falava muito rápido e sua fala fica completamente ininteligível. Incentivou-se a lentificação por meio de pedidos de reparo e o espelhamento da fala da terapeuta, pela observação do gesto articulatório realizado por ela. Como limitação da terapêutica, pode-se destacar a ausência inicial da mãe nos dias de atendimento, retardando a melhora do vínculo.

A função materna, no caso de S2, era exercida pela tia (irmã da mãe), pois era quem passava todos os dias com ele, enquanto os pais trabalhavam. M2 exigiu o horário de atendimento do filho e que não fosse alterado, pois seria o único horário em que ela poderia levar o filho em razão do seu horário de trabalho, porém quem o levava era a tia (transferência da função materna). Portanto, os atendimentos iniciais foram feitos com a tia presente devido a ausência da mãe aos atendimentos.

A tia (T2), apesar de também ser um pouco apática (menos que a irmã), conseguia manter um vínculo melhor com o menino, possibilitando a existência do brincar, conforme o desejo de S2.

Pode-se verificar, na seqüência 5, que a tia (T2), às vezes, conseguia fazer o retorno necessário para que se conseguisse um diálogo mais efetivo. Auxiliada pela terapeuta (T), ela facilita as produções de S2.

Seqüência 5

1. S2: [ε u: pom'pom] (é u bombom)
2. T2: bombom.
3. T: É bombom que tu vai comprar?
4. S2: [om'pa pombom] (comprar bombom)

Na fala de S2 (bombom – linhas 1 e 4), podem-se observar traços da dispraxia (variabilidade articulatória), como também na seqüência 6. Ainda assim, a fala é interpretada pela tia, que sustenta o diálogo de modo a favorecer a continuidade e até o aprimoramento das produções de S2. O acréscimo de sintagmas feito pela tia durante o espelhamento da fala de S2 permite fazer entrar em ação os processos metafórico e metonímicos que auxiliarão o menino a internalizar a fala do adulto para que possa analisá-la gramaticalmente e, posteriormente, produzir enunciados mais extensos e complexos.

Na linha 4, fica claro o aumento da complexidade do enunciado de S2 em relação à linha 1, tanto pelo acréscimo do verbo (comprar) como um esboço de produção da sonoridade. Note-se que a produção da sonoridade é maior no enunciado de uma palavra (linha 2) do que nos mais extensos (linha 4). Na seqüência 6, a variabilidade articulatória de S2 fica evidente na linha 2 :

Seqüência 6

1. T: Jogo?
2. S2: ['ʒoga 'ʒoga 'ʒonga 'ʒoga] (joga)

Apesar de possuir praticamente todos os fonemas em seu inventário fonético, a fala de S2 se tornava ininteligível na fala encadeada, sobretudo pela articulação muito imprecisa e pela velocidade aumentada de fala.

S2 teve uma evolução positiva, sendo que recebeu alta com 1 ano e 4 meses de terapia (incluindo o período de férias). O menino saiu do atendimento com todos os fonemas adquiridos e sem nenhum tipo de processo na fala, incluindo encontros consonantais e o *tap*. A agitação de S2 diminuiu muito, porém ainda é presente. A mãe ainda refere que o menino não presta atenção quando falam com ele, mas quando ele quer ele responde ao que havia sido solicitado, mesmo alguns minutos após a solicitação.

S2 entrou na escolinha um ano após o início da terapia. A partir desse momento, sua evolução foi ainda mais intensa. A mãe conseguiu se fazer mais presente, em função do trabalho terapêutico, mas também pela ausência da tia que foi morar em outra cidade.

Na seqüência 7, pode-se observar que S2 produzia frases mais completas. Nas linhas 3 a 6, vê-se que a mãe ainda brinca de forma controladora, mas já consegue interagir com o filho. Inicia-se um brincar:

Seqüência 7

1. S2: [mã̃y ew 'kɛlu vê] (quero ver)
2. S2: ['kɛlu mays brin'kedu] (quero mais brinquedo)
3. M2: vem aqui.
4. S2: [ew nãw vo me'je] (eu não vou mexer)
5. M2: que que é isso aí? É uma caçamba ó.
6. M2: é uma caçamba.

Com a evolução da fala de S2, a ansiedade de M2 diminuiu muito, possibilitando maior interesse desta nas interações. Com a saída da tia da cidade, M2 foi obrigada a assumir o filho e a se interessar mais por ele e por suas atividades (escola, terapia). Os pais foram orientados quanto à necessidade de se procurar uma escola, e de que precisavam encontrar algum horário em que eles pudessem se envolver com o filho, sem que a tia estivesse presente. Aos poucos, os pais foram se ligando mais ao menino e este a eles. Isso fez com que os pais fossem apostando mais nessa evolução, e essa aposta realmente ajudou para que essa evolução fosse mais efetiva.

Caso 3 – S3, M3

M3 compareceu a todas as entrevistas continuadas sendo acompanhada de seu marido. S3 teve poucas faltas, faltando apenas por motivo de doença. Foram realizados um total de 11 meses de atendimentos, pois S3 entrou na pesquisa em outubro de 2007.

Desde o início do tratamento, M3 (20 anos) sempre se mostrou ativa, interagindo com a filha, tentando retomar a fala da menina quando ininteligível,

porém em muitos momentos repetia da mesma forma em que a menina falava e somente depois corrigia, como se pode ver na seqüência 8 (linha 4).

Seqüência 8

1. T: E a tua maninha ficou aonde?
2. S3: [‘mia mãy ‘mia mãy dzia]
3. T: Ficou com a tia?
4. M3: “Com a minha mãe dia”. Ficou na minha mãe que é a mãe dia.

O inventário fonético de S3 (3 anos e 8 meses) apresentava, ao início da terapia, os fonemas: p, b, t, d, k, g, f, v, s, z, l, m, n, ŋ, vogais e semivogais. Não estando presente λ, ʃ, ʒ, r, R.

A fala de S3 era muito ininteligível, sendo que apareciam palavras como: moendu (brincando), modʒi (dorme), mɛka (boneca), etc.

Os processos presentes na fala de S3 eram: apagamento de sílaba, anteriorização, apagamento de líquida inicial e final, redução de encontro consonantal, plosivização, apagamento de nasal, apagamento de nasal final, apagamento de fricativa inicial e final, apagamento de plosiva, sonorização, substituição de líquida, posteriorização de consoantes.

Como principais características da dispraxia verbal podem ser citadas: a variabilidade articulatória atingindo todas as extensões da palavra (mono, di e trissílabas), as trocas em vogais e a reduplicação em mono, di e trissílabas.

Cabe destacar a presença de sialorréia apresentada por S3 ao início do tratamento. Quanto a esse fator, deve-se relatar que a mãe apenas limpava a baba da menina, não permitindo que ela se desse conta de que algo acontecia com seu próprio corpo. A sialorréia foi superada nos dois primeiros meses de terapia. S3 observava as articulações da terapeuta na tentativa de espelhar, porém sem sucesso (tateio articulatório).

Como processo terapêutico inicial, fez-se um trabalho de reconhecimento do próprio corpo para que a menina se desse conta de quando estava babando, para que pudesse evitar a salivação excessiva, sem que alguém precisasse comunicá-la.

S3 sempre gostou de brincar com bonecas, bebês, banheiras, comidinhas, em que se podia notar a posição em que ela se encontrava nessa família.

Esforçava-se para não perder o lugar de nenê, pois possuía uma irmã mais nova. As limitações para tal processo foram a permanência da menina no papel de bebê, incentivada pelo desejo da família e suas faltas freqüentes.

Na seqüência 9, os traços de dispraxia verbal podem ser observados (linhas 2 e 4), nas duas enunciações da palavra 'sabe' (substituição do fonema /b/, embora o produza em bicho ([bitu]) e brinco ([bintu]):

Seqüência 9

1. T: Tu sabe a história do lobo mal?
2. S3: ['sadʒi]
3. T: Sabe?
4. S3: ['satʃi]

Na seqüência 10, linha 05, S3 faz uma produção incorreta, M3 não retoma a fala da filha, porém na linha 07 ela o faz.

Seqüência 10

1. M3: olha aqui. Quem é esse aqui?
2. S3: [pɔ'tʃiĩnus] (porquinhos)
3. M3: como é que é?
4. S3: [pɔ'tʃiĩnus]
5. M3: e quantos porquinhos tem aqui?
6. S3: [teys]
7. M3: três?

A evolução na fala de S3 ocorreu no sentido de aparecerem mais produções inteligíveis como as já citadas anteriormente, porém ainda apresentava diversas substituições ao final deste relato. Houve muitas faltas à terapia, e a dificuldade da família em permitir que S3 assumisse um lugar de "criança" e não de "bebê" também deve ser levada em consideração, pois a menina continua usando fralda noturna, dormindo no quarto dos pais e no berço. A família foi indagada quanto aos aspectos que colocam S3 em posição infantilizada. A mãe inicialmente teve uma evolução (retirou a menina de seu quarto), mas logo em seguida a menina voltou ao quarto dos pais, ou seja, a mãe apresenta muita dificuldade em sustentar a separação.

No início dos atendimentos, S3 preferia entrar sozinha, não solicitava a presença da mãe, mas atualmente permite sua entrada sem problemas. O pai se fez presente nas entrevistas continuadas. M3 está presente demais, é superprotetora, mantém suas filhas em seu quarto, porém o pai, que deveria fazer um corte, não consegue realizar sua função paterna. Um pai de aparência muito apática, de fala arrastada, com características de um portador de deficiência mental leve.

A evolução de S3 foi positiva apesar de ainda existirem diversos processos na sua fala (substituições de /f/, /s/ e /k/ por /p/ e de /v/, /z/ e /g/ por /b/). Atualmente, formula frases mais completas e complexas (linhas 1, 4, e 10 da seqüência 11), estando sua fala mais compreensível do que ao início da terapia. Não aparecem produções idiossincráticas como /moendu/ (brincando) e /modzi/ (dorme). A seqüência 11 foi feita partindo de uma filmagem 6 meses após ao início da terapia:

Seqüência 11

1. S3: [‘tutu beyn, tʃi’liña, ta beyn] (tudo bem filhinha, tá bem ?)
2. M3: vamo lê um livrinho pra ela?
3. M3: traz tua filhinha aqui.
4. S3: [ew bo bo’ta ‘ɛla, ew bo bo’ta ‘ɛla a’i, ‘ɛla ta do’mindu] (eu vou botar ela aí, ela ta dormindo)
5. M3: tem que arrumar direitinho.
(...)
6. M3: A bela e a fera, ariel...
7. S3: [ari’ɛl]
8. M3: o aladim, o bambi. Tu lembra, essa historinha tu tinha ó.
9. M3: ó o patinho feio. Eu não to achando o pinóquio.
10. S3: [kɛyu u pinɔyw]
(...)
11. S3: [‘eli ta uma ‘toyda pa pa pa min] (ele trás uma coisa pra mim)
12. M3: é.

Na seqüência 11, linha 11, a produção de S3 fica difícil de ser compreendida, porém quem está acostumada a ouvir a fala da menina, consegue se dar conta do que ela estava dizendo. Mas M3 não faz esforço para entender, nem solicita à filha que retorne sua fala, característica comum nos casos aqui estudados. Se houvesse

maior esforço por parte da mãe, ou se marcasse o fato de não ter compreendido, possivelmente a menina pudesse ficar mais consciente dos limites da própria fala na interlocução com o outro. Apesar disso, M3 está alternando mais os turnos com a menina, considerando-se toda a filmagem.

Caso 4 – S4, M4

M4 compareceu a todas as entrevistas continuadas, sendo que seu marido sempre se fez presente às entrevistas. No primeiro ano de atendimento, S4 possuía uma saúde muito frágil durante o inverno, faltado a algumas sessões. Foram realizados 15 meses de atendimento, sendo que S4 recebeu alta após este período.

S4, de 2 anos e 8 meses, chegou ao atendimento fonoaudiológico sem apresentar nenhuma produção de fala. O menino não falava ao menos “mamãe” e “papai”. Em sua comunicação, podiam-se observar apenas gestos e vocalizações.

O menino apresentou resistência ao contato com a Terapeuta, ao início, não permitindo que esta interagisse com ele.

A interação com sua mãe era satisfatória, a mãe brincava, conversava muito com o filho, porém preenchia os turnos com sua fala, não permitindo a entrada do menino ou seu empenho para que pudesse aparecer alguma produção. O silêncio constitutivo da linguagem ressaltado por Surreaux³¹ nunca estava presente. Porém essa mãe conseguia traduzir o que ele queria dizer com seus gestos.

Na seqüência 12, pode-se observar a interpretação que a mãe fazia sobre a gestualidade do filho:

Seqüência 12

1. M: Vamo ver se cabe esse.
2. M: Dá pra botar mais?
3. G: [ã]
4. M: Acho que deu né? E aquela ali cabe alguma coisa?
5. G: [ε]
6. M: Põe em cima direitinho, um em cima do outro.

O processo terapêutico se iniciou com o empenho por parte da terapeuta em fazer com que o menino aceitasse sua presença nas brincadeiras, pois S4 a excluía totalmente. A partir do momento em que S4 permitiu a entrada desta nas atividades, foi-se trabalhando com carrinhos (brinquedo de sua preferência o início ao fim dos

atendimentos) tentando montar cenas, como posto de gasolina, oficina mecânica, transportes, etc. Inicialmente, o menino apenas andava com os carrinhos e fazia-os pular rampas, em uma atividade repetitiva. Com o passar do tempo, o menino foi fazendo garagens e usando os caminhões para carregar peças para a construção destas e as enunciações engendradas pelas brincadeiras foram aumentando.

Como limite inicial, houve questões relacionadas à saúde de S4, pois, no primeiro ano de terapia, o menino apresentou diversas crises respiratórias necessitando faltar ao atendimento em alguns momentos. Porém, no segundo ano sua presença foi mais efetiva, e o auxílio da família também foi excelente, o que contribuiu para o andamento das sessões e sua evolução. Tanto o pai, quanto a mãe se conscientizaram da necessidade de se fazerem presentes para S4 de outro modo. A mãe deveria permitir e incentivar a entrada do pai e este auxiliar na descolagem da mãe.

Após algumas sessões, S4 passou a permitir a entrada da terapeuta em suas brincadeiras. Com três meses de terapia começaram a aparecer as primeiras palavras, porém, somente em casa, pois com a Terapeuta o menino resistia falar. Passaram-se mais dois meses e o menino já falava frases completas, até mesmo nos atendimentos. Ainda apresentava diversos processos, como substituições e apagamentos, mas sua fala era inteligível.

Na seqüência 13, pode-se ver a grande evolução de S4, e os momentos em que a mãe não entende, solicitando que o filho repita o que foi dito (linha1) e os momentos em que ela retoma a fala do menino (linhas 2 e 3):

Seqüência 13

1. M4: uma o quê?
2. S4: [‘uma Ro’miga] (formiga)
3. M4: essa ali é uma formiga e essa aqui é, deixa eu ver...uma barata.
4. S4: [ε beyn ‘Reyu] (feio)
5. M4: e ali o que que é?
6. S4: [‘uma ‘kabo] (cobra)
7. M4: uma cobra? Ah, e aqui?
8. S4: [ε...nāw sey u ‘nomi]
9. M4: um coelho, tá meio ?????,mas é um coelho.
10. M4: olha igual a pequenininha aqui.

11. S4: [‘esa ε a ‘mãÿ da piki’niña]

Na seqüência 13, linhas 8 e 11, pôde-se observar a evolução de S4, que já está formulando frases, faz uso de plosivas sonoras e fricativas, sendo que ao início do tratamento não produzia nem mesmo as nasais.

Possivelmente, todas as vivências dessa família, durante a gestação e após o parto, com todos os cuidados necessários que deveriam ser tomados em razão da saúde fragilizada de S4, fizeram com que eles superprotegessem a criança, dificultando assim sua evolução no que diz respeito à linguagem. Porém, considerando a mãe de S4, uma mãe bem estruturada psiquicamente, que olhava seu filho de forma prazerosa, mesmo em sua dificuldade de falar, permitiu que potencializasse a evolução do menino, que foi a mais rápida e visível de todos os sujeitos estudados neste trabalho. Um fator importante para essa evolução foi a presença nas sessões de terapia (solicitada pelo menino), pois o modelo de interação dialógica fornecido pela terapeuta ajudou a mãe a lidar com as dificuldades do filho e a perceber a necessidade de se dar um tempo (silêncio) para que S4 pudesse começar a falar.

Deve-se considerar também a presença do pai nas entrevistas e em casa fazendo de forma satisfatória a função paterna e os cortes necessários.

Caso 5 – S5, M5, P5

M5 compareceu a todas as entrevistas continuadas juntamente com seu marido. S5 teve poucas faltas devido a fragilidade de sua saúde durante o inverno. Foram realizados 8 meses de atendimento, sendo que após este período o menino demonstrou grande evolução e os pais não compareceram mais.

Ao chegar ao atendimento, S5 (2 anos e 5 meses) apresentava uma fala ininteligível que nem mesmo os pais compreendiam, porém falava muito. A impressão que se tinha era de que S5 falava em outra língua. Falava frases sem sentido, descontextualizadas. Tentava repetir algumas frases produzidas pelo interlocutor.

Os pais sempre se demonstraram presentes, atenciosos, interagindo e muito receptivos às orientações.

Conforme a seqüência 14, pode-se observar que a mãe introduz conceitos como cores, porém sem forçá-lo a dizer, não usa diretividade que algumas das mães deste trabalho utilizavam antes da terapia:

Seqüência 14

1. S5: [a 'bɔla]

2. M5: Entra na casinha, dá pra entrar na casinha ó. Que legal, entra na casinha. Entra filho.

3. M5: Entra, isso. Ó. A mãe vai entrar na casinha, a mãe entrou.

4. M5: Na casinha de bolinha. Viu quanta bolinha? Amarela, azul...

5. M5: Viu quanta bolinha?

Porém em um determinado momento (seqüência 15, linha 1), o filho fala e a mãe não retoma. Ele continua se esforçando (linhas 3 e 5) até que sua fala melhora e a mãe compreende (linha 6):

Seqüência 15

1. S5: [ɔ ki go'gɔ, 'ay] [u]u bo]

2. M5: A mãe puxo o carro ó...

3. S5: [a:ki vo'vo, u vo'vo]

4. M5: Ah, esse abre a porta, vem cá mostra pra mamãe.

5. S5: [o vo'vo] [a: vo'vo]

6. M5: onde é que senta o vovô?

7. M5: Ah, agora o vovô Paulo também tem carro e a vovó Juju. Onde é que senta a vovó Juju.

8. S5: [i 'saki 'saki]

9. M5: É, a Jake no outro carro do vovô

Em conseqüência da superproteção dos pais, a simbiose com a mãe (aleitamento no seio materno até os 3 anos de idade), o co-leito, toda essa dificuldade com a separação (sobretudo no que diz respeito à mãe), S5 não permitia a ausência dos pais. Em nenhum momento, foi possível realizar terapia apenas com a presença do menino e da terapeuta em sala. Para ele era tão insuportável essa separação que, se os pais saíssem do seu campo de visão, mesmo que ele ainda pudesse ouvi-los, o menino entrava em desespero. Os pais de S5 sempre foram muito abertos às reflexões sobre o filho e sempre observaram as sessões de forma a aproveitar o modelo de interação dialógica fornecido pela Terapeuta. Por isso, em pouco tempo (2 meses) S5 estava cantando músicas, com vários erros é claro, mas

de forma mais inteligível, e com 6 meses de terapia (sendo 1 mês de férias), S5 já estava formulando frases, conforme se vê na seqüência 16:

Seqüência 16

1. S5: [kε 'awa, 'awa, ew 'kɛyu 'awa 'pay]
2. P5: ah tu quer água?
3. T: eu busco água pra ti, eu vou lá procurar um copo. Ta?
4. S5: [ew 'kɛu a 'bɔya]
5. T: bola?
6. P5: bola? Tu quer jogar bola aqui?
7. T: aqui tem bola. (saem da sala pra buscar a barraca de bolinhas)
8. P5: ih, mais um brinquedo.
9. P5: uhm, ahm olha aqui que legal. Igual tem na piscina lá do mercado olha.
10. S5: [a'de 'aua]
11. P5: água? A titia foi pegar água pra ti.

Na seqüência anterior, é possível ver que o pai já consegue interpretar a fala do filho (linhas 2, 5, 6, 11) e se entusiasma durante a apresentação dos brinquedos. O menino, por sua vez, está fazendo reformulações de modo a organizar-se sintaticamente, reformulando seus enunciados (linha 1). O uso do pronome 'eu' começa a ser consistente.

O processo terapêutico se baseou, inicialmente, na tentativa de diminuir a simbiose existente com a mãe, ou seja, retirada do seio, permissão da entrada do pai nas atividades diárias do filho e nas obrigações com este, o aumento do esforço do pai em entender o menino, pois sua ansiedade não permitia compreender o que o menino tentava expressar deixando-o, muito nervoso e angustiado. O brincar era adequado (simbólico) e conseguia concentrar-se em apenas uma atividade. Com o tempo passou a se interessar por música, e foi partindo das sessões em que se foram exploradas cantigas infantis é que começaram a aparecer as primeiras palavras inteligíveis.

A limitação terapêutica inicial se deu pela dependência da mãe e do menino, agregada aos medos excessivos em razão de todos os problemas de saúde e internações pelas quais ele passou. Porém, com a entrada do menino na escola, com a mudança qualitativa no laço com a mãe e a entrada do pai, a evolução começou a aparecer cada vez mais efetiva.

Com as conversas com os pais sobre a necessidade de desmame e da separação dos quartos, o menino começou a iniciar a separação de sua mãe, permitindo assim a entrada do pai. Este, por sua vez, começou a investir mais no menino, pois esse pai, pela ligação excessiva do menino com a mãe, não conseguia entrar na relação e não podia compreender o filho. Desde o início dos atendimentos, a mãe demonstrava desejo em retomar suas atividades, mas com a dificuldade da separação isso era deixado para trás.

S5 foi colocado em uma escolinha próxima de sua casa e as evoluções continuaram cada vez mais rapidamente, embora, aos poucos, talvez em razão da melhora da fala, foi processando-se a evasão da terapia. Esta ocorreu em menos de um ano o que permitiu visualizar-se na presença de frases mais completas e verbos, embora com a esperada presença de alguns processos fonológicos. No entanto, as características dispráxicas sumiram, pois não havia mais variabilidade articulatória e melhorou a capacidade de organização do gesto articulatório.

A mudança para o próprio quarto estava começara a ocorrer no período de evasão terapêutica.

Caso 6 – S6, M6, Ir6

M6 faltou a diversas entrevistas continuadas, sendo que seu marido compareceu a apenas uma delas. S6 iniciou o atendimento em abril de 2007, ficando apenas um mês, retornando em outubro deste mesmo ano, perfazendo 13 meses de atendimento.

Ao chegar ao atendimento fonoaudiológico, S6 (4 anos) apresentava uma fala extremamente ininteligível. Estavam presentes em seu inventário fonético os fonemas *p, b, t, d, k, g, v, f, v, ʒ, l, λ, m, n, ŋ, vogais e semivogais*. Não estando presentes *r, R, s, j*.

Na fala de S6 estão bem claros os traços de dispraxia verbal: diversas trocas de vogais, variabilidades articulatórias, reduplicações e assimilações. Os processos encontrados foram: apagamentos de líquidas inicial e final, redução de encontro consonantal, plosivização, apagamento de sílabas, apagamento de fricativa inicial e final, semivocalização de líquida e africacão de fricativas.

A interação mãe-filho não era boa, pois sua mãe era muito diretiva, preocupava-se em demasia com atitudes pedagógicas como ensinar cores e não

brincava com o filho. M6 não conseguia satisfazer-se com a fala do filho, não aceitando suas produções (ignorando) e insistindo em uma fala perfeita.

Para que se obtivesse uma evolução no processo terapêutico foi necessário, inicialmente, retirar a mãe das sessões, em razão da sua diretividade para permitir que o menino conseguisse construir algo nas atividades escolhidas por ele. Com o tempo, foi-se incentivando a entrada da mãe nas sessões para tentar reorganizar a interação entre os dois, porém, a partir daí, a mãe começou a mandar a filha junto com o menino e não comparecia mais às sessões. Mesmo assim, trabalhou-se o vínculo com a irmã, pois esta também ficava com o menino durante as tardes. A retirada da mãe das sessões não foi questionada por esta, não havendo resistência alguma por parte dela.

Como limitação a esse processo cita-se a pausa do atendimento após 2 meses de seu início e seu retorno apenas 5 meses após essa pausa. A ausência da mãe aos atendimentos também foi uma limitação, pois sua dificuldade em se relacionar com o menino era visível. Portanto, a evolução não foi mais efetiva em consequência do não-sucesso na evolução da função materna pela falta de acesso dessa mãe.

Na seqüência 17, é visível a diretividade da mãe e a dificuldade na interação:

Seqüência 17

1. M6: Vamo brincar... Vamo montar com essas daqui de montar as cor? Vamo? Essa que cor é?

2. S6: [yuw]

3. M6: Ahãm?

4. S6: [yuw]

5. M6: Tira o dedo da boca e fala direitinho. Azul.

6. S6: [yuw]

7. M6: Vamo botá dentro dessa caixa aqui ó? Azul.

8. S6: [yuw]

A mãe não se satisfaz com a tentativa do filho e continua insistindo para que o menino fale de forma correta (linhas 5 e 6, seqüência 17). A falta de interação incomoda tanto S6 que o menino prefere terminar com a brincadeira (seqüência 18, linha 2):

Seqüência 18

1. M6: Qué brincá?
2. S6: [um nãw] (e começa a ajudar a mãe a guardar)

Quando a mãe consegue manter um diálogo com o filho, sua fala melhora. Na linha 8 (seqüência 19), pode-se perceber a presença de verbo (linha 8), que não se fazia presente nos diálogos anteriores de S6. Percebe-se que ainda é uma fala não analisada lingüisticamente pelo uso da terceira pessoa (“que hospital” em lugar de quero ir ao hospital. No entanto, se houvesse mais interações desse tipo sua evolução de linguagem seria maior, conforme se vê a seguir:

Seqüência 19

1. M6: Verde.
2. S6: [‘dedʒi no ‘bo]
3. M6: Verde da casa do vô?
4. S6: [po]
5. M6: Que dê o vovô?
6. S6: [pi’taw]
7. M6: ta no hospital?
8. S6: [kε pi’taw] (fala que quer ir ao hospital)

S6 permaneceu em atendimento por 2 meses e abandonou o tratamento. Após 5 meses retoma o atendimento, apresentando uma fala igualmente ininteligível.

Após 6 meses de terapia, na segunda tentativa, foi possível observar grandes avanços na fala de S6.

Percebem-se várias substituições na fala, porém S6 já formula frases. Na seqüência 20, encontra-se a interação de S6 com sua irmã mais velha (15 anos - Ir6):

Seqüência 20

1. S6: [???? Bin’ka ‘ota ‘koyza] (brincar de outra coisa)
2. Ir6: Ah vamo brincar com esse aqui primeiro.
3. S6: [???? so u ‘zedi u ‘zedi ‘may u a’zuw] (o verde mais o azul)
4. S6: [u ‘otu ka’iw] (o outro caiu)

5. S6: [‘teyn a’ki us ‘litus] (tem aqui os livros)
6. Ir6: ta pega esse que caiu aí.
7. S6: [‘vamu bin’ka de ka’besa] (vamos brincar de quebra-cabeça)
8. S6: [‘pɛga a ‘gani] (pega a grande)
(...)
9. S6: [‘vo dzili’ga] (vou desligar)
10. S6: [‘vo tʃi’la ‘ota ‘koza] (vou tirar outra coisa)
11. S6: [o ka’ów mi da’ki, ‘gadi ‘isu ó] (“carol me da aqui, guarda isso)
12. S6: [ka’lów a’kansa a’kɛla ‘koza a](carol, alcança aquela coisa lá)
13. Ir6: Qual coisa? Essa?
14. S6: [dzi mon’ta a kamio’ɛtʃi] (de montar a camionete)

A mãe de S6 sempre demonstrou muita resistência à terapia, tentando trazer falas do filho como “*eu não quero ir lá, é chato*”. O menino não gostava da entrada da mãe ou das irmãs nos atendimentos, preferia entrar sozinho. Com isso, fica clara a função materna insuficientemente boa que, por muitas vezes, M6 tentou transferir para a filha mais velha. Nos momentos em que entrava sozinho, podia-se observar uma entrega maior às atividades e produções melhores na sua fala.

M6 oscila entre querer que o filho seja um menino com sua idade real e ser como um bebê. Ela mesma pergunta para o menino se ele não é o bebê dela. O co-leito ainda está presente mesmo com todas as orientações, a mamadeira ainda é utilizada, embora tenha diminuído a frequência de uso.

A mãe relatou ao início do atendimento que sempre teve dificuldade no contato com o filho, o marido sempre foi mais presente do que ela. Quando tentava dar-lhe de mamá deixava-o roxo necessitando da ajuda do marido constantemente. M6 resiste muito a conseguir um trabalho, porém diz que isso se dá em razão do filho que não a quer saindo para trabalhar, mas somente para trabalhar, pois se houver outro motivo para a saída S6 não se importa. Mesmo não trabalhando, por diversas vezes, quem trazia o menino para o atendimento era sua irmã mais velha.

DISCUSSÃO

Considerando o papel do adulto na interação com a criança, enquanto alguém que a estrutura subjetivamente e que a coloca no funcionamento lingüístico, os casos aqui estudados demonstram a ausência ou o desequilíbrio no diálogo mãe-filho, relacionado a um exercício insuficientemente bom das funções parentais. Este fato parece estar contribuindo de modo importante para o quadro de retardo de aquisição da linguagem^{1, 2, 3, 4}.

De Lemos⁵ afirma sobre a aquisição da linguagem que, inicialmente, observam-se, na fala da criança, fragmentos da fala da mãe. Nos casos apresentados, como as mães que fazem parte deste estudo não proporcionam uma interação dialógica suficiente para que a conversa se dê, esses fragmentos não são observados. Em alguns casos, por apresentarem diretividade e atitudes pedagógicas, não se entregando à interação com o filho; e, em outros casos, por se fazerem excessivamente presentes. Os sujeitos deste estudo não chegam a ser ressignificados por suas mães, dificultando assim a possibilidade de ocupar de modo crescente a posição falante/ouvinte. Com o afastamento da mãe, a criança também acaba se afastando e se isolando em suas atividades a ponto de evitar a entrada desta nas suas brincadeiras, como foi o caso do S1 em um momento inicial.

A ausência da mãe no diálogo dificulta o funcionamento da linguagem tanto quanto a fala excessiva da mãe como, por exemplo, nos casos de S3 e S4. Nesses casos, as mães não proporcionavam espaço, via silêncio³², necessário para que a criança sentisse desejo em falar (S4) ou mesmo para que pudesse concretizá-lo (S3).

No decorrer dos atendimentos, pôde-se observar que aquelas mães que evoluíram no brincar e na interação com seus filhos, proporcionaram um holding necessário para o funcionamento da linguagem dessas crianças e conseqüente surgimento e aprimoramento da fala. O olhar da mãe sobre seu filho e a escuta atenta de seus enunciados que permite a interpretação lingüística, evidencia o desejo lançado sobre ele para que se estruture como um sujeito na/da linguagem^{1, 10, 32}.

O diálogo foi muito importante para evolução desses sujeitos, mas o silêncio (como elemento constitutivo da linguagem) também foi de suma importância para que houvesse tal evolução¹². Esse silêncio que, para algumas mães como no caso

de M3, M4, M5 e M6, foi muito difícil de ser permitido, para outras, ocorria em demasia, mas não para dar um espaço para a criança, mas por falta de um desejo de escutar, de interagir, de se relacionar com o filho, como é o caso de M1 e de M2. A superestimulação por parte do outro pode ocasionar um silêncio por resistência como no caso de S4 que, em diversos momentos, se recusava a emitir qualquer tipo de som excluindo o outro de suas atividades.

Vários autores^{14, 15, 16, 17, 18, 19, 20} citam diversas características da Dispraxia Verbal, assumida neste trabalho como limite práxico. Na fala dos sujeitos desta pesquisa, puderam-se observar as seguintes características, tateio articulatório, inabilidade para imitar sons, aumento da dificuldade com o aumento da extensão do enunciado, erros de vogais, inteligibilidade reduzida, omissões de sons e segmentos, inconsistência e variabilidade de produção de um mesmo alvo em diversos momentos, dificuldades com o gesto articulatório. No entanto, tais características não se apresentaram como determinantes do retardo de linguagem, ou seja, na análise das interações, fica claro que a fragilidade ou a não potencialização do funcionamento lingüístico presentes nas interações dialógicas iniciais foram fatores importantes do que se apresenta como um não falar ou do falar pouco desses seis sujeitos. Apesar da dispraxia, as crianças falam, e sua fala pode ser interpretada e retornada a ela para que possa seguir no seu processo evolutivo em termos de aprimoramento do gesto articulatório. Porém, como essa fala não retorna com a frequência que talvez se fizesse necessária para que os limites biológicos impostos ao gesto articulatório pudessem ser contornados, a criança pouco evolui nesta. Essa fala não retorna porque há uma ausência de diálogo o que não potencializa o funcionamento de linguagem na díade.

A entrada da terapeuta teve um resultado satisfatório em relação a possibilitar o funcionamento lingüístico e fazer retornar o gesto articulatório na frequência necessária para que o limite biológico pudesse ser contornado, pois a terapeuta exerce o efeito de um terceiro que exerce a função paterna, permitindo o corte ou descolagem mãe-filho. Do mesmo modo, o diálogo com a Terapeuta proporcionou o espaço de alternância entre fala e silêncio que permitiu surgir o desejo de falar. Tal diálogo se desenrolou em meio a uma atividade lúdica que permitiu à criança criar a confiança necessária para reparar o processo de dependência extrema e relativa nos quais houve falha evolutiva⁶.

Por outro lado, as entrevistas continuadas com a mãe e a estratégia de sessões conjuntas presentes em alguns casos, possibilitaram um repensar suas funções maternas, mesmo que a mudança mais radical nestas não tenha se processado ainda no curto espaço de tempo terapêutico relatado nesta pesquisa. No entanto, esta pesquisa torna visível o quanto é necessário, com sujeitos da idade aqui abordada, um foco terapêutico na díade mãe-filho. Mais ainda a importância do trabalho de foco familiar. Tanto mães quanto pais devem participar da terapia dos filhos, pois se a mãe não exerce sua função materna de modo suficientemente bom, a função paterna está aí implicada.

O estudo deixa claro que a tentativa de terapias de base puramente motora ou fonológica em casos como estes, que são indicadas na literatura internacional, poderia ter um efeito exatamente oposto, pois possivelmente faria surgir um silêncio de resistência¹², e a fala das crianças, quando legitimamente surgisse, poderia ficar à deriva, sem a necessária interpretação. Os riscos de repetir os comportamentos maternos identificados nesta pesquisa como não-potencializadores seria importante, e possivelmente o modelo terapêutico só reforçaria o padrão de interação materno que obstaculiza o funcionamento de linguagem.

É importante observar que as crianças já possuíam linguagem, já podiam funcionar nesta, mas que as possibilidades de fala, sim, se encontravam limitadas pelo tipo de interação. Como o fonoaudiólogo está comprometido eticamente em potencializar o melhor funcionamento de linguagem, acredita-se que poder ancorar a emergência da fala é um papel nesses casos, pois é visível o quanto isso é possível em uma abordagem interacionista/psicanalítica. Isso, contudo, não descarta a possibilidade de, em alguns casos de limitação orgânica mais severa, ser necessário o uso de um recurso alternativo ou suplementar à fala. O que importa é perceber que o funcionamento lingüístico é possível, seja qual for o meio.

No trabalho, também ficam salientes algumas observações realizadas por Vorcaro⁸ acerca do fato de a terapia fonoaudiológica anteceder ao processo de análise dos pais. Muitas das mães que puderam realizar as entrevistas e participar dos atendimentos conjuntos, passaram a repensar sua função materna e a tomar consciência da necessidade de receber ajuda terapêutica. Esse parece ser um caminho natural na clínica de crianças que não falam.

CONCLUSÃO

A terapia baseada na interação e na estruturação do sujeito, levando em consideração sua história familiar, suas relações parentais, os desejos que foram ou não lançados sobre o sujeito, demonstrou-se como uma terapia eficaz para pacientes com retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas. A relação mãe-filho é a base de toda a estruturação psíquica da criança, e é partindo dessa estruturação que poderemos ter um sujeito constituído ou não, desenvolvido ou não, falante ou não.

A fala com limitações práxicas pode causar estranhamento e pode impedir a interpretação por parte dos pais, porém, uma família bem estruturada psiquicamente, na qual as funções parentais são exercidas positivamente, o obstáculo biológico é vencido e a linguagem falada se desenvolve. Os limites do gesto articulatorio não impedem o funcionamento lingüístico na díade. Cabe ressaltar que as crianças já possuíam linguagem, isso apenas não era visualizado pelas mães cuja percepção era a dificuldade de fala ou sua ausência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha C. Linguagem e Psiquismo: considerações Fonoaudiológicas Estritas. In Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004.
2. Lier-DeVitto MF, Arantes L. Aquisição, patologias e clínica de linguagem. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.
3. Surreaux LM. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: Graña CG (org.). Quando a fala falta: fonoaudiologia, lingüística, psicanálise. Itatiba, SP: Casa do Psicólogo: 2008; 1ª ed. (1):143-180.
4. De Lemos CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. Substratum, 1992; 121-135.
5. De Lemos CTG. Das vicissitudes de fala da criança e de sua investigação. Cad.Est.Ling, Campinas, 2002; (42): 41-69.
6. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas. (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago, 2000.
7. Laznik MC. A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Álgama: Salvador, 2004.
8. Vorcaro AMR. A clínica fonoaudiológica e psicanalítica com crianças que não falam. Distúrbios da Comunicação, 2003; 15(2): 265-287.
9. Borges MLSF. Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, 2005.
10. Palladino R. Desenvolvimento da Linguagem . In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004.
11. Mancopes R. Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a lingüística e a fonoaudiologia. Revista Desenredo- PPG em Letras da UPF, Passo Fundo, 2006; 2 (2):288-306.
12. Surreaux LM. A questão do silêncio na aquisição desviante da linguagem. Letras de hoje., Porto Alegre, 2001; v.36.
13. Forrest K. Diagnostic criteria developmental apraxia of speech used by clinical speech-language pathologists. American Journal of Speech-Language Pathology, 2003; 12: 376-380.
14. Schriberg ID, Green JR, Campbell TF, Mcsweeny JL & Scheer AR. A diagnostic marker for childhood apraxia of speech: the coefficient of variation ratio. Clinical Linguistics & Phonetics, 2003; 17 (7): 575-595.

15. Nijland L, Maassen B. & Meulen S. van der. Evidence of motor programming deficits in children diagnosed with DAS. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 2003; 46: 437-450.
16. Davis BL, Jakielski KJ, Marquardt TP. Developmental apraxia of speech: determiners of differential diagnosis. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 1998; 12: 25-45.
17. Davis BL, Jacks A & Marquardt T P. Vowel patterns in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2005; 19 (4): 249-274.
18. Cardoso BVAS. Apraxia do desenvolvimento: aspectos diagnósticos. Carapicuíba (SP): Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 2002; 14 (1): 39-50.
19. Aichert I, Ziegler W. Syllable frequency and syllable structure in apraxia of speech. *Brain and Language*, 2004; 88: 148-159.
20. Marquardt TP, Jacks A & Davis BL. Token-to-token variability in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2004; 18(2): 127-144.
21. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Da Casa, 2000; 2ª ed. 1: 180.
22. Crary MA. Singular Publishing Group. INC 19 ed. San Diego, Califórnia, 1993.
23. Murdoch BE. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma visão neuroanatômica e neurofuncional. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
24. Chevrier-Müller C, Narbona J. A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.
25. Lier de- Vitto MF. Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.
26. Issler DS. A aquisição do “eu” e “tu”: intersecção entre a lingüística e a psicologia. Tese (Doutorado de letras e artes), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.
27. Ramos APS, Bomfim R. Mediação em Linguagem na sala de aula com crianças surdas. *Revista Desenredo- PPG em Letras da UPF, Passo Fundo*, 2006; 2 (2): 270-287.
28. Graña CG, Ramos AP. Falando com brinquedos: fazeres do fonoaudiólogo na atividade clínica com crianças. *Organon (UFRGS)*, 2006; 20: 141-156.
29. De Lemos CTG. Uma abordagem socioconstrutivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões. ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem, PUC-RS, 1989.

30. Ramos AP. O acento, a sílaba e o segmento na aquisição fonológica de um sujeito com dispraxia verbal. Livro de Resumos do 1º Seminário de Aquisição Fonológica. Universidade Federal de Santa Maria, 2007; p. 30.

31. Surreaux LM. O discurso fonoaudiológico: uma reflexão sobre sujeito, sentido e silêncio. Dissertação de Mestrado em Estudos da Linguagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre: 2000.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da análise de toda a investigação feita nesta pesquisa, pode-se observar uma necessidade, já enfocada por diversos autores, que é a disposição do fonoaudiólogo de fazer um trabalho familiar, e não apenas com a criança. Tal disposição nasce da observação de que é uma família que precisa de ajuda para cuidar de uma criança, esta tendo ou não limites biológicos. É preciso inverter a ordem que sempre esteve presente nos estudos fonoaudiológicos tradicionais: uma extensa descrição e categorização do orgânico, sem uma preocupação com os efeitos que este possa ter ou não no exercício das funções parentais. Mais ainda, sem uma desconfiança de que estas possíveis limitações são minimamente importantes diante de toda uma dinâmica familiar que não só determina o funcionamento de linguagem como é capaz, em alguns casos, de fazer surgir sintomas orgânicos.

No entanto, este trabalho não pretendeu achar a causa, transferindo-a do orgânico ao psíquico, mas tão-somente demonstrar que, a cada caso, há uma complexidade de fatores, entre os quais orgânicos, psíquicos, afetivos e cognitivos, que perpassam o desenvolvimento de uma criança, e que permitem mais ou menos que o funcionamento de linguagem se instaure.

Sabe-se que a inclusão das mães na terapia ainda ocorreu de um modo tímido, seja pela resistência que apresentaram (nunca podiam comparecer às entrevistas), seja pelas limitações da proposta terapêutica. No entanto, espera-se que tenha ficado clara a necessidade de desenvolver abordagens que incluam a família. O foco de atuação do fonoaudiólogo nos casos de retardos na aquisição da linguagem é a díade mãe-criança e/ou pai-criança e não apenas a criança.

Sobre a dispraxia verbal é possível dizer que enquanto **rótulo descritivo** de um sintoma de linguagem ela se sustenta. No entanto, é inadequada a oferta aos pais como explicação causal do retardo de linguagem de seus filhos. Aos pais parece mais produtivo oferecer possibilidades de refletir sobre as interações dialógicas com seus filhos, sobre as significações e desejos que atribuem a eles.

Do ponto de vista da Fonoaudiologia, se os Terapeutas utilizassem o rótulo como a identificação de um limite biológico (como deficiência mental, deficiência auditiva...), mantendo a percepção da importância das interações significativas no

processo terapêutico, não haveria problemas clínicos com este. No entanto, o que se percebe é que a preocupação excessiva com os rótulos, com as hipóteses diagnósticas, faz com que se perca de vista a hipótese de funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2008) e as reflexões sobre as possibilidades terapêuticas. Também faz com que, em abordagens mecanicistas tradicionais, os sintomas sejam reforçados, pois, embora em “tratamentos de fala” se consiga transferir o sintoma de lugar, nos casos de retardo de aquisição da linguagem o que pode acontecer é o surgimento de uma resistência maior a interagir, que pode ter conseqüências subjetivas importantes.

É preciso que o fonoaudiólogo não esqueça que o processo terapêutico necessita abrir novos sentidos e não encerrar a criança em um rótulo.

Salienta-se ainda, que não se pode utilizar os conceitos aqui estudados de modo aplicativo exercício da fonoaudiologia. Tais conceitos servem como uma sustentação, como apoio para a reflexão terapêutica, facilitando o engendramento de uma hipótese de funcionamento de linguagem que permita implicar sujeito e as funções parentais. Não há métodos ou modelos terapêuticos de fala fixos e hierarquizados aplicáveis nesta faixa etária, pois o que os sujeitos necessitam é da devida alternância entre fala e silêncio que motive a fala em atividade dialógica, somada a um retorno constante do gesto articulatório a partir da observação das potencialidades do sujeito. Essa atividade só poderá ser efetivada a partir de um funcionamento suficientemente bom das funções parentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AICHERT, I; ZIEGLER, W. **Syllable frequency and syllable structure in apraxia of speech**. Brain and Language, v. 88, p. 148-159, 2004.
- ARAÚJO, S. M. B. **A ausência da função paterna no contexto da violência juvenil**. An. 1 Simp. Internacional do Adolescente, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2005.
- ARAÚJO, C. A. S. **Winnicott e a etiologia do autismo**: considerações acerca da condição emocional da mãe. Estilos da Clínica, v. 8, n. 14, p.146-163, 2003.
- BALESTRO, J. ; RAMOS, A. P. Clínica de linguagem no autismo: estudo da terapia de dois irmãos. In: Carla Guterres Graña. (Org.). **Quando a fala falta**: fonoaudiologia, lingüística e psicanálise. 1ª ed. Itatiba-SP: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 143-180, 2008.
- BEFI-LOPES, D. Alterações do desenvolvimento da linguagem. In LIMONGI, S.C.O. **Fonoaudiologia: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BETZ, S. K.; STOEL-GAMMON, C. **Measuring articulatory error consistency in children with developmental apraxia of speech**. Clinical Linguistics & Phonetics, v. 19, n. 1, p. 53-66, 2005.
- BORGES, M. L. S. F. **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, 2005.
- CARDOSO, B. V. A. S. **Apraxia do desenvolvimento: aspectos diagnósticos**. Carapicuíba (SP): Pró-Fono Revista de Atualização Científica v. 14, n. 1, p. 39-50, 2002.
- CASTRO, E. C.; PICCININI, C. A. **A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida**. Estudos de Psicologia, v. 9, n. 1. Porto Alegre, 2004.
- CHABROL, H.; BRON, N.; LE CANU, J. **Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression**. Infant Behavior and Development, v. 19, p. 149-152, 1996.
- CHEVRIER-MÜLLER, C.; NARBONA, J. **A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos**. 2ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.
- CLARK, R.; TLUCZEK, A.; WENZEL, A. **Psychotherapy for postpartum depression**: a preliminary report. American Journal of Orthopsychiatry, v. 73, p. 441-454, 2003.

CRAMMER, B. G. **Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression**. In: MURRAY, L. & COOPER, P. J. Postpartum depression and child development (pp. 237-261). New York: The Guilford Press, 1997.

CRARY, M. A. **Singular Publishing Group**. INC 19 ed. San Diego, Califórnia, 1993.

CROCKENBERG, S. C.; LEEKERS, E. M. **Parental acceptance, postpartum depression and maternal sensitivity: mediating and moderating processes**. Journal of Family Psychology, v. 17, p. 80-93, 2003.

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

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

COUTINHO, D. S.; BAPTISTA, M. N.; MORAIS, P. R. **Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social**. Infante – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, v. 10, p. 63-71, 2002.

COYL, D. D.; ROGGMAN, L. A.; NEWLAND, L. A. **Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant-attachment**. Infant Mental Health, v. 23, p. 145-163, 2002.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L. & FAISAL-CURY, A. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família**. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, p. 181-188, 2005.

CUNHA, C. **Linguagem e Psiquismo: considerações Fonoaudiológicas Estritas**. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004.

DAVIS, B. L.; JAKIELSKI, K. J.; MARQUARDT, T. P. **Developmental apraxia of speech: determiners of differential diagnosis**. Clinical Linguistics and Phonetics, 12, 25-45, 1998.

DAVIS, B. L.; JACKS, A. & MARQUARDT, T. P. **Vowel patterns in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies**. Clinical Linguistics & Phonetics, v. 19, n. 4, p. 249-274, 2005.

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

_____. **Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio**. Substratum 1-1, p.121-135, 1992.

_____. **Sobre o “interacionismo”**. Letras de Hoje, v. 34, n. 03, p. 11, Porto Alegre, 1999.

_____. **Sobre o estatuto lingüístico e discursivo da narrativa na fala da criança.** Universidade de Campinas, 2002.

_____. **Das vicissitudes de fala da criança e de sua investigação.** Caderno de Estudos Lingüísticos., v.42, p.41-69, Campinas, 2002.

FIELD, T. **Prenatal effects of maternal depression.** In: S. H. Goodman & I. H. Gotlib. *Children of depressed parents.* Washington, DC: American Psychological Association. p.59-88, 2002.

FIGUEIRA, R. A. **A criança na língua: erros de gênero como marcas de subjetivação.** Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, v. 47, p. 29-47, 2005.

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

FRANCO, S. G. **O brincar e a experiência analítica.** *Ágora*, v. 6, n. 1, p. 45-59, 2003.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. **Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos.** *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 1, p. 47-55, Maringá, 2005.

_____. **Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** 2ª ed., v.1, p. 180. Porto Alegre: Da Casa, 2000.

GOODMAN, S. H.; GOTLIB, I. H. **Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmissions.** *Psychological Review*, v. 106, p. 458-490, 1999.

GRAÑA, C. G, RAMOS, A. P. **Falando com brinquedos: fazeres do fonoaudiólogo na atividade clínica com crianças.** *Organon (UFRGS)*, v. 20, p. 141-156, 2006.

HART, S.; JONES, N. A.; FIELD, T.; LUNDY, B. **One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers.** *Child Psychiatry and Human Development*, v. 0, n. 2, p. 111-120, 1999.

INDEFREY, P. & LEVELT, W. J. M. **The spatial and temporal signatures of word production components.** *Cognition*, 92 (1/2), p. 101-144, 2004.

ISSLER, D.S. **A aquisição do “eu” e “tu”:** intersecção entre a lingüística e a psicologia. Tese (Doutorado de letras e artes), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

KESSLER, T. M. **A surdez que se faz ouvir:** sujeito, língua, sentido. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Maria, 2008.

LACAN, J. **As formações do inconsciente**. Seminário V. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957-1958.

LACERDA, E. T. **A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição**. Distúrbios da Comunicação, n. 13(2), p. 351-357, 2002.

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

LAWSON, R.; PARRINELLO, R.; RUFF, H. **Materno behavior and infant attention**. Infant Behavior and Development, v. 15, n. 2, p. 209-229, 1992.

LEWIS, B. A.; FREEBAIRN, L. A.; HANSEN, A.; TAYLOR, A. G.; IYENGAR, S.; SCHRIBERG, L. D. **Family pedigrees of children with suspected childhood apraxia of speech**. Journal of communication Disorders, v. 37, p.157-175, 2004.

LIER-DEVITTO, M. F. **Fonoaudiologia no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.

LOPES, R. C. S.; OLIVEIRA, D. S.; VIVIAN, A. G.; BOHMGAREN, L. M. C.; PICCININI, C. A.; TUDGE, J. **Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança de 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 23, n. 1, p. 5-16, Brasília, 2007.

MALDANER, R. D. **O processo de aquisição da oralidade: uma análise da linguagem de duas crianças portadoras de síndrome de down**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana), Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2005.

MANCOPES, R. **Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a lingüística e a fonoaudiologia**. Revista Desenredo- PPG em Letras da UPF, Passo Fundo, v. 2, n.2, julho/dez, p. 288-306, 2006.

MASSI, G. A. **Linguagem e Paralisia Cerebral: um estudo de caso do desenvolvimento da narrativa**. Curitiba: Editora Maio, 2001.

MARQUARDT, T. P.; JACKS, A. & DAVIS, B. L. **Token-to-token variability in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies**. Clinical Linguistics & Phonetics, v. 18, n. 2, p. 127-144, 2004.

MOLINA, S. E. **O bebê na estrutura especular: o corpo e a linguagem**. Escritos da Criança, n. 4, 2ed, pg. 47-52. Centro Lydia Coriat: Porto Alegre, 2001.

MONDARDO, A. H.; VALENTINA, D. D. **Psicoterapia infantil**: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. V. 11, n. 3. Porto Alegre, 1998.

MORIZOT, R. **A relação mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento infantil**. *Revista Fonoaudiologia Brasil*, Ano 2, n. 2, 1999.

MURDOCH, B. E. **Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem**: uma visão neuroanatômica e neurofuncional. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. **Postpartum depression and child development**. New York: The Guilford Press, 1997.

MURRAY, L.; HOOPER, R.; KING, F.; FIORI-COWLEY, A. **The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions**. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 38, p. 109-119, 1996.

NIJLAND, L.; MAASSEN, B.; MEULEN, S. VAN DER. **Evidence of motor programming deficits in children diagnosed with DAS**. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, v. 46, p. 437-450, 2003.

PALLADINO, R. **Desenvolvimento da Linguagem**. In FERREIRA, L. P.; BEFILOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca, 2004.

PERRONI, M. C. **Desenvolvimento do discurso narrativo**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

PICCININI, C. A. *et al.* **Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebês/criança**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.14, n.3, p. 469-485, Porto Alegre, 2001.

PICCININI, C. A. *et al.* **Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 223-232, Brasília, 2004.

PICCININI, C. A. *et al.* **O nascimento do segundo filho e as relações familiares**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 23, n. 3, p. 253-261. Brasília, 2007.

RAMIREZ, H. A. **Sobre a metáfora paterna e a forclusão do nome-do-pai**: uma introdução. *Mental*, ano 2, n. 3, Barbacena, 2004.

RAMOS, A.P.F. ; FRÓES,G.M.C. ; MALDANER, R.D.; ROSA, D.S.; SOARES, S.A.V. **Análise da sintonia interacional em díades mãe-filho em aquisição típica e atípica de linguagem oral**: repensando a clínica fonoaudiológica. *Aletheia*, n.15, p. 47-62, 2002.

RAMOS, A. P. S.; BOMFIM, R. **Mediação em Linguagem na sala de aula com crianças surdas**. *Revista Desenredo- PPG em Letras da UPF, Passo Fundo*, v. 2, n.2, julho/dez,p. 270-287, 2006.

RAMOS, A. P. **O acento, a sílaba e o segmento na aquisição fonológica de um sujeito com dispraxia verbal.** Livro de Resumos do 1º Seminário de Aquisição Fonológica, p. 30. Universidade Federal de Santa Maria, 2007.

SANTOS, M. A. **A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana:** uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 3. Porto Alegre, 1999.

SCHRIBERG, L. D.; GREEN, J. R.; CAMPBELL, T. F.; MCSWEENEY, J. L.; SCHEER, A. R. **A diagnostic marker of childhood apraxia of speech:** the coefficient of variation ratio. *Clinical Linguistics & Phonetics*, v. 17, n. 7, p. 575-595, 2003.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. **Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 233-240, Brasília, 2004.

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). In: SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. **Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 233-240, Brasília, 2004.

SIMÕES, L. **Sujeito nulo na aquisição do Português Brasileiro um estudo de caso.** Tese De Doutorado, PUCRS, 1997.

SOUZA, A. D. **Atenção compartilhada e condutas autistas em crianças com e sem deficiência visual congênita.** Dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

SOUZA, I & DAURE, S. **Importância da família na prevenção da depressão pós-parto.** *Psicologia Clínica*, v. 11, p. 117-132, 1999.

SURREAUX, L. M. **O discurso fonoaudiológico:** uma reflexão sobre sujeito, sentido e silêncio. Dissertação de Mestrado em Estudos da Linguagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2000.

_____. **A questão do silêncio na aquisição desviante da linguagem.** *Letras de Hoje*. v. 36, Porto Alegre, 2001.

_____. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, C. G. (org.). **Quando a fala falta:** fonoaudiologia, lingüística, psicanálise. 1ª ed., v. 1, p. 143-180. Itatiba, SP: Casa do Psicólogo: 2008.

TAMIS-LEMONDA, C.; BORNSTEIN, M. **Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence.** *Child Development*, v. 60, n. 3, p. 738-751, 1989.

TRAD, P. **Psicoterapia breve pais/bebê.** (M. C. Müller & M. E. Schestatsky, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.

VORCARO, A. M. R. **A clínica fonoadiológica e psicanlítica com crianças que não falam.** Distúrbios da Comunicação, v. 15, n. 02, p. 265-287, 2003.

ZORZI, J. **A Intervenção Fonoaudiológica nas Alterações da Linguagem Infantil.** Revinter, Rio de Janeiro, 1999.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975 (1971).

_____. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas.** (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O ambiente e os processos de maturação.** (I. C. S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 (Trabalho original publicado em 1979).

_____. **O gesto espontâneo.** São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Original publicado em 1987).

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: caracterização e clínica dos retardos de linguagem primários

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

Colaboradores: Inaê Costa Rechia

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

Telefone para contato: (55) 3220 8348

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico/UFSM

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

1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a terapia dos retardos de aquisição da linguagem oral, encontrando as medidas necessárias para interrupção destes por meio da orientação familiar e terapia da criança.

2. A coleta de dados inclui entrevistas e encontros de orientação com a família, filmagem de interações entre a criança e sua família, e a criança e a terapeuta cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, via destruição das fitas, após análise. As sessões terapêuticas com a criança serão documentadas em relatórios escritos que também serão alvo de análises.

3. A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

4. Benefícios para o participante estão na perspectiva de se atingir em melhores resultados na terapia de seu (sua) filho(a).

5. A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente, caso não estivéssemos relatando em pesquisa. Seu filho e sua filha receberão a mesma terapia, diante da possibilidade de você não autorizar a pesquisa.

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

7. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

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

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

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

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

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral”.

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 este, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ 2007.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

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

Santa Maria, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA PSICOLOGIA EM ESTUDO

Diretrizes para Autores

Psicologia em Estudo adota as normas de publicação da APA (5th edition, 2001). Seguir o modelo abaixo:

Os manuscritos originais deverão ser encaminhados por meio eletrônico, digitadas em editor de texto Word for Windows 6.0 ou posterior, em espaço duplo (em todas as partes do manuscrito), em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, não excedendo o número de páginas apropriado à categoria em que o trabalho se insere, paginado desde a folha de rosto personalizada, a qual receberá número de página 1. A página deverá ser A4, com formatação de 2,5cm para as margens superior e inferior e, de 3cm para as margens esquerda e direita.

Todo e qualquer manuscrito encaminhado à revista deve ser acompanhado de carta assinada por todos os autores (ver modelo abaixo), onde esteja explicitada a intenção de submissão ou nova submissão do trabalho a publicação. Esta carta deve conter, ainda, autorização para reformulação de linguagem, se necessária para atender aos padrões da revista. Em caso de trabalho de autoria múltipla, a versão final deverá ser acompanhada de carta assinada por todos os autores.

Modelo de carta de encaminhamento

Encaminhamos à Revista psicologia em Estudo para apreciação e possível publicação, o artigo intitulado (título do artigo) que se trata de (Relato de pesquisa, Estudo teórico, Relato de experiência, Resenha, Debate).

Declaramos que o presente trabalho é inédito e original, seguiu rigorosamente todos os procedimentos éticos e não está submetido a outra revista para publicação.

Atenciosamente,

Nomes

assinaturas de todos os autores

A apresentação dos trabalhos deve atender a seguinte ordem:

I. Folha de rosto despersonalizada contendo apenas:

- 1.1. Título pleno em português, não devendo exceder 10 palavras.
- 1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.
- 1.3. Título pleno em inglês, compatível com o título em português.
- 1.4. Título pleno em espanhol, compatível com o título em português.

2. Folha contendo Resumo, em português.

Todos os trabalhos inclusos nas categorias de 1 a 4 devem conter resumos com 100 a 150 palavras. As demais categorias dispensam resumos. Ao resumo devem seguir 3 palavras-chave (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula).

3. Folha contendo Abstract e key words, tradução do resumo e das palavras-chave em inglês.

4. Folha contendo Resumen e palabras-clave, tradução do resumo e das palavras-chave em espanhol.

5. Anexos, apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

6. Folha contendo títulos de todas as figuras, numeradas conforme indicado no texto.

7. As figuras, tabelas e os gráficos deverão, além das instruções específicas a seguir, considerar que: serão aceitos o total de no máximo 5 (cinco), considerando-se a somatória dessas categorias.

8. Figuras, incluindo legenda, uma por página em papel, e por arquivo de computador, quando preparadas eletronicamente. Para assegurar qualidade de reprodução as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi); as figuras contendo gráficos não poderão estar impressas em impressora matricial. Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 11,5 cm para figuras, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.

9. Tabelas, incluindo título e notas, uma por página em papel e por arquivo de computador. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para mais detalhamentos, especialmente em casos anômalos, o manual da APA deve ser consultado.

10. Texto deverá apresentar: introdução, método, resultados e discussão e, considerações finais/conclusão. As notas de rodapé (no máximo 5 em todo o trabalho), se imprescindíveis, deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Não utilizar os termos apud, op. cit., id., ibidem e outros (eles não fazem parte das normas da APA).

11. Referências, não ultrapassar o limite de 30 (trinta), incluindo neste total 10% de citações referentes aos próprios autores. No mínimo, 40% do total devem referir-se aos últimos 5 anos. Salvo justificativa, estes limites serão revistos pelo Conselho Editorial, por exemplo, nos casos de artigos de revisão histórica. Alertamos os autores que a atualização do texto será avaliada pelos consultores.

Tipos comuns de citações no texto

As citações de autores deverão seguir as normas da APA.

No caso de transcrição na íntegra de um texto, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor seguida do ano e do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio em itálico e sem aspas, espaço duplo, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo.

Citação de artigo de autoria simples

1. Citação literal

O sobrenome do autor é explicitado em todas as citações, indicando o ano e a página conforme exemplo a seguir:

“Embora faça parte da natureza, dela o homem diferencia-se por criar suas próprias leis e traçar seu destino” (Boarini, 2000, p. 6).

1. Citação conceitual

O sobrenome do autor é explicitado em todas as citações, indicando somente o ano conforme exemplo a seguir:

Yamamoto (1996), entende que o período entre os anos 1973-74, no Brasil, registra um momento importante na alteração de rumo da política... [mantenha o nome do autor e omita o ano em citações subseqüentes dentro de um mesmo parágrafo]

Obs.: Independentemente do número de autores da obra, sempre que houver uma citação literal, esta deve vir acompanhada do(s) nome(s) do(s) autor (es), ano e página(s).

Citação de artigo de autoria múltipla

1. Dois autores

Usa os sobrenomes em uma citação com múltiplos autores no texto corrente pela palavra "e". Em material apresentado entre parênteses, em tabelas e cabeçalho de figuras e na lista de referências, ligue os nomes com o símbolo "&".

2. De três a cinco autores

Na primeira citação, o sobrenome de todos autores é citado. Da segunda citação em diante só o sobrenome do primeiro autor é explicitado, seguido de "e cols." e o ano.

3. Seis ou mais autores

No texto, desde a primeira citação, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de "e cols.", exceto se este formato gerar ambigüidade.

Na seção Referências, qualquer que seja o número de autores, todos devem ser relacionados.

Citação de trabalho discutido em uma fonte secundária

1. O trabalho usa como fonte um trabalho discutido em outro, sem que o trabalho original tenha sido lido (por exemplo, um estudo de Flavell, citado por Shore, 1982).

No texto, use a seguinte citação:

Flavell (citado por Shore, 1982) acrescenta que estes estudantes ...

Na seção de Referências informe apenas a fonte secundária, no caso Shore, usando o formato apropriado.

Citação de obra antiga reeditada

1. Autor (data da publicação original / data da edição consultada). Ex.: Franco (1790/1946).

Exemplos de tipos comuns de referência

1. Relatório técnico

Vieira Filho, N. G. (1997) Prática terapêutica em psicologia clínica: análise do circuito institucional (relatório de bolsa de pesquisa) Brasília: CNPq.

2. Trabalho apresentado em Evento Científico, mas não publicado.

Haidt, J., Dias, M. G. & Koller, S. (1991, fevereiro). Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violations in the USA and Brazil. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da Society for Cross Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

3. Trabalho apresentado em Evento Científico com resumo publicado em anais

Yamamoto, O. H., Silva, F. L., Medeiros, É. P. & Câmara, R. A. (1999). A configuração da Psicologia no Rio Grande do Norte: formação e prática profissional. [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas. XXIX Reunião Anual de Psicologia (p. 187). Campinas: SBP.

4. Teses ou dissertações não publicadas

Domingues, E. (2001). O movimento dos trabalhadores rurais sem terra (MST): contribuições da psicanálise. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

5. Livros

Mello Neto, G. A. R. (2003). Angústia e sociedade na obra de Sigmund Freud. Campinas: Unicamp.

6. Capítulo de livro.

Di Loreto, O. D. M. (2002). Patologia da vida psi cotidiana: o cotidiano na vida de um clínico psi. Em M. L. Boarini (Org.), Desafios na atenção à saúde mental (pp. 93-133). Maringá: EDUEM.

7. Livro traduzido, em língua portuguesa

Badinter, E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. (W. Dutra,

Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 1980).

8. Tradução de um artigo ou capítulo de um livro editado, volume de um trabalho em múltiplos volumes, trabalho republicado

Freud, S. (1995). Além do princípio do prazer. (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XVIII, pp.17-79). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).

9. Artigo em periódico científico

Rauter, C. (2001). Notas sobre o tratamento das pessoas atingidas pela violência institucionalizada. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 3-10.

Informar número, entre parêntesis e em seguida o volume, apenas quando a paginação reinicia a cada número (e não a cada volume, como a regra geral)

Tourinho, E. Z. (1987). Sobre o surgimento do behaviorismo radical de Skinner. *Psicologia*, 13 (3), 111.

10. Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco, F. de M. (1946). Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir (Original publicado em 1790).

11. Obra no prelo

Não forneça ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Respeitada a ordem de nomes, é a última referência do autor.

Boarini, M. L. (Org.), (no prelo). Higiene e raça como projetos : higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá : EDUEM

12. Autoria institucional

American Psychological Association (1994, 4ª ed.). Publication manual. Washington: Autor

13. Documento Eletrônico

Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4) Disponível em: . (Acesso em 11/02/2000)

14. CD-ROM

Tolfo, S. (1999). Trabalho, inovação e participação: um estudo multicase em empresas do setor metal-mecânico do Rio Grande do Sul. Em 23º Encontro Anual da ANPAD. São Paulo: Portifólio (CD-ROM). Foz do Iguaçu.

Independentemente do número de autores, serão oferecidos 2 exemplares por trabalho publicado, neste periódico.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: [estão ativos e prontos para clicar.](#))

4. [O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar \(exceto em endereços URL\); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.](#)
5. [O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Asegurando a Avaliação por Pares Cega](#).

Declaração de Direito Autoral

As opiniões emitidas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Ao submeterem o manuscrito ao Conselho Editorial de Psicologia em Estudo, o(s) autor(es) assume(m) a responsabilidade de não ter previamente publicado ou submetido o mesmo manuscrito por outro periódico. Em caso de autoria múltipla, o manuscrito deve vir acompanhado de autorização de todos os autores. Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos sem consentimento por escrito.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ISSN 1413-7372 (impressa) e ISSN 1807-0329 (on-line). Avaliada pela CAPES/ANPEPP como Internacional A.

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA - (Rev Soc Bras Fonoaudiol.), ISSN 1516-8034, publicação técnico-científica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Fonoaudiologia, Distúrbios da Comunicação Humana e áreas afins. São aceitos trabalhos originais, em português, inglês ou espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. A revista tem as seguintes seções: Artigos originais, Artigos de revisão, Relato de casos, Refletindo sobre o novo, Resenhas, Resumos, Cartas ao editor.

Artigos originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Abstract e Referências Bibliográficas. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira. A Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Artigos de revisão: são constituídos de avaliação crítica e sistemática da literatura, de material publicado sobre um assunto específico e atualizações sobre o tema, escritos a convite do editor. Devem conter Introdução do Tema, Revisão da Literatura, Discussão, Comentários Finais, Abstract e Referências Bibliográficas (máximo 40, pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira).

Relato de casos: relata casos, não rotineiros, de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo Introdução (com breve revisão da literatura), Apresentação do Caso Clínico, Discussão, Comentários Finais, Abstract e Referências Bibliográficas (máximo 15).

Refletindo sobre o novo: um artigo recente que apresente inovação é apresentado e comentado por um especialista, a convite do editor. Deve conter a referência completa do trabalho comentado e nome, instituição e e-mail do comentador.

Resenhas: resumos comentados da literatura científica. Deve conter a referência completa do trabalho comentado e nome, instituição e e-mail do comentador.

Resumos: resumos relevantes de artigos, teses, trabalhos apresentados em Eventos Científicos, etc... Deve conter a referência completa do trabalho.

Cartas ao editor: tem por objetivo discutir ou comentar trabalhos publicados na revista, ou ainda relatar pesquisas originais em andamento.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, versão de novembro de 2003, disponível em: <http://www.icmje.org/> .

Requisitos técnicos:

Devem ser enviadas:

- a)** duas cópias, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitadas em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte seqüência: página de título, resumo e descritores, texto (de acordo com os itens necessários para o tipo de artigo enviado), agradecimentos, abstract e keywords, referências bibliográficas, tabelas e figuras (gráficos, fotografias e ilustrações), com suas respectivas legendas.
- b)** carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material;
- c)** aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos;
- d)** lista de itens para conferência de artigos preenchida e assinada por todos os autores;
- e)** disquete ou CD contendo o arquivo do artigo.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada por e-mail, em arquivo Word, anexado, para o endereço: revista@sbfa.org.br . Os originais não serão devolvidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

Página de identificação: Deve conter:

- a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
- b) Título do artigo resumido com até 40 caracteres;
- c) Nome completo de cada autor, com o seu grau acadêmico e afiliação institucional;
- d) Departamento e/ou Instituição onde o trabalho foi realizado;
- e) Nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser

encaminhada a correspondência;

f) Fontes de auxílio à pesquisa, se houver; g) Declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor.

Resumo e descritores: A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado (em português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusões; em inglês: Purpose, Methods, Results, Conclusions), contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Para os artigos de revisão e relatos de caso o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo 5 e no máximo 10 descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e sem nenhuma referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora (11-12) ...”

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

<ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. Hearing in children. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULO DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10; Toronto. Proceedings. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm; 2000

Tabelas: Imprimir cada tabela em folha separada, com espaço duplo e letra Arial 8. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título, e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações): As figuras deverão ser impressas em folhas separadas e numeradas seqüencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ser em preto e branco, com qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco), e apresentar título em legenda, digitados em letra Arial 8. No disquete ou CD, devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da Revista, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Serão aceitas, no máximo 5, (cinco) figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas: Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve

ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ENVIO DO MANUSCRITO

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:

Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Rua Barão do Bananal, 819 – Pompéia

CEP: 05024-000 - São Paulo – SP - Brasil

A/C – Secretaria Executiva da SBFa

Ref.: Material para publicação

Recomenda-se enviar o material (cópia do artigo, carta de apresentação e documentação necessária, material ilustrativo, disquete, etc.) em um único envelope, devidamente acondicionado para se evitar danos.

O(s) autor(es) deverá(ão) guardar cópia do material enviado.

Os autores dos artigos selecionados para publicação receberão notificação a respeito e, a partir de então, não mais poderão submeter seus trabalhos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que os mesmos sejam efetivamente publicados pela Revista da SBFa.

Os artigos selecionados não serão devolvidos aos autores, inclusive o material ilustrativo.

Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na Revista da SBFa em outro periódico.

Os autores dos artigos não selecionados receberão notificação a respeito com os motivos da recusa e, a partir de então, segundo seus critérios de conveniência, poderão retirar seus trabalhos na secretaria da SBFa, a qualquer momento, dentro do prazo de 1 mês.