



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

ÂNGELA MOREIRA REIS

**ATRASSO DE LINGUAGEM E “ALTO RISCO
NEONATAL”: UMA CORRELAÇÃO POSITIVA?**

Salvador
2016

ÂNGELA MOREIRA REIS

**ATRASO DE LINGUAGEM E “ALTO RISCO
NEONATAL”: UMA CORRELAÇÃO POSITIVA?**

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador (a): Prof. Dr^a. Melissa Catrini

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são primeiramente dirigidos ao meu Aba Pai por todas as superações e vitórias. Sua presença é tudo em minha vida.

Sou grata a minha orientadora pela disponibilidade, ajuda, receptividade e atenção.

A maternidade que tornou possível a pesquisa.

A minha família, pai, mãe e irmãos, pelo apoio e incentivo de sempre. Essa conquista é nossa.

Ao meu amado esposo pelo companheirismo, carinho e firmeza nos momentos difíceis.

Aos meus amigos pela cumplicidade e grande ajuda em todas as ocasiões.

Agradeço ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela permissão pela aprovação do projeto.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção dessa pesquisa, gratidão!

EPÍGRAFE

“Como é bom render graças ao Senhor
E cantar louvores ao teu nome, ó Altíssimo;
Anunciar de manhã teu amor leal
e de noite a tua fidelidade”.

(Salmos 92:1-2)

REIS, Ângela Moreira. Atraso de Linguagem x “Alto Risco Neonatal”: Uma correlação positiva?. Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre prematuridade e possíveis prejuízos na aquisição de linguagem, bem como suas consequências para o desenvolvimento global da criança. Além disso, realizar uma reflexão a respeito dos critérios que norteiam o acompanhamento desse aspecto do desenvolvimento infantil.

Método: Foram selecionados nove registros do acompanhamento fonoaudiológico de crianças nascidas pré-termo, de ambos os sexos, realizados no Programa de Follow-Up de uma maternidade de Salvador/ BA, entre os anos de 2010 e 2013. As informações concernentes aos aspectos linguísticos do desenvolvimento foram analisadas qualitativamente considerando os referenciais teóricos consagrados pelo campo de estudos da aquisição de linguagem que exercem influência sobre a clínica fonoaudiológica.

Resultados: Conclui-se que os conceitos clínicos utilizados pelos profissionais baseiam-se em uma perspectiva evolutiva, de desenvolvimento gradual da linguagem, a qual é fundamentada em referenciais teóricos da psicolinguística de cunho cognitivista.

Conclusão: O modelo diagnóstico-fonoaudiológico é muitas vezes conduzido pelo formato da prática clínica médica, causalista e classificatório, no qual a língua não é pensada como tendo uma ordem própria e irreduzível a leis de outros domínios e não há um compromisso com a singularidade da fala.

Quando se fala em prematuridade o que se destaca na literatura especializada são as adversidades e consequências orgânicas que marcam e/ou podem vir a marcar o corpo da criança. O que fica em aberto, são os efeitos que esse corpo afetado pode provocar no olhar do outro, que é a mola propulsora do desenvolvimento infantil.

REIS, Ângela Moreira. Atraso de Linguagem x “Alto Risco Neonatal”: Uma correlação positiva?. Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between prematurity and possible damages in language acquisition and its consequences for the overall development of the child. In addition, reflect upon the criteria that guide the monitoring child's development.

Method: Nine records produced by the Follow-Up program of a maternity in Salvador/BA, between the years 2010 and 2013, analyzing the speech therapy of preterm born children of both sexes were selected. The information concerning the linguistic aspects of the children's development were analyzed qualitatively, considering the theoretical framework established by field studies of language acquisition that influence speech therapist.

Results: It was hence concluded that the clinical concepts used by professionals are based on an evolutionary perspective of gradual development of language, which is based on theoretical framework of cognitive nature of psycholinguistics.

Conclusion: The diagnosis-speech model is often conducted the medical clinical practice format, therefor being causalist and classificatory, in which language is not thought of as having proper and irreducible to laws of other areas along with the lack of commitment to the uniqueness of speech.

When it comes to prematurity, specialized literature emphasize the adversity and organic consequences that mark and/or may mark the child's body. What is left to discussion, are the effects of affected body towards the gaze of the others, which is the mainspring of child development.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	I
2. MÉTODOS	II
3. RESULTADOS	III
4. DISCUSSÃO	VI
4.1 LINGUAGEM E PREMATURIDADE	VIII
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	X
REFERÊNCIAS	XI
ANEXO I.....	XVI
ANEXO II.....	XVIII
ANEXO III.....	XXIV
.....	XXIV

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil no Brasil vem decrescendo ao longo dos anos e um dos motivos para isso são os avanços tecnológicos contemporâneos nos cuidados pré, peri e pós-natal¹. Nesse contexto, nota-se o aumento da sobrevivência de um maior número de crianças nascidas em situações desfavoráveis, especialmente as que apresentam baixo peso ao nascer e/ou prematuridade^{2, 3, 4, 5}. No entanto, apesar do aumento da sobrevivência de prematuros, a prematuridade ainda é a principal causa de mortalidade e morbidade neonatal⁶.

Em vista disso, é comum a longa permanência desses bebês em Unidade intensiva neonatal, o que fragiliza o processo de desenvolvimento do organismo, que ocorre em condições não fisiológicas e adversas, com a exposição a grandes riscos^{7, 8}. Desse modo, além da importância de se modificar a atenção ao recém-nascido durante o período de internação hospitalar, é imprescindível possibilitar-lhes o cuidado continuado após a alta hospitalar em razão principalmente do aumento de crianças prematuras com sequelas⁹.

A atenção humanizada ao nascimento surgiu justamente da necessidade de melhorar e humanizar os cuidados prestados a essas crianças e famílias, assim sendo, irromperam-se políticas e ações como o Método Mãe-Canguru (portaria nº. 693 de 5/7/2000)¹⁰, a iniciativa Hospital amigo da criança¹¹ e a estratégia Rede Cegonha (portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011)¹², com o intuito de promover um melhor nascimento para as crianças consideradas de risco. Em consonância com tais políticas, os serviços ambulatoriais de acompanhamento de recém-nascidos de alto risco (*Follow Up*) foram elaborados para acompanhamento sistematizado de crianças consideradas de alto risco neonatal, com o intuito de detectar antecipadamente possíveis desvios e fatores prejudiciais ao desenvolvimento e assim realizar as intervenções precoces^{2, 13}.

As alterações associadas aos recém-nascidos considerados de risco são variadas e englobam desde dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento até anormalidades neuromotoras. No que concerne à linguagem, a literatura especializada afirma que esses indivíduos frequentemente apresentam dificuldades nesse campo, dentre elas, atraso no seu processo de aquisição. Também é comum o relato de que os diagnósticos das patologias de linguagem nessas crianças são, muitas vezes, tardios, o que prejudicaria o trabalho dos profissionais que atuam com as medidas terapêuticas^{9, 14}. No presente estudo o objetivo é analisar a relação entre prematuridade e possíveis prejuízos na aquisição de linguagem, bem como suas consequências para o desenvolvimento global da criança. Além disso, pretende-se realizar uma reflexão a respeito dos critérios que norteiam o acompanhamento desse aspecto do desenvolvimento infantil.

Buscar-se-á auxiliar no estabelecimento de critérios teoricamente sustentados para otimizar e tornar mais efetivo o acompanhamento e encaminhamento de crianças prematuras com possíveis alterações de linguagem, possibilitando intervenções terapêuticas precoces e minimizando, assim, os efeitos a longo prazo de tal dificuldade.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa, realizado com a observância das normas éticas propostas pelo Conselho Nacional de Saúde para a realização de pesquisas com seres humanos e aprovação do Comitê de Ética da instituição em que foi realizado (CAAE: 44099515.5.0000.5543; Parecer n. 1.035.640). O protocolo de pesquisa previu a revisão de dez prontuários clínicos de participantes que fizeram parte de um “Programa de *follow-up* de uma maternidade baiana, entre os anos de 2010 e 2013.” Os registros foram feitos por fonoaudiólogos.

Para a pesquisa foram selecionados nove registros do acompanhamento fonoaudiológico de crianças nascidas pré-termo, de ambos os sexos, realizados no Programa de *Follow-Up* de uma maternidade de Salvador/ BA, entre os anos de 2010 e 2013. Estes foram os critérios de inclusão: a) Registros de crianças prematuras atendidas periodicamente pelo Programa de *Follow-Up* a partir do ano de 2010 e que permaneceram em acompanhamento até o ano de 2013. Diante da possibilidade de terem ocorrido faltas ao longo do processo de acompanhamento, consideraram-se os registros de crianças acompanhadas periodicamente as que compareceram em um maior número de atendimentos; b) Haver registro de suspeita de dificuldade ou alteração no processo de aquisição de linguagem ao longo do acompanhamento.

O procedimento de coleta de dados ocorreu da seguinte maneira: a) Consulta a todos os prontuários de crianças nascidas no ano de 2010 e registros dos pacientes admitidos no Programa nesse período (n=53); b) Seleção dos registros dos pacientes que permaneceram acompanhados entre os anos de 2010 e 2013 (n=18); c) Seleção dos registros dos pacientes que tiveram o diagnóstico de alteração de linguagem ou foram encaminhados para avaliação ou tratamento fonoaudiológico pela equipe do *Follow up* (n=9).

No serviço em questão, a frequência dos atendimentos é organizada desse modo: de zero a seis meses o atendimento é mensal; de sete meses a um (1) ano, bimensal; de um (1) a dois anos, o agendamento é feito no intervalo de três a quatro meses; entre dois e quatro anos de idade, as consultas ocorrem a cada seis meses; e de quatro a sete anos, o acompanhamento é anual. Assim, os prontuários selecionados foram ordenados de acordo com o maior número de comparecimentos aos atendimentos agendados conforme mencionado acima e, em caso de haver igualdade no número de comparecimentos, pela ordem de entrada no serviço.

Sobre os critérios de análise dos resultados, o instrumento que orienta a condução das observações do desenvolvimento infantil feita ao longo do processo de *Follow up* constitui-se de seis tópicos: estado geral de saúde, padrão alimentar, hábitos parafuncionais, aspectos auditivos, aspectos linguísticos, observações/orientações/encaminhamentos. Tendo em visto o objeto de estudo do presente trabalho, a análise foi direcionada aos registros referentes às observações quanto aos aspectos linguísticos do desenvolvimento da criança.

Os dados foram tabulados e analisados a partir de referenciais teóricos consagrados pelo campo de estudos da aquisição de linguagem¹⁵ e que exercem forte influência sobre a clínica fonoaudiológica¹⁶.

1. Empirismo, abordagem teórica na qual a linguagem tem função representativa, tomada como resultado de um processo de aprendizagem. Neste caso, a aquisição da linguagem é um processo de aprendizagem por meio de imitação e obedecem as condições de maturação, perfeição biológica, desenvolvimento psicológico e estimulação ambiental, ou seja, só adquire linguagem a criança posturada para imitação, com algum conhecimento sobre o mundo e estimulada por indivíduo que lhe ofereça modelos adequados e suficientes. Essa teoria é interpretada pelo viés skinneriano, proposta conhecida como Comportamentalismo no campo de aquisição de linguagem.
2. Racionalismo, abordagem teórica em que a linguagem é tomada como uma faculdade específica, resultante de um saber prévio e biologicamente determinado. Supõe a determinação da linguagem pela mente (cérebro) e considera um valor representativo para a linguagem como uma faculdade ou parte da dotação biológica da espécie, sendo a linguagem um conhecimento e sua aquisição e desenvolvimento resultante de um saber biologicamente determinado. Na área de aquisição de linguagem essa teoria é representada pela proposta inatista de Chomsky.
3. A tradição dialética, na qual a linguagem tem um papel constitutivo, fruto de um processo interacional. Neste caso, lateraliza-se a ideia de nascimento e corpo pronto destinado à previsão e controle dos seus atos e destinos; rejeita-se a ideia de aquisição por atualização ou aprendizagem e postula a de construção. Essa teoria é representada na aquisição de linguagem pelo cognitivismo e sociointeracionismo, tendo como expoentes dessa tradição Piaget e Vygotsky, respectivamente.
4. Interacionismo em aquisição de linguagem, o qual compreende a aquisição de linguagem como um processo de mudança de posição da criança em relação à Língua, ao outro e a si própria. É uma proposta brasileira pautada no estruturalismo Europeu de acordo com a visão de Saussure, Jakobson e Benveniste e na psicanálise lacaniana.

3. RESULTADOS

Na tabela I em anexo, apresentam-se os aspectos gerais de identificação e os aspectos clínicos do pré e pós-parto. Na tabela II em anexo, expõem-se os registros de observações referentes aos aspectos linguísticos do desenvolvimento da criança e as observações/orientações/encaminhamentos propostos no atendimento. A análise também foi direcionada a este último tópico, pois as condutas e informações registradas estão correlacionadas com os aspectos linguísticos.

O primeiro ponto que chamou atenção na tabulação dos dados foi o índice alto de faltas ao longo do processo de acompanhamento, o que pode ser visualizado na figura II pelos espaços deixados em branco na tabela. Conforme mencionado anteriormente, de acordo com a orientação de frequência no serviço de acompanhamento em questão, de zero a seis meses o atendimento deveria ser mensal; de sete meses a um (1) ano, bimensal; de um (1) a dois anos, o atendimento deveria ocorrer no intervalo de três a quatro meses; entre dois e quatro anos de idade, a cada seis meses; e de quatro a sete anos, anualmente. Note-se que, no Programa de *Follow up* adotado, aos três anos de idade, a criança deveria

¹ter comparecido em média a quinze atendimentos. Mesmo que esse número de frequência possa ser um tanto variável, já que as crianças só passam a ser acompanhadas pelo *follow up* após a alta hospitalar e o período de internação pode se estender aos primeiros meses de vida do sujeito, a adesão ao programa esteve comprometida em nossa amostra. O sujeito com maior adesão ao serviço compareceu apenas a onze atendimentos, sendo a última consulta realizada aos quatro anos e dois meses; e o sujeito com menor adesão esteve apenas em quatro atendimentos, sendo a primeira consulta somente aos três anos e um mês e a última aos quatro anos e oito meses.

Com relação às observações registradas quanto ao processo de aquisição de linguagem especificamente, optamos por realizar uma análise que tomasse como referência o registro de cada atendimento, buscando encontrar tendências na forma de acolher e referenciar a linguagem em cada etapa observada.

No primeiro atendimento, os sujeitos tinham entre três meses e duas semanas de idade (IGC: Um mês e duas semanas) e três anos, um mês e vinte e oito dias de idade (IGC: Três anos e dezenove dias). Em grande parte dos atendimentos das crianças mais jovens a linguagem foi registrada por meio de termos como: “arrulhos” e “balbucio”, e as orientações referiram-se à “estimulação de linguagem”. As escritas também remetem ao vocabulário esperado para crianças com idades mais próximas de três anos (número de palavras que a criança entende e utiliza), relacionando-o ao desenvolvimento gradual da linguagem. Além disso, informações sobre comportamento, modo de brincar e ambiente escolar associado à linguagem; aspectos semânticos (compreensão da fala) e desenvolvimento fonológico relacionado à idade cronológica.

No segundo atendimento, os sujeitos participantes tinham entre quatro meses e dois dias de idade (IGC: Dois meses e vinte dias) e três anos, cinco meses e dois dias de idade (IGC: Três anos, três meses e dezenove dias). Na maioria dos atendimentos os seguintes registros “Arrulhos” e “Estimular Linguagem” foram destacados. Além disso, nota-se que as escritas remetem também ao vocabulário esperado (quantidade de palavras que a criança entende e utiliza) ao desenvolvimento fonológico ocorrendo em etapas segundo a idade cronológica. A novidade está na referência a “aspectos pragmáticos” da linguagem, compreendidos como compondo um nível relacionado ao desenvolvimento linguístico.

No terceiro atendimento, os participantes possuíam entre sete meses e dois dias de idade (IGC: Cinco meses e dois dias) e quatro anos, um mês e vinte e sete dias (IGC: Quatro anos e dezoito dias). Assim como nos atendimentos anteriores, também foram mencionadas repetidamente as expressões “Balbucio”, “Arrulhos” e “Estimular linguagem”. Do mesmo modo, as observações também relacionam o modo de brincar e a quantidade de palavras que a criança entende e utiliza com o desenvolvimento da linguagem; a avaliação do “desenvolvimento pragmático” é analisado como parte do desenvolvimento linguístico; há a associação entre o comportamento da criança e linguagem e o desenvolvimento semântico (compreensão) de acordo com a idade cronológica.

¹ A idade gestacional corrigida (Sigla IGC) traduz conceitualmente o ajuste da idade cronológica em detrimento do grau de prematuridade.

O quarto atendimento ocorreu entre um ano e um mês de idade (IGC: Aproximadamente um ano) e quatro anos, oito meses e dezesseis dias de idade (IGC: Quatro anos, sete meses e sete dias). Da mesma maneira que nos outros atendimentos, o termo “Estimular linguagem” foi mencionado inúmeras vezes. Observam-se também a associação que se faz entre o desenvolvimento da linguagem, a quantidade de palavras utilizadas pelas crianças, o aumento do vocabulário e a idade; assim como, a pragmática como nível relacionado ao desenvolvimento linguístico; a relação entre o comportamento e linguagem; o nível de compreensão de palavras e desenvolvimento fonológico por etapas de acordo com a idade cronológica; informações sobre o ambiente escolar relacionado à linguagem; e sobre aspectos fonoarticulatórios relacionados com a linguagem.

No quinto atendimento, os sujeitos tinham entre um ano quatro meses e vinte e três dias de idade (IGC: Um ano, três meses e um dia) e três anos, onze meses e doze dias (Três anos, oito meses e dezoito dias). Novamente o termo “Estimular linguagem” foi mencionado inúmeras vezes durante os atendimentos. Vê-se que há uma relação entre o desenvolvimento da linguagem e o ambiente escolar; desenvolvimento evolutivo morfossintático (formação de frases/ quantidade de palavras) de acordo com a idade; relação entre comportamento e linguagem; aspectos pragmáticos relacionados ao grau de desenvolvimento linguístico e o desenvolvimento do nível semântico (relacionado à compreensão da linguagem de acordo com a idade cronológica).

No sexto atendimento, os participantes tinham entre dois anos, um mês e vinte e um dias de idade (IGC: Dois anos e nove dias) e quatro anos, um mês e vinte e quatro dias de idade (IGC: Quatro anos e doze dias). Mais uma vez, o termo “Estimular linguagem” foi mencionado na maioria dos atendimentos. Percebe-se também a relação entre o desenvolvimento da linguagem e o ambiente escolar; referências ao desenvolvimento morfossintático (formação de frases/ quantidade de palavras) de acordo com a idade; relação entre comportamento e linguagem e aspectos fonoarticulatórios relacionados com a linguagem.

No sétimo atendimento, os participantes tinham entre dois anos, quatro meses e vinte e oito dias de idade (IGC: Dois anos, três meses e dois dias) e três anos, nove meses e vinte e sete dias de idade (IGC: Três anos, sete meses e dezessete dias). O que há em comum nesses atendimentos é a referência que se faz ao ambiente/ desempenho escolar da criança. Além disso, menciona-se também a elaboração de frases/ quantidade de palavras de acordo com a idade; a relação entre comportamento e linguagem e o desenvolvimento fonológico relacionado à idade.

No oitavo atendimento, os sujeitos participantes tinham entre dois anos, nove meses e vinte e dois dias de idade (IGC: Dois anos, sete meses e seis dias) e quatro anos e sete meses de idade (Quatro anos, cinco meses e quatro dias). Nesses atendimentos nota-se a relação entre o ambiente escolar; comportamento e desenvolvimento da linguagem; e sobre os aspectos fonoarticulatórios relacionados à linguagem.

O nono atendimento ocorreu entre as idades de três anos, quatro meses e dois dias (IGC: Três anos, dois meses e dois dias) e três anos, cinco meses e sete dias (IGC: Três anos, três meses e doze dias). Nesses atendimentos, os registros relacionam a quantidade de palavras que a criança utiliza e o desenvolvimento

gradual da linguagem; o desenvolvimento fonológico por etapas de acordo com a idade cronológica e a linguagem relacionada ao comportamento.

O décimo e o décimo primeiro atendimento ocorreram aos três anos, dez meses e cinco dias (IGC: Três anos, oito meses e cinco dias) e aos quatro anos e dois meses (IGC: aproximadamente quatro anos), respectivamente. Estes foram realizados com um único sujeito e observa-se em ambos os registros a relação entre as palavras utilizadas pela criança e o desenvolvimento gradual da linguagem; destaca-se a ideia do desenvolvimento fonológico ocorrer por etapas de acordo com a idade cronológica.

Na figura I, em anexo, são apresentadas as correlações entre os termos mais utilizados para a descrição dos aspectos linguísticos nos registros de atendimentos analisados e as faixas etárias correspondentes.

4. DISCUSSÃO

Conforme mencionado anteriormente, o instrumento que orientou a condução das observações do desenvolvimento da linguagem, cujos registros foram analisados aqui é constituído pelos tópicos: estado geral de saúde, padrão alimentar, hábitos parafuncionais, aspectos auditivos, aspectos linguísticos e observações/orientações/encaminhamentos. Em todos os itens, incluindo os aspectos linguísticos, não há opções pré-estabelecidas pelo instrumento, mas sim linhas para anotação livre por parte do avaliador. Isso significa que as anotações refletem a posição teórico-clínica daquele que avalia.

No campo da fonoaudiologia, existem diversas tradições que sustentam a prática clínica na compreensão da linguagem. A posição clínica do profissional está relacionada com a compreensão da natureza e função da linguagem, bem como sua aquisição, sendo estes parâmetros sustentados por um ponto de vista teórico¹⁶.

Os achados desse estudo demonstram que na faixa etária de zero a dois anos de idade compõem sequencialmente os termos arrulhos, balbucio, primeiras palavras e ampliação de vocabulário. Após esse período, a linguagem passa a ser analisada por níveis de desenvolvimento linguístico. Note-se que, os registros de observação referentes à aquisição de linguagem são descritivos e se baseiam na da sequência típica de marcos do desenvolvimento da linguagem tal qual como comparece em manuais e guias como o de Papalia, Olds e Feldman¹⁷. Também se nota associação entre comportamento e linguagem, assim como a relação entre modo de brincar, ambiente escolar e linguagem. Orientações quanto à estimulação de linguagem são recorrentes nos atendimentos.

De modo geral, conclui-se que os conceitos clínicos utilizados pelos profissionais nos registros de observações dos aspectos linguísticos baseiam-se em uma perspectiva evolutiva, de desenvolvimento gradual da linguagem, a qual é fundamentada em referenciais teóricos da psicolinguística de cunho cognitivista. Exemplar desse raciocínio está presente em trabalhos como o de Acosta e colaboradores¹⁸.

Acosta e colaboradores¹⁸ elaboraram um plano de avaliação de linguagem que tem por objetivo analisar o comportamento linguístico da criança e os seus

resultados são interpretados com base no conhecimento do nível evolutivo da linguagem. Para os autores, essa metodologia de avaliação possibilita compreender a articulação e conexão dos diferentes componentes estruturais da linguagem, assim como as intenções comunicativas da criança (o que para eles são indícios do desenvolvimento do aspecto pragmático da linguagem). Acredita-se também que por meio deste plano também é possível definir o nível evolutivo do comportamento linguístico, mencionar a natureza do problema e elaborar o programa de ensino que será desenvolvido para determinado caso. Note-se que a terapia de linguagem é referenciada como programa de ensino, o que nos coloca diante de uma perspectiva adaptativa e pedagógica de recuperação do sintoma entendido como déficit.

Nessa perspectiva, o conteúdo da avaliação proposta pode abarcar, conforme seleção do profissional, as bases anatômicas e funcionais, as dimensões/níveis da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática) e os que eles denominam processos da linguagem (compreensão, produção e desenvolvimento cognitivo). As bases anatômicas e funcionais são constituídas pela audição e fonação. As dimensões da linguagem envolvem: (1) as formas da linguagem do ponto de vista fonológico, que avalia a compreensão e produção do sistema fonológico e os processos de linguagem, morfossintático, que analisa como as palavras são elaboradas através de combinação de unidades e também estuda as estruturas das frases e associações entre esses componentes; (2) o conteúdo da linguagem: composta por aspectos referentes ao conteúdo semântico, que estuda o significado do léxico e número de palavras entendidas e utilizadas pela criança e; (3) o uso da linguagem, referente à pragmática, que avalia as funções comunicativas e do discurso. A avaliação dos processos de linguagem abrange o exame da compreensão, que é a análise do que a criança é capaz de compreender, e da produção, o conhecimento que a criança tem sobre a linguagem e sua expressão. O desenvolvimento cognitivo nesses processos é avaliado para trazer dados sobre o desenvolvimento da inteligência que auxiliam na compreensão dos diferentes ritmos de aquisição da linguagem.

Acosta e colaboradores¹⁸ consideram que a aquisição e desenvolvimento da linguagem dependem de variáveis como a maturidade neurológica, a maturação dos “órgãos periféricos da linguagem”, o desenvolvimento cognitivo e os contextos em que a criança está inserida. Dessa forma, nos primeiros meses de vida, a criança estaria num período pré-linguístico, pois a linguagem ainda não estaria implantada e a criança utilizaria uma “proto-linguagem”, a qual possibilitaria sua comunicação com os demais sujeitos (por meio de sons/arrulhos, gestos, balbucios e etc).

Note-se que a aquisição de linguagem é compreendida como consequência de uma atividade cognitiva. Dessa forma, é a própria criança que se apropria da linguagem como um conhecimento e essa subjetividade é governada pela cognição¹⁹. Além disso, não se considera os efeitos significantes entre as falas, como por exemplo, o papel na organização e concatenação do diálogo e sua constituição subjetiva, isto é, não leva em consideração o “jogo da linguagem sobre a própria linguagem” (p.119). Assim sendo, a linguagem é apenas um acessório de comunicação, quer dizer, um veículo de suportes de conteúdos e significados construídos antes mesmo da linguagem existir para a criança¹⁹.

4.1 LINGUAGEM E PREMATURIDADE

A área fonoaudiológica foi influenciada pelo ideal de trabalho preventivo baseado no modelo cientificista característico da medicina, cujas ações estão pautadas em prevenção e/ ou intervenção precoce com o intuito de evitar ou minimizar alterações e sequelas. Nesse contexto, o bebê prematuro é introduzido no ambulatório fonoaudiológico de acompanhamento de risco devido a fatores anátomo-fisiológicos que podem acarretar alterações no desenvolvimento, incluindo a linguagem. Nota-se assim que é a noção de risco que justifica e direciona o acompanhamento fonoaudiológico de crianças prematuras^{20, 21}.

Estudos como os de Lamônica e Picolini²², Carlino, Lamônica e Alvarenga²³, Rodrigues e Silva²⁴ e Shii, Miranda, Isotani, Perissinoto²⁵ afirmam que a prematuridade é condição de risco para aquisições tardias e alterações da linguagem, sendo que essas alterações são justificadas pela relação de causalidade estabelecida entre a linguagem e a imaturidade neurológica e/ou as possíveis lesões neurológicas ocorridas no momento do nascimento. Vê-se que à noção de linguagem é atribuída a um sentido pré-determinado, subordinado à ordem orgânica, o que desconsidera o caráter singular da sua produção. Isso não significa que uma lesão no cérebro não possa ter efeitos no funcionamento da linguagem, o que está em discussão é a incorporação do referencial teórico da medicina na clínica de linguagem, o que reduz a linguagem e sua complexidade^{26, 27, 20, 21}.

Via de regra, o acompanhamento fonoaudiológico de bebês prematuros postula padrões de normalidade baseado em escalas de desenvolvimento que orienta os profissionais quanto aos possíveis sinais e desvios na evolução da linguagem que justificarão a intervenção precoce. Nesse caminho, o fonoaudiólogo firma o estabelecimento de um diagnóstico na existência de um padrão de desenvolvimento da linguagem das crianças e de acordo com esse padrão decide-se entre o normal e patológico. Dito de outro modo, o procedimento diagnóstico parte da ideia de desvio de um processo cronológico esperado^{28, 29, 20, 21}.

Estudo realizado por Girard²⁰ evidenciou a imprevisibilidade no desenvolvimento da linguagem da criança considerada de risco e destacou a contradição entre o que se prevê e o que emerge da prática clínica fonoaudiológica, pois foi demonstrado que não houve relação de causalidade direta entre o histórico médico e o desenvolvimento da linguagem. Essa noção de imprevisibilidade que circunda o desenvolvimento da linguagem de crianças prematuras impõe a construção de outras concepções sobre a linguagem que difiram dos conceitos de causalidade e normalidade da perspectiva prática da clínica organicista.

Lier-De Vitto e Carvalho¹⁹ questionam o referencial teórico que favorece a aplicação de instrumentos descritivos da linguística, pois esta noção teórica dissolve o que se manifesta como heterogêneo em uma série de categorias e regras específicas que são demonstradas pelas produções “erradas” das crianças, o que reduz a diversidade das manifestações da linguagem. Outro aspecto questionado é como a aquisição de linguagem é frequentemente compreendida pela clínica fonoaudiológica, ou seja, a partir de um referencial empirista ou cognitivista em que a linguagem enquanto objeto de conhecimento pode ser aprendida/apreendida aos poucos.

Diferente disso, Cláudia de Lemos³⁰ nos apresenta com outro olhar sobre a aquisição de linguagem. A autora e seus colaboradores partem de uma crítica à ideia de desenvolvimento da linguagem em parcelas e propõem a compreensão desse acontecimento como um processo de mudança de posição da criança em relação à língua, ao outro e a si própria. Nas palavras de De Lemos³⁰,

“[A aquisição de linguagem] foi definida como mudança de posição em uma estrutura, no sentido em que não há superação de nenhuma das três posições, mas uma relação que se manifesta, na primeira posição, pela dominância da fala do outro, na segunda posição, pela dominância do funcionamento da língua e, na terceira posição, pela dominância da relação do sujeito com sua própria fala (p.56).

O compromisso com a singularidade da fala da criança é a condição básica para a sua teorização, pois ao se deparar com esta fala influencia-se pelo seu caráter fragmentário, heterogêneo e irregular e nega-se a fazer dela uma “empíria a ser descrita pela linguística” (p.42)³⁰. Nessa perspectiva, o “vir-a-ser-falante não poderia ser visto como resultado de uma apropriação da linguagem [como processo cumulativo de conhecimento]. A ideia de aquisição cede lugar à concepção de uma trajetória de constituição subjetiva a partir dos efeitos de funcionamento da língua: efeitos de captura”³¹(p.28).

Dessa forma, De Lemos^{32,31} afirma que a linguagem tem um funcionamento com leis próprias irreduzíveis a outros domínios e esse funcionamento é o que determina tanto o processo de estruturação da fala como o de subjetivação. Essa afirmação é complementada pela autora quando diz que “as transformações na fala das crianças serão assumidas como sendo estruturais, mais precisamente como mudanças de posição do sujeito relativamente à fala do outro, a língua e sua própria fala. O outro é instância do funcionamento da língua” (p. 21).

Tomar como referência a autonomia do funcionamento linguístico e sua alteridade em relação ao sujeito, impõe o distanciamento da compreensão da aquisição de linguagem com produto da relação sujeito-objeto, tal qual o aporte cognitivista defende. Trata-se, como já mencionado, de uma tríade que engloba criança, língua e outro, sendo que a língua existe em relação à fala, que é função do falante³⁰. Com isso, toda interação será compreendida a partir da relação a um terceiro: a Língua. O outro é um falante já constituído, alguém já submetido às leis de funcionamento da Língua, e a criança é “corpo cuja atividade demanda interpretação”³¹ (p.28).

Sobre esse processo de captura, a autora aponta três posições da criança nessa estrutura como explicativas da mudança, da passagem de não falante a falante: (1) Primeira posição: dominância da fala do outro, ou seja, fragmentos incorporados da fala do outro formam a fala da criança; (2) Segunda Posição: Dominância do funcionamento da língua que faz surgir erros de diversos tipos na fala da criança. Nesse caso, a criança é impermeável à correção e; (3) Terceira Posição: Dominância da relação da criança com a sua própria fala, ou seja, a criança diferencia a sua fala e a do outro. Nesse caso, aparecem reformulações e autocorreções.

Para o Interacionismo em aquisição de linguagem a diferença entre uma produção desviante, ou faltante, de uma não desviante é o efeito da patologia sobre a escuta do outro que estranha, ou não, a fala da criança²¹. Por isso, a família não deve ser excluída desse processo uma vez que é pela via da interpretação, oral, corporal ou gestual que é oferecida para as produções das crianças, que esta é introduzida na linguagem e, a partir do efeito de patologia sobre o outro ouvinte que a criança é levada para a clínica fonoaudiológica²¹.

Na perspectiva a criança irá conduzir-se através do testemunho do outro, pois antes desta identificar-se como instância subjetiva efetua-se pelo discurso tal reconhecimento, pelo qual a captura. Diante do enigma do desejo do outro e sua discursividade, concebe-se a estrutura que compõe a anterioridade que marca a existência subjetiva desta criança e sua entrada no campo da linguagem²¹.

De acordo com Girard²¹ a prematuridade e a previsibilidade do risco “apaga a singularidade do encontro com o corpo do *infans*, dado que o que resiste/insiste como apreensão do “olhar” do outro é o efeito exercido pela realidade deficitária e pela causalidade orgânica instituída pelo organismo” (pag. 56).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o processo diagnóstico é de extrema importância na prática clínica, pois deste provém à decisão entre a normalidade e a patologia, o que traz consequências para o sujeito. No que diz respeito à avaliação /diagnóstico da linguagem, esta depende da compreensão da natureza e função da linguagem, bem como sua aquisição e desenvolvimento, sendo estes parâmetros sustentados por um ponto de vista teórico^{33,16}. A questão é que o modelo diagnóstico-fonoaudiológico é muitas vezes conduzido pelo formato da prática clínica médica, causalista e classificatório. Dessa forma, a língua não é pensada como tendo uma ordem própria e irreduzível a leis de outros domínios e não há um compromisso com a singularidade dessa fala³³.

Como se pode notar, quando se fala em prematuros o que se destaca na literatura especializada são as adversidades e consequências orgânicas que marcam e/ou podem vir a marcar o corpo da criança. O que fica em aberto aqui, mas que se faz um caminho necessário para nossa reflexão, são os efeitos que esse corpo afetado pode provocar no olhar do outro sobre a criança - o que, como nos ensinou Bergès³⁴, é a mola propulsora do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Projeção da população do Brasil, 2013. Disponível em <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>.
2. Ferraz ST et al. Programa de Follow-up de Recém-nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar. Rev APS. 2010 Jan/mar; 13 (1): 133-139.
3. Vêras RM, Yépez MA. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. Estudos Feministas. 2010 jan-abr; 18(1): 61-80.
4. Goulart AL, Morais MB, Kopelman BI. Impacto dos fatores perinatais nos déficits de crescimento de prematuros. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(3): 272-279.
5. Pessoa TA, Martins CB, Lima FC, Gaíva MA. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. Av Enferm. 2015; 33(3): 401-411.
6. Federação Brasileira das associações de ginecologia e Obstetrícia (BR). Manual de Perinatologia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013. 118 p.
7. Silva CA et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. Rev Paul Pediatr. 2011 Sept; 29 (3): 328-35.
8. Otoni AC, Grave MT. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 maio/ago.; 25(2): 151-8.
9. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. Texto Contexto Enferm. 2009 Jan-Mar; 18(1): 74-82.
10. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso Método Mãe Canguru. In: Ministério da Saúde. Brasil, 2002.
11. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. In: Ministério da Saúde. Brasil, 2008.
12. Política da rede cegonha. In: Ministério da Saúde. Brasil, 2011.
13. Pinto ACM. Avaliação da assistência e da saúde do recém-nascido de alto risco no Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, 2006-2009 (Dissertação). Minas Gerais: Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
14. Cunha MC, Silva MF, Palladino, RR. Hospitalizações precoces e problemas de linguagem oral: coocorrências em crianças. Distúrb Comum. 2014 Sept; 26 (3): 576-

585.

15. Scarpa EM. Aquisição da Linguagem. In: Mussalim F, Bentes AC. (orgs). Introdução à linguística: domínios e fronteiras. São Paulo. Cortez; 2001. p. 203-232.

16. Palladino RR. Desenvolvimento da Linguagem. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SC. Tratado de Fonoaudiologia. Editora Roca Ltda. São Paulo. Roca; 2005. 763-771.

17. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. 10^a ed. Porto Alegre: Editora McGrawHill; 2010.

18. Acosta VM, Moreno A, Ramos V, Quintana A, Espino O. Avaliação da Linguagem: Teoria e Prática do Processo de Avaliação do Comportamento Linguístico Infantil. Aljibe. SL. Livraria Santos Editora. 2003, A linguagem como objeto de avaliação; 17-31.

19. De Vitto MFL, Carvalho GM. Interacionismo em aquisição de linguagem. In: Quadros R, Fingerman I. Teorias de aquisição de linguagem. Florianópolis. Edufsc; 2008.

20. Girard AL. O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães (Dissertação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Fonoaudiologia, Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia; 2003.

21. Girard AL. A Clínica com Bebês: entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

22. Lamônica DAC, Picolini MM. Habilidades do desenvolvimento de prematuros. Rev CEFAC. 2009; 11 (2): 145-153.

23. Carlino FC, Lamônica DAC, Alvarenga KF. Avaliação da função auditiva receptiva, expressiva e visual em crianças prematuras. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2010 Jan-mar; 22(1): 19-24.

24. Rodrigues OMPR, Bolsoni-Silva AT. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. Rev. bras. crescimento desenvolvimento hum. 2011; 21 (1): 111-121.

25. Shii C, Miranda CS, Isotani SM, Perissinoto J. Caracterização de comportamentos linguísticos de crianças nascidas prematuras, aos quatro anos de idade. Rev CEFAC. 2006 abr-jun; 8 (2): 147-54.

26. Vasconcellos R. Paralisia Cerebral: a fala da escrita (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1999.

27. _____. Organismo e Sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). São Paulo: Pontifícia

Universidade Católica; 2010.

28. Arantes L. Diagnóstico e Clínica de Linguagem (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica; 2001.

29. Andrade L. Procedimento de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: Lier-DeVitto MF, Arantes L. : Aquisição, patologias e clínica de linguagem, Vol. 1 FAPESP, São Paulo: EDUC; 2006. 349-360.

30. Lemos CTG. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação *. Cad Est Ling. Jan./Jun. 2002; (42): 41-69. Campinas, (42): 41-69.

31. De Lemos, CTG. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: Lier-DeVitto MF, Arantes L. Aquisição, patologias e clínica de linguagem. Educ. São Paulo: FAPESP; 2006.

32. De lemos, CTG. Prefácio. In: Perroni, MC. Desenvolvimento do discurso narrativo. São Paulo: Martins Fontes, 1992b.

33. Arantes L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. In: Lier-DeVitto MF, Arantes L. Aquisição, patologias e clínica de linguagem. Vol. 1, FAPESP. São Paulo; EDUC. 315-329.

Tabela I - Aspectos gerais de identificação e aspectos clínicos do pré e pós-parto

<u>Sujeitos</u>	<u>Idade gestacional</u>	<u>Tipo de parto</u>	<u>Peso ao nascer</u>	<u>Complicações na gestação</u>	<u>Suspeita Diagnóstica</u>
<u>1</u>	32s 3d	Parto Cesário	2146g	Hipertensão arterial sistêmica/ Diabetes gestacional	Muito baixo peso; síndrome da angústia respiratória; icterícia; hipoglicemia; infecção perinatal; granuloma; Síndrome fetal alcoólica.
<u>2</u>	32s e 2d	Parto Cesário	2.140 g	Hipertensão Gestacional	Doença hipertensiva específica da gravidez; taquipnéia transitória do recém-nascido; Icterícia; Risco de hipertensão intracraniana.
<u>3</u>	34 sem	Parto Natural	1584 g	Infecção do trato urinário sem tratamento	Recém-nascido pré-termo tardio; pequeno para idade gestacional; baixo peso; Risco infeccioso; diabetes melitus; hipoglicemia; Icterícia tardia.
<u>4</u>	33 sem	Parto Cesário	1798 g	Pré-eclâmpsia	Icterícia; prematuridade
<u>5</u>	30 s	Parto Cesário	1434g	Oligodramnia/ parto pélvico	Recém-nascido prematuro extremo; muito baixo peso; doença respiratória pulmonar; Risco infeccioso (cerclagem); anemia; apnéia do prematuro; Icterícia neonatal; Síndrome fetal alcoólica; sepse tardia, colestase neonatal, nutrição parenteral (cateter central de inserção periférica); risco para hemorragia intracraniana e retinopatia da prematuridade.
<u>6</u>	34 s 2 d	Parto Cesário	1992 g	Perda de líquido amniótico durante a gestação/ hipotensão	Recém-nascido pré-termo tardio; baixo peso; doença respiratória pulmonar; risco infeccioso, icterícia tardia.
<u>7</u>	32s	Parto Cesário	1950 g	Hipertensão gestacional/ Diabetes gestacional	Recém-nascido pré-termo moderado; baixo peso; doença respiratória pulmonar; icterícia neonatal tardia; hipocalcemia discuta.
<u>8</u>	28s	Parto Cesário	958 g	Bolsa rota	Recém-nascido pré-termo extremo; extremo baixo peso; Síndrome do desconforto respiratório; anóxia perinatal provável; infecção perinatal; icterícia tardia; insuficiência mitral.

<u>9</u>	34s 4d	Parto natural	2.210g	Sem causa aparente	RNPT tardio; baixo peso; doença respiratória pulmonar; taquipnéia transitória do recém-nascido; risco infeccioso prematuridade sem causa; risco infecções congênitas- sem sorologia.
----------	--------	---------------	--------	--------------------	--

ANEXO II

Tabela II- Aspectos Linguísticos e Orientações, encaminhamentos e observações.

Sujeitos	Atendimento I	Atendimento II	Atendimento III	Atendimento IV	Atendimento V	Atendimento VI	Atendimento VII	Atendimento VIII	Atendimento IX	Atendimento X	Atendimento XI
I	IG:8m IGC:6m “Balbucio, estimular linguagem”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros.	IG:10m IGC:8m “Fala algumas palavras (mamãe, papai e água) aponta e vocaliza para demonstrar intenção comunicativa”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Sobre estimulação/ Acompanhamento do desenvolvimento da audição / linguagem”.	IG:1a18d IGC:10m “Fala algumas palavras e de acordo com relatos do pai é tagarela. Aumento progressivo do vocabulário e bom comportamento interativo. Aspectos pragmáticos presentes. Orientados a estimular”; Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros.	IG:1a4m8d IGC:1a3m16d “Ampliando vocabulário, boa socialização e interação”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular a linguagem”	IG:1a11m IGC: 1a9m: “Boa pragmática. Iniciando o processo de formar frases (duas palavras), já conhece as partes do corpo. Estimular linguagem”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Pai já quer matricular na escola p/ iniciar no 1º semestre de 2012”.	IG:2a2m IGC: Aprox. 2a “Mais vocalizações, boa socialização, convívio com outras crianças. Estimular linguagem”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular Linguagem. Deixou escola para próximo ano”.	IG:2a4m28d IGC:2a3m2d “Entrou na escola (boa socialização), fala frases/trocas (processos fonológicos), boa interação/obedece, compreende”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Limites (pai e mãe)”.	IG:2a9m22d IGC: 2a7m6d “Limites: Mãe já mudou algumas coisas (postura) e pai mantém postura passiva”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.	IG:3a4m2d IGC: 3a2m2d “Fala adequada para idade, melhorou limites”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos	IG:3a10m5d IGC: 3a8m5d “Fala adequada para idade, observo algumas trocas (r-l) (S-s)”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Genitora orientada a estimular o som “r”. Orientada ao treino fralda (retirada total)”.	IG:4a2m IGC:Aprox. 4a “Fala adequada para idade, observo uma distorção no (r-l)”. Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Orientado a genitora estimulação do som do “r””.

II	<p>IG: 3m27d IGC: 2m13d</p> <p>“Sem registros”</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 4m2d IGC: 2m20d</p> <p>“Arrulhos. Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 9m20d IGC: 8m6d</p> <p>“Arrulhos, Intencionalidade . Expressão Facial (Para dirigir atenção conjunta)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 1a1m IGC: Aprox. 1a</p> <p>“Primeiras palavras “mamãe”, “papai”, “vovó”, boa interação, intenção comunicativa”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Orientação quanto a estimulação de linguagem”.</p>	<p>IG: 1a4m23d IGC: 1a3m1d</p> <p>“Primeiras palavras, estimular linguagem, boa interação e compreensão”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 2a1m21d IGC: 2a9d</p> <p>“Entrará na escola ou creche no próximo ano, boa interação, forma frases, estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 2a7m22d IGC: 2a6m10d</p> <p>“ Já entrou na escola, está tudo ok. Comportamento /observar limites, estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 3a2m11d IGC: 3a1m</p> <p>“Reforçado aspecto dos limites, estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Estimular linguagem</p>	<p>IG: 3a5m7d IGC: 3a3m13d</p> <p>“Estimular linguagem. Orientação para a gagueira”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular Linguagem. Orientações para a gagueira”.</p>		
III	<p>IG: 3m2s IGC: 1m2s</p> <p>“Sem registros”</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 4m28d IGC: 3m3d</p> <p>“Balbucio Presente (Sic-mãe)”</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimulação/ Acompanham ento do desenvolvim ento – Caderneta de Saúde”.</p>	<p>IG: 7m2d IGC: 5m2d</p> <p>“Balbucio – Adequado para IGC”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “ Estimular linguagem. Orientações sobre idade corrigida para acompanhament o do desenvolvim ent o”.</p>	<p>IG: 1a3m17d IGC: 1a1m15d</p> <p>“Primeiras palavras, orientações quanto estimulação de linguagem/ limites”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “ Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 2a17d IGC: 1a10m21d</p> <p>“Fala bastante, forma frases de duas palavras ou mais, inteligíveis, segundo o pai. Não falou muito durante o atendimento (palavras isoladas)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 2a6m7d IGC: 2a4m11d</p> <p>“Conversando bastante. Sem intercorrências, Escola: próximo ano”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Escola: próximo ano!”.</p>	<p>IG: 2a11m IGC: 2a9m4d</p> <p>“Bom desenvolvimento da linguagem oral, bem comunicativa, está na escola”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 4a7m IGC: 4a5m4d</p> <p>“Ceceo anterior, encaminhado para avaliação Fonoaudiológica”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhado para avaliação Fonoaudiológica”.</p>			
IV	<p>IG: 6m4d IGC: 3m28d</p>	<p>IG: 8m13d IGC: 6m</p>	<p>IG: 10m28d IGC: 8m14d</p>	<p>IG: 1a1m2d IGC: 11m7d</p>	<p>IG: 1a9m9d IGC: 1a7m20d</p>	<p>IG: 2a5m7d IGC: 2a3m18d</p>	<p>IG: 2a10m28d IGC: 2a8m9d</p>	<p>IG: 4a13d IGC: 3a10m9d</p>			

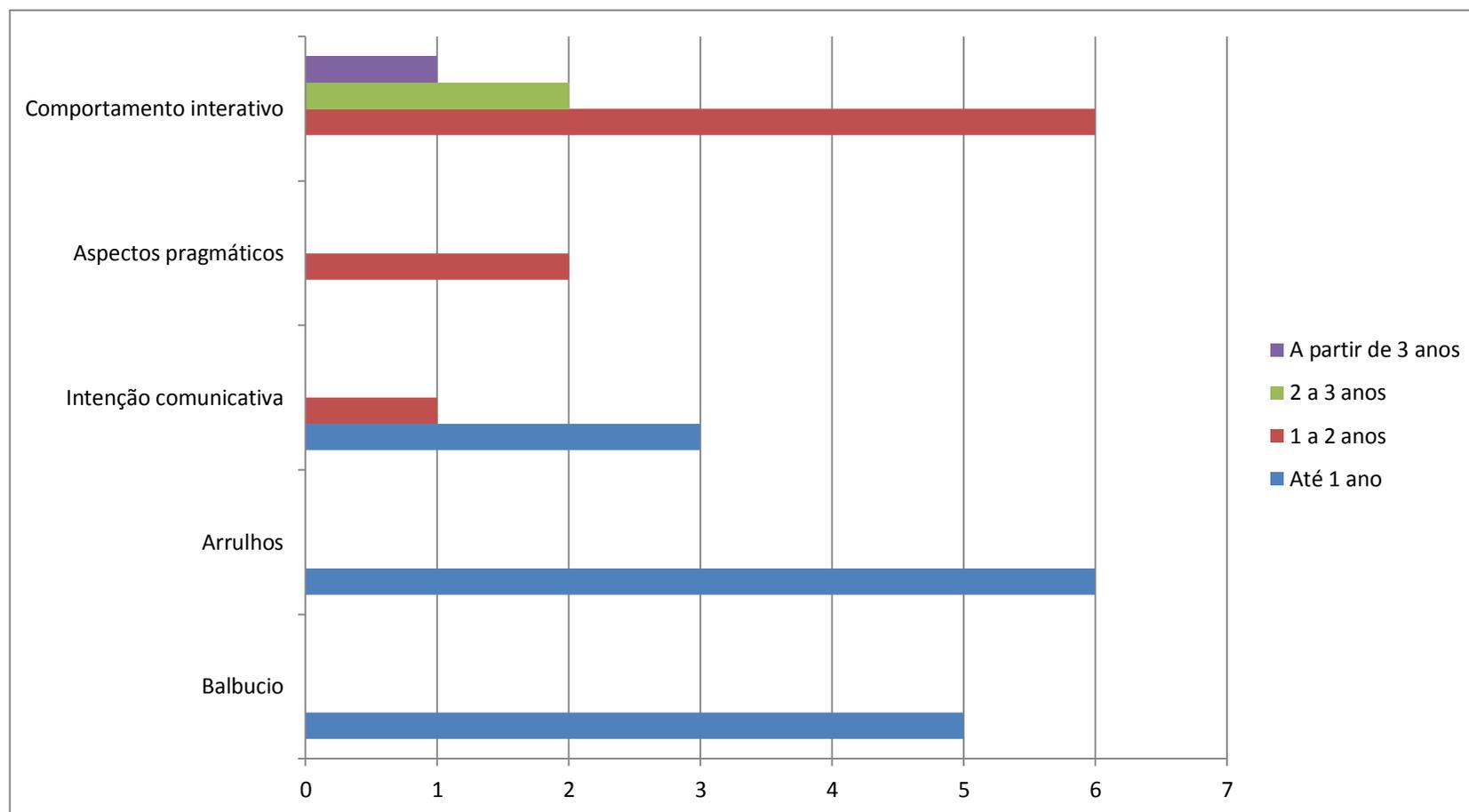
	<p>“Balbucio, localiza o som (segundo genitora)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular Linguagem”.</p>	<p>“Arrulhos, vocalizações – Orientada a estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Sem registros quanto aos aspectos linguísticos”.</p>	<p>“Balbucio/ Intenção comunicativa (bastante expressivo - vocalizações). Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular Linguagem”.</p>	<p>“Mais vocalizações. Boa interação/compreensão. Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>“Primeiras palavras “mamãe” / “vovó” / “água”. Estimular Linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>“Forma frases (ininteligibilidade?). Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>“Leitura labial, inteligibilidade alterada e voz anasalada (conversa bastante)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Sem registros quanto aos aspectos linguísticos”.</p>	<p>“Faz fonoterapia no CEPRED. Fazendo adaptação na escola (aumentará a frequência próximo ano)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Sem registros quanto aos aspectos linguísticos”.</p>			
V	<p>IG: 1a3m4d IGC: 1a2m22d</p> <p>“Fala algumas palavras (mamãe, papai, cocô), boa exploração dos objetos, boa compreensão. Orientado sobre limites”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular a linguagem”.</p>	<p>IG: 1a1m19d IGC: 11m9d</p> <p>“Holófrase, pouco contato com outras crianças. Atraso de linguagem. Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular a linguagem”</p>	<p>IG: 2a10d IGC: 1a10m10d</p> <p>“Fica com o pai/sobrinhos, atraso de linguagem (brinca da mesma forma “batendo o brinquedo/ brincadeiras infantilizadas “achou/esconder)”, Estimular linguagem (repetição)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhar terapia Fonoaudiológica (Unime) / Psicologia”.</p>	<p>IG: 2a6m28d IGC: 2a4m8d</p> <p>“Dificuldade para obedecer, atraso de linguagem, já havia sido encaminhado para fonoterapia”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Terapia Fonoaudiológica Unime! Não foi para psicóloga Se não fizer, desligar fonoaudiologia”.</p>	<p>IG: 2a10m25d IGC: 2a8m15d</p> <p>Não foi para terapia. Guarda Lista de espera Unime. Atraso de linguagem importante (espectro autístico? Tdah?)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Terapia Fonoaudiológica / Se não procurar desligar da Fonoaudiologia”.</p>	<p>IG: 3a3m IGC: 3a1m10d</p> <p>“Encaminhamento para terapia Fonoaudiológica Clifi/Cedaf. Tentou em vários lugares e não conseguiu vaga (APAE, Uneb, Posto Amo, Unime). (TDAH? Atraso de linguagem?). Não consegue assistir um filme até o final. Na escola, professora se queixa que ele é muito agitado. Fala ininteligível”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Aguardo terapia Fonoaudiológica.</p>	<p>IG: 3a9m27d IGC: 3a7m17d</p> <p>“Fonoaudiólogo (Ceifir), passou exercícios de Motricidade Orofacial e disse que não era necessária terapia. Continuo persistindo Atraso de linguagem. Procurar Cedaf. (TDAH? Atraso linguagem?)” Fala ininteligível”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhado Cedaf – Terapia Fonoaudiológica”.</p>				

			Estimular Linguagem".			Se não desligar do atendimento pela última vez.					
VI	IG: 3m2s IGC: 2m "Arrulhos" Orientações/ encaminhamentos/ observações: "Desenvolvimento da linguagem e da audição."	IG: 6m1s IGC: 4m3s "Orientada a estimular". Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros	IG: 9m25d IGC: 8m13d "Iniciando primeiras palavras (mama, papá) – esporádico. Imitação / verbalizações. Brinquedos com som – Explora o objeto. Faz estimulação precoce (CEPRED)- estimular linguagem". Orientações/ encaminhamentos/ observações: "Estimular linguagem".	IG: 1a2m18d IGC: 1a1m6d "Primeiras palavras – maior vocabulário (neném, dá, etc). Compreende ordens simples / Boa prosódia, interação dialógica". Orientações/ encaminhamentos/ observações: "Estimular linguagem".	IG: 2a8m17d IGC: 2a7m5d "Entrou na escola (fala infantilizada). Orientações à mãe, fica com a avó – deixar ela mais independente. Fala- forma frases". Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.	IG: 4a1m24d IGC: 4a12d "Ceceio anterior – Hipotonia de língua (cuidar para não ter mordida aberta)- mamadeira". Orientações/ encaminhamentos/ observações: "Sem registros".					

VII	<p>IG: 6m3s5d IGC: 4m3s5d</p> <p>“Arrulhos. Mãe orientada a estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 1a5m IGC: 1a3m4d</p> <p>“Primeiras palavras/ Atraso de linguagem (?). Estimular linguagem (Orientações)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Estimular linguagem”.</p>	<p>IG: 2a1m8d IGC: 1a11m12d</p> <p>“Atraso de linguagem (continuar fonoterapia)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>	<p>IG: 2a6m24d IGC: 2a4m2d</p> <p>“Atraso de linguagem (infantilização): vínculo com a mãe exacerbado. Encaminhado para psicologia (permite chupeta, usa fralda)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhado Psicologia Retirar chupeta e fralda urgente”.</p>	<p>IG: 3a23d IGC: 2a10m27d</p> <p>“Criança infantilizada, ainda em uso de fraldas e chupeta. Mãe resistente às orientações. Vocabulário com poucas palavras”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhada para psicologia. Retirar chupeta urgente”.</p>						
VIII	<p>IG: 6m6d IGC:3m12d</p> <p>“Arrulhos”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Sobre desenvolvimento Infantil”.</p>	<p>IG: 1a4m13d IGC:1a1m19d</p> <p>“Fala mama, vaca, água, papa”. Orientada a estimular”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Quanto a estimulação de linguagem, importância do ingresso na escola (a partir dos 2 anos)”.</p>	<p>IG: 1a10m22d IGC: 1a7m28d</p> <p>“Forma frases de duas palavras / comportamento tímido. Boa compreensão. Iniciou escola. Estimular linguagem”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Estimular linguagem.</p>	<p>IG: 3a4m27d IGC: 3a2m3d</p> <p>“Escola- Dificuldade para manter atenção. Estimular linguagem. Questões comportamentais – Psicologia (limites/ “mãe” refere autoritarismo)”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Encaminhado psicologia”.</p>	<p>IG: 3a11m12d IGC: 3a8m18d</p> <p>“Escola em tempo integral. Boa Compreensão Sem dificuldades na escola”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Sem registros quanto aos aspectos linguísticos.</p>						

IX	<p>IG: 3a1m28d IGC: 3a19d</p> <p>“Boa interação Linguística. Genitora refere que a criança fala errado. Não está na escola. Ocorrência de Omissões e trocas fonêmicas na fala espontânea”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Encaminhamento para avaliação Fonoaudiológica e acompanhamento (Feira). Aguardo notícia sobre marcação.</p>	<p>IG: 3a5m2d IGC: 3a3m19d</p> <p>“Genitora refere que a escola está em reforma. Diz que ainda mantém trocas e” fala errado “.Orientada a estimular em casa”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: Aguardo marcação com fonoaudiólogo (avaliação e acompanhamento) em Feira.</p>	<p>IG: 4a1m27d IGC: 4a18d</p> <p>“Avaliação Fonoaudiológica (Orientações mais exercícios em casa). Genitora disse que não voltou para fonoterapia. Refere está na escola”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Reorientada a voltar para fonoaudiólogo (fala ininteligível / infantilizada)”.</p>	<p>IG: 4a8m16d IGC: 4a7m7d</p> <p>“ Voz anasalada! Aguardo retorno da fonoterapia. Fala mais inteligível do que na última consulta”.</p> <p>Orientações/ encaminhamentos/ observações: “Omissão do // assistemático e /r/ sistemático. Aguardo fonoterapia”.</p>							
----	---	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO III

Figura I- Correlação entre os termos linguísticos mais frequentemente utilizados nos atendimentos e as faixas etárias correspondentes.

REVISTA CEFAC

Escopo e Política

A REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, Sumários.org, Gale, Eletronic Journals Service - Redalyc, ABEC, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins.

Tipos de Trabalhos

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de **70%** de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos cinco anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando a aprovação do Comitê de Ética e o número do processo, o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse e intervenção. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

Requisitos Técnicos

Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras). Gráficos, fotografias e ilustrações se caracterizam como figuras. Questionários podem vir como Anexo e devem, necessariamente, estar em formato de quadro.

Referências Bibliográficas

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: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/lijweb.pdf>.

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas.

Referencia-se o(s) autor (es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.* Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.