



A percepção materna do sintoma de linguagem em três casos de risco ao desenvolvimento e a busca por intervenção precoce

The maternal perception about language symptom in three cases of risk for development and the search for early intervention

La percepción materna acerca del síntoma de lenguaje en tres casos de riesgo para el desarrollo y la búsqueda de la estimulación temprana

Luciéle Dias Oliveira*
Ana Paula Ramos de Souza**

Resumo

Objetivo: Analisar a percepção materna do sintoma de linguagem em três casos de risco ao desenvolvimento e sua relação com a busca por intervenção precoce. **Método:** Três sujeitos foram acompanhados em pesquisa longitudinal a partir da aplicação do protocolo Índices de Risco ao Desenvolvimento (IRDIs), do primeiro até os dezoito meses. Após o término da pesquisa do IRDIs, os três bebês foram avaliados novamente, um bebê aos 21 meses, e os outros dois aos 24 meses. Essa reavaliação constituiu-se de entrevista que buscou dados gerais da saúde dos sujeitos, com foco principal em questões de comunicação e linguagem. Buscou-se captar a observação de cada mãe acerca da presença ou não de distúrbio de linguagem em seu filho. Trabalhou-se com a análise da produção do sentido, a partir do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e as mães. **Resultados e Discussão:** O

*Fonoaudióloga. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil.

**Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuições dos autores: LDO: Coleta de dados, metodologia, concepção do estudo, esboço do artigo, revisão crítica, visualização de dados; APRS: Concepção do estudo, esboço do artigo, recursos, revisão crítica, curadoria de dados, obtenção do financiamento, supervisão da pesquisa e da elaboração do artigo.

email: lu.fono1984@gmail.com

Endereço para correspondência: Luciéle Dias Oliveira. Avenida Itaimbé, 655, apto 206. Centro. CEP: 97.050-331. Santa Maria (RS), Brasil.

Recebido: 28/07/2013; **Aprovado:** 06/06/2014



acompanhamento longitudinal das mães e de seus filhos facilitou a sensibilização das mães em relação à escuta do sofrimento dos filhos e facilitou também o estabelecimento da demanda terapêutica em intervenção precoce em um dos casos e a abordagem terapêutica fonoaudiológica nos outros dois casos. Conclusão: A demanda por intervenção precoce ou por terapia fonoaudiológica ocorreu de modo singular em cada caso. A pesquisa sugere a necessidade de um acompanhamento longitudinal da constituição psíquica e do desenvolvimento da linguagem, para além de marcos motores e nutricionais, foco mais tradicional na política da saúde da criança.

Palavras-chave: linguagem; desenvolvimento infantil; risco; saúde da criança..

Abstract

Objective: Analyze the maternal perception about language symptom in three cases of risk to development and the relation with search for early intervention. **Methods:** Three subjects are accompanied in longitudinal research from the application of the protocol Risk Indicators in Child Development, the first up to eighteen months. After termination of the research IRDIs, three babies were evaluated again between 21 (M) and 24 months (R,T). This evaluation consisted of interview data sought general health of the subjects, focusing primarily on issues of communication and language. We attempted to capture the perceptions of each parent about the presence or absence of language disorder in your child. The analysis worked with the production of meaning from the dialogue established between the researcher and mothers. **Results and Discussion:** They showed that the longitudinal follow of these families and their children facilitated the awareness-raising with regard to listening to the suffering of subjects, and the establishment of therapeutic demand, in early intervention (in one case), as well as for speech and language therapy (in two cases). **Conclusion:** The therapeutic demand for early intervention or speech therapy occurred in a singular way, case by case. The research suggests the need for insertion of a longitudinal covering a look on the psychic aspects of development and beyond motor milestones and nutritional focus, the more traditional focus in child health's policy.

Keywords: language; child development; risk; child health.

Resumen

Objetivo: Analizar la percepción materna acerca del síntoma de lenguaje en tres casos de riesgo para el desarrollo y su relación con la búsqueda por estimulación temprana. **Método:** Tres sujetos fueron acompañados en investigación longitudinal por medio de la aplicación del protocolo Indicadores de Riesgo al Desarrollo (IRDIs), del primero hasta los dieciocho meses. Una vez concluida la investigación del IRDIs, los tres bebés fueron evaluados nuevamente un bebé a los 21 meses y los otros dos a los 24 meses. Esta reevaluación consistió de una entrevista que buscó datos generales de la salud de los sujetos, centrándose en cuestiones de comunicación y de lenguaje. Se trató de captar la observación de cada madre acerca de la presencia o no de trastorno del lenguaje en su hijo. Se trabajó con el análisis de la producción de sentido, a partir del diálogo establecido entre la investigadora y las madres. **Resultados e Discusión:** El seguimiento longitudinal de las madres y sus hijos facilitó la sensibilización de ellas escuchar los sufrimientos de sus hijos. También facilitó el establecimiento de la demanda terapéutica en la intervención temprana en uno de los casos, y el abordaje terapéutico fonoaudiológico en los dos casos. **Conclusión:** La demanda por intervención temprana o por terapia fonoaudiológica ocurrió de manera particular en cada caso. Esta investigación sugiere la necesidad de un seguimiento longitudinal de la constitución psíquica y del desarrollo del lenguaje, más allá de los hitos motores y nutricionales que constituye el enfoque más tradicional de la política de la salud infantil.

Palabras clave: lenguaje; desarrollo infantil; riesgo; salud del niño.

Introdução

Quando bebês nascem com um evidente limite biológico, por exemplo, no caso de síndromes, é realizado o encaminhamento precoce desses bebês aos serviços adequados as suas necessidades de saúde. No entanto, em casos de risco ao desenvolvimento, entre os quais o risco psíquico, ainda é tímida a inserção, no sistema de saúde, de instrumentos de detecção que permitam o encaminhamento precoce. Nesse sentido, pesquisas recentes realizadas na França¹ e no Brasil^{2,3} comprovam a possibilidade de detecção e encaminhamento precoces em casos de risco ao desenvolvimento e/ou psíquico a partir das teorias psicanalíticas de Freud⁸ e Lacan⁹.

A partir da possibilidade de detecção precoce por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)², realizou-se uma pesquisa de acompanhamento longitudinal de bebês em um Hospital Universitário de uma cidade de médio porte. Desta pesquisa, originaram-se trabalhos que permitem comprovar a força de tais índices para a detecção nos casos de risco ao desenvolvimento e/ou psíquico, bem como à aquisição da linguagem, a partir da verificação estatística^{4,5,6} e de estudo de casos⁷.

No entanto, o acompanhamento de bebês em projetos como os que utilizam os IRDIs não foi seguido de acesso imediato a intervenções precoces sobre os bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, tanto no estudo multicêntrico² quanto nos estudos realizados pelo grupo do Hospital Universitário da cidade de médio porte^{4,5,6}. Salienta-se que, desde o início da pesquisa deste grupo, as mães que não estavam bem emocionalmente, assim como as mães dos bebês que apresentaram risco ao desenvolvimento, foram orientadas para atendimento de acordo com a demanda principal do caso. No entanto, a busca pelo mesmo não foi imediata na maioria dos casos.

Neste artigo, tem-se como foco a reflexão acerca do momento em que a família, mais especificamente a mãe, deu-se conta de que seu filho

necessitava de intervenção precoce, ou que aceitou a mesma pela indicação do pesquisador, e buscou o atendimento fonoaudiológico, ou seja, como ocorreu o estabelecimento da demanda terapêutica. De dezenove casos com risco ao desenvolvimento acompanhados até o final da pesquisa IRDIs em cidade de porte médio no Rio Grande do Sul, cinco apresentaram dificuldades de linguagem, dos quais três desses casos são analisados neste artigo.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar a percepção materna acerca do sintoma de linguagem em crianças com risco ao desenvolvimento e os efeitos da mesma sobre a busca por intervenção precoce.

Material e Método

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo de casos do tipo qualitativo e retrospectivo. A pesquisa denominada “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade onde se realizou, sob o número 0284.0.243.000-09, teve como amostra inicial 182 bebês, nascidos no Hospital Universitário de cidade de médio porte do Rio Grande do Sul, a termo ou pré-termo, sem alterações orgânicas.

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

Após realizarem a triagem auditiva neonatal (com resultado positivo, ou seja, sem indicativos de perda auditiva), os bebês passaram a ser acompanhados a partir do final do primeiro mês de vida, durante 18 meses, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (ver quadro 1). Portanto, foram acompanhados desde os primeiros meses de idade, por meio da aplicação dos IRDIs nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses, e com entrevistas continuadas com seus pais.

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

Quadro1 - Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil-IRDIs²

Os responsáveis pelos bebês receberam explicações detalhadas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa e foram observados em suas interações com seus bebês para análise da primeira etapa dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Naquele momento as mães foram entrevistadas acerca da experiência da maternidade¹⁰ e avaliadas pela escala de Beck¹¹, que objetiva uma rápida avaliação de estados de humor. Ela é constituída do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI)¹¹. Os dados relativos à aplicação da escala de Beck¹¹ não são objeto de análise desta pesquisa, pois já foram explorados em outro estudo do grupo⁵.

Como o Hospital Universitário atende também aos municípios da região, mais de 50% da amostra eram de bebês residentes em cidades vizinhas. Assim, foi natural a ocorrência de perdas durante o acompanhamento longitudinal. Além desse motivo, houve outros como a desistência da família,

mudança de cidade e dificuldades logísticas da equipe de pesquisa, como o fato de que os bebês estavam distribuídos por vários bairros desta cidade de médio porte e alguns mudaram o telefone ou endereço, sendo impossível localizá-los em tempo para toda a coleta.

Da amostra inicial de 182 crianças, um grupo de 56 crianças seguiu sendo avaliado até o final do projeto que se encerrou ao final de 2011, quando foram coletados os últimos índices de risco ao desenvolvimento. Dessas 56 crianças, 22 foram acompanhadas até os vinte e quatro meses, por apresentarem risco ao desenvolvimento. Para elaboração deste trabalho, contou-se com uma amostra de três crianças, três meninos (R., T e M), localizadas nesse grupo de 22 crianças, que aos vinte e quatro meses apresentavam risco ao desenvolvimento infantil e também à aquisição da linguagem.

Após o término da pesquisa IRDIs, os três bebês foram avaliados novamente, entre 21(M) e 24 meses (R,T). Esta avaliação constituiu-se de entrevista realizada na clínica escola do Curso de Fonoaudiologia, com duração de aproximadamente uma hora. Tal entrevista buscou dados gerais de saúde das crianças e como foco principal a comunicação e a linguagem, procurando captar a observação de cada mãe acerca do distúrbio de linguagem do filho. A análise do funcionamento de linguagem dos três meninos abrangeu a formulação de uma hipótese de funcionamento de linguagem¹², a exploração dos mecanismos e estratégias enunciativas presentes¹³ e as relações forma/sentido estabelecidas na interlocução com os familiares¹⁴.

O histórico de cada uma das três crianças no estudo coorte de 1 a 18 meses, o discurso materno aos 21 e 24 meses de idade do filho, bem como o relato do processo de estabelecimento da demanda para a intervenção precoce são aqui expostos, no formato de estudo de casos. Trabalhou-se com a análise da produção do sentido, a partir do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e as mães, procurando demonstrar como a pesquisadora fez a questão e como elas responderam. Trata-se de uma análise de conteúdo do dito pela mãe, mas que tenta preservar o diálogo e as questões da terapeuta como pano de fundo. Portanto, não é apenas uma análise de conteúdo¹⁵, mas tenta expor simultaneamente a expressão/interpretação dos interlocutores em situação de diálogo.

Assim, este artigo configura-se como uma narrativa do pesquisador sobre os casos. Em alguns momentos traz recortes das falas das mães em diálogo com o pesquisador para revelar a observação das mães no estabelecimento de demanda para a terapia, e em outros momentos são trazidas cenas da entrevista entre pesquisadora e mãe, as quais estão transcritas de modo ortográfico, com indicação da pesquisadora (P) e das mães das crianças (MT, MR, MM).

Resultados

Os resultados estão expostos em três grandes categorias, sendo que cada uma tenta sintetizar o processo de estabelecimento de demanda em cada caso. O breve histórico de cada um deles (sexo, idade, características sócio-demográficas e dados clínicos) está exposto logo abaixo, em casa caso.

Do não estranhamento materno à ausência de fala do filho: caminhos da diáde MT-T

T. é o quarto filho de uma família que se constitui de sua mãe (27 anos), seu pai (29 anos), seus irmãos mais velhos, duas meninas de 10 e 4 anos e um menino de 8 anos, e seu irmão mais novo de 6 meses. A mãe não conta com auxílio de seus familiares nos cuidados do filho. Nas avaliações mostrava-se visivelmente cansada e depressiva. Todos habitam a mesma casa, e as crianças maiores frequentam a escola do bairro. A mãe de T é dona de casa e tem o 1º grau incompleto, o pai trabalha como pedreiro e tem o 2º grau incompleto. A renda familiar é de aproximadamente R\$ 510,00.

T. nasceu de uma gravidez não planejada, pré-termo, e não teve nenhuma intercorrência ao nascimento. Na primeira fase dos IRDIs, próximo ao quarto mês, detectou-se ausência do IRDI 2 (“A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela [manhês]”). Salienta-se que quando a avaliadora falou com o bebê utilizando o manhês, T. respondeu com sorriso e vocalizações. Ao identificar este risco, à época, a equipe da pesquisa convidou a mãe de T. para participar de um grupo de mães que apresentaram sinais importantes de depressão. A mãe apresentava um nível moderado de depressão e tinha indicação de intervenção, mas não achou importante participar do grupo terapêutico oferecido.

Na segunda fase, quando T. tinha 6 meses, não foram observadas particularidades relacionadas aos IRDIs. Porém, a mãe relatou que ele foi hospitalizado duas vezes, pois apresentava crises de bronquite desde os três meses. Na terceira fase, aos 10 meses de T., a mãe comentou que ele estava com anemia profunda e estava em tratamento. Nessa ocasião, observou-se que T. não estava muito ativo durante o encontro.

Ao ser avaliada a última fase do protocolo IRDIs, aos 18 meses de T., observou-se a ausência do IRDI 16 (“A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas”) e do 18: (“Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”). T. não ficava com ninguém além da mãe, pois chorava muito em sua ausência. Além disso, nenhuma regra fora inserida em sua educação. Na presença de estranhos, T. apegava-se ainda mais à mãe, a qual relatou que ele era amamentado ao seio em livre demanda.

Quanto à linguagem, observou-se que T. produzia poucas palavras, apresentando pouca possibilidade de passar da referência mostrada à verbal13. Deste modo, a emergência de mecanismos enunciativos de co-referência estava praticamente ausente, o que não é esperado para sua faixa etária, configurando-se, assim, um distúrbio de linguagem.

Na entrevista, aos 24 meses, a mãe pareceu desconhecer ou não processar algumas características que norteiam o desenvolvimento de T., como os marcos evolutivos, por exemplo, ao afirmar que T. caminhou aos 9 meses, quando questionada sobre época de início da deambulação: “nove méis mais ou menos”, e também sobre o fato de T. não ter engatinhado. De acordo com o acompanhamento realizado, sabe-se que T. engatinhou aos nove meses e após os 12 meses deu início à marcha.

Quanto à comunicação e à linguagem, constatou-se que T. estava agitado e falando pouco, tanto com a mãe quanto com o irmão. A mãe não disse nada que pudesse ser interpretado como uma indicação de alguma peculiaridade ou até mesmo de que alguma dificuldade de aquisição de linguagem do filho pudesse estar presente. Seu discurso é muito sucinto e, na maioria das vezes, limita-se a confirmar, negar ou, ainda, referir que não se lembra de como T. se expressa. Abaixo seguem alguns recortes da entrevista realizada com a mãe de T. No diálogo 1 a pesquisadora procura saber mais sobre o período do balbucio e primeiras palavras, bem como sobre a compreensão de T.

Diálogo 1:

Recorte 1

P: E assim..., quando ele começou a fazer aquele balbucio assim, aquela fala enroladinha? Respondia quando tu falava com ele?

MT: Um ano e um mês.

P: As primeiras palavrinhas? Um ano?

MT: Uhum. Era enrolado, mas saía.

P: Sim!

MT: Era enrolado, mas saía alguma coisa.

P: E quando ele era mais bebê assim, aquela conversinha sabe? Aqueles enrolados de bebê, sabe?

MT: Ai, não lembro.

Recorte 2

P: E como vocês se comunicam com ele? É mais por gestos ou ele já tá falando mais?

MT: Ah, ele fala mais assim... se eu falo alguma coisa ele vai lá e sabe o que que é...

P: Uhum... Mas o que predomina assim... ele se comunica mais por gestos ou mais por palavras?

MT: Por palavras e por gestos.

Recorte 3

P: E assim tu consegue entender o que ele tá querendo?

MT: Uhum.

P: Ele também te entende?

MT: Uhum.

P: E as coisas que ele quer, quando ele pede alguma coisa é pela fala?

MT: Pela fala, e também aponta.

P: Ele tá falando agora mais palavras que tu consegue entender?

MT: Uhum.

Observa-se que a mãe de T. acredita ter boa interação comunicativa com o filho, pois não sente dificuldade de compreender ou ser compreendida por T. Não estranha a quase ausência de produção de palavras de T., o que fica evidente nos recortes 2 e 3. Tal situação sugere que o estranhamento da pesquisadora na avaliação de 24 meses trouxe T. para a terapia. Ressalta-se que foi dado à mãe o retorno de que T. estava com dificuldades de avançar na aquisição da linguagem, conforme o esperado para sua faixa etária. Uma vez alertada desse fato, a mãe veio à terapia, mas é interessante observar que não se apresenta aflita em relação à pouca expressão oral do filho.

A observação precoce de que algo não ia bem no desenvolvimento do filho: caminhos da díade MR-R

R., sexo masculino, nasceu no 6º mês de gestação de uma gravidez não planejada. É o 5º filho de M. A família constitui-se de sua mãe (40 anos), seu pai (42 anos) e seus quatro irmãos mais velhos (três meninas nas faixas etárias de 4, 12 e 19 anos e um menino de 14 anos). Todos moram na mesma casa, que se localiza na zona rural próxima à cidade. Quanto à escolaridade dos pais, ambos não concluíram o primeiro grau. Os filhos frequentam a escola mais próxima à sua casa. A mãe é dona de casa, o pai é motorista, e a renda familiar é de aproximadamente R\$ 700,00.

Devido à prematuridade, R. ficou internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário por cerca de 3 meses. O bebê tem acompanhamento pediátrico no Seguimento de Prematuros do mesmo hospital, desde a sua alta. Sua mãe também esteve internada naquele hospital por 42 dias, em coma induzido, devido à hemorragia provocada pelo desprendimento da placenta, sendo que 28 deles na UTI. Após a recuperação de ambos, a mãe afirmou não se lembrar da gravidez, nem do período de internação, e ainda relatou que chegou a pensar que R. era filho de sua filha mais velha.

Em um primeiro contato com a equipe do projeto IRDIs, fazia 3 semanas que R. havia saído do hospital, estava com 1 mês (corrigido) e encontrava-se dormindo. Nesse momento, observou-se que a filha mais velha cumpria a função materna. Além disso, a mãe referia-se ao bebê como tendo características sindrômicas (mãe relatava que se parecia com bebês com Síndrome de Down). Nos encontros seguintes, constatou-se que esta primeira impressão deveu-se à prematuridade de R. A mãe não apresentou nenhum grau de depressão e ansiedade na avaliação inicial da idade.

No reteste dos IRDIs, uma semana após a primeira avaliação na qual R. dormia, pediu-se à mãe que conversasse com o bebê como fazia em casa. Durante a filmagem, o bebê permaneceu no colo da mãe, que tentava acalmá-lo embalando-o, pois R. chorou muito. A mãe justificou o choro do bebê afirmando que ele não estava acostumado a sair de casa e que também estava com dor de barriga. A mãe utilizou o manhês ao falar com seu bebê, no entanto seu tom de voz demonstrava certo desânimo e insatisfação pela situação em que se encontravam. O bebê, na maior parte do tempo, permaneceu chorando, evitando o olhar da mãe, o que demonstrou falta de sintonia entre a mãe e o bebê. Assim, observou-se que a mãe não conseguia identificar as demandas de R., o que caracterizou a ausência do IRDI 1 (“Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer”).

Aos 6 meses de idade (corrigida), R. compareceu com a mãe e a irmã mais velha que cuidava dele grande parte do tempo à segunda avaliação dos IRDIs. O bebê estava sorridente e interagia com a mãe e a irmã. No entanto, a mãe mostrou-se nervosa e preocupada, perguntando várias vezes se a pesquisadora achava que ele estava bem. Identificava-se, nesta época, a desconfiança da mãe em relação à presença de algum limite biológico em R.

No acompanhamento da terceira fase dos IRDIs, aos 11 meses de idade corrigida, as dificuldades de relação entre a mãe e o bebê que pareciam amenizadas na fase anterior voltaram a aparecer. R. demonstrou maior agitação. Nesta fase, observou-se a ausência do indicador de risco 10 (“Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe”). Conforme relato da mãe, o bebê estava agressivo ao toque, não gostava do contato corporal, e não costumava procurá-la para brincadeiras.

Aos 17 meses de idade corrigida, ao ser testada a última fase dos IRDIs, o menino mantinha uma agitação motora persistente já observada na avaliação anterior, e a mãe relatou que ele não se concentrava em brincadeiras, costumava destruir seus brinquedos, era muito agressivo com as pessoas e objetos, o que também foi observado pela pesquisadora. Nesta fase observaram-se os IRDIs ausentes: 15 (“A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”) e 18 (“Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”). R. necessitava estar sob o olhar constante da mãe e dos familiares, pois sua agitação o colocava em perigo, além de não compreender/atender aos pedidos dos pais. A mãe mostrava cansaço ao falar do filho e alegava que ele era diferente de todos os outros filhos, pedindo ajuda à equipe.

Dessa forma, R. foi encaminhado ao Programa de Intervenção Precoce da instituição, um programa interdisciplinar dedicado ao desenvolvimento infantil e orientado por teorias que sustentam a intervenção por terapeuta único¹⁶ e o que é da linguagem, ou seja, o que pertence a ela^{12,13,14}. Na avaliação realizada em tal programa observou-se que R. não tinha construído uma imagem corporal que o sustentasse na relação com os objetos, com o espaço e, principalmente, na relação com o outro. Além disso, apresentava pouca evolução linguística. A partir dos atendimentos de intervenção precoce, R. foi reconstruindo seu lugar familiar. O corpo em movimento, posto anteriormente como o catalisador dos transtornos do desenvolvimento, agora era entendido como o espaço potencial para a construção de uma nova relação subjetiva com o mundo¹⁷. Também a possibilidade de um funcionamento de linguagem sintonizado às demandas de R. permitiu seu acesso pleno ao simbolismo e sua evolução no processo de constituição linguística¹³.

Ressalta-se que no acompanhamento, durante as fases de coleta dos IRDIs, a partir de análise da interação da díade mãe-bebê observou-se que não havia o preenchimento de turno pelo outro (mãe) de modo sintonizado, o que se materializava na ausência de uma protoconversa¹. Após o período de intervenção precoce, em nova análise da interação da díade, observou-se que R., além do primeiro mecanismo enunciativo presente, apresentava evidências do segundo mecanismo enunciativo de co-referência verbal¹³ ao espelhar a fala da mãe ao enunciar ‘taaa’ e ‘catá’, suas produções para “sentar”, e algumas incursões pelo terceiro mecanismo enunciativo¹³ pela instanciação do nome, quando olha para o espelho e diz “Ata” para seu nome.

Assim, quando R. foi avaliado para esta pesquisa, já estava sendo realizada a intervenção precoce. Na ocasião, R. com 24 meses compareceu com a mãe e a irmã, e estas fizeram relatos sobre como ele estava se desenvolvendo. Elas compreendiam que havia uma demora em seu desenvolvimento global, que também se relacionava à linguagem. A seguir, diálogos que indiciam o que a mãe e a irmã observavam sobre a comunicação/ linguagem de R.

No diálogo 2, a pesquisadora investiga o início da expressão de vocabulário por R, bem como a compreensão dele.

Diálogo 2:

Recorte 1

P: Primeiras palavras assim, quando ele começou?

MR: Ele começou agora, faz pouco tempo, sabe ele só pronuncia assim, que nem assim... pouco e mãã... até nisso ele tá meio atrasadinho.

Recorte 2

IR: Agora que a gente tá entendendo mais ou menos o que ele quer.

MR: Mamá, agora que ele tá pedindo mamã...

P: Ah, agora que ele começou?

MR: Ahan.

P: E quando, antes, quando ele queria alguma coisa, ele não usava a fala?

MR: Não.

P: Vocês tinham que perceber o que ele queria?

IR: É, agora ele aponta e pede...

P: Ah, agora ele aponta e pede...

IR: Quando ele começa a fala a gente entende o que ele quer dizer, mas quando não dá, ele

aponta. Que a gente entende que ele quer dizer mãe e pai foi agora...

MR: Agora eu já sei mais ou menos o que ele quer...

Nos dois recortes, observa-se que tanto a mãe quanto a irmã estão notando a emergência do mecanismo enunciativo de co-referência verbal, no qual se pode perceber estratégias de R. para se fazer entender, agora não mais apenas pela referência mostrada, mas pela falada.

O caso de R. evidencia, portanto, uma evolução na linguagem e a minimização de efeitos da prematuridade no processo de aquisição como efeito da intervenção precoce. Houve um progresso geral no desenvolvimento de R., também com a eliminação do risco evidente ao início da intervenção. Mesmo notando o distúrbio de linguagem de R., a mãe e a irmã o significam como efeito da prematuridade e tem como foco principal, a partir da intervenção precoce, o que ele já pode fazer, como quando afirmam “agora ele aponta e pede”. Identificam o progresso de R. e após a data da coleta entenderam que R. está em franca evolução solicitando tanto à terapeuta ocupacional como à fonoaudióloga (que iniciava seu atendimento) que ele tivesse alta, pois moram em outra cidade e crêem que dão conta de estimulá-lo sem a terapia, por inserção dele na pré-escola.

Outro aspecto a ser analisado é que a pesquisadora necessitou perguntar pouco, considerando os dois recortes, pois bastava propor um tema e ambas, mãe e irmã, pareciam ter o que dizer. Cabe ressaltar que antes da intervenção precoce, a mãe não sabia o que dizer do filho.

A identificação do distúrbio de linguagem: caminhos da díade MM-M

M. nasceu aos 8 meses e meio de gestação de uma gravidez planejada. O menino é o 2º filho de uma família que se constitui de sua mãe (40 anos), seu pai (33 anos), e sua irmã de 14 anos. Todos moram na mesma casa e a irmã frequenta a escola. Quanto à escolaridade, o pai tem o 1º grau completo e a mãe o 2º grau incompleto. A mãe é dona de casa, o pai trabalha como gessoiro. Possuem renda familiar de R\$2000,00.

O bebê não apresentou nenhuma intercorrência ao nascer. Na avaliação da primeira fase dos IRDIs, M. estava com um mês de vida; a mãe estava bastante tímida durante a filmagem, mas parecia estar bem e, conforme seu relato, o bebê já procurava a voz dos pais quando falavam com ele.

Na entrevista inicial, a mãe relatou que teve depressão no ano anterior devido a preocupações no trabalho, mas que resolveu sair para engravidar e melhorou. Tomou medicação por poucos meses (receitada por clínico geral), parando por conta própria.

Na segunda fase dos IRDIs, aos 5 meses de M., ele e sua mãe estavam bem, não havendo particularidades. Já na terceira fase detectou-se ausência do IRDI 12 (“A criança estranha pessoas desconhecidas a ela”).

Na última fase dos IRDIs, o bebê estava com 18 meses e muito apegado à mãe. Só ficava com o pai, além dela. A mãe disse que ele passou a ter medo de caminhar desde que caiu, quando estava com 1 ano e 1 mês.

Na avaliação só ficou no colo da mãe, não quis descer, nem brincar com as pesquisadoras. M. ainda nessa idade tinha livre demanda ao seio, à noite. Observou-se ausência do IRDI 15 (“A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”) e 16 (“A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas”).

Aos 21 meses, o bebê e sua mãe foram convidados a um encontro para avaliação e a mãe, quando contatada por telefone, logo aceitou, afirmando que M. estava “preguiçoso” para falar. Em seu relato, a mãe dizia que o menino apontava e emitia alguns sons para se comunicar, mas que não estava evoluindo conforme sua idade. Quando tinha 1 ano começou a falar algumas palavras, mas, segundo a mãe, assustou-se com o barulho do caminhão do vizinho e passou a falar menos. A seguir, recortes da entrevista com a mãe, realizada por ocasião de 21 meses de M.

No diálogo 3, MM relata ter notado uma regressão da aquisição de linguagem em M. e faz um comparativo da aquisição da linguagem em M. em relação à irmã mais velha.

Diálogo 3:

Recorte 1

MM: Isso, ele falava assim a nanãna... daí ele tava assim com um ano, um ano assim ele já dizia pro grêmio ele dizia o “emio”. Falava umas coisas

assim... só que daí ele meio regrediu assim, sabe? Ele meio voltou assim... pra coisas que ele meio que já falava mais declarado.

P: É, eles têm muita coisa ao mesmo tempo pra aprender aí acaba esquecendo outras...

MM: Aí a gente tem uma cachorra, aí o meu marido, ele disse vai, deita! e ele olhava ela e dizia “ata ata” e depois ele não falou mais isso aí. Ele começou assim ó: quando ele começou meio falar assim... éé... falou e... meio parou um pouco aí, depois só hiahiehihehihihi (nasal)

P: Tudo que ele queria ele apontava?

MM: Sim, e agora ele tá uhuhuhuhuhummm (nasal). Se ele quer água ele vem assim e ó: huhuhuhuhumhh. Se ele quer comer alguma coisa, faz uhuhuhummm. E aí eu digo “água”, “água” eu falo, né? Mas ele sempre com o pai dele depois... assim uhuhuhummm.

P: E tu usa palavras então com ele?

MM: Sim, aí ele diz a nanãna, e às vezes eu digo amamama e ele ananãna, papapa ele diz... Aí um dia ele acordou, há um mês atrás, há dois meses atrás, avavaoavava, ele dizia sem eu falar assim né. É que a minha mãe mora ali do lado, tá sempre aqui, aí ele começou avavva...

Recorte 2:

P: Sim, tava procurando... E tu acha que é satisfatória a comunicação de vocês? Vocês se entendem?

MM: Eu entendo ele, mas só que eu digo assim ó: a outra, a menina que, hã, irmã dele, com 8 meses ela dizia “bobó”. A G. tinha uma amiguinha dela, ela dizia a “bebéia”. Ela chegava e dizia “bebéia bebéia”. A R. pra falar R., nós tinha uma vizinha, ela ia lá e falava “Diandi”.

P: Aham, falava mais que ele, com menor idade...

MM: Com 1 ano e dois meses ela falava Diandi e ele não...

P: Ele não faz isso?

MM: Não, não faz.

P: Que idade tem a irmã?

MM: Ela tá com 14.

P: E ela entende ele?

MM: Entende, só que eu digo assim, pra mim ele tá um ano atrasado na idade dela... então até a minha mãe diz assim: não deixa tomar susto quando eles começam falar! Então, tinha um vizinho que tem um caminhão, né?! Então, às vezes ele chegava e soltava assim o freio tssshhhh, e aí

ele gritava, gritava... assim desesperado, chorava assim. Então daquilo ali ele levou uns sustos, e foi daquilo ali!

A partir dos recortes expostos no diálogo 3, observa-se que a mãe de M. compreende que o filho tem um problema de linguagem, e para tanto utiliza como parâmetro o desenvolvimento de linguagem de sua filha mais velha. Além disso, ela traz em seu discurso detalhes sobre o funcionamento de linguagem de M., como quando dá exemplos da variação articulatória de alguns signos (banana), ou do esquecimento de outros. A hipótese explicativa da mãe para o problema de linguagem do menino é que ele se assustou e a partir de então regrediu na linguagem.

Observa-se também nos recortes do diálogo 3 que a mãe apresenta a necessidade de falar sobre o tema, já que o indício do sintoma de linguagem do filho mobilizou sua vinda à terapia. Seus enunciados são longos e repletos de detalhes sobre a linguagem do filho, sem que a pesquisadora precise perguntar muito.

Discussão

Os três sujeitos relatados neste artigo apresentaram distúrbio de linguagem, cada um em sua forma peculiar, tal como a linguagem é particular a cada sujeito, com suas regularidades e irregularidades¹⁸. São três casos nos quais se detectou risco ao desenvolvimento, a partir dos IRDIs, sendo que em um dos casos, realizou-se intervenção precoce (a partir dos 17 meses), o que resultou em progresso maior no desenvolvimento infantil e na aquisição da linguagem por parte deste sujeito.

Para pensar sobre o processo de identificação do sintoma de linguagem nessas crianças por suas famílias, recorre-se ao trabalho de Surreaux¹² que propõe o sintoma de linguagem como uma combinação singular por parte do sujeito que enuncia. Assim, a noção de sintoma, na clínica de linguagem, é marcada pelos interrogantes que a falha evoca¹².

Nos casos de T., R. e M., a identificação dessa falha, marcada pela ausência ou por restrição na fala, deu-se de formas distintas. No caso de T., observa-se que sua mãe não notou que havia um distúrbio de linguagem e, mesmo após esclarecimento da pesquisadora sobre o tímido avanço de linguagem de seu filho, pareceu não estar preocupada com o tema.

A partir do histórico dos IRDIs, é possível observar que a desconexão em relação ao filho surge nas primeiras interações entre MT e T, quando da ausência do IRDI 2 (“A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela [manhês]”). Esclarece-se que esse indicador corresponde ao eixo teórico de suposição de um sujeito (SS) que se refere à antecipação materna, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito. A constituição do bebê depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao seu apelo, e, portanto, de como ela o vê. O bebê, por sua vez, tentará corresponder ao que foi suposto nele. É dessa forma que a subjetividade pode efetivamente construir-se², e a criança pode ter pleno acesso ao simbolismo, para o qual o funcionamento de linguagem é primordial.

Observa-se que MT apresentou dificuldades em supor um sujeito em T., o que permitiu vislumbrar sua dificuldade em fazer a escuta dele, como um sujeito que anuncia um sofrimento (via linguagem) a partir de sua pouca expressão verbal. Assim, MT não toma para si a posição de escuta, na qual pode estranhar o singular de uma fala e interpretá-la¹⁸. Isso se reflete na ausência de ansiedade, que seria natural, frente à restrição na expressão oral do filho, e também no fato de que a pesquisadora tem de lhe perguntar e instigar mais para que fale algo sobre ele.

Os outros IRDIs ausentes em T. correspondem, principalmente, ao eixo teórico função paterna (FP)². Sabe-se que o Nome-do-pai traz à criança certa estabilização psíquica, devido a um trabalho de enodamento dos três registros que ele lhe oferece: i) uma simbolização da falta, ii) uma resposta ao real da angústia de castração e iii) uma contenção imaginária para o corpo. Quando o pai (ou aquele que exerce esta função) está presente, a sua participação como mediador da interação mãe-bebê, pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança³. Cabe ressaltar que T. apresentava conduta hiperativa durante seu comportamento em sessão aos 24 meses, como prevê o estudo de Kupfer e Bernardino³.

Diferentemente da mãe de T., a mãe de M. faz a escuta do sintoma de linguagem de seu filho. Assim, MM ocupa a posição de escuta de quem estranha a fala singular de seu filho¹⁸ e traz elementos sobre aspectos do funcionamento de linguagem de M. que permitem à pesquisadora pensar como sendo característicos de um distúrbio de linguagem. Embora se considere o distúrbio de linguagem a partir de

sintomas que podem ser comuns a vários casos, pode-se dizer que, do ponto de vista específico, o relato da mãe de M. permite uma hipótese particular de funcionamento de linguagem¹². Ainda assim, a identificação do sintoma de linguagem de M e a demanda para terapia fonoaudiológica pela mãe, é mais tardia em relação à mãe de R., mas MM. estranha o funcionamento de linguagem do filho e busca de modo consciente um profissional que possa auxiliá-la a entendê-lo e ajudar a seu filho.

Esse estranhamento se manifesta em uma ansiedade natural frente ao sintoma e na demanda por ser escutada em seu sofrimento e preocupação como mãe, o que diminui a necessidade de a terapeuta questioná-la muito, e também em longos e detalhados enunciados da mãe nos quais ela descreve os sintomas do filho.

No caso de R., a mãe e a irmã notam o funcionamento peculiar de linguagem, creditando-o a um atraso, explicável pela prematuridade. Também observam evoluções na constituição linguística de R., pelo fato de ele estar em atendimento no programa de intervenção precoce desde os 17 meses.

Nas interações iniciais de R. e MR, observou-se a ausência do IRDI 1 (“Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer”) que corresponde aos eixos teóricos estabelecimento de demanda (ED) e suposição de um sujeito (SS)². O modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior de inserção do sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros. O eixo de suposição de sujeito, como já foi referido, trata da antecipação e das significações que a mãe dá ao apelo do bebê e de como ela o vê, aspectos que são essenciais para a constituição do sujeito. Assim, na avaliação dos IRDIs de R. e na fala de sua família observou-se a dificuldade de ele estabelecer uma relação subjetiva com o mundo, salientada pela relação que ele mantinha com seu próprio corpo.

Ao identificar que algo não ia bem, a mãe pediu ajuda, ou seja, naquele momento já era possível ver a escuta de um sintoma, ainda que não fosse específico sobre a linguagem. A família, em especial as cuidadoras principais de R. – a mãe e a irmã –, a partir do acompanhamento nos atendimentos em intervenção precoce, participou de espaços importantes para que (principalmente a mãe) recontasse sua história e reconstruísse o espaço do filho na relação familiar.

Possivelmente, os atendimentos em intervenção precoce propiciaram a sensibilização desta família para a demanda terapêutica em menor tempo, mas também minimizaram os possíveis efeitos da prematuridade e do risco ao desenvolvimento presentes no caso no processo de aquisição da linguagem. Isso é visível nas afirmações da mãe e da irmã sobre R. estar apenas atrasado. Elas não observam sofrimento no filho porque de fato parece não haver. Também não estão ansiosas frente ao seu desenvolvimento. Parecem bem conscientes de seu papel e do potencial do sujeito.

De um modo geral, a família do bebê tem seu tempo na identificação de eventuais alterações do desenvolvimento (do bebê), e esse tempo obedece a questões simbólicas tais como a representação do filho idealizado e imaginizado antes do seu nascimento¹⁹. Assim, mesmo que um profissional tenha certeza da importância de uma intervenção precoce, ele necessita respeitar o tempo familiar para aceitá-la, salvo se a criança corre risco físico extremo, ou seja, riscos previstos em lei, como por exemplo necessidade de alimentação via oral, no caso de bebês com disfagia severa.

Este estudo mostra que o estabelecimento da demanda terapêutica é tão singular quanto é a história de cada sujeito, e que, por isso, a inserção de políticas de detecção precoce não garante a intervenção precoce. Mesmo quando a terapêutica se estabelece, ela implica em distintos níveis de consciência de seu papel. Neste estudo, enquanto MT aceita a terapêutica, MM e MR buscam ajuda (em terapêutica ou em intervenção precoce). Este fato por si só mostra distintos estabelecimentos de demandas em cada caso.

Conclusão

A escuta do sintoma de desenvolvimento e de linguagem se deu de modo particular nos casos estudados, demonstrando que quanto maior a dificuldade de percepção do sintoma de linguagem por parte da mãe e da família, mais tardia a busca pela intervenção precoce ou terapia fonoaudiológica, mesmo nos casos em que o pesquisador já percebia precocemente a emergência do sintoma.

A presença continuada do pesquisador no acompanhamento de cada caso possibilitou a criação de um espaço de escuta para a mãe e demais familiares, facilitando a sensibilização da família



em relação ao sofrimento dos filhos. Esse fato sugere a necessidade de inserção de um acompanhamento longitudinal dos bebês, que abranja uma análise mais atenta sobre a constituição psíquica e aspectos do desenvolvimento como a linguagem, além de marcos motores e nutricionais que são o foco mais tradicional nas políticas de saúde da criança.

Referências Bibliográficas

1. Préaut. fr [homepage na internet]. Paris. Association Préaut. Disponível em <http://www.preaut.fr/>.
2. Kupfer MCM et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. latinoam. psicopat. fund.* 2010, mar; 13(1): 31-52.
3. Kupfer MCM, Bernardino LMF. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Rev. latinoam. psicopat. fund.* 2009, mar; 12(1) 45-58.
4. Vendrusculo J, Bolzan GM, Crestani AH, Souza, AP, Moraes, AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comum.* 2012, abril; 24(1): 41-52.
5. Flores MR, Ramos AP, Moraes A, Beltrami L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Rev. CEFAC*, 2012, no.ahead, p.00-00. ISSN 1516-1846.
6. Crestani AH, Ramos AP, Beltrami L, Moraes A. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e sócioeconômicas. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012; 24(3): 205-10.
7. Flores M, Beltrami L, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Distúrb Comum.* 2011, agosto; 23(2): 143-52.
8. Freud S. (1913) Totem e tabu. In: *Obras psicológicas completas* (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, XIII: 17-198.
9. Lacan J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. In *Cadernos Lacan – 1º Parte. 1ª Ed.* Porto Alegre/RS: Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA; 1949.
10. Schwengber DDS, Piccinini CA. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. In: *Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida.* *Psic. Teor. e Pesq.* 2004; 20(3): 233-40.
11. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual.* San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
12. Surreaux LM. *Linguagem, sintoma e clínica de linguagem [Tese].* Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
13. Silva CLC. *A criança na linguagem: enunciação e aquisição.* Campinas, SP: Pontes Editores; 2009.
14. Cardoso JL. *Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem [Tese].* Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
16. Jerusalinsky J. *Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês.* Salvador: Ágalma; 2002.
17. Brandão P, Meira AM, Molina S, Jerusalinsky A. *Abordagens do Imaginário na Cena Terapêutica em Estimulação Precoce.* In *Escritos da Criança nº3. 2ª Ed.* Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; 1997.p. 8-21.
18. Bender S, Surreaux L M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. *Cadernos do IL (UFRGS).* 2011; 42: 129-45.
19. Stellin RMR, Monteiro CFD, Albuquerque RA, Marques CMXC. *Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades.* *Estilos clin.* 2011; 16(1):170-85.

