

Artigos originais

Percepção da família e do terapeuta sobre a evolução de crianças em uma abordagem interdisciplinar de intervenção precoce

Family and therapist perception of child evolution in an interdisciplinary approach on early intervention

Fernanda dos Santos Pichini⁽¹⁾
Nathana da Graça Sartori Rodrigues⁽¹⁾
Tatiane Medianeira Baccin Ambrós⁽¹⁾
Ana Paula Ramos de Souza⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 22/01/2015
Aceito em: 16/10/2015

Endereço para correspondência:
Ana Paula Ramos de Souza
Rua Raposo Tavares 134 apartamento 401
– Medianeira
Santa Maria – RS – Brasil
CEP: 97015-560
E-mail: ramos1964@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: analisar e comparar a percepção dos pais e dos terapeutas referente aos efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de seus filhos, bem como acerca da evolução da criança e perspectivas futuras.

Métodos: participaram deste estudo nove sujeitos, incluídos na clínica de Intervenção Precoce. Para a coleta dos dados realizaram-se entrevistas com os pais e/ou responsáveis pelas crianças e com os terapeutas de referência, as quais foram gravadas em áudio e transcritas literalmente. As informações foram analisadas qualitativamente e confrontadas, considerando os aspectos do desenvolvimento linguístico, motor, social e psíquico das crianças.

Resultados: dos nove sujeitos analisados, sete apresentaram percepção parental e terapêutica semelhante para as questões do desenvolvimento abordadas e em dois casos houve divergência entre a visão dos familiares e dos terapeutas acerca do desenvolvimento das crianças, em que os familiares demonstram expectativas muito distintas das dos terapeutas quanto ao futuro dos filhos. Em relação à comunicação, todos os pais percebem avanços como as terapeutas.

Conclusão: a percepção das terapeutas e pais demonstrou efeitos positivos da intervenção precoce interdisciplinar, manifestada na concordância de pontos de vista em relação aos sete dos nove sujeitos analisados. O estudo reforçou, ainda, a importância de se realizar a escuta qualificada das dificuldades da família quanto à limitação de seus filhos e orientá-las adequadamente a depender da patologia e/ou distúrbio apresentado.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Intervenção Precoce (Educação); Linguagem Infantil

ABSTRACT

Purpose: to analyze and to compare parents and therapists perceptions regarding of early intervention effects in developing of their children, as well as child's development and future outlook.

Methods: this research studied nine individuals from Early Intervention Clinic. Parents and responsible were interviewed. They were recorded and literately transcribed. The information was analyzed qualitatively and confronted considering the following child development aspects: linguistic, motor, social and psychic.

Results: seven out of nine individuals analyzed showed similar parental and therapeutic perception concerning the development characteristics analyzed. In two cases, there was disagreement between family members and therapists regarding children development, when family members expressed different expectations from the therapists about the future of their child. Regarding communication advances, all parents and therapist realized improvements. **Conclusions:** the perception of therapists and parents demonstrated positive effects of interdisciplinary early intervention as manifested in the concordance between therapists and parents views in seven out of nine individuals analyzed. This study also reinforced the importance of conducting a qualified monitoring of family difficulties regarding to limitation of their children and guide them appropriately depending on the disease or disorder presented.

Keywords: Child Development; Early Intervention (Education); Child Language

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, as hipóteses de aquisição da linguagem, do desenvolvimento motor e cognitivo, e da constituição psíquica dos bebês foram o foco principal da discussão dos teóricos envolvidos com os primórdios do desenvolvimento e apresentavam como unidade central de análise os comportamentos dos bebês. Atualmente, tem-se a clareza acerca da importância da relação do bebê com aqueles que exercem as funções parentais, tendo em vista que o desenvolvimento é tomado como um processo de constituição em que o biológico e o psíquico estão na dependência de complexa relação entre o bebê e seu ambiente ^{1,2}.

Assim sendo, pode-se imaginar que um bebê desejado e uma mãe com saúde mental se constituam numa díade desde muito cedo, oferecendo campo para o seu desenvolvimento. No entanto, quando o bebê nasce com algum limite biológico evidente, tal como síndromes ou lesões neurológicas, ou apresente distúrbios de linguagem sem lesão evidente como o Distúrbio Específico de Linguagem (DEL), caracterizado por vários estudos ^{3,4}, o imaginário que os familiares tem sobre o filho enquanto bom falante pode romper-se e colocar em risco também o laço parental com o bebê. Alguns estudos demonstram que essa ruptura no laço parental com o bebê pode produzir efeitos no diálogo mãe-filho que acabam por dificultar mais ainda a inserção da criança em rotinas em que o diálogo permite a exposição à linguagem ⁵.

Sabe-se que os bebês com síndromes ou lesões neurológicas evidentes são diagnosticados precocemente, mas que os sujeitos com distúrbios específicos de linguagem podem chegar à clínica fonoaudiológica somente ao final do segundo ano de vida quando não estão falando ³. Portanto, muito da relação pais-bebê pode estar comprometida e dificuldades psicossociais podem somar-se aos limites biológicos do bebê durante seu desenvolvimento. Além disso, as pesquisas que estudam fatores de risco para o desenvolvimento ^{6,9}, demonstram que variáveis psicossociais e sócio-demográficas por si só podem predispor ao surgimento de distúrbios do desenvolvimento ^{6,7,9}, dentre os quais, o de linguagem é fator frequente, visto que bebês com risco psíquico e/ou ao desenvolvimento possuem produção de fala inicial bem menor do que bebês sem este risco ⁹, além de dificuldades qualitativas de linguagem importantes nos primeiros dois anos de vida ^{3,10}. Portanto, é fundamental que se detecte qualquer risco ou alteração do desenvolvimento e que seja oferecido apoio familiar, bem como

a intervenção precoce, tendo em vista tanto o aproveitamento da plasticidade cerebral quanto minimizar os efeitos da patologia apresentada pelo bebê na relação dos pais com ele ¹⁰⁻¹³.

Nesse sentido, a intervenção precoce é um dispositivo importante de atenção à saúde, já que pode tanto impedir a instalação de uma patologia, por exemplo, de linguagem em curso, quanto minimizar efeitos secundários como o estabelecimento de psicopatologias em casos de síndromes ou lesões orgânicas, como a Síndrome de Down ou a Encefalopatia Motora Não Progressiva, pelo tipo de suporte que é fornecido aos pais para exercerem suas funções com este filho que é diferente do imaginado ¹⁴. Todavia, é necessário ter um cuidado especial referente à modalidade do atendimento desses bebês e suas famílias, uma vez que se trabalha com a constituição psíquica durante os primeiros anos de vida ¹³. Tal atendimento não deve ser disciplinar e múltiplo, pois pode colocar em risco o exercício das funções parentais quando a família fica sem um profissional de referência.

Acredita-se que a introdução simultânea de diferentes profissionais pode gerar um efeito dissociativo em relação ao exercício de suas funções parentais, prejudicando o desenvolvimento do bebê. Por essa razão, as modalidades de Interdisciplina e Terapeuta Único, foram inseridas na prática clínica voltada para o cuidado de bebês e crianças pequenas ¹³. A Interdisciplina configura-se como constituição de um espaço comum em que o conhecimento não se esgota na própria identidade profissional do terapeuta que atende, pois é preciso que o terapeuta tenha um conhecimento mais amplo do previsto em sua disciplina para o desenvolvimento infantil, ou seja, um fonoaudiólogo necessitará ter, além do conhecimento da linguagem, alimentação e audição comumente demandados nos casos de intervenção precoce, um conhecimento mínimo de desenvolvimento cognitivo e psicoafetivo, em geral mais estudados por psicólogos, e dos aspectos psicomotores, estes mais aprofundados pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Esses conhecimentos partilhados em um olhar interdisciplinar permitem que possa acontecer, em muitos casos, a abordagem de Terapeuta Único que corresponde à ação de um especialista em intervenção precoce, com uma formação específica de desenvolvimento infantil e não com conhecimento parcial de uma disciplina sobre o mesmo. Deve-se, ainda, priorizar a presença dos pais, a qual é significada pelo terapeuta,

de modo que possam desempenhar suas funções parentais tão cruciais para os bebês^{10,13}.

No programa em que se insere esta pesquisa, são criadas estratégias de inclusão dos familiares no processo terapêutico, tais como o atendimento conjunto pais-bebê e a possibilidade de apoio psicológico aos pais. Nos atendimentos conjuntos articulam-se cenas que oscilam durante a sessão, a saber: pais-terapeuta; bebê-pais; bebê-terapeuta e bebê-pais-terapeuta¹³. Nos momentos em que toma a cena relação pais-terapeuta, surgem muitos aspectos das percepções dos pais acerca do desenvolvimento de seus filhos, ou mesmo dúvidas sobre o processo terapêutico¹³. No caso de crianças maiores de três anos, a depender de seu quadro clínico, a intervenção com a criança em sessão individual e a entrevista continuada com os pais pode-se constituir na intervenção mais indicada^{15,16}.

No entanto, nem sempre este espaço é suficiente para que se possa acessar, de modo mais aprofundado, a percepção dos pais, por isso o grupo operativo de pais e a entrevista continuada são estratégias da equipe em questão. A percepção evolutiva que o terapeuta tem de cada bebê, além de ser comparativa ao próprio bebê, relaciona-se à sua casuística, ou seja, o terapeuta tende a comparar com a evolução de outros casos semelhantes atendidos, mesmo que o mesmo adote uma perspectiva singular de intervenção^{10,13}, o que pode demandar novos dispositivos de intervenção para o trabalho com os pais e supervisão dos terapeutas.

Dessa forma, os objetivos do presente estudo são analisar e comparar as percepções de pais e dos terapeutas sobre os efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de seus filhos e no cuidado aos mesmos, bem como suas percepções referentes à evolução dos filhos e perspectivas futuras.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob o protocolo de número 0284.0.243.000-09 e utilizaram-se as normas éticas obrigatórias para pesquisas em seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS). Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinaram o mesmo estando de acordo com a realização desta pesquisa e a

divulgação de seus resultados, mantendo o anonimato dos participantes.

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF), da instituição de origem. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Funções Parentais e Fatores de Risco para a Aquisição da Linguagem: Intervenções Fonoaudiológicas”. O estudo foi composto por nove crianças com idades entre 2 anos e 1 mês e 4 anos e 7 meses, sendo três meninas e seis meninos, com distúrbios de linguagem associados ou não a transtornos do desenvolvimento, e que estivessem em terapia por período mínimo de seis meses, no programa de Intervenção Precoce (IP) ou em terapia nos estágios de linguagem. A terapia poderia ou não ser exclusiva no programa. Alguns casos apresentavam terapia na modalidade de terapeuta único, e outros apresentavam terapias concomitantes em outras instituições, sobretudo os casos de encefalopatia motora cerebral não progressiva (EMCNP), comumente identificado como paralisia cerebral, com intervenção fisioterápica. Nos casos de terapeuta único, havia um suporte da equipe interdisciplinar de modo a sustentar os conhecimentos necessários a cada caso. Os terapeutas únicos no caso de distúrbio de linguagem eram fonoaudiólogos, de EMCNP fisioterapeutas e de síndrome de Down terapeutas ocupacionais. A periodicidade dos atendimentos dentro do programa era de duas vezes por semana assim como nos atendimentos realizados fora da instituição, em fisioterapia, havendo nesta a possibilidade de uma frequência maior em alguns casos. As reuniões grupais para ancorar a interconsulta ocorriam quinzenalmente. Além disso, havia supervisão semanal do caso por Profissional de fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas, semi-estruturada com roteiro anexo, com os responsáveis pelas crianças, bem como com os terapeutas de referência, a fim de identificar a percepção do caso e sua evolução, e comparar com as percepções parentais iniciais. Também foram abordadas questões do histórico do diagnóstico e perspectivas futuras vislumbradas pelos pais ou seus substitutos. Portanto, os aspectos que nortearam as questões foram se os pais tinham clareza dos limites biológicos e/ou psíquicos do filho, o nível de aceitação da dificuldade e relação entre o filho imaginado e o real, bem como de que modo a terapia havia ou não dado suporte para o enfrentamento dos desafios que foram emergindo na relação com o filho.

As entrevistas foram realizadas e gravadas em áudio para posterior análise. Posteriormente, as gravações foram transcritas literalmente. Os dados foram analisados qualitativamente, por meio de análise de conteúdo¹⁷ de modo a confrontar as percepções dos pais e/ou responsáveis e terapeutas, considerando os aspectos evolutivos do desenvolvimento linguístico, motor, social e psíquico da criança. Para tanto, as entrevistas foram lidas e relidas inúmeras vezes, buscando identificar os temas que emergiram a partir do discurso parental.

Buscou-se focar nas entrevistas a evolução no desenvolvimento e os cuidados dispensados às crianças pelos familiares. Por isso, as entrevistas foram realizadas após um tempo mínimo de seis meses de

tratamento e com foco nos sentimentos e percepções dos pais sobre a evolução do filho, não necessariamente em suas percepções sobre a metodologia terapêutica. As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram confrontadas com as respostas às entrevistas iniciais realizadas pelo terapeuta do caso, quando a intervenção precoce iniciou. Tal confronto foi possível porque havia nas entrevistas iniciais aspectos investigados no roteiro desta pesquisa.

RESULTADOS

Na Figura 1 apresentam-se aspectos gerais da identificação, quadro clínico e histórico terapêutico dos nove sujeitos que participaram do estudo.

Sujeito	Idade	Sexo	Quadro clínico	Histórico terapêutico
S1	2:1	F	Encefalopatia Motora Não Progressiva de tipo tetraplégica e disfagia	A demanda era por fonoaudiologia-linguagem, mas no Programa indicou-se inicialmente fisioterapia e avaliação da disfagia para inserção posterior da terapia fonoaudiológica semanal. Não possui terapias fora do programa.
S2	2:10	F	Síndrome de Down	Em atendimento com terapeuta único – fonoaudiólogo- há oito meses. Faz terapia ocupacional há 12 meses e Fisioterapia há 14 meses em outra IES.
S3	2:8	M	Síndrome de Coffin-Síris	Em atendimento fonoaudiológico no programa há 12 meses. Realizou fisioterapia respiratória por 17 meses em outra IES da cidade.
S4	2:8	F	Hidrocefalia, Fissura Palatina, deficiência auditiva espectro do autismo	Em atendimento fonoaudiológico no programa há 18 meses. Faz fisioterapia motora há 12 meses em outro serviço da cidade. Fez tentativa de abordagem comportamentalista por indicação médica, mas não se adaptou.
S5	4:7	M	Dispraxia verbal	Em atendimento fonoaudiológico no programa há 12 meses.
S6	3:2	M	Cegueira, espectro do autismo.	Em atendimento com terapia ocupacional no programa há três anos. Há um ano realiza sessões de fonoaudiologia conjunta com terapia ocupacional. Fez fisioterapia motora em outra IES por três meses.
S7	3:9	M	Dispraxia verbal	O atendimento fonoaudiológico iniciou no estágio de Fonoaudiologia Comunitária há 12 meses. A queixa da mãe era de que o filho não falava e que as vocalizações produzidas não eram de fácil entendimento. Além disso, apresentava muita dificuldade de interação com outras crianças.
S8	4:3	M	Dispraxia verbal Deprivação do cuidado de tipo materno	Realizou atendimento com fonoaudióloga de um Ambulatório de Especialidades, a qual o encaminhou para terapia no programa IP, por ter conhecimento do mesmo. Faz terapia psicológica há 12 meses em outra IES da cidade.
S9	3:0	M	Deprivação do cuidado de tipo materno	Iniciou terapia fonoaudiológica em contexto de grupo e por não apresentar evolução foi transferido para atendimento individual no programa de IP, semanalmente há 12 meses.

Figura 1. Identificação, quadro clínico e histórico terapêutico

Todos os sujeitos possuem distúrbio de linguagem, sendo que S8 e S9 apresentaram deprivação da figura materna. Em relação a S8, a mãe faleceu aos três anos, gerando a referida deprivação. Ainda, anteriormente a esse trauma, o relato de familiares sugere dificuldades por parte da mãe em dispensar cuidados afetivos ao filho. Quanto a S9, a mãe não consegue

desempenhar sua função, o que gera risco psíquico importante. Outro fato a ser ressaltado na Figura 1 é que, apesar da indicação do programa de terapia inicial de terapeuta único, a família recorreu pontualmente a outras terapias por indicação médica. Essa é uma realidade da cidade com a qual o programa tem de lidar, pois muitas vezes, emergem confrontos

éticos pelo tipo de abordagem terapêutica que indica a necessidade de escolha familiar como no caso de S4.

Na Figura 2, analisam-se o histórico de gestação e do parto, bem como o quadro clínico e os sentimentos familiares ao receber o diagnóstico.

Sujeito	Histórico da gestação, do parto e evolução do bebê	Como foi receber o diagnóstico
S1	A gestação foi tranquila e sem intercorrências, mas o parto foi conturbado, pois já estava passando da hora de nascer, realizando-se, então, cesárea. Nasceu de 42 semanas. Com aproximadamente um mês a mãe percebeu diferença no desenvolvimento da menina quando comparado aos outros filhos. Apresentou episódios de convulsões por volta dos cinco meses, quando realizou Ecografia Craniana e constatou-se lesão cerebral.	Em um primeiro momento não conseguiu elaborar a notícia, pois ficou envolvida com os médicos e encaminhamentos. Quando iniciou fisioterapia e teve contato com a profissional da IP, reconheceu as dificuldades da filha e relatou estado de choque inicial.
S2	A mãe considera uma gestação saudável, mas que não foi tranquila. Na 14ª semana de gestação soube que o bebê tinha alguma deficiência, a qual só foi descoberta após o nascimento. O parto foi cesáreo e sem intercorrências clínicas. Nega icterícia neonatal e outras complicações.	Saber que a filha tinha uma deficiência foi pior do que descobrir posteriormente que era Síndrome de Down. A mãe relata que, quando viu a filha pela primeira vez, ficou feliz em saber que era SD, por se tratar de uma síndrome conhecida e que saberia como lidar com a dificuldade.
S3	A mãe apresentou pressão arterial elevada a partir da 12ª semana de gestação, necessitando de repouso e acompanhamento médico. Um dia antes do nascimento do filho, foi internada apresentando contrações. O parto foi cesáreo. O bebê não apresentou reflexo de sucção, sendo amamentado com o método do copinho. Aos 3 meses foi internado com bronquiolite por 28 dias, sendo encaminhado para outro hospital de referência genética da região. Até 1 ano e 3 meses tinha o diagnóstico de fribrose cística, passando o diagnóstico genético clínico para síndrome de Coffin-Siris desde então.	No primeiro momento não soube como reagir, pois não conhecia a síndrome, portanto, não sabia o que esperar do desenvolvimento do filho. Após alguns dias sentiu grande angústia, pois, como não foi informada pela equipe médica detalhes sobre o quadro síndromico do filho. A angústia aumentou quando fez buscas na internet sobre a síndrome e encontrou materiais onde a descrição era bastante negativa e limitadora. Relatou choque inicial, mas encontrou apoio na terapia fonoaudiológica, superando aos poucos a ansiedade frente ao diagnóstico do filho.
S4	Gestação de risco. Apresentou diabetes gestacional e pressão arterial elevada, necessitando internação hospitalar por um mês antes do nascimento da filha.	A mãe afirma que, durante a gestação, não foi diagnosticada nenhuma alteração no desenvolvimento da filha, tornando-se difícil aceitar o diagnóstico de hidrocefalia após o nascimento e preferindo não relembrar essa fase vivida.
S5	Gestação sem particularidades e saudável, sendo o nascimento a termo e parto cesáreo. Na escolinha, por volta de três anos, a mãe percebeu que as outras crianças falavam mais que o filho e que ele tinha dificuldade para interagir com os colegas.	A mãe afirma que ficou triste e angustiada, pois passou a perceber muito mais a dificuldade do filho e compará-lo com crianças de mesma idade.
S6	Gestação de alto risco e nascimento prematuro de 29 semanas. Permaneceu em internação por 45 dias na UTI NEO e realizou duas transfusões sanguíneas, além de apresentar Meningite durante esse período. Aos cinco meses foi diagnosticada a deficiência visual.	A mãe afirma que foi muito dolorido saber da deficiência visual e que os pais tiveram extrema dificuldade em aceitar o diagnóstico. A avó materna, todavia, forneceu apoio nesse momento.
S7	Gestação sem particularidades, saudável e nascimento a termo, porém com necessidade de 36 horas de indução para o parto normal. O bebê demorou um pouco para chorar, mas não necessitou de nenhum acompanhamento após o nascimento. Associa a dificuldade de comunicação ao episódio de queimadura que o filho teve por volta dos 18 meses, seguido de hospitalização.	A mãe diz que se sente angustiada, por querer que o filho desenvolva a linguagem expressiva o quanto antes.
S8	A gravidez foi conturbada e agitada. A mãe era nervosa e apresentou Hipertensão Arterial Sistêmica, tratada com medicamento. Nasceu de 39 semanas e de parto normal, um dia antes da cesárea eletiva. A avó paterna sempre acreditou que, por não falar e apresentar traços do espectro do autismo, o neto precisava de ajuda, mas não pôde interferir em função da negação e resistência dos pais. Após o falecimento da nora, com aceitação do filho, procurou serviço especializado e acompanhamento com neurologista.	A avó paterna afirma que por sempre acreditar na dificuldade do neto e na necessidade de tratamento, ao receber o diagnóstico reagiu naturalmente, apesar de estar enfrentando mudanças importantes com o falecimento da nora. Não detinha conhecimento da alteração, uma vez que profissionais desconfiaram ser Autismo. O psicodiagnóstico e o diagnóstico fonoaudiológico indicaram outras patologias.
S9	A gestação foi tranquila, sem intercorrências clínicas, sendo que a mãe apresentou pressão alta, sem necessidade de usar medicação. O parto foi normal e sem particularidades, nasceu de 38 semanas e chorou logo. A mãe não especificou a alteração do filho, demonstrando pouco conhecimento sobre ele.	A mãe afirma que, devido ao fato de seu filho mais velho, também apresentar atraso no desenvolvimento da fala, reagiu normalmente, sem surpresa, além de alegar que é normal as crianças apresentarem essa mesma alteração e dificuldade.

Figura 2. Histórico da gestação, do parto e quadro clínico e como foi receber o diagnóstico

Nos relatos anteriores é interessante observar que, exceto no caso de S9, todas as mães sentiram-se angustiadas com o diagnóstico e, em alguns casos como S1, até negaram o mesmo. Apenas a avó de S8 ficou aliviada com o diagnóstico de distúrbio de linguagem e de risco psíquico, pois os médicos, diferentemente da equipe de IP, haviam suspeitado de autismo. Chama a atenção também que S5 e S7 cujos filhos têm o diagnóstico de menor gravidade (restrito à expressão linguística) apresentam-se muito ansiosas pela supressão da dificuldade dos filhos. A

angústia exacerbada de S3 tem relação com a raridade da síndrome, não podendo assimilar como seria o desenvolvimento do filho a partir de tal confirmação clínico-genética. O efeito do diagnóstico no caso de S5 foi pior do que em S7 porque a primeira não percebia a dificuldade do filho em toda sua extensão como S7. Percebe-se que a reação dessas duas mães difere da mãe de S2, cujo conhecimento da Síndrome de Down da filha trouxe alívio por se tratar de uma patologia conhecida.

Sujeitos	Evolução da comunicação	Mudanças na criança/ ambiente familiar após a terapia	A criança hoje e no futuro	Há necessidade de acompanhamento psicológico
S1	A mãe percebe que filha é capaz de expressar sentimentos pelo olhar, passou a compreender a fala da mãe e as situações do cotidiano e produz algumas vocalizações.	Antes a filha passava a maior parte do dia deitada em seu carrinho, sem participar da rotina familiar. Hoje, rejeita ficar deitada e está sempre envolvida nas atividades diárias da família. Houve mudança do desejo da criança e na postura da mãe em relação à filha.	Sente-se muito feliz em ver a filha evoluindo nos aspectos do desenvolvimento motor e linguístico. Para o futuro, deseja ver a filha correndo e brincando com outras crianças, mas que principalmente seja independente do carrinho, onde permanece a maior parte do dia.	Já realizou acompanhamento psicológico anteriormente, mas ressalta que não foi pela filha, e sim pela perda de um ente querido. Acredita que é um bom apoio para suportar as dificuldades.
S2	Quando o neurologista perguntou se tinha 50 palavras se deu conta que possuía um vocabulário próprio grande.	Houve mudança de rotina com maior envolvimento de tempo para tratamentos, mas não afirmam mudança na relação, pois já brincavam e cuidavam dela antes da intervenção precoce. Após intervenção com fonoaudiologia investe mais no canto e conto.	Família reconhece que hoje está com desenvolvimento melhor do que crianças com SD maiores e atribui à IP. Acredita que pode fazer muitas coisas, não necessariamente acadêmicas, mas não sabe exatamente o que.	A mãe afirma que oscila em sua estabilidade emocional, estando por vezes bem e outras vezes nem tanto. Toma ansiolítico e pensa que talvez pudesse ser bom um apoio.
S3	Percebe melhora significativa na linguagem compreensível e nas intenções comunicativas. Embora a expressão oral seja prejudicada, relata que o filho é capaz de se comunicar, com gestos, vocalizações e outras expressões.	Relata clara percepção comportamental da criança, e quanto a rotina familiar, acredita que o modo do pai brincar mudou, pois os comentários desenvolvidos na sessão de IP eram estendidos para o cotidiano familiar. Passaram a relatar as atividades diárias e brincar mais com o filho.	Reconhece no filho habilidades diversas, porém, espera maior desenvolvimento da linguagem expressiva. Para o futuro, apresenta ciência de possíveis limitações, dentre elas a escola regular. O maior desejo é de vê-lo falar.	Acredita que a pior fase, quando o diagnóstico foi dado, já passou. Contudo, pensa que futuramente poderá necessitar deste apoio, com o passar dos anos e o desenvolvimento do filho.
S4	Diariamente percebe a ocorrência de mudanças na filha para melhor, pois chama a mãe e chora quando deseja algo.	A mãe afastou-se completamente do trabalho por acreditar que sua vida é cuidar da filha. Sente-se surpresa com as evoluções da menina.	Atualmente, enxerga bem, apesar das limitações, mas demonstra evolução sempre. Para o futuro é difícil prever, uma vez que os médicos afirmam que não poderá ir à escola como as outras crianças.	A mãe acha que não precisa de tal acompanhamento porque o pior já passou e reage a todas as notícias ruins que recebe em relação à filha.
S5	Percebe melhora na expressão oral do filho e comenta que familiares passaram a compreendê-lo melhor após terapia.	Em casa é apenas mãe e filho, não percebe muita mudança.	Reconhece que o filho está bem, mas que precisa melhorar em alguns aspectos. Para o futuro, o imagina muito falante e gostaria de vê-lo cantar.	Acredita que não seja necessário.

Sujeitos	Evolução da comunicação	Mudanças na criança/ ambiente familiar após a terapia	A criança hoje e no futuro	Há necessidade de acompanhamento psicológico
S6	Acredita que a cada dia que passa o neto aprende algo novo e tenta mostrar para a família o que aprende em sessão.	Houve uma época em que era muito difícil entender o que o neto queria, o que o fazia chorar muito. Hoje está mais calmo e compreende melhor as situações do dia-a-dia, além de expressar melhor seus desejos, o que reflete na convivência de todos em casa.	Vê como um menino normal, que apenas não enxerga. Acredita assim que terá um desenvolvimento como de crianças normais e que não terá dificuldades.	Considera necessário o acompanhamento, tanto para a família, quanto para a criança.
S7	Percebe melhora na expressividade do filho, principalmente, pelo fato de o menino demonstrar esforço para que os outros o compreendam.	Hoje é um menino mais calmo e compreende melhor as ordens familiares, tornando a convivência em família mais fácil e agradável.	Percebe que o filho precisa evoluir mais e acredita que isso se dará com o tempo. Para o futuro, deseja que o filho seja um bom falante.	Acridita que não seja necessário no caso dela, mas que para outras mães pode ser essencial.
S8	Verifica-se evolução na fala, pois já consegue expressar com palavras o que deseja e, principalmente, em relação ao desejo de se relacionar com as pessoas, além de aceitar permanecer na sessão com a terapeuta.	A principal mudança é evidente na conduta e postura do pai que, anteriormente, não reconhecia a real necessidade do filho em receber tratamento. Atualmente, se revela mais atencioso e compreende como deve ser feita a estimulação adequada de linguagem, a partir da narração dos acontecimentos e leitura de histórias infantis.	Tanto a avó quanto a família reconhecem que o menino já apresentou evoluções consideráveis nos aspectos de fala e de comportamento. Para o futuro, acreditam que atingirá pleno desenvolvimento e que se relacionará bem com as pessoas.	Acridita que o acompanhamento psicológico vem sendo fundamental para o desenvolvimento do neto.
S9	Mãe refere que anteriormente à terapia, o filho não falava mais que duas palavras e, atualmente, já forma frases e, quanto ao comportamento, é uma criança mais calma.	Não relata ocorrência de mudanças na postura e conduta da família, referindo que sempre trataram os meninos do mesmo jeito, independente das orientações.	Aparentemente, reconhece a evolução do menino, que vem apresentando desempenho satisfatório na escola. Para o futuro, espera que esteja ainda melhor.	Mãe acredita que não há necessidade, pois o filho está bem.

Figura 3. Percepção familiar sobre o desenvolvimento

Na Figura 4 apresentam-se as percepções dos terapeutas sobre a evolução dos casos.

Ao se confrontar as respostas das famílias (Figura 3) com as das terapeutas (Figura 4) acerca da evolução da criança nos aspectos do desenvolvimento linguístico, motor, social e psíquico, percebe-se que, em relação à comunicação e aspectos gerais do comportamento, todas as mães reconhecem as evoluções dos filhos, sobretudo, em termos de compreensão e expressão orais, e referem desejo e possibilidades por parte da criança na participação das atividades cotidianas familiares. Essa percepção corresponde em muito à percepção das terapeutas, exceto em S1, que quando no debate da disfagia apresentou dificuldades de aceitação da deficiência da filha e afirmou que não percebia evolução da mesma, isso porque, na época, sua expectativa era de que andasse e falasse. Tal aspecto torna-se evidente na percepção de futuro da filha, exposta na Figura 3, na qual a meta para a criança é de difícil realização, já que correr é uma expectativa irreal para uma criança com tetraplegia. Nesse sentido,

torna-se interessante também observar a expectativa de S5 de que o filho cante e de S7 de que seja um bom falante, justamente incidindo sobre aspectos cuja base, atualmente, é deficitária: a fala. Também o caso de S6 chama a atenção, em que o familiar acredita tratar-se apenas da cegueira e que nos demais aspectos será uma criança com desenvolvimento normal.

Ainda sobre as expectativas de futuro, S2 percebe a filha a partir da comparação com outras crianças com Síndrome de Down, mais velhas do que S2 e que possuem um desenvolvimento pior do que a mesma. Percebe que ela tem potencialidades e aceita que não serão necessariamente acadêmicas. O mesmo é visto em S3 e S4, que referem saber da impossibilidade acadêmica de seus filhos, mas acreditam que possam evoluir sempre. Já a avó de S8, parece perceber que a dificuldade do menino está nos âmbitos subjetivo e intersubjetivo, o que gera sua maior expectativa quanto ao neto relacionar-se bem nos distintos ambientes sociais.

Sujeito	Evolução na comunicação e na linguagem	Evolução no desenvolvimento global	Percepções e envolvimento da família
S1	Na comunicação, apresentou grande evolução verbal (vocalizações) e não verbal (olhar e gestos), passou a perceber o mundo a sua volta e chamar a atenção do interlocutor para si.	Grande evolução psicomotora e com controle cefálico, proporcionando evolução na representação de mundo. Com a evolução cognitiva já é possível inserir uma forma alternativa de comunicação.	A família é presente e participativa. A mãe traz questionamentos e relata as conquistas da filha. Durante as orientações sobre disfagia resistiu à retirada de água, momento no qual percebeu-se a rejeição/negação da deficiência da filha. Tem dificuldade em perceber a evolução da criança e aceitar que terá sérias limitações no desenvolvimento.
S2	A paciente apresenta bom desenvolvimento da linguagem compreensiva e linguagem expressiva, demonstrando aumento do inventário fonético e aumento do vocabulário.	Apresenta evolução consideravelmente positiva nos aspectos do brincar, passando da fase sensorio-motora para o simbolismo.	É notável o engajamento familiar, principalmente o envolvimento da mãe. Ela é capaz de passar para o dia a dia da família o que se vivencia em sessão, favorecendo assim o desenvolvimento da filha.
S3	Passou a compreender as situações comunicativas, mostrando interesse para as atividades propostas, respeita os turnos comunicativos, apresenta vocalizações articuladas e diferenciadas para certas situações. Demonstrando bom desenvolvimento verbal e não verbal.	Verifica-se evolução positiva e, ao contrário do que se encontra na literatura sobre a síndrome, ele apresentou desenvolvimento psicomotor, comportamental, cognitivo e na comunicação importantes ao longo do planejamento proposto.	A mãe é dedicada e participativa no processo terapêutico, colocando em prática as orientações necessárias para o desenvolvimento global do filho.
S4	Trata-se de um caso com limitações significativas, seja do nível neurológico, sensorial (deficiência auditiva) e ainda, um contato pouco expressivo com o outro, exigindo dedicação do terapeuta, mas também cautela na interpretação dos gestos e cenas. Pode-se considerar um ganho evolutivo na comunicação a entrada da fonoaudiologia na IP, junto à terapia ocupacional, uma vez que, além do olhar e toque corporal, potencializou-se outra habilidade comunicativa, a audição.	A criança não avançou a olhos nus. Para quem atende é possível perceber que está conectada mais tempo ao outro (porém ainda muito pouco tempo). Porém a família está mudando algumas atitudes com a menina no dia a dia, que está provocando satisfação para todos.	É uma família que deve ser muito respeitada e admirada. Pois conseguiram estabelecer um vínculo com a filha mesmo com tão poucos recursos da mesma. A família sofreu os interditos médicos, necessitando de um tempo para entender o que seria um diagnóstico de autismo, pois chegou até a clínica IP com este diagnóstico. A maior evolução está na relação familiar. Quando os terapeutas sugerem algo (música, postura, convite, alimentação) a família responde afirmando que quando fizeram em casa a menina respondeu positivamente.
S5	Na linguagem é capaz de se posicionar, dialogar e vivenciar os distintos contextos sociais com boa comunicação. Iniciou o período narrativo, estando em fase de remissão final de trocas articulatórias, relacionadas à dispraxia verbal.	Antes da terapia havia dificuldade em separar-se da mãe e em passar da dependência absoluta para a relativa. Dormia junto da mãe e apresentava dificuldades de entrar sozinho em terapia. Hoje está mais independente, dorme sozinho e aceita permanecer em terapia apenas com a terapeuta.	A mãe sempre foi muito dedicada e disposta a atender as orientações, apesar do sofrimento ao se separar pelo apego excessivo. Percebeu as necessidades do filho e seguiu praticamente todas nossas orientações, mas mantém um apego muito grande.
S6	Está inserido no discurso do cotidiano e nas relações mesmo que não use instrumentos para tal, como a fala, por exemplo. Porém, apresenta bom desenvolvimento não-verbal, ao longo de três anos de IP, conseguindo manifestar-se anunciando seus sentimentos e desejos através de expressões faciais, gestos e vocalizações.	Chegou ainda bebê para IP, já sendo possível identificar sintomas clássicos de crianças cegas cujos pais não possuem orientação. Era um menino muito choroso e sofria com o ambiente a sua volta, sem saber expressar seus sentimentos. Psicicamente correu um risco grande de produzir uma psicose. Todavia, o mesmo saiu de um desligamento com auto-agressão para pedidos de brincadeiras e reivindicações familiares.	Houve dificuldade em aderir a IP inicialmente, sendo necessária uma reunião conjunta com os familiares acerca do significativo risco relacionado à saúde mental do menino. Desde então, a avó o traz com maior frequência aos atendimentos. A família acredita no desejo, na disposição e disponibilidade dos terapeutas. Porém não acreditam muito no filho e por isso não vem com frequência. Eles sabem que não desistimos. Acreditam no que dizemos, porém na hora de realizarem não fazem, alegando incapacidade do menino ou problemas da família.
S7	No início apenas vocalizava, comprometendo bastante a relação com o interlocutor. Ao longo da intervenção, passou a respeitar os turnos comunicativos, respeitar ordens, além de nomear, usar verbos e construir frases simples, verificando-se grande evolução.	Era uma criança muito retraída, com dificuldades de socialização, mas atualmente consegue desenvolver atividades em grupo e se relacionar bem com outras crianças.	Inicialmente a mãe apresentou dificuldade para entender a necessidade do envolvimento familiar no processo terapêutico para melhor evolução do filho. Com frequentes orientações, compreendeu a proposta e passou a ter maior envolvimento com o processo terapêutico tanto em sessão quanto em casa.

Sujeito	Evolução na comunicação e na linguagem	Evolução no desenvolvimento global	Percepções e envolvimento da família
S8	Verifica-se que tem se expressado melhor seus desejos, com palavras e frases dotadas de significado. Além disso, observa-se certa independência da avó e mudanças comportamentais em situações sociais, como festas e passeios. É uma criança alegre que, atualmente, demonstra sentimentos afetivos, que ri e brinca com os outros.	Apresenta evolução significativa nos aspectos linguístico e, principalmente, afetivo, uma vez que vem dominando parcialmente seus medos e frustrações, demonstrando afetividade, e evolução de comportamento social.	Desde o início se mostrou uma família bem organizada e estruturada, apesar do óbito da mãe de S8. É notável o envolvimento familiar no processo terapêutico e a evolução obtida pós-terapia. A avó põe em prática todas as orientações de maneira adequada, traz questionamentos e curiosidades, relatando todas as evoluções apresentadas pelo neto. Sua maior dificuldade foi em conseguir dar limites ao neto tanto em relação a afastar-se de brinquedos quanto em sair do colo da avó durante as primeiras terapias.
S9	Anteriormente à intervenção apresentava pouquíssimas vocalizações e, atualmente, emissão das primeiras palavras, ainda isoladas, construindo breves relatos. Quanto ao brincar que antes era exploratório e desorganizado, verifica-se certo simbolismo, apesar de rudimentar, além de permanecer mais tempo com o mesmo brinquedo.	A construção e estabelecimento de um vínculo são prejudicados pela pouca assiduidade ao tratamento. Apesar disso, verifica-se evolução considerável nos aspectos de linguagem e produção de fala, no simbolismo e de comportamento geral de S9.	Trata-se de uma família complexa, em que a avó materna demonstra comprometimento e aparentemente domina as questões familiares, enquanto a mãe, talvez por ser jovem, revela-se rebelde. Apesar de não estimular o filho adequadamente, vem apresentando mudança de postura, além de depositar confiança na terapeuta. Além de S9 (terceiro filho), tem outro filho mais velho em terapia fonoaudiológica, e uma menina recém nascida. Percebe-se falta de planejamento familiar e de vida. Por isso, foi indicada terapia para a mãe, pois não percebe as carências dos filhos.

Figura 4. Percepção dos terapeutas sobre o desenvolvimento

Sobre os efeitos da intervenção precoce no ambiente familiar e na criança, algumas mães identificam a entrada do terapeuta, seja fonoaudiólogo ou outro profissional de referência, como um marco no desenvolvimento do filho e importante como suporte para a família, seja em aspectos gerais do desenvolvimento, seja especificamente em relação à comunicação (S1, S2, S3, S6, S7, S8). Interessante observar que S4, S5 e S9 não citam efeito familiar de modo particular, sobretudo S5 e S9, que são casos em que as mães parecem não perceber suas dificuldades na interação com os filhos. Enquanto S5 tem dificuldade em deixar que o filho cresça e se torne independente dela, S9 apresenta dificuldade contrária, em apegar-se ao filho e perceber sua carência.

A mãe de S4 apresentou questionamentos sobre os efeitos da IP com foco lúdico, como o do programa, em função da indicação pela neurologista para trabalho comportamental, no qual não podia entrar em sessão com a filha. Desistiu deste porque a criança chorava muito durante aquela intervenção e porque percebeu que a abordagem do programa a inclui no processo, diferentemente da abordagem comportamental. Embora não cite diretamente o trabalho da IP, afirma perceber evoluções constantes da filha. O mesmo é perceptível em S5 e S9.

DISCUSSÃO

No presente estudo pôde-se observar concordância entre as percepções parentais e terapêuticas acerca da evolução dos aspectos do desenvolvimento linguístico, motor, social e psíquico das crianças em todos os casos, mas não de modo pleno em S1, em que se verifica a negação por parte materna sobre a deficiência apresentada pela filha, o que também emerge no discurso de M6 sobre S6 em que a dificuldade psíquica não é percebida pela família. De acordo com alguns estudos, as principais reações manifestadas pelos pais frente ao diagnóstico de deficiência do filho passam pelo choque ao receber a notícia, seguida de negação, bem como sentimentos de culpa, tristeza, raiva e ansiedade em relação ao bebê, até atingir o estágio de equilíbrio e aceitação^{18,19}. Percebe-se que em S5 e S7 a ansiedade é o sintoma mais evidente. Já as mães de S5 e S9 não percebem suas dificuldades na interação com os filhos, por comportamentos opostos. Enquanto S5 pelo excessivo apego, S9 pela falta dele. No caso de S5, encontra-se uma situação comum na clínica dos distúrbios de linguagem, a ausência da função paterna, elemento comum em relatos de caso da literatura^{20,21}.

Alguns autores, afirmam que a gravidez configura-se como uma etapa importante no processo de

estruturção da identidade da mulher e das representações que esta constrói sobre seu filho. Ao longo deste processo, a suspeita ou a confirmação da integridade física e mental do futuro filho, pode tornar-se um obstáculo para o estabelecimento da dinâmica mãe-bebê^{22,23}, uma vez que a família vivencia uma sensação de perda do filho desejado e idealizado, levando a um conflito existencial e emocional que os obriga a rever todos os sonhos e expectativas em relação à criança. Esta dificuldade inicial, mesmo que pequena, amplia-se com o tempo, podendo ser sanada ou definitivamente instalada na dependência da conduta familiar adotada perante tal realidade e do significado que este evento terá para cada um^{24,25}.

Torna-se, assim, de suma importância, o modo pelo qual os pais explicarão a dificuldade/limitação de seus filhos, ou seja, a maneira como compreendem o significado do problema já que, conforme superam a deficiência, criam expectativas, tanto positivas quanto negativas, que vão desde o pleno desenvolvimento da criança até a completa incredibilidade em relação à situação do filho. Nessa perspectiva, torna-se interessante o caso de S7, no qual a mãe associa a dificuldade de comunicação do filho, uma dispraxia verbal, com um episódio de queimadura. Acredita-se que esse tipo de explicação atribuído pela mãe, o qual não apresenta fundamento em conhecimentos científicos, apresenta sua hipótese fundamentada em conceitos da cultura popular, uma vez que necessitam de explicação concreta que satisfaça determinada associação²⁶. É interessante observar que esse tipo de explicação relacionada ao trauma, põe em questão algo externo, quase mágico que incide sobre a criança, o que parece ter o papel de eliminar qualquer causa biológica genética ou psíquica – ambiental, portanto, eximir a família de qualquer responsabilidade ou culpa em relação ao distúrbio do filho.

Em relação às crianças com síndromes e deficiências físicas/sensoriais evidentes, como S1, S3, S4 e S6, vários estudos afirmam a dificuldade de lidar com a presença de um limite biológico^{27,28}, inclusive levando a falsas crenças sobre a evolução do filho²⁸, o que fica evidente em S1 e S6, que correspondem a duas das crianças mais comprometidas biologicamente da amostra. Esses resultados colocam em questão as dificuldades éticas que a clínica precoce demanda, pois lidar com expectativas que não se concretizarão apresenta-se como um desafio comum na clínica IP, com o qual o terapeuta deve lidar de modo muito cuidadoso, que está no caminho entre não reforçar

falsas expectativas e, ao mesmo tempo, sustentar o investimento no possível demonstrado pela criança no dia-a-dia em suas interações. Além disso, o processo de luto familiar é continuado e dispositivos como a entrevista continuada parecem ser um espaço importante para falar a respeito das dificuldades advindas dos limites no desenvolvimento do filho^{15,16}.

Outro aspecto que se ressalta nos resultados é que, embora o grupo de pesquisa e de atendimento no qual se inseriu a coleta dos dados busque um enfoque interdisciplinar e a estratégia de terapeuta único, emergem demandas por múltiplos profissionais, advindas da dificuldade de os profissionais da medicina em compreender a relevância dos fatores psíquicos no cuidado familiar dispendido ao bebê. A pressão sofrida pela mãe de S4, pela médica neurologista, para que fizesse uma abordagem comportamental com a filha, sem a presença da mãe em sessão e com múltiplos terapeutas, demonstra a falta de entendimento da importância do registro simbólico para a legalidade das aquisições infantis. Nesse sentido, cabe ressaltar o trabalho de Cunha²⁸ e Cauduro²⁹ acerca da importância do cuidado parental no contexto da neurociência. Enquanto a primeira autora expõe os princípios básicos do crescimento do cérebro em desenvolvimento em conexão com o cuidado, a segunda afirma a importância do cuidado a partir de uma aproximação entre Winnicott e a neurociência. Ambos os trabalhos permitem supor que a intervenção que leve em conta a interação bebê-cuidador é muito mais efetiva em termos de registro cerebral, já que incide sobre o sistema límbico fundamental a memória, e em maturação no primeiro ano de vida. Esse sistema, em conjunto com as estruturas subcorticais e do cerebelo, servirá de base para a maturação cortical no segundo ano de vida, em crianças em desenvolvimento típico, ou seja, é preciso uma relação afetiva – intersubjetiva consolidada para que intervenções puramente instrumentais possam ter sentido na vida da criança e seus familiares. Nas crianças desta pesquisa, apesar da idade cronológica ser superior ao segundo ano de vida em todos os casos, inclusive naqueles com limitações neurológicas importantes (S1, S3, S4 e S6) é evidente que a intervenção precoce ainda incide sobre a relação que embasa as aquisições corticais em curso, ou mesmo sobre os possíveis limites para tanto. Ressalte-se, entre os limites, acessar uma expressão verbal fluente, o que poderá ser impossível em alguns casos (S1, S3, S4), que poderão depender de formas alternativas de comunicação.

CONCLUSÃO

Considerando a proposta de análise inicial em relação à comparação da percepção parental e dos terapeutas sobre os efeitos da intervenção precoce no desenvolvimento de seus filhos e no cuidado aos mesmos, o estudo evidenciou concordância entre as percepções parentais e terapêuticas acerca da evolução dos aspectos do desenvolvimento linguístico e motor em todos os casos. Em termos social e psíquico das crianças, em dois casos não houve concordância, pois os familiares demonstram percepção inadequada do presente e expectativas de difícil realização no futuro das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Laznik MC. A hora e a vez do bebê. 1. ed. São Paulo, SP: Instituto Langage; 2013.
2. Coriat E. Psicanálise e clínica de bebês. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios; 1997.
3. Crestani AH, Oliveira LD, Vendruscolo JF, Ramos-Souza AP. Distúrbio Específico de linguagem: a relevância do diagnóstico inicial. *Rev CEFAC*. 2013;15(1):228-37.
4. Beltrami L, Ramos-Souza, AP, Oliveira L. Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbio de linguagem: a importância do trabalho interdisciplinar. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2013;25(3):515-30.
5. Oliveira RG, Simionato MAW, Negrilli MED, Marcon SS. A experiência de famílias com convívio com a criança surda. *Acta Scientiarum Health Sciences*. Maring. 2004;26(1):183-91.
6. Flores MR, Ramos-Souza AP, Moraes AB, Beltrami L. Associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Rev CEFAC*. 2013;15(2):348-60.
7. Beltrami L, Moraes AB, Ramos-Souza AP. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Dist Comun*. 2013;25(2):229-39.
8. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Ramos-Souza, AP. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):847-56.
9. Crestani AH. Produção inicial de fala, risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas. [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
10. Oliveira LD, Peruzzolo DL, Ramos-Souza AP. Intervenção precoce em um caso de prematuridade e risco ao desenvolvimento: contribuições da proposta de terapeuta único sustentado na interdisciplinaridade. *Dist Comun*. 2013;25(2):187-202.
11. Flores MR, Ramos-Souza, AP. Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento. *Rev CEFAC*. 2014;16(3):840-52. Flores MR, Beltrami L, Ramos-Souza AP. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Dist Comun*. 2011;23(2):43-52.
12. Oliveira LD. Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem. [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
13. Bortagarai FM, Ramos-Souza AP. A comunicação suplementar e/ou alternativa na sessão de fisioterapia. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):561-71.
14. Ramos-Souza AP, Klinger EF, Borin L, Maldaner RD. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. *Revista de Psicologia*. 2009;21(3):601-12.
15. Moro MP, Ramos-Souza AP. A entrevista continuada com pais na terapia no espectro atístico. *Rev CEFAC*. 2012;14(3):574-87.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
17. Lemes LC, Barbosa MAM. Reações manifestadas pelas mães frente ao nascimento do filho com deficiência. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2008;8(1):31-6.
18. Silva NLP, Dessen MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2001;17(2):133-41.
19. Sheng L, Mcgregor KK. Lexical-semantic organization in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*. 2010;53(1):146-59.
20. Vernes SC, Newbury DF, Abrahams BS, Winchester L, Nicod J, Groszer M et al. A Functional Genetic Link between Distinct Developmental Language Disorders. *N Engl J Med*. 2008;359(22):2337-45.
21. Martins KPH, Sampaio IL, Lima MCP, Dias TMM. Reflexões sobre a função paterna no trabalho psicanalítico com crianças. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ* 2010;32(23):133-43.
22. Cohen D, Viaux-Savelon S, Rosenblum O, Mazet P, Dommergues M. Acompanhamento ecográfico pré-natal de gravidez com suspeitas

- de má-formações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: Laznik MC, Cohen D. O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Language; 2011. p. 35-44.
23. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Litte C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(1):18-26.
24. Leithner K, Maar A, Fischer-Kern M, Hilger E, Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E. Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23(3):240-6.
25. Brunhara F, Petean EBL. Mães e filhos especiais: relações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, junho; 1999.
26. Kreutz CM, Bosa CA. Um sonho cortado pela metade...”: estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. *Estud. psicol*. 2013;18(2):305-13.
27. Cunha I. Princípios básicos do crescimento do cérebro em desenvolvimento. In Marin I K, Aragão R O (org) *Do que fala o corpo do bebê*. São Paulo: Escuta; 2013. P. 279-85.
28. Cauduro CRS. O Contexto da neurogênese: uma aproximação de Winnicott à neurociência. In: Marin I K, Aragão R O (org) *Do que fala o corpo do bebê*. São Paulo: Escuta; 2013. p. 287-98.