

# FATORES DE RISCO PSÍQUICO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: IMPLICAÇÕES PARA A FONOAUDIOLOGIA

## *Psychical risk factors to the child development: Implications on speech-language and hearing therapy*

Luciele Dias Oliveira <sup>(1)</sup>, Mariana Rodrigues Flores <sup>(2)</sup>, Ana Paula Ramos de Souza <sup>(3)</sup>

### RESUMO

**Tema:** fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e as implicações para a fonoaudiologia  
**Objetivos:** estudar, por meio de uma revisão teórica os riscos psíquicos ao desenvolvimento infantil, com ênfase nos riscos para aquisição da linguagem, e discutir as implicações para a atuação fonoaudiológica em idade precoce. **Conclusão:** a partir da literatura revisada, constatou-se que crianças que convivem com riscos biológicos e, sobretudo psíquicos, nos primeiros anos de vida, são mais propensas a desenvolver problemas que podem afetar o seu desenvolvimento. Assim, considera-se a necessidade da atuação fonoaudiológica estar vinculada a uma constante observação dos fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e aquisição da linguagem, podendo participar da detecção e estimulação precoces em uma perspectiva promocional.

**DESCRIPTORIOS:** Desenvolvimento Infantil; Fatores de Risco; Linguagem

### ■ INTRODUÇÃO

Durante os três primeiros anos de vida ocorrem os grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança, bem como, a aquisição e o controle da linguagem, os quais são essenciais para o seu desenvolvimento global<sup>1</sup>. Este desenvolvimento está intrinsecamente relacionado às condições nutricionais, ambientais, à estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar, ao padrão cultural e ao nível educacional e socioeconômico da família<sup>2</sup>.

Quando algum desses aspectos exerce influência negativa no desenvolvimento integral das crianças, tem-se o risco de atrasos e distúrbios no desenvolvimento infantil, que podem vir a comprometer a saúde geral do sujeito causando diversos danos futuros, inclusive, referentes à aquisição e ao

desenvolvimento da linguagem<sup>3,4</sup>. Na maioria das vezes, distúrbios como atraso de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são diagnosticados antes dos 3 ou 4 anos<sup>5</sup>.

Por isso, é importante o reconhecimento precoce e o acompanhamento de alguns grupos que são mais vulneráveis a morbidades<sup>5</sup>, visto que as crianças que apresentam algum atraso ou distúrbio, quando recebem algum tipo de intervenção precoce, têm um melhor rendimento<sup>5</sup>. Além disso, existe a possibilidade de barrar o desenvolvimento da patologia<sup>6</sup>. Dessa forma, existe ainda, a necessidade de identificar essas crianças e encaminhá-las a um serviço especializado<sup>5</sup>. Este seria o papel do profissional de atenção primária na vigilância do desenvolvimento infantil.

Nessa perspectiva, tem-se entre as novas concepções de Sistema Único de Saúde (SUS) a de promoção da saúde que visa à melhoria da qualidade de vida e prioriza a saúde e não a doença<sup>7</sup>. Esta nova concepção vem ao encontro da idéia de que a prevenção de problemas durante a infância exerce efeitos benéficos por toda a vida do ser humano<sup>2</sup>, pois, dependendo da idade do diagnóstico de determinadas psicopatologias há maiores dificuldades no que se refere à intervenção bem sucedida<sup>8</sup>.

<sup>(1)</sup> Acadêmica do curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>(2)</sup> Psicóloga; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>(3)</sup> Fonoaudióloga; Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria; Doutora em Linguística e Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Conflito de interesses: inexistente

Estudos atuais apontam para a possibilidade de detecção de índices, entre 1 e 18 meses, que poderão ser futuramente patologias<sup>9</sup>. Nessa fase da vida, a criança está em plena construção de seu psiquismo e de sua subjetividade<sup>10</sup>. A psicanálise sempre foi unânime em reconhecer a importância das primeiras relações na vida de um bebê como a base para o seu desenvolvimento<sup>11</sup>. Sabe-se, que nessas primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que faça a função materna visualizáveis nas interações mãe-filho. Nesse momento, já é possível detectar indícios de que algo não vai bem e intervir se necessário<sup>12</sup>.

A função materna é constituída pelos cuidados básicos que vão permitir que o bebê sobreviva, contudo, para que sobreviva psicologicamente, esses cuidados devem ir além da mera satisfação de suas necessidades biológicas. É o “a mais” que a mãe dá: a relação afetiva, o diálogo, o olhar, o toque, que possibilita ao bebê construir sua vida mental. Para que isso ocorra, é necessário que a mãe não esteja presente nessa relação só com seu corpo, é preciso que haja desejo (presença psíquica), o que implica que ela tenha na sua vida e na sua história, um lugar para esse filho, bem como, que possa transmitir a ele os valores da cultura, os valores simbólicos e não só seus desejos pessoais<sup>13</sup>. Não se trata, portanto, de práticas maternas definidas apenas por comportamentos específicos de cuidados, mas da existência de um projeto simbólico para o bebê<sup>12</sup>.

Por isso, a equipe profissional que trabalha no cuidado de crianças desde seu nascimento deve estar atenta às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar observando os atos e a repercussão desses no desenvolvimento infantil<sup>4</sup> e, além disso, considerando as possibilidades de intervenção precoce quando necessário. Nesse contexto se insere a observação dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil, que se configuram como um protocolo aplicável pelos clínicos como instrumento de avaliação e decisão acerca da estimulação precoce, a qual compreende a existência de um terapeuta único que dê sustentação ao exercício das funções parentais, o que pode proporcionar a estruturação do bebê pela/na linguagem.

A partir de estudo que revisa o conceito, o fator de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas, isto é, aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo<sup>14</sup>. Além disso, a definição de fatores de risco para o desenvolvimento inclui também a dinâmica de interação de condições biológicas e ambientais que impedem o pleno desenvolvimento da criança<sup>15</sup>.

A partir de tais pressupostos, os objetivos desta revisão são analisar a literatura científica dos últimos 12 anos acerca dos fatores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil com ênfase nos riscos para aquisição da linguagem e discutir as implicações para a atuação fonoaudiológica em idade precoce.

## ■ MÉTODO

Foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos de periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Scielo e Medline a partir da seguinte combinação de descritores: fatores de risco e desenvolvimento infantil, refinado para linguagem. A consulta obteve o resultado de 157 artigos, dos quais, 22 foram selecionados, tendo em vista o foco teórico principal da proposta deste artigo que foi trabalhos sobre risco psíquico em interface com aspectos biológicos e cognitivos relacionados a pesquisas dos campos da psicanálise, psicologia e saúde coletiva em interface com a Fonoaudiologia.. Tal norte teórico resultou na seleção de trabalhos escritos em língua portuguesa, sobretudo em periódicos e capítulos de livro nacionais, visto que os trabalhos acerca de riscos psíquicos de concepção teórica psicanalítica, interesse maior desta revisão, estão sendo desenvolvidos por brasileiros tanto em território nacional quanto na França.

Na medida em que a pesquisa prosseguiu, referências bibliográficas importantes, citadas nos documentos já pesquisados, também foram consultadas. Foram selecionados os estudos publicados nos últimos 12 anos, mais relevantes para a temática investigada a partir da seleção de estudos que abordavam os fatores de risco e desenvolvimento infantil acerca dos fatores biológicos e ambientais, também, suas consequências para o desenvolvimento cognitivo verbal (linguagem) e não-verbal, e psíquico.

Tal subdivisão tem como norte teórico a proposta do Centro Lydia Coriat<sup>12</sup> acerca de aspectos estruturais e instrumentais. Os aspectos estruturais são aqueles responsáveis pela estruturação de um sujeito (biológico e psíquico, este do ponto de vista afetivo e cognitivo) e os instrumentais são aqueles manifestos em habilidades de permitem a troca com o ambiente e adaptação social (atividades de vida diária, psicomotricidade, linguagem, entre outros).

## ■ REVISÃO DE LITERATURA

### **Fatores Psíquicos: a relação entre ambiente e biológico**

A literatura traz evidências de que o desenvolvimento infantil é um processo condicionado e

determinado por inúmeros fatores, como: biológicos, ambientais e socioeconômicos<sup>2</sup>. A aquisição de habilidades motoras e cognitivas depende de fatores genéticos e maturacionais e, ainda, de um adequado desenvolvimento pré e pós-natal constituindo assim a base biológica para o desenvolvimento normal<sup>16</sup>.

Assim, quando essas condições são favoráveis, é provável que a criança tenha um potencial de resistência a adversidades físicas e psicológicas. Quando o contrário acontece, dependendo da gravidade das condições adversas, o desenvolvimento pode ser afetado de diferentes formas.

O risco biológico define os principais fatores que influenciam os desfechos do desenvolvimento infantil em crianças de países desenvolvidos<sup>17</sup>. A idade gestacional e o peso ao nascimento representam fatores preditivos importantes no prognóstico do desenvolvimento infantil e, geralmente, são importantes nos desfechos do primeiro ano de vida<sup>17,18</sup>. Portanto, prematuridade, baixo peso ao nascer e desnutrição são alguns dos fatores de risco biológico que influenciam no curso do desenvolvimento infantil<sup>16</sup>.

Além disso, tem-se ainda, asfixia perinatal, peri-intraventricular, hemorragia, displasia broncopulmonar, distúrbios bioquímicos e hematológicos durante o período neonatal, microcefalia, malformações e infecções congênitas como outros fatores de risco biológico<sup>19</sup>. No entanto, neste trabalho, optou-se por abordar a prematuridade, pois, é o fator biológico preponderante nos estudos encontrados nesta revisão bibliográfica.

O recém-nascido a termo é aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas, e o pré-termo, é todo aquele que nasce com menos de 37 semanas<sup>20</sup>. A classificação utilizada sobre peso divide-se em: baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500 gramas), esta categoria é por sua vez dividida em: muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) e moderado baixo peso ao nascer (de 1.500 a 2.499 gramas)<sup>11</sup>. No outro extremo da escala, estão os bebês com alto peso ao nascer (4.500 gramas ou mais). Esta subdivisão tem sido usada para identificar de forma mais precisa os bebês com riscos mais sérios<sup>11</sup>.

Atualmente, os avanços na área de Neonatologia têm contribuído significativamente para melhorar o índice de sobrevivência de bebês nascidos pré-termo e com peso abaixo de 1500g<sup>20,21</sup>, por meio de novas técnicas e métodos. Até mesmo recém-nascidos com extremo baixo peso, em torno de 500 ou 600g, têm sobrevivido, na medida em que seja assegurada a oportunidade de receber assistência médica especializada em unidades de tratamento intensivo, as UTIs neonatais<sup>11,21</sup>.

Entretanto, sabe-se que estes bebês estão sob maior risco para déficits no desenvolvimento em relação aos bebês a termo porque podem ser identificados sinais de vulnerabilidade na criança prematura<sup>21</sup>. O aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros nas últimas décadas provocou um interesse crescente na predição do desenvolvimento global de longo prazo dessas crianças<sup>22</sup>. A partir desse interesse, vários autores têm detectado sinais neurológicos anormais durante o primeiro ano de vida desses recém-nascidos, embora tenha sido difícil prever se estes sinais serão transitórios ou definitivos<sup>22</sup>.

Por isso, ressalta-se a importância de estudar o desenvolvimento do bebê nascido pré-termo dentro de um contexto guiado pela associação de diversos fatores de risco, que envolvem variáveis como o nascimento e os resultados do estado clínico de saúde do bebê durante o período de internação hospitalar<sup>20</sup>. Em relação ao comprometimento no desenvolvimento, estudos apontam a prematuridade como valor preditivo para o atraso no desenvolvimento motor e cognitivo<sup>20</sup>.

Na literatura há um grande interesse sobre a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem<sup>23</sup>. Nesses estudos, os autores têm demonstrado diferenças tanto na sua recepção como na sua expressão, manifestadas pelo tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo<sup>23</sup>.

Sendo assim, percebe-se a prematuridade como um fator de risco biológico ao desenvolvimento global da criança podendo variar, em termos de efeitos nocivos, nas diferentes áreas do desenvolvimento infantil. No entanto, em estudos mais recentes, alguns autores vêm argumentando sobre a interação do fator biológico e social como fatores de risco potencializadores nos efeitos ao desenvolvimento<sup>14,17</sup>. No Brasil, a crescente morbidade observada em crianças que apresentaram intercorrências clínicas ao nascimento pode ser resultado da associação de fatores biológicos e sócio-ambientais<sup>17</sup>.

O risco social configura-se como um fator ambiental, sendo entendido como uma variável moderadora, que interfere e modifica a relação entre risco biológico e desfechos do desenvolvimento infantil. A relação entre genética e ambiente é dinâmica e também cumulativa na sua capacidade de influenciar o desenvolvimento do indivíduo e alterar comportamentos subsequentes.

Portanto, é necessário compreender os múltiplos fatores investigando os que se relacionam especificamente à criança, assim como, aqueles que se relacionam ao ambiente. Sabe-se que, no

ambiente familiar, a criança pode receber proteção, como também, conviver com riscos para o seu desenvolvimento<sup>3</sup>.

O risco socioeconômico, isto é, a baixa renda familiar, configura-se como um dos mais preocupantes para o desenvolvimento da criança<sup>24</sup>, já que limita e, muitas vezes, priva estas crianças e sua família da aquisição de bens e serviços, de saneamento básico, moradia, alimentação e outros elementos que são imprescindíveis para um desenvolvimento adequado e sem intercorrências<sup>2,3</sup>.

O atraso no desenvolvimento nesta faixa sócio-econômica permanece alto<sup>24</sup> e pode ocorrer devido ao fato de que algumas crianças que sobrevivem ao risco biológico acabam passando por situações de estresse relativas às condições desfavoráveis em que vivem propiciadas, na sua maioria, pelo aumento da urbanização, violências, mudanças na estrutura familiar e, em algumas áreas específicas, pela diminuição do suprimento alimentar, ou seja, ausência de oportunidades esperadas para um desenvolvimento saudável. Ressalta-se ainda, a importância das condições sociais para a saúde mental<sup>14</sup>.

A pobreza age como um facilitador de risco para que crianças apresentem problemas no desenvolvimento, pois, a desvantagem socioeconômica surge como mecanismo causal subjacente aos aspectos ambientais e biológicos<sup>21,25,26</sup>. Além disso, a pobreza pode ser um dos fatores desencadeantes de estado depressivo da mãe que, na maioria das vezes, é a principal referência da criança na construção de sua subjetividade<sup>27</sup>.

O estresse materno associa-se a sintomas emocionais na criança, dentre eles a ansiedade<sup>26</sup>. Este comportamento infantil tem sido associado à imprevisibilidade e incontrolabilidade do ambiente, como também, à ansiedade dos pais<sup>26</sup>. Estes pais devem estabelecer limites apropriados à idade em exploração incentivando simultaneamente o desenvolvimento dos pontos de vista cognitivo, social e linguístico<sup>27</sup>. Para realizar satisfatoriamente esta tarefa, a mãe como principal cuidadora, deve estar emocionalmente estável. No entanto, há um grande número de mães que apresentam sintomas depressivos que comprometem sua competência para exercer sua função dificultando, assim, o estabelecimento do vínculo mãe-filho.

A ausência do vínculo adequado pode contribuir para o surgimento de dificuldades na aquisição de habilidades futuras, visto que nos primeiros meses e anos de vida, o desenvolvimento e crescimento infantil estão mais vulneráveis aos efeitos ambientais<sup>2</sup>. Pesquisas indicam que mães deprimidas, especialmente quando a depressão é crônica, podem conversar pouco e ser menos sensíveis

com seus bebês, oferecendo menor apoio e menos limites aos filhos. Quanto às crianças, são mais propensas à insegurança, e podem ter um desenvolvimento de linguagem e cognitivo mais lentos<sup>27</sup>.

Sendo assim, a construção de um ambiente doméstico dotado de práticas psicossociais favoráveis ao desenvolvimento infantil permite adquirir conhecimentos e habilidades, estabelecer relações e construir seu próprio ambiente físico e social, pois o cuidador é a pessoa capaz de decifrar os sinais que a criança emite para então atendê-la nas suas necessidades desenvolvimentais<sup>15</sup>.

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente associado ao estado psíquico inicial da mãe, sobretudo, às condições para o exercício da função materna<sup>28</sup>. Quando a criança não evolui, no brincar simbólico e na linguagem, pode estar havendo uma falha relacionada a problemas no exercício das funções parentais, em especial da função materna, devido a problemas como depressão pós-parto ou estabelecimento de limites, ausência de desejo pelo filho, entre outros, que podem levar ao fracasso do circuito pulsional completo, o qual será descrito posteriormente, produzindo transtornos importantes de desenvolvimento como a psicose e favorecendo outros de base genética como autismo<sup>6</sup>.

A interação é o ponto de origem, o lugar de construção da subjetividade, e, portanto, no qual se constrói a linguagem<sup>29</sup>. Quando essa interação não ocorre de forma efetiva, há uma falha no investimento do diálogo e as funções parentais, em especial a materna, exercida de modo não suficientemente bom dificultam a evolução linguística e psíquica da criança<sup>15,28</sup>. No processo de interação, adulto e criança são parceiros e as relações familiares têm papel fundamental para a aquisição da linguagem pela criança, pois, ao dedicar seu olhar e escuta para a criança, o cuidador, convoca-a para um lugar enunciativo, faz dela um endereço, um que pode escutar. Ao interpretar suas manifestações, sejam verbais ou não-verbais, reconhece a autoria da produção infantil e engendra o lugar de um eu para a criança<sup>29</sup>.

Os sentimentos maternos criam um clima emocional que confere ao bebê uma variedade de experiências vitais muito importantes por estarem caracterizadas pelo afeto materno. Tais experiências são essenciais na infância porque, nesse período, os afetos são de altíssima relevância, maior do que em qualquer outro período posterior da vida, visto que, do ponto de vista psicológico, grande parte dos aparelhos sensorio, perceptivo e de discriminação sensorial ainda não amadureceu; como consequência, a atitude emocional da mãe

serve para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida à sua experiência<sup>15</sup>.

Nesse sentido, tem-se a contribuição de estudos relatando que crianças que dispunham de menor tempo diário com a mãe apresentaram uma maior frequência de déficit no equilíbrio estático quando comparadas àquelas que permaneciam mais tempo com a mãe sugerindo que a presença materna pode agir como um fator de proteção para aquisição dessa habilidade motora<sup>2</sup>.

Um aspecto importante apontado nesse estudo é a escolaridade da mãe que se associa positivamente à melhor organização do ambiente físico e temporal, à maior oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a criança e maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança, fatores que favorecem o desenvolvimento cognitivo da criança<sup>2</sup>.

Porém, quando expostas a um ambiente psicologicamente desfavorável, as crianças passam por condições de alto risco para sua saúde física e mental, já que as características familiares estão fortemente associadas com a saúde mental da criança<sup>15</sup>. Sabe-se que problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta havendo uma significativa associação entre estresse materno e problema de saúde mental infantil<sup>26</sup>.

Em casos de crianças prematuras os fatores de risco biológico, associados aos fatores de risco psicossociais, constituem uma situação de múltiplo risco em que um agrava o outro aumentando a ameaça ao desenvolvimento sadio e adaptativo da criança<sup>25</sup>. Da mesma forma, baixos níveis de responsividade materna são relacionados a déficits nas habilidades de iniciativa social, tanto para crianças nascidas pré-termo quanto para crianças nascidas a termo, além disso, a responsividade materna pode ser preditora significativa da linguagem receptiva e expressiva dessas crianças<sup>30</sup>.

Assim, observa-se que os comportamentos maternos em interação com a criança atuam como variáveis moderadoras do risco biológico do nascimento à medida que exercem efeito diferencial em grupos de crianças vulneráveis podendo tanto atenuar quanto agravar os efeitos adversos dos fatores de risco.

A partir dessas colocações fica evidente a importância das primeiras relações no contexto do desenvolvimento infantil uma vez que as leituras dialéticas da construção humana e, portanto, da linguagem se dão por meio desta experiência entre a mãe e o bebê. Nessa perspectiva, o desenvolvimento é efeito de um processo de implicação

entre a criança e o adulto tornando-se interessante, na medida do possível, dedicar o olhar também para o adulto, mais especificamente à mãe, para as formas como este se coloca em relação ao seu filho<sup>29</sup>. Ao ver o adulto na relação com a criança ou escutá-lo narrar seu cotidiano é possível se deparar com indícios que apontem para algum problema na díade mãe-bebê.

A pesquisa dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)<sup>31</sup> e a pesquisa Préaut<sup>32</sup> se inserem nesse contexto, quando, por meio da observação da interação entre mãe e bebê nos primeiros anos de vida, encontra-se a possibilidade de detectar riscos para o desenvolvimento infantil e para aquisição da linguagem.

Dentro de uma perspectiva psicanalítica, foram desenvolvidos os IRDIs observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. O pressuposto é de que esses indicadores possam ser empregados pelos pediatras durante a consulta nas unidades básicas e/ou centros de saúde e podem ser úteis para detectar precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil<sup>33</sup>.

A metodologia utilizada na elaboração da pesquisa foi de um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal, tendo como amostra crianças nas faixas etárias de 1 a 3 meses e 29 dias; de 4 a 7 meses e 29 dias; de 8 a 11 meses e 29 dias e de 12 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica de unidades e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde). Os pediatras foram treinados e utilizaram os IRDIs durante a consulta clínica regular durante os 18 meses de idade das crianças, sendo que as mesmas foram reavaliadas utilizando-se a avaliação psicanalítica e psiquiátrica aos 3 anos de idade<sup>31</sup>.

A análise de dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a sua associação com variáveis clínicas e epidemiológicas. Após três anos de seguimento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os IRDIs<sup>31</sup>.

Na pesquisa foram utilizados eixos teóricos que determinam a constituição da subjetividade, tendo a função de organizar e orientar a seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento. Desse modo, os quatro eixos são: estabelecimento da demanda (ED), suposição de um sujeito (SS), alternância presença/ausência (PA), e função paterna (FP)<sup>31</sup>, descritos a seguir:

O eixo estabelecimento da demanda (ED) compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, a agitação motora, a sucção da própria

língua, as quais precisam ser entendidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, sendo que a mãe se coloca em posição de responder. Nesse processo, a mãe demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. Nesse sentido, a mãe inconscientemente é conduzida a reconhecer em cada gesto insignificante de seu filho um signo de demanda endereçada a ela. O modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

O eixo suposição de um sujeito (SS) refere-se a uma antecipação, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito, contudo, sua constituição depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao apelo do bebê, como também, de como ela o vê. Essa antecipação causa grande prazer no bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe sob a forma de palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa chamada de *mamanhês*<sup>6</sup>, o que fará o bebê tentar corresponder ao que foi suposto nele. É dessa forma que a subjetividade pode efetivamente construir-se.

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

O eixo “função paterna” (FP) é o registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe embora essa ordem possa ser transmitida por ela. As satisfações imediatas, que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe/cuidador, são renunciadas, entretanto, para que essa função possa operar é preciso que a mãe situe

a lei como uma referência a um terceiro em seu laço com a criança fazendo com que o bebê advenha à linguagem. Essa “ordem terceira” toma para a criança e, também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem o “Não” em suas vidas. Uma das funções do exercício da função paterna sobre a díade mãe-bebê é de ter como efeito uma separação simbólica entre eles, inclusive, propor a mãe o fato de que seu filho não é um “objeto” destinado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função, a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

Os eixos apresentados se entrelaçam nos cuidados que a mãe dirige à criança e também nas produções que a criança realiza durante o seu desenvolvimento, sendo que a ausência de um deles aponta para problemas na estruturação da subjetividade<sup>34</sup>. A partir dos quatro eixos foram sugeridos inicialmente 51 indicadores que ficaram reduzidos a 31, após revisão e debate. Todavia, a partir das análises estatísticas destes 31 IRDIs chegou-se a 18 IRDIs finais (Figura 1) para avaliar bebês em risco para o desenvolvimento e risco psíquico, com desfechos relacionados à aquisição e desenvolvimento da linguagem<sup>31,33</sup>.

Já a pesquisa Préaut foi idealizada com o objetivo de identificar precocemente transtornos de comunicação que pudessem levar ao desenvolvimento de distúrbios do espectro autístico durante os dois primeiros anos de vida<sup>32</sup>. O Préaut analisa dois sinais (S1 e S2) relacionados ao circuito pulsional em seus três tempos. O primeiro tempo pulsional é descrito como ativo, no qual o bebê busca o objeto oral para poder apoderar-se dele. O segundo tempo do circuito pulsional refere-se à capacidade autoerótica do bebê. Já o terceiro tempo é o de satisfação pulsional, no qual a criança se faz objeto de um novo sujeito, assujeitando-se a um outro que vai se tornar sujeito de sua pulsão. Há uma alienação marcada pelos risos maternos e do bebê que responde à mãe, o que indica que ele buscava justamente se ligar no gozo deste outro materno (lugar essencial da estrutura do Simbólico)<sup>6</sup>.

Nesse sentido, o protocolo Préaut surge para validar um conjunto de instrumentos de determinação das perturbações precoces da comunicação aos 4, 9, 12 e 24 meses e avaliar os riscos de evolução para o autismo dos casos detectados. Aos 4 e 9 meses utiliza-se para realizar a avaliação os sinais do Préaut, aos 12 meses usa-se o Questionário de Comunicação (QDC), e aos 24 meses o CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)<sup>32</sup>. Na pesquisa, os sinais foram rastreados por pediatras e profissionais que trabalham no Protection Maternelle et Infantile (Centro Francês de Saúde

0-4meses	4-8meses	8-12meses	12-18meses
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. SS/ED 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês). SS 3- A criança reage ao mananhês. ED 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. PA 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. SS/PA	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	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	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

Figura 1 – IRDIs Finais (KUPFER, 2008)

Pública gratuita para cuidados pediátricos), os quais assistem aos bebês no nascimento e durante os primeiros meses de vida, em dez departamentos franceses<sup>32</sup>.

Os sinais avaliados na escala Préaut são os seguintes: aos 4 e 9 meses o sinal S1: o bebê não busca pelo olhar da mãe (ou quem faça sua função), enquanto não estiver sendo estimulado por ela, e S2: o bebê não procura provocar reações alegres na mãe (ou quem faça sua função), quando ela não o estiver estimulando<sup>32</sup>. Aos 12 meses, utiliza-se QDC, que avalia se a criança possui fácil contato visual, se pega um objeto e o segura consigo, se sorri para a mãe ou pessoas significativas, se responde quando alguém fala com ela manifestando expressões faciais adequadas e se tem interação satisfatória e a mantém<sup>32</sup>. E, finalmente, aos 24 meses utiliza-se o método CHAT que avalia o jogo simbólico, a atenção conjunta, o apontar protodeclarativo e o seguimento do olhar, pois esses comportamentos normalmente estão presentes aos 18 meses, exceto em crianças com risco de autismo<sup>32</sup>.

Após a fase de viabilização (2002/2004), iniciou-se a fase operacional da pesquisa Préaut em 2006<sup>32</sup>. O banco de dados possui até agora registros de 7.600 bebês, das 15.000 amostras necessárias.

Dessa forma, os resultados são preliminares, não sendo possível obter nenhuma conclusão estatística substancial<sup>32</sup>. Entretanto, os marcadores avaliados identificam provavelmente um grande espectro para uma ligação precoce com distúrbios do desenvolvimento. Além disso, os pediatras e outros profissionais que trabalham com crianças gostaram dessas ferramentas e declararam proveitosa a avaliação do desenvolvimento psico-relacional dos bebês e o trabalho com as famílias<sup>32</sup>.

A linguagem está presente desde os primeiros anos de vida do indivíduo, sendo fundamental na constituição e estruturação do sujeito e na sua relação com o mundo. Isso porque é a partir da entrada no mundo da linguagem (do simbólico) que a criança ou *infans* (aquele que não fala) nasce enquanto sujeito, o que lhe permite se colocar e posicionar-se dentro de um meio social<sup>12</sup>.

Esse processo de constituição psíquica ocorre a partir da relação da criança com um Outro que permite com que ela seja por ele capturada e, espe-lhando-se neste Outro, possa chegar a sua própria criação enquanto sujeito de desejo. É nessas condições que começam a surgir as primeiras palavras do pequeno sujeito. A linguagem depende, portanto, de uma estruturação em que fatores afetivos e cogni-

tivos devem evoluir de modo harmônico para que a linguagem se consolide nas suas mais diversas funções<sup>12</sup>.

Nesse sentido, a literatura revisada aponta para a importância dos aspectos envolvidos no desenvolvimento da criança porque é a partir da combinação de fatores biológicos, psíquicos e cognitivos que o bebê tem condições de perceber o outro encarnado e participar de uma interação que o possibilite compreender e constituir-se linguisticamente. Na interação com o meio no qual está inserido, a linguagem tem papel essencial, uma vez que além de ser fundante do sujeito, é um instrumento de expressão do pensamento e de trocas comunicativas que favorecem o desenvolvimento da criança<sup>2,6,12,15,25-29,34</sup>.

Como referido anteriormente, as primeiras relações que levam o bebê constituir-se na linguagem são proporcionadas pela mãe ou alguém que cumpra a função materna. Portanto, evidencia-se a relevância da qualidade dessa primeira relação para a aquisição da linguagem, já que falhas nesta etapa inicial podem trazer futuros problemas a nível linguístico e psíquico<sup>6,15,25</sup>. Tais relações são importantes, também, para amenizar possíveis riscos biológicos<sup>11,16,23</sup>, pois a qualidade nas interações pode minimizar fatores como a prematuridade, síndromes, etc<sup>3,11,20</sup>.

Diante disso, surgem os IRDIs<sup>31,33</sup> e os instrumentos do Préaut<sup>32</sup>, os quais funcionam como dispositivos de alerta acerca de que algo pode não estar bem para o desenvolvimento da criança, considerando-se sua entrada no campo simbólico a partir do circuito pulsional. Esses instrumentos avaliam, sobretudo, a comunicação mãe-bebê, assim, quando algo não vai bem é possível, muito precocemente, já perceber os primeiros indícios de risco para o desenvolvimento da linguagem e intervir em uma perspectiva promocional<sup>7,31,32</sup>.

Entre os profissionais especialmente importantes nessa intervenção, está o fonoaudiólogo, pois todos os índices, conforme exposto na revisão, guardam estreita relação com o campo da linguagem. Assim, não só na atuação clínica com crianças já constituídas é possível ver a importância desse profissional, mas na atuação precoce junto à atenção à criança, em unidades de saúde e/ou programas de saúde da família. Por ser profissional que pesquisa e desenvolve métodos terapêuticos para a área da linguagem deve e pode compor as equipes de detecção e estimulação precoce. Para tanto, possivelmente terá a demanda de um saber para além da aquisição e desenvolvimento da linguagem, em que percorra a interdisciplina e, talvez a transdisciplina, com o acesso a outros campos do saber, como, por exemplo, o campo psicanalítico<sup>35</sup>.

Esse trabalho precoce deve ser interdisciplinar, tendo o apoio do psicólogo, pediatras, enfermeiros, entre outros profissionais envolvidos com bebês, pois se trabalha com um ser em constituição, o qual tem seus aspectos instrumentais rudimentares e indissociados. Portanto, o profissional que se dedica ao trabalho com bebês necessita dedicar um olhar ao ser em sua totalidade, sem fragmentações de saberes, já que isso tenderia a dificultar a constituição subjetiva do bebê. Desse modo, é escolhido um terapeuta único que trabalhará com o bebê, o qual deverá ser ancorado por outros profissionais e outros saberes, embora se mantendo com as peculiaridades do olhar de sua especificidade e de sua escuta<sup>12</sup>.

Considerando as implicações para a clínica fonoaudiológica das falhas nos processos de aquisição inicial da linguagem, visto que há inúmeros casos que chegam aos consultórios com problemas deste âmbito, é imprescindível que o fonoaudiólogo possa voltar-se mais precocemente a detecção desses casos, sobretudo, antes que haja uma cristalização de sintomas complexos e, muitas vezes, irreversíveis que os faça lamentar não ter podido ver essas crianças anteriormente.

Assim, pesquisas e estudos nesse campo podem vir a fomentar a participação mais efetiva do fonoaudiólogo na atenção primária de saúde como um agente de detecção precoce de risco para o desenvolvimento da linguagem e, inclusive, encaminhamento ao psicólogo quando percebido risco para a constituição psíquica. Ainda, muitas vezes, é ao fonoaudiólogo que os bebês chegam (devido a síndromes, perda auditiva, etc.) sendo de extrema importância que ele possa ajudar a reposicionar o bebê na relação com o Outro possibilitando a amenização e, até mesmo, a remissão de sintomas no bebê e evitando problemas futuros.

## ■ CONCLUSÃO

A literatura pesquisada contemplou alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil e suas implicações na aquisição da linguagem. As crianças que convivem com riscos biológicos e, sobretudo psíquicos, nos primeiros anos de vida, são mais propensas a desenvolver problemas que podem afetar o seu desenvolvimento. Dessa forma, considera-se importante ao profissional da Fonoaudiologia, reconhecer os fatores de risco, observando a possível inter-relação entre o risco biológico e ambiental. Nesse sentido, a atuação fonoaudiológica pode exercer um papel fundamental no desenvolvimento infantil e na aquisição da linguagem, sendo possível a este profissional atuar na detecção e intervenção precoces a fim de reduzir



e até mesmo evitar danos ao desenvolvimento do sujeito como um todo. Além disso, a atuação na detecção e intervenção precoce necessita de um

aporte interdisciplinar, a partir de uma perspectiva de promoção da saúde, que visa à qualidade de vida do sujeito desde seu nascimento.

## ABSTRACT

**Background:** psychical risk factors to child development and implications on speech-language and hearing therapy. **Purpose:** to study, through a theoretical review, the psychical risks to the child development, emphasizing the risks for language acquisition, and discuss the implications on the speech-language and hearing therapy performance for precocious age. **Conclusion:** through reviewed literature, we evidenced that children who live with biological and especially psychic risks, during their first years, are more inclined to develop problems that may come to affect their development. So, we consider the need for speech-language and hearing therapy to be linked to a constant observation of the psychical risk factors to the child development and language acquisition, being this professional able to take part in the precocious detection and stimulation under a promotional perspective.

**KEYWORDS:** Child Development; Risk Factors; Language

## ■ REFERÊNCIAS

1. Maria-Mengel MRS, Linhares MBM. Risk factors for infant developmental problems. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(spe): 837-42.
2. Amorim RCA, Laurentino GEC, Barros KMFT, Ferreira ALPR, Filho AGM, Raposo MCF. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Rev. bras. fisioter*.2009;13(6):506-13.
3. Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4): 606-11.
4. Silva PL, Santos DCC, Gonçalves VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. *Rev. bras. fisioter*.2006;10(2):225-31.
5. Figueiras ACM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1691-9.
6. Laznik MC. A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma; 2004.
7. Goulart BNG. Histórico do sistema único de saúde. In: Ribas LP. *Anuário de Fonoaudiologia da FEEVALE*. Novo Hamburgo: Feevale; 2003. p.146-55.
8. Catão I. O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Language; 2009.
9. Kupfer MCM, Voltolini R. Aspectos metodológicos do uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica. In: *Coloquio franco-brasileiro sobre a clínica com bebês*, 1., 2005, Paris. *Proceedings online...* Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000072005000100001&lng=en&nrn=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000072005000100001&lng=en&nrn=abn)>. Access on: 2 Nov. 2010.
10. Pinto EB. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estud. psicol. (Natal)*. 2004; 9(3): 451-7.
11. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc. saúde coletiva*.2004;9(2):457-67.
12. Jerusalinsky J. Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma; 2002.
13. Bernardino, L. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: Wanderley DB. *O cravo e a rosa - a Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma; 2008. p. 54-66.
14. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2004;80(2): 104-10.
15. Boing E, Crepaldi MA. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2004;21(3): 211-26.

16. Andraca I, Pino P, La Parra A, Rivera F, Castillo M. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32(2): 479-87.
17. Mancini MC, Megale L, Brandão MB, Melo APP, Sampaio RF. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2004; 4(1):25-34.
18. Martins MFD, Costa JSD, Saforcada ET, Cunha MDC. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(3):710-8.
19. Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *Sao Paulo Med. J.* 2008;126(1): 4-10.
20. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009;43(2): 472-80.
21. Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2000;10(18):60-9.
22. Mello RR, Silva KS, Rodrigues MCC, Chalfun G, Ferreira RC, Delamônica JVR. Predictive factors for neuromotor abnormalities at the corrected age of 12 months in very low birth weight premature infants. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2009; 67(2):235-41.
23. Guedes ZCF. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* 2008;13(1): 97-8.
24. Halpern R, Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS, Victora CG, Barros FC. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(supl.3): 444-50.
25. Klein VC, Linhares MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicol. Estud.* 2006; 11(2):277-84.
26. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(2): 251-9.
27. Campbell SB. Maternal depression and children's adjustment in early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/CampbellSBANGxp.pdf>. Accessed [outubro de 2010]
28. Rechia IC, Souza APR. Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicol. Estud.* 2010;15(2): 315-23.
29. Palladino, RRR. A propósito dos indicadores de risco. *Distúrb. Comum.* 2007;19(2): 193-201.
30. Murray AD, Yingling JL. Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home stimulation. *The Journal of Genetic Psychology.* 2000, 16(2): 133-140. In: Klein VC, Linhares MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicol. Estud.* 2006; 11(2):277-84.
31. Kupfer MCM. Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.
32. Préaut.fr [homepage na internet]. Paris. Association Préaut. Disponível em <http://www.preaut.fr/>. Acesso em novembro de 2010.
33. Kupfer MCM, Bernardino LMF. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2009;12(1): 45-58.
34. Jerusalinsky AN. Riscos Calculados. In: *Autismo. Coleção Doenças do Cérebro. Mente & Cérebro.* 2010; 2:62-6.
35. Moro MP. O brincar, a interação dialógica e o circuito pulsional da voz na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000054>

RECEBIDO EM: 22/12/2010

ACEITO EM: 28/02/2011

Endereço para correspondência:

Luciele Dias Oliveira

Rua Pinheiro Machado, 2774, 101

Santa Maria – RS

CEP: 97050-600

E-mail: [lu\\_fonoaudiologia@yahoo.com.br](mailto:lu_fonoaudiologia@yahoo.com.br)