

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E PRODUÇÃO INICIAL DE FALA ENTRE 13 E 16 MESES

Association analysis between child development risks and children early speech production between 13 and 16 months

Anelise Henrich Crestani⁽¹⁾, Anaelena Bragança de Moraes⁽¹⁾, Ana Paula Ramos de Souza⁽¹⁾

RESUMO

Objetivos: investigar a associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala de crianças na faixa de 13 a 16 meses de idade e analisar o valor preditivo dos índices de risco ao desenvolvimento infantil em relação à aquisição inicial da linguagem. **Métodos:** a amostra foi constituída de 52 díades mães-bebês, seguidas em estudo de coorte de zero aos 18 meses, por meio dos Índices de risco ao desenvolvimento infantil e avaliadas quanto à produção de fala entre 13 e 16 meses por meio de lembranças espontâneas das mães e da observação do comportamento infantil. Os dados foram organizados em categorias e lançados para a análise estatística no aplicativo computacional STATISTICA 9.0. **Resultados:** a aquisição da linguagem inicial, medida pelo número de palavras faladas pelo bebê, difere de modo significativo na presença de riscos ao desenvolvimento na primeira fase (0 – 4 meses) e considerando bebês que apresentaram risco em alguma das quatro fases (0 – 18 meses), visto que bebês com risco apresentam número de produção de vocábulos estatisticamente inferior em relação aos sem risco. **Conclusão:** pela análise dos resultados a pesquisa demonstrou associação estatística entre risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala. Quanto maior o risco menor a produção de fala.

DESCRIPTORIOS: Cuidado do Lactente; Fonoaudiologia; Fatores de Risco; Linguagem; Desenvolvimento Infantil

■ INTRODUÇÃO

Desde o nascimento os bebês já apresentam sinais comunicativos na interação com sua mãe, denominados protoconversaçãoinicial entre mãe e bebê¹. Tal protoconversaçãoinicial constitui as origens do diálogo nas quais se podem caracterizar os interlocutores (mãe e bebê), os turnos de fala da mãe e “fala” do bebê, sendo estes preenchidos de modos variados tais como vocalizações, olhar, balbucio, diálogo tônico-postural, entre outros².

Em uma perspectiva enunciativa a protoconversaçãoinicial é elemento gerador de mecanismos disjuntivos e conjuntivos no diálogo mãe-bebê que serão fundamentais para a constituição do bebê na e pela linguagem³, cuja primeira evidência é a produção lexical inicial do bebê. Neste estudo, tal produção é tomada como um índice do quanto o bebê está fazendo a passagem da referência mostrada à falada.

Há estudos que demonstram que falhas na constituição psíquica, como no caso do bebê com autismo, podem ser evidenciadas na quase ausência de protoconversaçãoinicial². Portanto, parece haver uma relação entre o que se detecta na protoconversaçãoinicial, risco psíquico e constituição futura do bebê na linguagem⁴. Assim, acredita-se que protocolos que investiguem risco psíquico e/ou risco ao desenvolvimento infantil possam prever risco à aquisição da linguagem.

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

Trabalho vinculado ao Curso de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil, com bolsa concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de interesses: inexistente

Nas referidas relações de conjunção eu-tu³ (bebê-mãe) no diálogo inicial, é aspecto fundamental a suposição de um sujeito por parte da mãe, pois a mesma inicialmente apresentará papel fundamental na interpretação linguística das ações do bebê que ainda não fala (*infans*). Para captar tais relações enunciativas, fazia-se necessário buscar índices de risco ao desenvolvimento que tivessem como base epistemológica a psicanálise. Os Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) propostos em pesquisa multicêntrica brasileira⁵⁻⁷, baseiam-se em quatro eixos da teoria psicanalítica sobre o desenvolvimento: estabelecimento de demanda, suposição de sujeito, alternância presença e ausência e função paterna, que foram projetados em itens para observação na consulta pediátrica, em quatro fases (0-4 meses; 4-8 meses; 8-12 meses; 12-18 meses) (Figura 1).

Em relação a estes indicadores (IRDIs), os mesmos formam um conjunto de índices, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, ancorada na teoria psicanalítica, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo da criança. Nessa perspectiva o índice funciona como um signo que se relaciona com outros da rede discursiva⁷.

Pelo viés da psicanálise e também da teoria enunciativa, a fase que compreende os IRDIs pertence ao momento em que a criança está em

plena construção de seu psiquismo e de sua subjetividade⁸. Estudos apontam que neste período, onde ocorrem as primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que faça a função materna visualizáveis nas interações mãe-filho. Acredita-se que nesse momento, já é possível detectar indícios de que algo não vai bem e intervir se necessário⁹.

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 as repercussões desses no desenvolvimento infantil¹⁰.

Alguns estudos utilizando os IRDIs na realidade brasileira demonstram que a presença de risco ao desenvolvimento pode relacionar-se a dificuldades na transição alimentar dos bebês^{11,12}, presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade¹³, a alterações de humor materno^{14,15}, e também se refletir na alteração da protoconversa inicial mãe bebê⁴.

Considerando tais pressupostos, a presente pesquisa propõe investigar a associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e a produção inicial de fala de crianças na faixa de 13 a 16 meses de idade além de analisar o valor preditivo dos índices de risco ao desenvolvimento infantil em relação à aquisição inicial da linguagem.

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

IRDIs Finais (KUPFER, 2008)

Figura 1 – Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

■ MÉTODOS

Para a execução da pesquisa, foram utilizadas as normas éticas obrigatórias para pesquisas em seres humanos – (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o estudo foi realizado, no protocolo número 0284.0.243.000-09. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram o mesmo.

A amostra foi constituída de 52 mães e seus bebês, sendo incluídos bebês a termo, pré-termo ou pós-termo, que passaram pela triagem auditiva neonatal de um Hospital Universitário de março a junho de 2010 e tiveram resultado positivo. Foram excluídas da pesquisa crianças nascidas com malformações ou síndromes e também bebês cujas mães, avaliadas por psicólogas na primeira etapa da pesquisa, apresentaram estrutura psíquica comprometida tais como psicose e esquizofrenia.

As díades foram acompanhadas a partir do nascimento dos bebês até seus 18 meses, tempo este, que corresponde ao tempo de coleta dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Tal coleta iniciou com 182 bebês para as análises mais gerais, mas apenas 52 fizeram parte da amostra deste estudo tendo em vista os requisitos de coleta das quatro fases (zero aos 18 meses) do protocolo em conjunto com a análise de linguagem na etapa de 13 a 16 meses, que busca captar a produção inicial de fala.

A coleta dos IRDIs foi realizada nas quatro fases, aplicando-se os IRDIs correspondentes a cada fase conforme Figura 1. Assim, os bebês foram vistos entre 0 e 4 meses; entre 4 e 8 meses; entre 8 e 12 meses; e 12 e 18 meses. Além da observação natural dos IRDIs durante a observação da díade, foi realizada uma filmagem, de aproximadamente dez minutos, para registrar a interação mãe-bebê e possibilitar uma segunda avaliação dos IRDIs por outro revisor experiente. Em caso de dúvidas os bebês foram retestados no intervalo de no máximo uma semana.

Na etapa em que os bebês estavam com idade entre 13 e 16 meses foi coletada a produção inicial de fala feita por uma visita das pesquisadoras na residência da família. A coleta neste dia contou com a lembrança espontânea das mães, tendo em vista que os bebês não tinham expandido seu vocabulário e falavam poucas palavras, levando em consideração o que dizem alguns autores sobre a fidedignidade da lembrança espontânea das mães até 1 ano e 10 meses, por meio da comparação de

check list aplicados nas mães e testes evocativos de vocabulário¹⁶.

Nesta pesquisa além dessa lembrança espontânea de palavras faladas pelo bebê, que objetivou obter um dado quantitativo do vocabulário infantil, buscou-se observar, na visita domiciliar, cenas de diálogo mãe-bebê ou outro familiar-bebê por parte da pesquisadora de modo a confirmar que tal número realmente evidenciava a capacidade de utilizar o mecanismo enunciativo de co-referir em sua forma verbal, ou seja, o bebê estava produzindo palavras reconhecíveis como signo pelo adulto. Isso foi obtido por meio da observação durante a entrevista para o protocolo IRDI e também por meio de pequena filmagem da interação adulto-bebê. Em geral, foi possível observar mais do que 70% dos itens lexicais referidos pelas mães durante a sessão de coleta, em observação da díade e/ou interlocução do examinador com a criança.

Considerou-se para efeito de análise, a capacidade ou não da criança em produzir palavras em uma amplitude quantitativa. Levando em conta que, quanto mais palavras a criança pudesse produzir mais ela estaria utilizando a possibilidade de estabelecer a co-referência verbal, pois a lembrança das mães se faz a partir de contextos naturais de conversação nos quais a criança utiliza regularmente as mesmas palavras em situações de interlocução com a mesma.

Os dados agrupados, ou seja, lembrança materna e observação da pesquisadora apresentam-se na Tabela 1.

Tais dados foram organizados em categorias de respostas que foram armazenadas em uma planilha eletrônica. Para a análise estatística foi utilizado o aplicativo computacional STATISTICA 9.0. As categorias utilizadas foram:

- Análise de normatização da idade das crianças com e sem risco para verificar se havia diferença estatística de faixa etária entre ambos os grupos;
- Número de palavras: onde a mãe indicou o que o filho estava falando no momento da coleta na sua perspectiva, relacionadas a uma evidente capacidade de co-referir verbalmente durante a observação do examinador. Foi considerado o número de palavras faladas pela criança entre 13 e 16 meses;
- Em relação aos IRDIs as crianças foram separadas em dois grandes grupos: nenhum IRDI alterado, um ou mais IRDIs alterados.
- Considerando a grande subdivisão entre presença e ausência de risco, os grupos foram analisados por faixa etária dos índices (de 0 a 4 meses, de 4 a 8 meses, de 8 a 12 meses e de 12 a 18 meses) em sua associação com a produção de fala entre 13 e 16 meses.

Tabela 1 - Idade da observação (avaliação da pesquisadora e lembrança materna) e número de produção de palavras dos bebês

Bebê	Idade em meses da coleta	Número de palavras
1	13	5
2	13	4
3	13	5
4	15	7
5	14	5
6	13	2
7	13	3
8	16	17
9	16	12
10	13	3
11	14	4
12	13	4
13	15	6
14	13	6
15	13	12
16	15	7
17	16	8
18	13	6
19	13	5
20	16	7
21	16	9
22	13	5
23	16	12
24	14	9
25	16	15
26	13	8
27	15	4
28	13	6
29	16	17
30	15	8
31	13	7
32	15	0
33	13	4
34	13	6
35	16	11
36	14	5
37	16	10
38	14	8
39	13	4
40	13	6
41	14	15
42	13	5
43	14	15
44	14	11
45	13	4
46	13	6
47	14	9
48	14	16
49	14	13
50	14	8
51	13	6
52	14	6

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney com nível de significância de 5%.

■ RESULTADOS

Considerando os possíveis efeitos linguísticos das idades das crianças, cabe pontuar, que houve o cuidado de se comparar as idades das crianças no momento em que foi avaliado o desempenho comunicativo de acordo com a classificação de ausência ou presença de risco destas em relação aos IRDIs de cada etapa (0 – 4; 4 – 8; 8 – 12; 12 – 18), com o propósito de verificar se a idade das crianças (13 a 16 meses) iria influenciar no desempenho comunicativo na presença e na ausência de risco ao desenvolvimento infantil, ou seja, os efeitos das distintas idades na linguagem foram considerados, pois uma criança de 16 meses em geral fala mais do que uma criança com 13 meses.

A análise estatística dos resultados da Tabela 2 apontou que a idade das crianças não difere significativamente entre as de risco e sem risco, em todas as faixas dos IRDIs testadas (p -valor > 0,05). Na verificação dos bebês que apresentavam ou não algum IRDI alterado, em algum período de coleta (0

a 18 meses), o resultado também demonstrou que a idade das crianças não diferiu para esses dois grupos, com risco e sem risco. Isso tornou possível a comparação dos grupos em relação à produção inicial de fala e os resultados no protocolo IRDIs.

Na Tabela 3 é exposto o resultado da análise da comparação da produção de fala inicial das crianças e os IRDIs em cada faixa etária (0-18 meses).

Os resultados demonstram (Tabela 3) que a faixa de avaliação dos IRDIs de zero aos quatro meses apresentou estatisticamente maior sensibilidade para prever diferenças entre o número inicial de palavras em relação aos IRDIs, pois crianças com risco ao desenvolvimento nesta fase (IRDIs alterados) foram as com menor número de palavras produzidas entre 13 e 16 meses.

Também a análise geral de alteração dos IRDIs durante os 18 meses (0 a 18 meses) demonstrou que o protocolo como um todo conseguiu prever riscos ao desenvolvimento da linguagem, tendo em vista a significância observada quando analisada a faixa contínua de zero a 18 meses, ou seja, as crianças que em alguma etapa apresentaram risco produziram menor número de palavras entre 13 e 16 meses em relação às que não apresentaram risco.

Tabela 2 - Medidas das idades das crianças na avaliação do desempenho comunicativo em relação aos índices de risco ao desenvolvimento infantil

Faixa de IRDIs	Idade (meses)*		p – valor
	Sem risco	Com risco	
0 – 4	14,0 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,847
4 – 8	14,1 ± 1,2	13,7 ± 0,6	0,766
8 – 12	14,1 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,918
12 – 18	14,1 ± 1,4	14,1 ± 1,1	0,874
0 – 18	14,0 ± 1,2	14,1 ± 1,2	0,649

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; *Média ± desvio padrão (número de palavras); Sem risco = crianças sem IRDI alterado; Com risco = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; **Significante pelo teste U de Mann-Whitney

Tabela 3 - Medidas da co-referência verbal pelo número de palavras na faixa de 13 a 16 meses em relação aos índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) avaliados nas 4 fases dos IRDIs

Faixa de Idade (meses)	IRDIs*		p – valor
	Sem risco	Com risco	
0 – 4	8,2 ± 4,0	4,9 ± 3,5	0,024**
4 – 8	7,7 ± 4,2	6,3 ± 1,6	0,763
8 – 12	8,2 ± 4,4	6,7 ± 3,2	0,240
12 – 18	8,0 ± 4,2	6,2 ± 3,4	0,339
0 – 18	9,5 ± 4,3	6,3 ± 3,3	0,009**

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; *Média ± desvio padrão (número de palavras); Sem risco = crianças sem IRDI alterado; Com risco = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; **Significante pelo teste U de Mann-Whitney

■ DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstram que a aquisição da linguagem, em sua dimensão de produção de fala, correlaciona-se de modo significativo à presença de riscos ao desenvolvimento infantil, evidenciado na análise contínua das quatro faixas etárias da coleta do IRDIs analisada. Assim, as crianças com risco ao desenvolvimento entre zero e 18 meses, produziam de modo estatisticamente significativa menos palavras do que as sem risco.

Tais resultados demonstram a conexão entre risco psíquico e/ou ao desenvolvimento e presença de risco à aquisição da linguagem. Não se pode afirmar que tais crianças desenvolverão distúrbios de linguagem, mas que as mesmas encontram-se em situação menos propícia para tal desenvolvimento do que as crianças sem a presença de risco.

Em relação à análise das quatro fases que constituem os IRDIs, pode-se perceber que a primeira fase que compreende de zero a quatro meses de idade da criança mostrou-se mais sensível para captar um atraso na aquisição da linguagem. Uma hipótese explicativa para tal resultado é o fato de os índices desta fase captarem de modo importante o funcionamento da posição materna, pois o Outro materno toma as manifestações do bebê, esperando-se que tome como algo a ser lido e não como algo do campo de observação¹⁷. O aspecto citado pode ser observado na análise de cada índice da fase I (0-4 meses).

O IRDI 1, que se relaciona a mãe saber o que o bebê deseja quando chora, trata-se de atribuição de uma interpretação na linguagem de modo sintonizado à demanda do bebê, o que pode ser um facilitador da inserção do bebê no funcionamento linguístico, conforme vários autores^{4,12,14,15}.

Este se conecta também ao IRDI 2, no qual se analisa se a mãe utiliza o *manhês*, e ao IRDI 3 no qual se observa se o bebê reage ao mesmo. Ambos refletem a essência da protoconversa^{1,2}. Caso estejam ausentes, demonstram que não está se processando bem o diálogo inicial mãe-bebê.

Autores afirmam que a fala da mãe é um ensaio de quem exerce a função materna de dar sentido às pulsões corporais do bebê¹⁸, sendo que tanto o desejo como o “não desejo” da mãe é expresso por meio de sua voz. Pelos resultados desta pesquisa pode-se hipotetizar que o bebê que não vive tal experiência qualificada possa não estar sendo inserido com a mesma magnitude no mundo da linguagem.

Também o IRDI 4 está nesse âmbito pois relaciona-se a mãe poder propor algo e dar o tempo

à resposta do bebê, o que pode ter uma leitura relacionada à gênese dos turnos no diálogo⁴.

Em relação ao IRDI 5, observa-se que a troca de olhares está no âmbito da comunicação não verbal entre mãe-bebê e, portanto, pode-se supor que tal aspecto embase a protoconversa inicial que conta tanto com o investimento materno, quanto com a apetência simbólica do bebê¹⁹⁻²¹.

Assumindo-se que o diálogo é o elemento fundante da linguagem na perspectiva enunciativa adotada nesta pesquisa³, pode-se justificar, portanto, na amostra estudada, a associação estatística dos IRDIs na fase de zero a quatro meses com a produção inicial de fala investigada entre 13 e 16 meses das crianças.

Este estudo comprova, desta forma, que tanto a apetência do bebê e suas habilidades avaliadas em IRDIs como, por exemplo, IRDI 3: A criança reage ao *manhês*; IRDI 5: Há trocas de olhares entre a criança e a mãe; IRDI 6: A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades; IRDI 7: A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela; IRDI 8: A criança procura ativamente o olhar da mãe; IRDI 10: Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe; IRDI 13: A criança faz *gracinhas*, etc., como o investimento parental exemplificados nos índices, por exemplo, IRDI 1: Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer; IRDI 2: A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (*manhês*); IRDI 4: A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação; IRDI 9: A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção; IRDI 17: A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede; IRDI 18: Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança, etc., são fatores que podem interferir na aquisição inicial de linguagem. Contudo, estudos futuros que possam desenhar uma avaliação mais ampla de linguagem dessas crianças poderão aprofundar e qualificar a análise do processo de aquisição da linguagem de crianças com risco ao desenvolvimento em uma perspectiva combinada entre os campos psicanalítico e enunciativo e oferecer mais dados para o processo de intervenção precoce.

Acredita-se, que esta pesquisa pode ser tomada, no entanto, como um índice de que há uma relação positiva entre o que se encontra no protocolo IRDI e o processo inicial de aquisição da linguagem, demonstrando o potencial do protocolo utilizado de prever risco ao desenvolvimento da aquisição da linguagem.

A implicação deste trabalho sugere a importância de se implementar o protocolo IRDI em serviços de

atenção básica à saúde materno-infantil, e a necessidade de pesquisas futuras com o seguimento dos bebês que apresentam risco ao desenvolvimento infantil até idades mais avançadas do que esta pesquisa se propôs a investigar.

■ CONCLUSÃO

Considerando os objetivos desta pesquisa observou-se que houve associação entre os Índices

de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e a produção inicial de fala. Deste modo, bebês com risco apresentaram menor produção inicial de fala do que bebês sem risco.

Em relação ao valor preditivo de cada faixa etária analisada pelos índices de risco ao desenvolvimento infantil, observou-se que os IRDIs da primeira fase (de 0 a 4 meses) são os que melhor evidenciam a produção inicial de fala, ou seja, a ausência desses índices foi determinante para a menor produção inicial de fala.

ABSTRACT

Purpose: to investigate the association between the presence of child development risk and children early speech production between 13 to 16 months of age, and the predictive value of child development risk inventory for language initial acquisition. **Methods:** the sample consisted of 52 mother-child dyads, followed by cut study from 0 to 18 months, and on the evaluation of children's lexical production between 13 and 16 months through spontaneous memories of the mothers and the observation of child behavior. Data were organized in categories and analyzed through the STATISTICA 9.0 software. **Results:** the initial acquisition of language, measured by the number of words spoken by the baby differs significantly in the presence of risks to development in the first phase (0-4 months) and considering babies who were at risk in any of the four phases (0 – 18 months), whereas babies at risk have production number of words statistically lower compared to those without risk. **Conclusion:** through data analysis, the research demonstrated statistical association between child development risk and language acquisition. Children with more risk have minus lexical production.

KEYWORDS: Infant Care; Speech, Language and Hearing Sciences; Risk Factors; Language; Child Development

■ REFERÊNCIAS

1. Laznik MC, Parlatto-Oliveira E. Em busca da Melodia. *Rev Mente e Cérebro*. 2010;(2):56-61.
2. Mahdhaoui A, Chetouani M, Cassel RS, Saint-Georges C, Parlato-Oliveira E, Laznik MC et al. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2011;20(1):e6–e18.
3. Silva CLC. *A criança na linguagem: enunciação e aquisição*. Campinas: Pontes, 2009.
4. Flores MR, Beltrami L, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Rev Dist Comun*. 2011; 23(2):143-52.
5. Kupfer MCM, Voltolini R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Rev Psic Teor e Pesq*. 2005;21(3):359-64.
6. Kupfer MCM. (coord) 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.
7. Kupfer MCM, Jerusalinsky NA, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev latinoam psicopatol fundam*. 2010;13(1):31-52.
8. Pinto EB. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estud psicol*. 2004;9(3):451-7
9. Jerusalinsky, J. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma, 2002.
10. 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.

11. Vendruscolo JF, Bolzan GM, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev Dist Comun.* 2012;24(1):41-52.
12. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *J Soc Brasil Fonoaudiol.* 2012;24(3):205-10.
13. Kupfer MCM, Bernardino LMF. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2009;12(1):45-58.
14. Beltrami L. Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil. Santa Maria: 2011. [Dissertação] Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
15. Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2011;13(6): 1119-26.
16. Bastos JC, Ramos APF, Marques J. Estudo do vocabulário infantil: limitações das metodologias tradicionais de coleta. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2004;9(1):1-9.
17. Pesaro ME. Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. [Tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
18. Pierotti MMS, Levy L, Zornig SA. O manhês: costurando laços. *Estilos da clínica.* 2010;15(2):420-33.
19. Ferrari AG, Donelli TMS. Becoming a mother and preterm birth: considerations about the constitution of motherhood in the context of very low birth weight. *Contextos Clínic.* 2010;3(2):106-12.
20. Pinheiro MG, Cunha MC. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. *Dist Comunicação.* 2004;16(1):83-91.
21. Inafuku CK. From the unfeasible separation to the other possible treatment. The child question the treatment. *Estilos da clinica.* 2004;9(17):52-69.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620153514>

Recebido em: 29/01/2014

Aceito em: 14/05/2014

Endereço para correspondência:

Anelise Henrich Crestani

R. André Marques, 185/301

Santa Maria – RS – Brasil

CEP: 97010-041

E-mail: any.h.c@hotmail.com