

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde  
Curso de Fonoaudiologia

Rafaella Leite Ribeiro Moysés

**Protocolo de Indicadores para retardo de linguagem:  
estudo exploratório**

São Paulo  
2010

# **Protocolo de Indicadores para retardo de linguagem: estudo exploratório**

Rafaella Leite Ribeiro Moysés

Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Fonoaudiologia e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/ PUC-SP.

Linha de pesquisa: Linguagem e Subjetividade.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Regina Maria Ayres de Camargo Freire

**São Paulo**

**2010**

Rafaella Leite Ribeiro Moysés

**Protocolo de Indicadores para retardo de linguagem: estudo exploratório**

Trabalho de Término de Curso apresentado no curso de graduação à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde Curso de Fonoaudiologia

Área de concentração:

Data da defesa: 01 de dezembro de 2010

Resultado \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Ruth R. Palladino  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

\_\_\_\_\_

Silvia Friedman  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

\_\_\_\_\_

Regina M. A. de Camargo Freire  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

\_\_\_\_\_

**“A ciência só pode ser criada por aqueles que estão verdadeiramente imbuídos na busca da verdade e do entendimento”.**

*A.Einstein*

### **Dedicatória**

À minha mãe Eloisa, tia Maria Tereza, professora Regina Freire, Ruth Palladino e Silvia Friedman, pois sem a compreensão e ajuda delas o trabalho em questão não teria se concretizado de forma adequada.

À Rafael, meu noivo, que me incentivou na visualização de novas perspectivas de vida, o que foi essencial para a elaboração do trabalho e discussão do mesmo.

À força de vontade, determinação e gratificação que apliquei na realização deste trabalho.

## Agradecimentos

À minha família, pelo incentivo, ensinamentos e palavras de encorajamento.

À minha mãe, tia, tio e primas que entenderam as mudanças inesperadas e pelo enorme carinho.

Aos meus amigos e colegas da faculdade que me propiciaram momentos de alegria e aprendizagem, bem como, apoio e solidariedade nas horas difíceis.

Aos professores que fizeram parte de todo o meu percurso escolar e da graduação, pela confiança, ajuda, compreensão e sabedoria transmitidas.

À Rejane Rubino que incentivou o interesse sobre o tema abordado e pela ajuda propiciada em suas supervisões.

À Regina Freire, minha orientadora, a qual confiou e auxiliou nos momentos de maior precisão para esse trabalho estando sempre disposta a ajudar e incentivar na elaboração deste. Bem como, agradeço à sua enorme sabedoria, dedicação e amizade.

À Silvia Friedman, professora da aula de TCC, a qual me deu apoio essencial para a continuidade desse trabalho, enfrentamento dos obstáculos, ensinamentos e amizade.

À Ruth Palladino, pela implicação, ajuda e interesse de conhecimentos sobre o tema. Bem como, pela compreensão, sabedoria, ensinamentos e apoio dados em momentos difíceis.

À minha amiga Treyce, que me ajudou sempre que possível, compreendeu e me apoiou nas horas de maior angústia além de passar horas de alegria e tristeza ao meu lado.

À Vera Mendes, professora, a qual inseriu a matéria sobre saúde pública e viabilizou conhecimentos, bem como referências sobre o tema.

As equipes, gerente, faxineiras, NASF e pessoas da administração do posto Silmarya – Zona Norte de São Paulo – que me ajudaram no entendimento e aprendizagem sobre o tema abordado, bem como pela presença em todos os momentos.

As pessoas do Mestrado de fonoaudiologia que me ajudaram no crescimento profissional e abrangências para estudo do tema.

As pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação deste trabalho.

À todos que fizeram e fazem parte da minha vida.

## Resumo

No que diz respeito ao processo de aquisição de fala e de linguagem, há relatos sobre a existência de precariedade nas informações das crianças que procuram o setor de Fonoaudiologia nas UBS. Tal precariedade pode estar contribuindo para o aumento dos riscos com relação à constituição do sujeito falante. **Objetivo:** construir um **protocolo de indícios** para o desenvolvimento da linguagem a ser utilizado pelos ACS em suas visitas domiciliares, e com este estimar estimando a identificação mais precisa dos encaminhamentos para o setor Fonoaudiológico, além da promoção de saúde na área observada. **Material e método:** O trabalho foi dividido em três capítulos para esclarecimento do tema indicadores, indicadores para o desenvolvimento infantil e protocolos para viabilização do **protocolo de indícios**. Esse foi elaborado a partir dos eixos teóricos e dos **indicadores de promoção**, desenvolvidos por Freire (2009), modificados por Evangelista (2011) e Reis (2011). O material, utilizado por elas foi assentados no trabalho realizado pelos psicanalistas Lerner e Kupfer (2008). **Discussão e conclusão:** a maior parte dos indicadores estão atrelados a um ato de sanção, ou seja, ao reconhecimento ou abolição do sujeito falante pelo outro. Nota-se também que os protocolos de linguagem em Fonoaudiologia, em sua maioria, encontram-se voltados para avaliações quantitativas portanto, existe a eliminação do sujeito na cena, ou seja, a doença monopoliza o foco do atendimento. A falta de esclarecimento sobre a linguagem e a intervenção fonoaudiológica colabora para a criação de uma enorme demanda, a qual poderia ser reduzida caso existisse a promoção para perturbações de fala e linguagem, na atenção básica à saúde. Apesar de sua relevância, esse protocolo deverá ser validado em futuras pesquisas antes que seu uso seja recomendado.

**Palavras chaves:** linguagem, protocolo, saúde.

**Sumário**

<b>CONTRA-CAPA .....</b>	<b>II</b>
<b>AVALIAÇÃO DA BANCA .....</b>	<b>III</b>
<b>EPÍGRAFE .....</b>	<b>IV</b>
<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>V</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>VI</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>VIII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - INDICADORES DE SAÚDE .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 2 - INDICADORES PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 3 – PROTOCOLOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 O Protocolo de Indicadores para Retardo de Linguagem .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 4. MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Validação do Protocolo .....</b>	<b>18</b>
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>27</b>

---

## INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com o objetivo de organizar os serviços de atenção básica. Atualmente o PSF não é mais reconhecido como um programa, palavra que indica uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e sim como uma Estratégia para Atenção Primária à Saúde, qualificada e resolutiva, cujos princípios básicos são integralidade e hierarquização.

A expansão do Programa de Saúde da Família é uma decisão prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, por isso, o governo, na Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, afirma que um dos seus fundamentos é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único De Saúde (SUS): universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

A estratégia do Programa de Saúde da Família confirma os princípios básicos do SUS e tem como principal objetivo, substituir o modelo tradicional, ou seja, levar a saúde para perto das famílias. A partir dessa aproximação, há possibilidade de atenção ao usuário no seu próprio ambiente físico e social. Realizar essa reorganização, ou seja, colocar as práticas de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, possibilitará uma melhora na qualidade de vida das pessoas. Portanto, o Programa de Saúde da Família é uma das principais estratégias de reorganização dos serviços por reencaminhar as práticas profissionais desses níveis de assistências: promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Para tal reorganização, foi estabelecido uma equipe multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), ou seja, uma equipe de saúde da família (ESF), para cada 3 a 4 mil habitantes.

O ACS responde a algumas exigências tais como morar na comunidade e estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da Família. Este profissional faz parte da comunidade e está em contato frequente com as famílias, tornando-se um intermediador entre a equipe e a comunidade. O ACS deve ser um facilitador do

trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Ele também é um elo cultural, pois une dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Cada ACS pode ter, sob seus cuidados, até 400 pessoas na área urbana e 280 pessoas na rural, dessa forma o número de ACS varia de acordo com a divisão das microáreas do território da Unidade Básica.

O ACS realiza tarefas essenciais para sustentar o contato entre saúde e comunidade, a saber: 1. mapeamento de sua área; 2. cadastro das famílias e suas atualizações permanentes; 3. identificação dos indivíduos e famílias expostos a alguma situação de risco; 4. identificação das áreas de risco; 5. orientação às famílias para utilização correta dos serviços de saúde, realizando encaminhamentos e/ou agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessários; 6. ações e atividades nas áreas prioritárias da Atenção Básica; 7. visitas domiciliares para o acompanhamento mensal das famílias sob sua responsabilidade; 8. devem sempre estar bem informados, bem como informar aos demais membros da equipe, sobre o estado atual das famílias acompanhadas, em particular as que estão em situações de risco; 9. elaboração de ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; 10. promoção da educação e da mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; 11. exposição para a ESF sobre a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; 12. identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.

Conhecendo a abrangência das ações do Agente Comunitário de Saúde junto à comunidade servida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde funciona a equipe, venho ressaltar sua importância nas ações de prevenção e promoção de saúde. Do ponto de vista da Fonoaudiologia, trata-se de um elemento estratégico dado que a promoção de saúde é multidimensional e intersetorial, ou seja, não envolve apenas o indivíduo, mas engloba sua família e outros grupos. Prevenção articula-se à medidas de impedimento de fatores de risco, ou seja, o ACS utiliza-se de instrumentos como os protocolos de prevenção e acompanhamento médico, para a observação dos problemas relacionados à sua área. Um dos instrumentos disponibilizados aos ACS são os indicadores de risco à saúde da população. As visitas às famílias permitem o levantamento de indicadores, e, a partir destes são feitos os encaminhamentos para o(s) profissional(is) mais indicado(s) para atender

aquela demanda, ou seja, o ACS é o olho e o braço do profissional de saúde fora da UBS.

Nas UBS onde se encontra a equipe, é por meio de relatos dos ACS que os casos da região são trazidos à reunião de equipe para discussão. Em seguida à discussão, a equipe define o encaminhamento de soluções e/ou alternativas do caso relatado.

Há trabalhos que referem-se à caracterização da demanda para a Fonoaudiologia em unidades públicas de saúde como o de Freire (1992), o de Andrade (2000), o de Hage e Faiad (2005), o de Pimentel, Guimarães e Flores (2006), o de César e Maksud (2007), o de Lima, Guimarães e Rocha (2008), o de Barros e Oliveira (2010), entre outros, que confirmam a importância dos dados apresentados pelo seu aspecto epidemiológico e indicam a necessidade de o fonoaudiólogo aliar-se à esta ciência, com vistas não só ao planejamento de ações de reabilitação como de promoção e prevenção.

Lendo tais relatos, observamos que existe uma precariedade de informações sobre os sintomas das crianças que procuram o setor de Fonoaudiologia das Unidades Básicas de Saúde, e que pouco se sabe sobre seu processo de aquisição de fala e de linguagem. Tal precariedade pode estar contribuindo para o aumento dos riscos com relação à constituição do sujeito falante. Além disso, o discurso do ACS sobre as perturbações de fala na infância mostram sua alienação ao discurso médico e aponta a necessidade que estes sejam esclarecidos e orientados em sua escuta.

Essa constatação nos levou a propor este trabalho, a exemplo de outros que vem sendo feitos no campo da **promoção** de saúde em Fonoaudiologia e que estão delineando **indicadores** para a aquisição de fala e escrita (Reis, no prelo e Evangelista, no prelo). Existem vários tipos de indicadores em saúde, mas este trabalho dará ênfase apenas aos chamados indicadores de risco para a constituição do sujeito falante. Os indicadores de saúde, por sua vez, são aqueles que permitem a análise dos resultados que seriam esperados/desejados para um determinado grupo por meio de comparações entre grupos populacionais.

Portanto, o **objetivo** deste trabalho será a elaboração de um **protocolo** que, baseado em indicadores de risco para a constituição do sujeito falante, permita o

planejamento de ações de prevenção e promoção no campo das perturbações de linguagem.

No capítulo a seguir, pretende-se discorrer sobre indicadores para esclarecer o leitor sobre este assunto, bem como para dar sustentação à elaboração do protocolo.

---

## CAPÍTULO 1 - INDICADORES DE SAÚDE

Para definir indicadores e sua elaboração, é necessário entender o que é epidemiologia, pois sobre ela estão as bases para os protocolos de indicadores, tanto os indiciários quanto os de evidências.

A epidemiologia é uma ciência que ajuda na elaboração de medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e no fornecimento de **indicadores de evidências** que sirvam como base para o planejamento, a administração e a avaliação de saúde ( Rouquayrol e Goldbaum, 2003). De acordo com essa linha, para existir uma compreensão e análise da situação sanitária e vigilância das condições de saúde de uma população é necessário criar indicadores de saúde com medidas que contenham informações pertinentes sobre determinadas características e dimensões do estado de saúde além do desempenho do sistema de saúde - o que torna esse assunto um foco importante para a Fonoaudiologia.

Para entender os indicadores de saúde, iniciarei com sua descrição para, posteriormente, abranger três áreas interessadas na elaboração dos futuros indicadores de saúde. Estas áreas são a medicina, a psicanálise e, por fim, a fonoaudiologia. Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), referem que indicadores de ações preventivas são:

*“Medidas que sintetizam situações importantes das quais interessa conhecer sua evolução no tempo. Constroem-se a partir de informação disponível para responder a perguntas determinadas, formuladas em um contexto específico. São o produto de uma seleção e elaboração dentro das possibilidades de conjunto de dados que oferecem os sistemas públicos ou outros. Além de permitirem as análises de resultados que se definem como esperadas ou desejáveis em uma variável, estabelecem comparações justas e rigorosas entre grupos e setores da população, incluindo zonas geográficas, etc. Identificando os problemas e as disparidades sociais e estudar tendências, ou seja, conhecer as mudanças ao longo do tempo.”*

Nos programas de Saúde Pública, podemos afirmar que um conjunto básico de indicadores de saúde, fornecem a “matéria prima” essencial para as análises de saúde. A disponibilidade de dados fornecidos nos indicadores de saúde, ajudam no

planejamento das políticas de saúde, bem como na análise das equipes de saúde e promoção do desenvolvimento dos sistemas de informações de saúde intercomunicados.

Portanto, para a construção de **indicadores de saúde** é necessário, de acordo com Vaughan e Morrow (1992):

- analisar a situação atual de saúde;
- fazer comparações;
- avaliar mudanças ao longo do tempo.

Após essas observações é preciso modificar os dados obtidos para indicadores de ações preventivas, que servirão para a comparação dos dados observados num determinado local serem observáveis por outros observadores em diferentes lugares e tempos.

Os indicadores de ações preventivas são construídos por números. Esses números podem ser absolutos, como nos casos de doenças ou mortes e, relativos, em forma de proporções ou coeficientes.

As proporções inscritas nos indicadores de ações preventivas representam uma parte do total dos casos ou mortes. Essa representação indica a importância desses casos ou mortes no conjunto populacional da área observada. Os coeficientes (ou taxas), por sua vez, representam o “risco” de eventos ocorrerem numa determinada população. Essa população pode ser do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres etc.

É necessário relacionarmos também a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Os índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, porque o que contém no denominador não está necessariamente assujeitado ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (Laurenti *et al*, 1987; Pereira, 2003).

Os indicadores de risco, então, tem como objetivo viabilizar as **ações de prevenção**, ou seja, o controle das variáveis que podem desencadear a doença e, consecutivamente, agem na **preservação** da saúde. Diferentemente dos indicadores **de promoção** que se distanciam da doença, os indicadores de **ações**

**preventivas** de saúde, no Brasil, estão agrupados em subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, morbidade, fatores de risco, recursos e cobertura. Esses subconjuntos foram elaborados para facilitar a manuseio dos **protocolos de evidências** perante o objetivo que determinada situação expõe ao avaliador (OPAS, 2002; Pereira, 2003).

Apesar de sua utilidade nas questões de saúde, devemos levar em conta que os indicadores de **ações preventivas** devem ser relevantes e fidedignos às características da saúde individual e coletiva, bem como sujeitos a validação dos dados em que foram baseados, ao uso contínuo de definições operacionais e de técnicas de medição e coleta invariáveis. Para que exista a validação desses indicadores de **ações preventivas**, é necessário seguir os critérios de validade, confiabilidade, representatividade e ética do ponto de vista técnico-administrativo (Pereira, 2003).

Na área clínica, observamos que os indicadores **de prevenção** tem contribuído para análise de processos saúde-doença e planejamento de atuações que visam prevenir a saúde, por meio dos **protocolos de evidências**. Ainda, nessa área existem informações epidemiológicas que servem para um ajuste e fundamento para as possíveis intervenções sendo estas informações observáveis e físicas, ou seja, leva-se em consideração os **indicadores de ações preventivas** referidas ao indivíduo (Dias, Freitas e Briz, 2007).

Na Fonoaudiologia não foram encontrados muitos relatos sobre indicadores **de promoção**, mas há os **protocolos de evidências** direcionados para a área de Audiologia que, tal como outros campos, trabalha com fatores de risco.

Na clínica Audiológica, bem como na clínica Médica, os **indicadores de ações preventivas** estão atrelados a uma busca etiológica e ao diagnóstico da constituição da patologia anatomofisiológica do sistema auditivo. Observamos então que existe uma dominância da objetividade, a qual descreve, quantifica e categoriza. Podemos observar essa dominância no estudo mencionado abaixo.

Para identificar os **indicadores de ações preventivas**, relacionados ao risco de perda auditiva em recém-nascidos de um hospital da rede pública de Campinas, São Paulo, Amado, Almeida e Berni (2009) analisaram 589 **protocolos de evidencia** de neonatos avaliados no Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal, de julho de 2007 a janeiro de 2008. Notaram que do total dos **protocolos**

estudados, 152 (25,8%) confirmaram a presença de um ou mais **indicadores de risco** para surdez em neonatos. Os mais persistentes foram: antecedentes familiares (26,3%), Apgar de 0 a 4 no primeiro minuto (23,6%), uso de medicamentos ototóxicos (23,6%), permanência em incubadora (22,3%), hiperbilirrubinemia (21,7%) e permanência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (18,4%).

Dessas informações concluíram que o número de indicadores de risco, encontrados nos neonatos, variavam de um a seis e que, em geral, para confirmar o risco para a surdez são necessários três indicadores. Nesse caso, esse protocolo, além de prevenir as conseqüências da surdez, pode indicar ações específicas de promoção de saúde no campo da audição infantil.

Feniman et al (2008) desenvolveram uma pesquisa para verificar o desempenho de lactentes com fissura labiopalatina (FLP), com e sem indicadores de risco à audição (IRA) por meio do teste de reconhecimento proposto por Azevedo (1991) Para a validação dos indicadores, entrevistaram 100 pais de bebês, com idade entre 9 a 18 meses, portadores ou não de fissura labiopalatina. Todos os lactentes foram submetidos ao teste de reconhecimento, que foi realizado pelo examinador numa sala silenciosa para detecção de problemas auditivos. Em seus resultados observou-se que o desempenho dos lactentes com e sem histórico de indicadores de risco à perda de audição não implicou somente no teste de reconhecimento dos FLP, sendo que os lactentes que possuíam insuficiência respiratória, que estiveram incubados, com pais fumantes, com mães que ingeriram bebida alcoólica durante a gestação, genética, entre outros, puderam influenciar na inteligibilidade da fala por problemas ligados ou não à audição. Tiveram como conclusão a seus achados estatísticos que a presença de doenças otológicas interferiu significativamente nas respostas obtidas em relação aos FPL. Portanto existem outros indicadores de risco para audição, porque o estudo encontrou outros fatores além da fissura labiopalatina a partir dos resultados obtidos na pesquisa.

Goulart e Chiari (2006), em relação aos **indicadores de evidencia** fonoaudiológicos, referem que:

*“A difusão dos critérios para elaboração dos mesmos e compreensão desses aspectos pela classe fonoaudiológica e seus órgãos representativos, assim como, quando possível, por gestores ligados ao setor saúde, da área pública ou privada, pode contribuir com uma maior inclusão da Fonoaudiologia nas políticas de saúde.” (Pag. 194).*

De acordo com a afirmação de Goulart e Chiari (op. cit), existe a necessidade de estabelecer e propagar **indicadores** padronizados que estabeleçam informações sobre as ações fonoaudiológicas para que a intervenção desse profissional tenha seu reconhecimento. Na pesquisa sobre indicadores de Goulart e Chiari (op.cit), portanto, prevalece a prevenção, ou seja, há a preocupação em identificar problemas de risco.

Segundo Palladino (2007), na Fonoaudiologia, “indicadores são pistas esboçadas na e pela criança que, por suposição, podem antecipar e com isso reorientar [muito ou pouco] historicamente uma realidade. Podem criar outra contingência para a vida”.

De acordo com Pereira (2003), atualmente observa-se um aumento no número de publicações relacionadas a **indicadores de ações de promoção de saúde**, que abordam aspectos subjetivos. No entanto, esses estudos são complexos porque de difícil análise e quantificação de dados. Apesar disso, este tipo de indicadores é importante para o trabalho básico de saúde mediado pelos agentes e médicos, pois promover saúde advém da possibilidade de indiciar probabilidades do surgimento de determinada doença.

A complexidade da elaboração de indicadores que expõem questões da subjetividade está implicada na dificuldade de sua manipulação, definição de possíveis aspectos e quantificação. Contudo, existem diversas pesquisas recentes nessa linha possibilitando um crescimento para esses indicadores, como por exemplo a psicanálise (Pereira, 2003; Kupfer e Voltolini, 2005)

Kupfer e Voltolini (2005), ao pensar em indicadores de desenvolvimento infantil afirmam que:

*“ ..... o indicador é como um signo que se relaciona com os demais numa rede discursiva ou em uma lógica simbólica, cuja leitura baseia-se nos eixos teóricos em torno dos quais eles foram construídos. Assim, deve-se lembrar que os indicadores, separadamente, não indicam nada. Precisam estar relacionados entre si para que possam apontar a lógica do eixo em torno do qual estão articulados”.*

Existem operações psíquicas que se constituem na primeira infância, as quais são diferentes a cada momento. Pensando nessas operações, é possível criar hipóteses de que a ausência de significado dado pela mãe à criança e as suas ações, poderá afetar a estruturação da subjetividade.

Como pode-se observar existem dois tipos de indicadores, os de prevenção que estão ligados a evidencia e os de promoção, atrelados a indícios, que não determinam uma única possibilidade. Portanto, dos indicadores derivam dois tipos de protocolos: os de indícios e os de evidências.

Lerner e Kupfer (2008) relatam que

*“a escassez de recomendações técnicas é imanente ao método, na medida em que impede o risco de reduzi-lo à técnica que o tornaria passível de aplicabilidade. A aplicação de uma técnica, como sabemos, pressupõe a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e, conseqüentemente, apaga sua manifestação singular” (p.199).*

Portanto existem acontecimentos, ou seja, fatos humanos que escapam à prevenção, às evidências. Por isso, é necessário estabelecer uma diferença entre os trabalhos descritos acima diante da escolha do instrumento utilizado. Nas pesquisas em audiologia, pode-se observar o predomínio de indicadores voltados para a prevenção da doença. Estes protocolos são tomados como o principal instrumento de seus estudos, tornando-as mais objetivas em dados comprováveis que excluem, entretanto, a subjetividade dos sujeitos analisados.

---

## CAPÍTULO 2 – INDICADORES PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Por existirem fatos humanos que escapam a prevenção, utilizarei o trabalho realizado por Kupfer e colaboradores (2008) como corroborador do argumento de que seus indicadores de ações de promoção podem fundamentar protocolos indiciários.

Kupfer e colaboradores (2008) realizaram um estudo para identificar, e posteriormente validar, **indicadores de promoção** para o desenvolvimento infantil (IRDIs). Para sua consecução, definiram, inicialmente, os eixos que balizam a constituição da subjetividade, assentados sobre o conhecimento teórico-clínico estabelecido pela psicanálise. É importante levar em consideração que os eixos norteiam as funções físicas e psicológicas que estão emaranhadas nos cuidados maternos direcionados ao bebê, bem como as respostas produzidas por esse em relação à fala materna, criando um diálogo mãe-bebê. Essas ações criarão marcas de acordo com o sentido produzido pela mãe.

Essas marcas serão determinadas a partir da inserção social e cultural do bebê e interferem em suas funções físicas e psicológicas. Para entender o funcionamento psíquico da criança falaremos de quatro eixos, de acordo com Lerner e Kupfer (2008), que balizam a constituição da subjetividade.

Os quatro eixos são:

- **supor um sujeito:** as manifestações do bebê são antecipadas pelo agente materno, o qual irá interpretar as emissões realizadas como apelo, assim dando margem a uma manifestação de mesmo tipo que seja marca real de um apelo;

- **estabelecer a demanda:** interpretação das reações involuntárias do bebê, realizada pelo agente materno como pedidos dirigidos determinando uma demanda de diálogo mãe-bebê;

- **alternar presença-ausência:** o agente materno alterna as respostas dadas ao bebê com presença ou ausência, física e simbólica, oferecendo a oportunidade

do bebê tornar-se um ser desejante (autônomo e singular) e assim, um sujeito da linguagem. Essas alternâncias realizadas pelo agente materno devem desconstituir as inscrições psíquicas do bebê;

- **instalação da função paterna:** o agente materno deve introduzir a figura paterna em sua relação com o bebê, para que ela não o coloque como objeto de sua satisfação. Com a intervenção da figura paterna, a criança renuncia às satisfações imediatas advindas de seu próprio corpo e do corpo da mãe. Graças a essa função o bebê tem a possibilidade de realizar o uso simbólico da linguagem além de procurar diferentes formas de satisfação.

Desses eixos, desdobraram-se 36 **indicadores de risco** ao desenvolvimento infantil, que depois de validados foram reduzidos a 18 (anexo 1).

Para validar os indicadores do **protocolo de indício** proposto, pediatras de unidades básicas e/ou centros de saúde foram treinados para descrição epidemiológica a partir da sua associação com variáveis clínicas e epidemiológicas. O estudo previu o acompanhamento de crianças de 0 a 18 meses que foram divididas em quatro faixas: 0 a 4 meses, 4 a 8 meses, 8 a 12 meses e 12 a 18 meses.

A Fonoaudiologia a qual nos referimos aqui partilha, com a psicanálise, a mesma concepção de sujeito. Como neste caso trata-se do sujeito falante, podemos voltar aos quatro eixos, mas com um olhar diferenciado para sua interpretação, a qual estará vinculada à linguagem em particular e ao campo da Fonoaudiologia:

- **supor um sujeito:** a mãe supõe intenção de fala na criança. A motilidade do bebê, seus espasmos, levam a mãe a interpretá-los como comunicativos e dirigidos à ela. A criança está alienada à fala do outro.

- **estabelecer a demanda:** a mãe sente-se endereçada pelo enunciado da criança, ou seja, a criança balbucia e a mãe identifica ali uma mensagem a ela destinada. Então a mãe a coloca no lugar de sujeito da linguagem.

- **alternar presença-ausência:** A mãe fala com melodia que alterna curvas ascendentes e descendentes. As falas possuem pausas para que o outro sinta-se

endereçado. Nessas pausas há presença e ausência de falas, o que possibilita ao outro inserir-se no discurso.

- **instalação da função paterna:** A criança fala para o outro e erra, erros que não serão tomados como tal, pela mãe, inicialmente. Depois haverá uma correção para algumas palavras, pelos pais. A criança terá escuta para a fala do outro e posteriormente para sua própria fala. Após esse momento, a criança, de posse de uma escuta para sua própria fala chega ao estado de autonomia e autoria de sua própria fala. A castração realizada pelo outro é a função paterna, a qual pode ser realizada por qualquer pessoa já inserida na linguagem.

Dada esta introdução aos indicadores de saúde, o objetivo deste trabalho é construir um **protocolo de indícios** para o desenvolvimento da linguagem a partir do qual podemos levantar os possíveis riscos para a constituição do sujeito falante, a ser utilizado pelos ACS em suas visitas domiciliares. Pretende-se que **esse protocolo de indícios**, permita, às equipes de saúde da família, identificar com maior precisão e presteza, os encaminhamentos para o setor de Fonoaudiologia, ainda antes da emergência de uma demanda específica.

**Protocolo** é um formulário que, no campo da saúde, é utilizado para o levantamento de dados de natureza variada. Há protocolos sobre doenças e protocolos sobre desenvolvimento. Na Fonoaudiologia, Marchesan (2003) comenta que os protocolos nos permitem relacionar os fatos ocorridos, tomar atitudes a partir de episódios repetitivos e podem “autorizar” a discriminação entre os procedimentos realizados para futura análise de eficácia entre eles.

Descreverei brevemente três protocolos para obter dados sobre sua metodologia, bem como observar sua (im)pertinência como indicadores de ações de promoção, para justificar o protocolo proposto nesse trabalho. Ao final deste capítulo descreverei brevemente a diferença entre os resultados dos protocolos citados e o que pretende-se alcançar nesta pesquisa.

O protocolo Tipiti é um exame de linguagem elaborado por Braz e Pellicciotti (1988) com o objetivo de detectar dificuldades de nomeação, compreensão e estabelecer uma triagem lexical. O exame propõe provas complementares para avaliar as noções básicas, as quais são consideradas, neste protocolo, como pré-requisitos para o desenvolvimento da comunicação oral e escrita. Desta forma o Tipiti foi estruturado com base em:

*[...] provas específicas para as áreas de emissão ao nível fonético e fonológico de percepção auditiva e visual o que, em alguns casos, permite a verificação dos processos subjacentes à presença de desvios na comunicação oral e escrita (op. cit., p.11)*

Esse exame está assentado em programas escolares que concebem o aprendizado da escrita pela apreensão de habilidades consideradas mais simples para as mais complexas, ou seja, exige que haja estimulação das áreas perceptivas motoras ligadas à recepção e/ou emissão do código escrito, técnicas de codificação e decifração do código escrito e por ultimo, domínio das regras gramaticais. Seguindo essa sequência, após a avaliação das noções básicas, as provas específicas para a comunicação gráfica estão ordenadas da seguinte maneira: leitura oral, leitura silenciosa, formação de palavras, ordenação de vocabulários em

sentenças, formação de sentenças, sequencialização de sentenças e parágrafos, combinação de sentenças, cópia, ditado e redação.

Quando há a suposição que o sujeito inicia seu conhecimento, nas regras gramaticais, isso significa que existe certo julgamento de que ocorrem saltos nesse processo linear. Portanto, o sujeito passa primeiro por um domínio do mecanismo de discriminação dos sons e da articulação correta para a associação desse som, bem como dos grafemas e, finalizando ele faz a elaboração e interpretação de textos nos padrões da norma culta.

Andrade et al (2000) elaboraram o teste de linguagem infantil ABFW, o qual aborda as áreas de fluência, vocabulário, pragmática e fonologia. Cada área possui blocos e estes pressupõem uma variante desejável para o sujeito analisado. Esse protocolo/teste, em particular, pode ser utilizado separadamente em suas áreas, ou seja, pode-se trabalhar apenas com a área de fluência na sua totalidade ou qualquer outra.

A maior parte dos trabalhos utilizados com esses protocolos tem função de verificação das alterações nas crianças com problema de linguagem. Como em Athayde, Mota e Mezzomo (2010), que fizeram uma pesquisa para verificar se as alterações em crianças com desvios fonológicos ocorrem somente no nível fonológico ou se existem impactos na aquisição lexical. Concluíram que a alteração em crianças com desvio fonológico não tem impacto lexical, ou seja, fica restrita a esse nível .

O protocolo de observação comportamental (PROC), criado por Zorzi e Hage (2004), é realizado por meio da observação da exploração dos objetos e interação que a criança realiza com o outro. Com essas observações é possível analisar e compreender o desenvolvimento da criança nos seus aspectos comunicativos, interacionais e cognitivos. É essencial que esse instrumento seja realizado em crianças pequenas além de montar o setting terapêutico com materiais do cotidiano, ou seja, miniaturas de móveis, pessoas, partes da casa, etc.

É importante ressaltar que os protocolos possuem o risco de serem usados em pedaços distintos para a avaliação dos pacientes. Essa medida tomada por alguns profissionais ocasiona a desvalorização do protocolo, pois este tem valor em sua totalidade.

Apesar da grande valia desses protocolos, eles acabam tomando a linguagem como um dado quantitativo apesar de sua natureza qualitativa. Embora a linguagem seja de difícil quantificação, pois cada sujeito possui sua história e inserção social/cultural, obedece a uma estrutura e, como tal, pode ser analisada do ponto de vista de seu funcionamento. Os **indicadores de prevenção** auxiliam a construção de protocolos evidenciários, importantes para referir dados quantitativos para a explicação da necessidade da observação dos riscos ao desenvolvimento da linguagem.

### 3.1 O Protocolo de Indicadores para Retardo de Linguagem

Para a elaboração do protocolo para Retardo de Linguagem, acessou-se a literatura especializada, em particular as pesquisas sobre **indicadores de promoção** que vem sendo realizadas na linha de pesquisa Linguagem e Subjetividade. Em especial, foram utilizados os trabalhos de Freire (2009), Reis (no prelo) e Evangelista (no prelo), os quais foram propiciadores de dados preliminares na elaboração dos indicadores do **protocolo de indícios** de constituição do sujeito falante e escrevente.

Freire (2009), em palestra aos alunos da pós graduação em Fonoaudiologia, quando apresentou a pesquisa de Kupfer sobre Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil, fez um proposta preliminar de quais seriam os eixos que balizariam a elaboração de indicadores em Fonoaudiologia. Os eixos teóricos privilegiados pela pesquisadora foram: Estabelecimento da demanda, Reconhecimento do Sujeito Falante, Presença de Fala Sintomática e Responsividade à Fala do Outro. Estes eixos teóricos estariam ligados à prevenção, pois alicerçariam as demandas e seus desdobramentos, quando de seu endereçamento ao fonoaudiólogo.

Assentados sobre os mesmos princípios, mas visando a promoção, Evangelista e Reis desenvolvem pesquisa sobre os **indicadores de promoção**, para a constituição do sujeito falante e do sujeito escrevente.

Evangelista (no prelo) elaborou uma proposta de indicadores para o desenvolvimento da linguagem oral a partir da análise da fala dos pais, presente na demanda de relatórios fonoaudiológicos. Para chegar aos indicadores, levantou 199 relatórios de atendimentos realizados em três Unidades Básicas de Saúde. As crianças pesquisadas tinham entre dois e 6 anos. Seu objetivo foi articular os eixos

de concepção de sujeito falante e a história de sujeitos com sintoma de fala e linguagem oral.

Concluiu que os dizeres parentais, vistos como sinais e pistas, permitem extrair **indicadores de promoção**, para perturbações da fala, ainda que de forma preliminar. Propõe os **indicadores de promoção** a partir do modelo da clínica psicanalítica sobre a concepção do sujeito falante: supor um sujeito, reconhecimento do sujeito falante, reconhecimento do significante e responsividade à fala do outro.

Reis (no prelo) identificou e diferenciou erros e sintomas a partir de relatórios fonoaudiológicos dos usuários de Unidades Básicas de Saúde com queixas no campo da leitura e escrita para obtenção de dados de perturbações nesse campo. Após a análise construiu **indicadores de ações de promoção** para aquisição da leitura e da escrita. Nesse trabalho, os sujeitos tinham entre 6 e 15 anos e estavam em processo de alfabetização ou escolarização. Extraíu recortes das demandas parentais como material de análise. Nesses recortes foram encontrados fragmentos que mostraram-se comuns entre os adultos, como por exemplo, que os adultos sancionam a criança como mau leitor/escritor e que a demanda geralmente veio do outro, seja a professora, o médico ou a mãe. Em poucas vezes, a demanda aparece como própria, mas ocorre por transferência da fala de outro. A fala da mãe apareceu alienada à fala da professora, ou seja, a mãe trouxe a queixa manifestando a demanda de outro.

Para a discussão dos achados, baseou-se no modelo de organização dos sintomas de linguagem (Gouvêa, Freire, Dunker, no prelo), no qual estes estão vinculados aos eixos da escrita, língua e fala, em relação ao sujeito, Outro, metáfora e metonímia. Deste modo, sugeriu **indicadores de ação de promoção** para perturbações da fala, ancorados nos eixos: reconhecimento do sujeito escrevente; demanda desse sujeito ou do outro para o atendimento fonoaudiológico; responsividade ao outro. Enfim, concluiu que as crianças, mesmo não sendo consideradas como leitores possuem reconhecimento de portadores de texto já que mostram preferências de leitura.

O presente estudo é de caráter prospectivo, qualitativo.

Como este trabalho visa à construção de um **protocolo de indicadores para Retardo de Linguagem** a ser usado pelos ACS em suas visitas domiciliares. Para tal, escolheu-se os eixos teóricos e os **indicadores de promoção**, desenvolvidos por Freire (2009) e modificados por Evangelista (no prelo) para dar suporte a esse trabalho.

Após o levantamento e a análise dos **protocolos de indicadores** propostos para o campo fonoaudiológico passou-se à identificação dos **protocolos de evidências** utilizados pela área da saúde que são familiares aos ACS. A partir dessa análise foi elaborado um protocolo condizente com as necessidades observadas nos **protocolos de evidências** encontrados nas UBS. Destes foram extraídos as informações consideradas importantes para compor o **protocolo de indicadores** proposto e, à este podem ser incorporados os “indicadores” extraídos das pesquisas mencionadas. Portanto, o protocolo traz dados objetivos como nome, idade, data de nascimento, endereço, dados do histórico de parto, nascimento e crescimento, de saúde e doença, uma vez que serve não só à Fonoaudiologia, mas também, e principalmente, à equipe de saúde da família.

A elaboração do protocolo foi sustentada por uma relação de promoção de saúde, ou seja, tem como objeto o acompanhamento do processo de constituição do sujeito falante. Para tal, foi proposto um protocolo indiciário por se ajustar aos fatos humanos. Esse protocolo deverá ser validado posteriormente.

### 4.1 Validação Do Protocolo:

Como aplicar:

Para futura validação deste **protocolo de indicadores para retardo de linguagem** é importante observar a epidemiologia do território da unidade básica para assessorar o ACS na a observação dos **indicadores** propostos neste trabalho. A aplicação deste protocolo deverá ser realizada por inteiro pelos ACS da equipe, sendo que os dados a serem preenchidos deverão ser assinalados e/ou escritos

pelo próprio ACS a partir de sua escuta da fala dos pais. Na parte dos *dados pessoais*, o ACS deverá preencher todos os espaços requisitados para possibilidade de identificação do paciente e família em questão. A *investigação anamnética*, bem como os *exames complementares* são de total importância já que algumas perturbações de linguagem podem relacionar-se a problemas observáveis, ou seja, são evidências já encontradas em crianças recém nascidas e/ou em exames que podem sugerir possíveis problemas, os quais podem relacionar-se à precariedade dos eixos abordados na fonoaudiologia. A observação desses itens é de extrema importância para os indicadores de prevenção. Esse protocolo apesar de seu caráter de indicador, também levou em consideração os indicadores de prevenção já que estes podem atrelar-se a uma possibilidade de intervenção antecipada a supostos indícios de uma doença já observada. A parte de anotações servirá para o ACS colocar possíveis frases, dados relatados pelos pais e/ ou opiniões, conhecimento sobre a criança etc. Nos *indicadores de constituição do sujeito falante*, o ACS deverá assinalar as respostas relatadas pelos pais, sem sua intervenção, ou seja, ele não dará as opções para os pais, apenas fará as perguntas e assinalará a resposta obtida e, se necessário, fará os complementos. As perguntas com mais de uma opção poderão ter mais de uma resposta.

Como categorizar:

Para a interpretação das respostas do protocolo proposto é importante levar em consideração a inserção social e cultural da criança bem como a sua idade para validar as possibilidades de respostas.

1 relato dos pais :

Nos *indicadores de constituição do sujeito falante*, os de 1 a 11 e o 14 são considerados favoráveis para a constituição de linguagem e subjetividade da criança se sua resposta for SIM. Deve-se levar em conta que esses indicadores são válidos para crianças de 0 a 3 anos de idade. Os indicadores 12, 13 e 17 são considerados desfavoráveis e propiciadores de possíveis atrasos caso obtenham SIM como resposta. Então eles podem indicar (ou não) uma possível determinação da criança por seu lugar de inserção social/cultural. Os indicadores 15 e 18 irão depender da idade da criança em tela.

Indício 15:

não fala – Os pais que subentendem que o filho não fala, não o colocam no lugar de sujeito falante, portanto, este pode ser um indicador de um futuro atraso de linguagem. Servirá para qualquer idade.

fala enrolado – Os pais de crianças de 0 a 1 ano podem referir-se a fala de seus filhos dessa forma. Essa fala não terá caráter de atraso caso não ultrapasse a idade de 1 ano e meio.

tem a língua presa – Os pais de crianças de 0 a 1 ano podem referir-se sobre a fala de seus filhos desta maneira, o que poderá determinar um atraso a ser observado em seus efeitos.

gagueja – Os pais de crianças de 0 a 1 ano que relatarem este fato, deverão ser acompanhados para se observar sua fala em momentos posteriores e vitais para o reconhecimento da fala da criança como fluente.

tem dificuldade para falar – em crianças de 0 a 1 ano, essa queixa não deve preocupar.

fala devagar - dependendo do caso não é considerado um atraso já que a criança tem períodos de falas pausadas.

fala normal – ideal para as crianças de 2 anos e meio a 3 anos.

#### Indício 18

Usa mamadeira?  S \_\_\_\_\_ anos  N - É considerado aceitável até 2 anos, podendo permanecer, depois dessa idade, apenas como alimentação noturna. Deve ser retirada antes da mudança de dentição.

Usa chupeta? até quantos anos?  S \_\_\_\_\_ anos  N

Come somente:  líquido é considerado saudável apenas a ingestão do leite até 6 meses ou 1 ano no máximo;  pastoso é considerado saudável após os 6 meses junto com a ingestão do líquido;  sólido é considerado saudável após o nascimento dos dentes, os quais ajudarão na apreensão do alimento  todos é considerado saudável com de 1 a 3 anos

Come sozinho?  S  N é considerado saudável quando a criança tem de 2 a 3 anos e/ou mais.

Come bem? ( )S ( )N é uma pergunta importante, mas que causa dificuldade já que a criança pode comer bem de acordo com a mãe, mas no sentido de nutrição sua alimentação é ruim. Devemos levar em consideração a idade do paciente já que de 0 a 1 ano e meio/2anos, a criança está mamando.

Deve-se lembrar que os indicadores 15 e 18 bem como os outros devem ser analisados em conjunto para poder supor um possível retardo. As explicações referidas para as idades foram analisadas a partir do conhecimento da área fonoaudiológica, do trabalho elaborado por Kupfer (2008), dos eixos psicanalíticos e fonoaudiológicos e dos dados observados nos protocolos já citados no capítulo 3.

O indicador 16 deve ser interpretado de acordo com a idade da criança caso a resposta seja diferente da opção “não fala”. Essa opção ressaltada deve ser observada com atenção já que a fala depende da interação do outro, ou seja, do diálogo. Falar é dirigir uma demanda para o outro que a recebe e devolve de forma invertida.

# Protocolo Fonoaudiológico – Equipe de Saúde da Família

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_

## Identificação

Nº Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário \_\_\_\_\_

## Histórico do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ dias

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Raça/Cor (declaração): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai Outros: \_\_\_\_\_

PSF: Área: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_

## Queixa

No caso de queixas referidas pelos pais sobre a criança, marque aqui

---

---

1. A mãe espera a reação da criança quando propõe algo para esta? ( ) S ( ) N
2. A mãe fala com a criança parecendo bebê? ( ) S ( ) N
3. A fala da criança parece imitar a fala de alguém? ( ) S ( ) N
4. Ao chamar a criança, ela vira, olha ou faz expressões? ( ) S ( ) N
5. A criança fala na 1ª pessoa (eu)? ( ) S ( ) N
6. A mãe reage quando ela não compreende a criança? ( ) S ( ) N
7. A mãe está interessada no que a criança fala? ( ) S ( ) N
8. A mãe expressa preocupação em compreender o que é falado pela criança?  
( ) S ( ) N

9. A mãe conversa com seu filho, como, por exemplo, convida para brincar?  
( )S ( )N
10. A mãe mostra ter conhecimento sobre a criança? ( )S ( )N
11. Ao falar da criança, a mãe acha que entendeu o que foi falado? ( )S ( )N
12. A mãe fala pela criança? ( ) S ( ) N
13. A mãe fala apenas sobre dados físicos da criança? ( )S ( )N
14. A criança interage com outras? ( )S ( )N
15. Como a mãe entende a fala do seu filho?  
( ) entendo tudo o que ele diz  
( ) entendo quase tudo  
( ) não entendo, mas tento traduzir o que ele fala
16. O que a mãe diz sobre a fala de seu filho?  
( ) não fala  
( ) fala enrolado  
( ) tem a língua presa  
( ) gagueja  
( ) tem dificuldade para falar  
( ) fala devagar  
( ) fala normal
17. Até 2 anos e 6 meses apenas balbucia ou fala o começo das palavras  
( ) S ( ) N
18. Alimentação e hábitos: Qual alimentação é oferecida e como?  
Usa mamadeira? ( )S \_\_\_ anos ( )N  
Usa chupeta? até quantos anos? ( ) S \_\_\_anos ( ) N  
Come somente: ( ) liquido ( ) pastoso ( ) sólido ( ) todos  
Come sozinho? ( ) S ( ) N  
Come bem? ( ) S ( ) N

### **Anotações**

ACS\_\_\_\_\_

EQUIPE\_\_\_\_\_

Existem diferentes tipos de intervenção na área da saúde, mas estamos propondo outro tipo de intervenção, a que dispensa a atuação do fonoaudiólogo como porta de entrada na UBS. Ela pode ser realizada pelo médico, pelo ACS, ou por qualquer outro profissional que faça parte da ESF da Unidade Básica de Saúde. Propõe-se uma possível análise indiciária por meio de indicadores de promoção de saúde das crianças desde o nascimento até antes da emergência de sintomas na linguagem.

Essa proposta foi em parte assentada em trabalhos realizados por Freire (2009), Reis (no prelo) e Evangelista (no prelo), os quais possibilitaram a elaboração de possíveis indicadores para prevenção de perturbações de fala, linguagem e escrita, dos quais deriva o protocolo proposto no capítulo anterior.

De acordo com Freire (2009), a fala da criança tem como efeito o reconhecimento ou negação do sujeito falante pelo outro. Essa afirmação serviu de sustentação para as pesquisas de Evangelista e Reis que não só os confirmaram como também os desenvolveram. Assim pode-se defender que a maior parte dos indicadores estão atrelados a um ato de sanção, ou seja, ao reconhecimento ou abolição do sujeito falante pelo outro.

Nota-se também que os protocolos de linguagem em Fonoaudiologia, em sua maioria, encontram-se voltados para avaliações quantitativas. Esses dados acabam eliminando o sujeito de cena, ou seja, a doença monopoliza o foco do atendimento já que esta é a demanda dos familiares do paciente. Do ponto de vista da Fonoaudiologia, um protocolo de promoção terá a função de instrumentar os integrantes da equipe para a coleta de informações que possam auxiliar na identificação de elementos de risco para a fala, bem como para a circunscrição de uma demanda específica além de permitir possíveis estudos para observação de fatores de risco predominantes em determinada área.

Não são somente os pacientes que procuram o diagnóstico. Os pediatras inserem-se nessa demanda (Lerner e Kupfer, 2008). É de extrema importância que os fonoaudiólogos atuem na promoção de saúde por meio do ensino aos pediatras sobre

os fatos de linguagem, ou seja, ensinar a eles que ninguém ensina a falar. Esse ato é de extrema importância já que os pais raramente pensam num atraso de linguagem enquanto que os médicos/pediatras somente observam o atraso quando as crianças tem mais de 2 anos, e o encaminhamento não pode ser mais da ordem da prevenção.

Nessa perspectiva, o protocolo de indicadores de risco para retardo de linguagem deveria ser aplicado também pelo setor de puericultura, dada a grande concentração de crianças de 0 a 3 anos que passam por este setor.

Conclui-se que a falta de esclarecimento sobre a linguagem e a intervenção fonoaudiológica colabora para a criação de uma enorme demanda, a qual poderia ser reduzida caso existisse a promoção para perturbações de fala e linguagem, na atenção básica à saúde. Cabe salientar, ainda, a importância do fonoaudiólogo nas atuações de saúde básica já que sua presença garante a continuidade da pesquisa de dados indiciários encontrados no protocolo. Apesar de sua relevância, esse protocolo deverá ser validado em futuras pesquisas antes que seu uso seja recomendado.

**Anexo 1.** Tabela dos 18 indicadores validados na pesquisa Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs).

<b>Indicadores de 0 a 4 meses incompletos</b>
19. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer? 20. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)? 21. A criança reage ao manhês? 22. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação? 23. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe?
<b>Indicadores de 4 a 8 meses incompletos</b>
24. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 25. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 26. A criança procura ativamente o olhar da mãe.

<b>Indicadores de 8 a 12 meses incompletos</b>
27. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção. 28. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos brincadeiras amorosas com a mãe. 29. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 30. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 31. A criança faz gracinhas. 32. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

<b>Indicadores de 8 a 12 meses</b>
33. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 34. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 35. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede. 36. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

---

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMADO BCT, ALMEIDA EOCde e BERNI PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. *Rev. CEFAC* [online]. 2009, vol.11, suppl.1, pp. 18-23. Epub Mar 20, 2009. ISSN 1516-1846.

AMOROSO MRM, Freire RM. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: Passos MC (Org.). *A clínica fonoaudiológica em questão*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 13-30.

ANDRADE CC. Fonoaudiologia no serviço público de saúde: caracterização do atendimento realizado na região metropolitana de Curitiba [dissertação de mestrado]. Paraná: Universidade Tuiuti do Paraná; 2000. Acesso em 04 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.utp.br/proppe/RelDissertacoesResumos.asp?codcurso=118&cod=57>

ARANTES L. Diagnóstico e clínica de linguagem [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

ANDRADE CRFde, BEFI-LOPES DM, FERNANDES FDM, WERTZNER HF. ABFW- Teste de Linguagem Infantil: Nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. São Paulo: Pró-Fono, 2000.

ATHAYDE ML, MOTA HB, MEZZOMO CL. Vocabulário expressivo de crianças com desenvolvimento fonológico normal e desviante. *Revista Pró-Fono*, 22(2):145-150, abril-jun.2010

AZEVEDO MF. Avaliação subjetiva de audição no primeiro ano de vida. São Paulo: Temas Desenvolv., 1991.

BARROS PML, OLIVEIRA PN. Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. *Rev. CEFAC*. 2010 Jan-Fev; 12(1):128-133

BRAZ HA, PELLICCIOTTI THF. Exame de linguagem: Tipiti. 3ªed. São Paulo: Minj, 1988.

CÉSAR AM, MAKSUD SS. Caracterização da demanda de Fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão da Neves – MG. *Rev CEFAC* 2007; 9(1):133-8.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS). Citado em [04.10.2010] em: [decs.bvs.br](http://decs.bvs.br).

DIAS CM, FREITAS M, BRIZ T. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23: 439-50. Citado em [19/07/2010] em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001164024724961.pdf>

EVANGELISTAS, RF. “Indicadores clínicos de risco para perturbações da fala”. Dissertação de mestrado em fonoaudiologia. São Paulo, no prelo (2011).

FENIMAN MR, DANIEL BT, DE VITTO LPM, LEMOS ICC, LAURIS JRP. Reconhecimento verbal de lactentes com fissura labiopalatina com e sem história de indicadores de risco para a audição. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2008; 74(4): 601-605. Citado em [22 de setembro de 2010] em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003472992008000400019&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003472992008000400019&script=sci_arttext&tlng=es).

FREIRE RM. Fonoaudiologia em saúde pública. Rev Saúde Pública 1992; 26(3):179-84.

\_\_\_\_\_ "Indicadores clínicos de risco em Fonoaudiologia" - palestra ministrada na Atividade Programada do PEPG em Fonoaudiologia, 2009, PUC-SP

GOULART BNG, CHIARI BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica: contribuições para reflexão. Rev Soc Bras Fonoaudiol 2006;11(3):194-204.

GOUVÊA GS. Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 2007

GOUVÊA GS, FREIRE RM, DUNKER C. Sanção em Fonoaudiologia: um modelo de organização dos sintomas de linguagem. In: CADERNOS DE ESTUDOS LINGÜÍSTICOS, número 1, volume 53, no prelo (2011).

HAGE SRV, FAIAD LNV. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação – Universidade de São Paulo – Campus Bauru. Rev CEFAC 2005; 7(4):433-40.

KUPFER MCM, VOLTOLINI R. Uso de Indicadores em Pesquisas de Orientação Psicanalítica: Um Debate Conceitual. Psic.: Teor. e Pesq. 2005; 21(3): 359-64.

KUPFER MCM, BERNARDINO LMF, JERUSALINSKY AN, ROCHA PS, LERNER R, PESARO ME. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: Lerner R, Kupfer MCM. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008. p.221-30.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MLP, LEBRÃO ML, GOTLIEB SLD. Estatística de saúde. 2a ed. São Paulo: EPU;1987.

LERNER R e KUPFER MCM. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. Escuta: São Paulo, 2008.

LIMA BPS, GUIMARÃES JATL, ROCHA MCG. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. Rev Soc Bras Fonoaudiol 2008; 13(4):376-80.

MARCHESAN IQ. Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial. In: Krakauer HL. Francesco R. Marchesan IQ. (Org.). Respiração Oral. Coleção CEFAC. São José dos Campos. Ed. Pulso. 2003. p.55-79

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. – Brasília:2002. 299 p.

PALLADINO RRR. A propósito dos indicadores de risco. *Distúrb Comun* 2007; 19(2): 193-201. Citado em [19/06/2010] em: [http://www.pucsp.br/revistadisturbios/artigos/Artigo\\_543.pdf](http://www.pucsp.br/revistadisturbios/artigos/Artigo_543.pdf)

PEREIRA MG. Indicadores de Saúde. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2003. p 49-73.

PIMENTEL MCR, GUIMARÃES JATL, FLORES NGC. Perfil epidemiológico de uma unidade pública de referência no tratamento em Fonoaudiologia. *J Bras Fonoaudiol* 2006; 24(6):43-50.

PORTARIA Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Citado em [20.08.2010] em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

REIS, B. Indicadores clínicos de risco para perturbações de leitura e de escrita. *Dissertação de Mestrado*. São Paulo. no prelo (2011).

ROUQUAYROL MZ, GOLDBAUM M. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. 728p. 17-35.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF). Citado em [30.08.2010] em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa\\_Sa%C3%BAdade\\_da\\_Fam%C3%ADlia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Sa%C3%BAdade_da_Fam%C3%ADlia)

VAUGHAN JP, MORROW RH. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992.

WANDERLEY DB, WEISE EBP, BRANT JAC. O que há de avaliável no desenvolvimento infantil? Exame e discussão das escalas de avaliação do desenvolvimento infantil mais usadas no Brasil. In: Lerner R, Kupfer MCM. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta; 2008. p 49-62.

ZORZI JL, HAGE SRV. *Protocolo de Observação Comportamental*. São José dos Campos: Pulsos; 2004.