

# Vigilância e triagem do desenvolvimento da linguagem em crianças com fatores de risco: considerações políticas, teóricas e práticas

MARIA LUCIANA DE SIQUEIRA MAYRINK  
DENYSE TELLES DA CUNHA LAMEGO  
ANDREIA MENDES TAVARES

## **INTRODUÇÃO**

A vigilância do desenvolvimento infantil é um tema importante e recorrente no meio acadêmico e científico, entre profissionais da área da saúde e educação, assim como no campo da formulação de políticas públicas para crianças e adolescentes. Trata-se de uma estratégia fundamental que visa assegurar o monitoramento, a detecção e a intervenção precoces sobre os problemas do desenvolvimento infantil, a fim de favorecer o seu alcance pleno. Nesse contexto, a vigilância do desenvolvimento da linguagem revela-se como um aspecto crucial do monitoramento, pois a linguagem é um dos elementos do desenvolvimento que participa de forma múltipla da vida do indivíduo.

Neste capítulo, refletimos sobre a importância do monitoramento do desenvolvimento infantil para os resultados futuros do indivíduo, assim como sobre os fatores que podem afetar esse processo e representar vulnerabilidades para a criança. Abordamos a recomendação política da vigilância como estratégia privilegiada para a promoção e a prevenção dos atrasos e desvios relacionados ao desenvolvimento infantil. Destacamos a importância do domínio da linguagem para a sociabilidade, aprendizagem, a empregabilidade e a participação cidadã. Abordamos, ainda, como ela se desenvolve nos primeiros anos de vida da criança e as principais estratégias disponíveis para avaliação, como forma de favorecer o processo de vigilância do desenvolvimento infantil e orientar condutas. Por fim, exploramos os resultados de uma experiência interdisciplinar de vigilância do desenvolvimento da linguagem em crianças com fatores de risco para o desenvolvimento acompanhadas em uma unidade terciária de referência na atenção à saúde da mulher, criança e adolescente.

### **DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ASPECTOS BIOLÓGICOS, AMBIENTAIS E PROGRAMÁTICOS**

O desenvolvimento da criança pode ser definido como um processo contínuo e dinâmico no qual são observadas mudanças em diferentes áreas a partir da interação complexa de fatores neurobiológicos, genéticos e ambientais (COELHO *et al.*, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a perspectiva bioecológica de desenvolvimento infantil propõe a incorporação e a interação de fatores biológicos, ambientais, sociais e programáticos como determinantes desse processo. Nessa dinâmica de interações, na qual a criança desempenha um papel ativo, participam os contextos

proximal e distal de desenvolvimento humano, que compreendem os sistemas relacionais nucleares e institucionais, além de aspectos políticos, ideológicos, culturais e situações e acontecimentos históricos presentes no cotidiano das pessoas (BRONFENBRENNER, 1996; POLETTO; KOLLER, 2008). Assim, aspectos como o ambiente familiar da criança, a inserção e a relação com a creche e a escola, as condições de trabalho dos pais, a rede de apoio social, a comunidade em que a família está inserida, as ideologias, crenças, valores e formas de governo influenciam direta ou indiretamente o processo de desenvolvimento.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), permitir que uma criança alcance todo seu potencial de desenvolvimento é um direito humano e um requisito fundamental para a sustentação do mesmo. No entanto, estima-se que 43% das crianças menores de 5 anos, de países em desenvolvimento, encontram-se em risco de não atingirem seu pleno potencial (NOER; HALPERN, 2018).

A partir da segunda metade do século XX, houve uma tendência de modificação no cuidado à população infantil, principalmente, em função dos resultados positivos das ações de imunização, nutrição e saneamento, que refletiram em uma transição epidemiológica de morbimortalidade infantil por agravos agudos e infecciosos para o de condições crônicas e não transmissíveis. Com isso, ações de vigilância do desenvolvimento infantil foram incorporadas, para além dos parâmetros de medida de crescimento ponderal e do calendário vacinal (ZEPPONE *et al.*, 2012; GOLDANI *et al.*, 2012).

A primeira infância, representada pelo período que vai da gestação até os 8 anos de vida, passou a ser considerada fundamental para o desenvolvimento humano, tanto para a saúde global como para os resultados futuros do indivíduo, incluindo os domínios da aprendizagem, comportamento, socialização, trabalho e cidadania (WHO, 2012). Por esta perspectiva, o desenvolvimento infantil se

converteu em prioridade política, e passou a requerer o compromisso das sociedades e o incremento de políticas públicas, especialmente, em países de baixa renda e em desenvolvimento, a fim de dirimir iniquidades dos determinantes sociais e buscar atender às necessidades de saúde conforme o grau de vulnerabilidade (WHO, 2012; DA SILVA *et al.*, 2015). Com isso, a atenção programática à saúde infantil assumiu um novo direcionamento, indicando que as metas para o desenvolvimento da criança não devem estar centradas apenas em sua sobrevivência física, mas também em aspectos de ordem social, emocional, cognitiva e de linguagem (DA SILVA *et al.*, 2013).

Em 2008, uma série especial publicada pela Revista Lancet (BHUTTA *et al.*, 2008) apresentou o conceito dos “primeiros mil dias de vida”, e indicou a necessidade de se priorizar programas de incentivo à nutrição, crescimento e desenvolvimento saudáveis, apresentando recomendações para o fortalecimento e a integração de programas de saúde. Assim, no âmbito das políticas para a saúde da criança, diferentes países passaram a incorporar estratégias para os primeiros mil dias de vida, que compreendem o período gestacional até o final do segundo ano de vida, por serem considerados uma “janela de oportunidades” para melhorar a saúde do indivíduo, especialmente no que tange aos aspectos nutricionais e do desenvolvimento global (DA CUNHA *et al.*, 2015).

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a instituição do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990), ações programáticas para a saúde da criança vêm sendo instituídas e implementadas. Dentre elas, destacam-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015) e o Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016). Estes documentos apresentam importantes marcos e avanços na proteção aos direitos das crianças brasileiras, e esta-

belecem princípios e diretrizes voltados para a atenção à população infantil, especialmente nos primeiros mil dias de vida.

Mais recentemente, a revista científica Lancet (2017), em uma nova edição temática, destacou os profundos benefícios em se investir no desenvolvimento infantil, principalmente nos três primeiros anos de vida. Esta etapa do início da vida é considerada um momento crítico, pois o cérebro se desenvolve de forma rápida, sendo mais sensível aos processos de neuroplasticidade, constituindo-se, portanto, como um período de melhor resposta aos processos de intervenção (LANCET, 2017; CAMINHA *et al.*, 2016).

A vigilância do desenvolvimento infantil consolidou-se, então, entre pesquisadores, especialistas e organizações não-governamentais nacionais e internacionais, como estratégia principal para o monitoramento e promoção do desenvolvimento infantil, especialmente no âmbito da atenção primária (WHO, 2012; COELHO *et al.*, 2016). Parte-se do pressuposto que o pediatra é um profissional estratégico para acompanhar o desenvolvimento infantil durante as consultas de rotina, e que a identificação e a intervenção precoces podem melhorar os resultados de saúde e sociais de crianças com problemas no desenvolvimento (DA CUNHA *et al.*, 2015; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE *et al.*, 2016).

Entretanto, a identificação precoce dos problemas do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura revela-se bastante desafiadora, considerando-se o tempo médio de consulta, o grande número de questões a serem abarcadas, o uso corrente de instrumentos informais de observação do desenvolvimento e a falta e/ou não utilização de instrumentos validados e confiáveis de triagem. Com isso, conforme aponta Glascoe (2005:173), *“apenas cerca de 30% das crianças com deficiências de desenvolvimento e problemas de saúde mental são detectados antes do ingresso na escola, ponto em que perderam todas as oportunidades de intervenção precoce”*.

Esses e outros autores sustentam as vantagens do uso de estratégias combinadas de monitoramento - vigilância e triagem (*screening*) do desenvolvimento infantil - especialmente quando se está diante da presença de fatores de risco. Assim, integrar a observações de crianças e famílias, o conhecimento da história clínica, pontos fortes e fracos do ambiente relacional da criança e seus cuidadores, consciência psicossocial e informações mais precisas sobre os resultados em diferentes comportamentos do desenvolvimento infantil é fundamental para minimizar a subdetecção dos problemas do desenvolvimento e as referências excessivas, além de favorecer que os benefícios dos serviços de intervenção precoce possam ser usufruídos (GLASCOE *et al.*, 2005; LIPKIN *et al.*, 2020).

Embora haja divergências entre especialistas em cuidados primários que traçam recomendações para o monitoramento do desenvolvimento infantil, existe também o entendimento de que o *screening* do desenvolvimento pode ser indicado nos casos de crianças de 1 a 4 anos que apresentam sinais sugestivos de possível atraso no desenvolvimento, assim como naquelas cujos pais expressam preocupação que possam indicar atraso no desenvolvimento ou naquelas cujo desenvolvimento está sendo monitorado de perto por causa de fatores de risco identificados, como nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2016). A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda, por sua vez, exames de desenvolvimento com uso de ferramentas padronizadas até a idade de três anos, especificamente aos nove, dezoito e vinte e quatro ou trinta meses de idade, em complementação à vigilância realizada em cada consulta de puericultura (VITRIKAS *et al.*, 2017; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2016).

## **RISCO E VULNERABILIDADE: A VIGILÂNCIA COMO ESTRATÉGIA DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DE IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SEUS DESVIOS**

Ao longo do processo de desenvolvimento infantil, contextualmente e temporalmente situado, coexistem fatores de risco e proteção, que irão representar maior ou menor vulnerabilidade para a criança. Entende-se por vulnerabilidade a chance ou oportunidade de sofrer prejuízos ou atrasos no desenvolvimento, devido à influência de fatores de ordem individual, social e programática, os quais se constituem em situações adversas (SILVA *et al.*, 2013). Os fatores de risco podem ser definidos como “*condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis*” (MAIA; DE ALBUQUERQUE WILLIAMS, 2005:92). Por sua vez, os fatores de proteção são descritos como “*recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco*” (SAPIENZA; PEDRO-MÔNICO, 2005:213), e incluem, por exemplo, atributos disposicionais das pessoas, rede social de apoio com recursos individuais e institucionais, coesão familiar, ausência de negligência e possibilidade de administrar conflitos, além da presença de laços afetivos no sistema familiar e/ou em outros contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de estresse (POLETTI; KOLLER, 2008: 409-10).

No contexto do desenvolvimento infantil, além dos fatores biológicos existem comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar e/ou o desempenho social do indivíduo. Aspectos como pobreza, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, desnutrição e falta de acesso a recursos educacionais e de saúde também influenciam no curso de desenvolvimento e seu alcance pleno (WHO, 2012; DA SILVA *et al.*, 2013; DA SILVA *et al.*, 2015).

Cabe destacar que os fatores de risco em si não constituem uma causa específica para problemas no desenvolvimento, mas po-

dem influenciar e justificar determinados desfechos sobre a saúde e/ou psicossociais negativos. (MAIA; WILLIAMS, 2005). Em contrapartida, os mecanismos de proteção atuam como redutores das possíveis disfunções ou desordens que poderiam ser consequências da presença da vulnerabilidade e/ou de situações estressoras de vida (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Com a redução das taxas de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos por doenças agudas, infecciosas, parasitárias e desnutrição, em países em desenvolvimento, e a transição para um perfil epidemiológico de adoecimento crônico, fatores de risco biológicos para o desenvolvimento infantil passam a ganhar maior destaque, como o pré-natal incompleto ou inexistente, problemas durante a gravidez, parto e nascimento da criança, idade gestacional, prematuridade, baixo peso ao nascer, hospitalização durante o período neonatal, consanguinidade dos pais, algumas deficiências físicas, a saúde da criança e o seu estado nutricional (DA SILVA *et al.*, 2015). Segundo Zago *et al.* (2017), crianças expostas a fatores de risco biológico são consideradas de alto risco e mais vulneráveis a apresentarem atraso no desenvolvimento ou mesmo desenvolvimento atípico.

Além disso, fatores extrínsecos relacionados ao ambiente em que a criança convive, como os níveis de instrução dos pais, as possibilidades e formas de interação entre os pais e seus filhos, a presença de violência doméstica, depressão materna, drogas ou abuso de álcool entre os membros da família, suspeita de abuso sexual, e situações mais ampliadas, como as desigualdades econômicas, raciais e étnicas, também representam vulnerabilidades ao desenvolvimento infantil. (COELHO *et al.*, 2016). Para alguns estudiosos, o ambiente familiar é aquele que o lactente mais irá vivenciar no primeiro ano de vida e, portanto, tem sido considerado o principal fator extrínseco potencializador do desenvolvimento infantil (SUN-



DERAJAN; KANHERE, 2019; OMS, 2018; ZAGO *et al.*, 2017; CONTI-RAMSDEN; DURKIN, 2015).

Diante deste complexo cenário que compõe o processo de desenvolvimento infantil, a vigilância do desenvolvimento pode ser compreendida como um conjunto de ações programáticas e atividades voltadas para a promoção do desenvolvimento adequado e a detecção precoce de seus desvios ainda numa tenra idade (FIGUEIRAS *et al.*, 2005). A prática da vigilância do desenvolvimento deve ser realizada a cada consulta da criança, devendo, assim, fazer parte da rotina dos profissionais de saúde que atuam com essa população (COELHO *et al.*, 2015; SBP, 2017).

Diversas ações fazem parte do processo de vigilância do desenvolvimento com a finalidade de reduzir o impacto dos fatores de risco e as vulnerabilidades da criança. Dentre essas iniciativas, destacam-se a possibilidade de elucidar e atender às preocupações dos pais e responsáveis, obter um histórico relevante sobre o desenvolvimento, realizar observações precisas e informativas sobre a criança e compartilhar opiniões e dúvidas com outros profissionais que são também relevantes nesse cuidado (COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES *et al.*, 2001).

Além do acolhimento e das orientações aos responsáveis, o outro objetivo da vigilância é a detecção precoce dos problemas do desenvolvimento infantil e o encaminhamento oportuno aos tratamentos especializados. Os programas de intervenção precoce são considerados muito eficazes, uma vez que o desenvolvimento é muito maleável nos primeiros anos de vida e facilmente afetado pelo ambiente. Desta forma, contribuem para identificar e remover, sistematicamente, os fatores de risco externos, orientar, aconselhar e treinar os pais para promover um ambiente estimulante e responder de forma eficaz às demandas da criança, fornecendo redirecionamentos positivos contínuos

e planejando ações focadas no desenvolvimento de habilidades (GLASCOE, 2000).

Com este propósito, a OMS lançou uma campanha intitulada “*Early Childhood Development*” (WHO, 2020), a fim de promover a conscientização mundial para a importância da vigilância do desenvolvimento infantil. Dentre algumas ações principais, destaca-se o aprendizado no período inicial de vida, com o objetivo de envolver os pais e outros cuidadores em atividades que favoreçam o “aprendizado” precoce de seus bebês e crianças, ou seja, que proporcionem experimentação e estimulação dos diferentes domínios do desenvolvimento. O “aprendizado” precoce está relacionado às experiências vivenciadas pelas crianças através do uso dos seus cinco sentidos, ou seja, quando movimentam o corpo, escutam e usam a linguagem, experienciam diferentes lugares, interagem com pessoas e exploram diferentes objetos. Essas oportunidades de conhecimento de mundo são vivenciadas em seu ambiente natural, através das suas atividades de vida diária (WHO, 2020).

Nos Estados Unidos, o programa *Child Find*, que faz parte da Lei Federal *Individual with Disabilities Education Act* (IDEA - LEI), é direcionado para identificação precoce de crianças com necessidades especiais que, na ausência de uma ação como esta, não poderiam ser identificadas e encaminhadas para serviços especializados de acordo com suas necessidades (CONTI-RAMSDEN e DURKIN, 2012).

A Academia Americana de Pediatria (AAP), recomenda que, no cuidado pediátrico, sejam utilizados protocolos padronizados para vigilância do desenvolvimento infantil para que, assim, sejam feitos registros mais refinados e cuidadosos sobre a evolução e as necessidades das crianças (LIPKIN, 2020). No entanto, apesar da estimativa, no ano de 2014, de 15% de crianças americanas, de 3 a 17 anos, com atrasos no desenvolvimento, apenas 3% destas se beneficiaram de serviços públicos de intervenção precoce aos três anos de

idade. (VITRIKAS, 2017). Além disso, um estudo brasileiro realizado em uma população de crianças pré-escolares institucionalizadas e não-institucionalizadas revelou a prevalência de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de 31,6%, sendo a linguagem a área mais fortemente afetada nas crianças com suspeita de atraso (TORQUATO *et al.*, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem empregado esforços em propor diretrizes e desenvolver materiais e ações, como manuais e guias, acerca do desenvolvimento infantil. Estes documentos apresentam materiais informativos e tabelas sobre o desenvolvimento que podem ser úteis na prática clínica, não só para os pediatras como para os demais profissionais de saúde que atuam com essa população (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; BRASIL, 2012). No contexto da assistência pediátrica direta, podemos destacar a Caderneta de Saúde da Criança - CSC (BRASIL, 2020) como um instrumento de vigilância que facilita o acompanhamento integral da saúde infantil. Este documento foi elaborado para ser utilizado por todos os profissionais de saúde que prestam assistência às crianças, e é da responsabilidade desses profissionais o registro correto e completo das suas condições de saúde, crescimento e desenvolvimento, bem como orientar as famílias sobre o conteúdo das informações que podem ser encontradas na CSC (BLANCO E SILVA; GAIVA; MELLO, 2015).

No entanto, conforme aponta Zeppone *et al.* (2012), o tema da vigilância do desenvolvimento infantil ainda é pouco valorizado pelo poder público no contexto brasileiro e pouco aprofundado nos currículos de formação médica, o que reflete em baixo registro dos indicadores de desenvolvimento e crescimento, uso limitado de testes padronizados de triagem do desenvolvimento na prática clínica pediátrica, despreparo dos pediatras para identificar os principais marcos do desenvolvimento infantil e seus sinais de alerta e,

consequentemente, dificuldades em detectar alterações do desenvolvimento e garantir intervenções oportunas.

Estudos que analisam a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança revelam falhas significativas no preenchimento dos dados da gestação, parto e nascimento, além de registros incompletos ou ausentes de desenvolvimento e crescimento, com taxas da ordem de 95,4% e 79,6%, respectivamente (ABUD; GAÍVA, 2015). Essas falhas são atribuídas, principalmente, à carência de capacitação ou treinamento dos profissionais para a utilização correta da CSC e para a orientação aos pais, dificuldades no manuseio do instrumento, pouca sensibilidade e interesse por parte dos profissionais, além de pouca valorização da caderneta por parte da família (LIMA *et al.*, 2016).

Em relação ao uso de instrumentos padronizados no âmbito da vigilância do desenvolvimento infantil, tem-se que a avaliação clínica informal configura-se como a técnica de triagem mais utilizada para detectar alterações de desenvolvimento na atenção primária. Porém, o uso desta técnica, isoladamente, identifica menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento, enquanto alguns instrumentos padronizados de triagem apresentam sensibilidade e especificidade de 70 a 90%, apesar de suas conhecidas limitações (VITRIKAS *et al.*, 2017). Assim, a não utilização desses instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, especialmente quando há suspeita de atraso no desenvolvimento, contribui para que as alterações passem despercebidas, e somente se tornem evidentes tardiamente, por ocasião da entrada da criança no ensino fundamental (ZEPPONE *et al.*, 2012; VITRIKAS *et al.*, 2017).

Outro aspecto a ser notado refere-se ao custo da avaliação e da intervenção precoce no desenvolvimento infantil, que é considerado substancialmente menor que o tratamento de crianças com diagnósticos tardios (COELHO *et al.*, 2016; GLASCOE, 2005; GLAS-

COE, 2015). Segundo o relatório do Banco Mundial (DENBOBA *et al.*, 2014) e o estudo de Hartshorne *et al.* (2006), investir recursos em prol do desenvolvimento, na primeira infância, consiste em estratégia fundamental empregada pelas nações para eliminar a pobreza extrema, aumentar a prosperidade compartilhada e criar o capital humano necessário para o crescimento econômico e o desenvolvimento social. Com as novas exigências do mundo globalizado e da economia digital, a capacidade de raciocinar, aprender continuamente, comunicar-se e colaborar de forma eficaz adquire ainda maior importância no mundo produtivo. Assim, dentre as vantagens de longo prazo da intervenção precoce sobre o desenvolvimento infantil estão a maior probabilidade de concluir o ensino médio, manter empregos, viver de forma independente e evitar a gravidez na adolescência e a criminalidade (WHO, 2012; DENBOBA *et al.*, 2014; GLASCOE, 2015).

### **COMO SE SITUA O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA**

Os atrasos no desenvolvimento infantil são descritos na literatura científica como sendo muito prevalentes, com taxas que podem alcançar 18% das crianças nos primeiros anos de vida. Em estudos que utilizam testes padronizados de triagem, essa taxa de prevalência é ainda mais alta (COELHO *et al.*, 2015). Essas condições podem ser transitórias ou persistentes e representar risco mais elevado para dificuldades na aprendizagem, problemas comportamentais e deficiências funcionais na vida futura. No entanto, continua sendo difícil determinar a prevalência de dificuldades de desenvolvimento em crianças pequenas nos países de baixa renda e em desenvolvimento, pelo fato de os estudos realizados não atenderem aos

padrões de qualidade adequados, utilizarem diferentes definições de dificuldades de desenvolvimento e diferentes instrumentos para detectar tais dificuldades.

A aquisição e o desenvolvimento da linguagem são um dos aspectos do desenvolvimento que requer atenção especial, pois há uma alta prevalência de atrasos de fala e linguagem em idades precoces. Estudos referem que 15% das crianças de 2 anos serão identificadas como falantes tardios. (SINGLETON, 2018). Assim, vários autores criticam as crenças e estratégias de “esperar e ver” ou de “dar tempo ao tempo”, afirmando que apenas um pequeno percentual de crianças terá a chance de recuperar atrasos no desenvolvimento sem nenhuma intervenção. A intervenção, portanto, deve ser iniciada no mesmo momento em que o atraso é detectado, independente de um fechamento de diagnóstico, para que os resultados sejam melhores e os prejuízos para a criança sejam menores (NOER; HALPERN, 2018).

No Brasil, não há dados de abrangência nacional sobre os problemas relacionados ao desenvolvimento da linguagem, porém o estudo de Andrade (1997) encontrou taxa de 21% de desordens na linguagem oral em crianças de um a onze anos de idade, com ocorrências mais prevalentes nas idades precoces.

A linguagem, em uma definição mais abrangente, pode ser entendida como essencial para o desenvolvimento infantil, pois é através dela que as crianças irão estabelecer sua relação com as pessoas, os objetos e o meio em que estão inseridas. De forma geral, preocupações em relação ao seu desenvolvimento são uma das principais queixas no cuidado pediátrico.

McQuiston e Kloczko (2011) afirmam que crianças com desenvolvimento típico de todas as culturas são capazes de gerenciar as habilidades básicas de sua linguagem em torno dos 4 anos de idade. Entretanto, as autoras também destacam que, aproximadamente,

5 a 8% das crianças experienciam atraso ou transtorno de fala e/ou linguagem no período pré-escolar, os quais irão estar associados, no futuro, com dificuldade de aprendizado, além de problemas socioemocionais e comportamentais. Estudos apontam que crianças entre 18 a 35 meses que demonstram atrasos nas habilidades iniciais de linguagem, referenciadas como falantes tardios, são da prevalência de 15%, e que embora aos 24 meses cerca de 50 a 70% destas alcancem seus pares, estas continuavam a apresentar um desempenho funcional abaixo do esperado e/ou dificuldade no aprendizado na idade escolar. (SINGLETON, 2018). Ainda não existem parâmetros precisos para detectar quais características constituem critérios para determinar o prognóstico das crianças falantes tardias, ou seja, quais iriam recuperar e alcançar seus pares nas habilidades de linguagem e quais iriam permanecer com dificuldades e evoluir para um transtorno de linguagem (SINGLETON, 2018; BISHOP *et al.*, 2017).

O desenvolvimento da linguagem adequado requer não apenas um aparato neurobiológico íntegro, mas também a exposição a um ambiente rico em estímulos afetivos, linguísticos e sociais. Desta forma, a linguagem pode ser entendida como uma função do cérebro, regida tanto por uma estrutura anátomo-fisiológica, geneticamente determinada, como também por uma contínua interação com o ambiente social (HAGE; PINHEIRO, 2017).

Assim, a linguagem será influenciada por fatores biológicos ou intrínsecos, e do ambiente ou extrínsecos, que podem representar risco ou proteção ao seu desenvolvimento. Alguns fatores de risco estão mais relacionados com alterações de linguagem secundárias a uma condição de base, como a perda auditiva, síndromes genéticas, exposição pré-natal a substâncias como anti-epilépticos, drogas ilícitas e álcool, prematuridade e baixo peso, algumas condições neurológicas, ambiente social e linguisticamente empobrecido, baixa

escolaridade materna e paterna, ordem de nascimento, histórico de adoecimentos e famílias numerosas. Os fatores de risco relacionados mais diretamente às alterações de linguagem de origem específica (primária) são o sexo masculino e a história familiar de transtorno de fala e/ou linguagem (SUNDERAJAN; KANHERE, 2019; MCLAUGHIN, 2011; BAIRD, 2008).

Em relação ao perfil do desenvolvimento da linguagem e da aprendizagem, alguns autores consideram que a condição de falante tardio, apesar de ainda não haver forte valor de associação, pode ser um fator de risco para um transtorno de linguagem persistente, com potencial de se estender para a idade escolar, e, ainda, se configurar como risco para os transtornos de leitura e escrita (SINGLETON, 2018; BISHOP *et al.*, 2017; CONTI-RAMSDEN; DURKIN, 2015).

Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento da linguagem deve ser acompanhado de forma cuidadosa no contexto da vigilância da saúde infantil (PIZOLATO *et al.*, 2016), tendo em vista a sua centralidade para a socialização e a aprendizagem e a importância da comunicação para o alcance de melhores oportunidades no mundo produtivo contemporâneo (LAMEGO; MOREIRA, 2018). No entanto, Pizolato *et al.* (2016) identificaram uma carência de conhecimentos sobre os marcos do desenvolvimento da linguagem infantil e os principais sinais de alerta pelos profissionais da saúde da atenção primária, cujo papel é estratégico para o monitoramento do desenvolvimento infantil. Tal fato representa dificuldades para a realização de orientações adequadas aos pais, durante as consultas de seguimento, para a identificação precoce de possíveis desvios no desenvolvimento da linguagem, assim como para a realização de encaminhamentos necessários para a atenção especializada e intervenção precoce.



## O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Geralmente, no final do primeiro ano de vida, os pais ficam ansiosos em ver seus filhos alcançarem algumas habilidades que são esperadas no primeiro aniversário, como andar e falar as primeiras palavras. De fato, uma das principais preocupações em relação à aquisição da linguagem por parte dos cuidadores é quando a criança ainda não fala ou produz poucas palavras. No entanto, é importante entender que a expressão verbal é uma das habilidades da linguagem, porém, para se comunicar de forma efetiva, é necessário não apenas falar, mas também compreender.

Um dos desafios para o monitoramento do desenvolvimento da linguagem por pais e profissionais de saúde é exatamente a falta de conhecimento dos marcos e sinais de alerta da linguagem receptiva, pois estes não são tão evidentes. Isto faz com que o marco do desenvolvimento da linguagem mais valorizado neste monitoramento seja o surgimento das primeiras palavras (PIZOLATO *et al.*, 2016).

É importante, então, o entendimento de que a linguagem pode ser subdividida em domínios e componentes. Os domínios são representados pela linguagem compreensiva e pela linguagem expressiva. A linguagem compreensiva refere-se à habilidade em entender as palavras, as sentenças, o discurso e a conversação ou qualquer outro estímulo que seja recebido através das vias auditivas e/ou visuais. A linguagem expressiva refere-se à habilidade em produzir palavras, sentenças e expressar ideias, pensamentos e sentimentos através da conversação ou de outra forma convencionada de símbolos, como gestos, linguagem de sinais e escrita (O'HARE, 2015; MCLAUGHLIN, 2011; FELDMAN; MESSICK, 2009; FELDMAN, 2005).

Para Bloom e Lahey (1988:2), *“linguagem é um código pelo qual ideias são expressas através de um sistema de sinais arbitrários uti-*

*lizados para comunicação*". As autoras destacam, nesta definição, as palavras "código", "ideias" e "comunicação" como referentes aos componentes da linguagem – estrutura, conteúdo e uso. Como forma de tornar o entendimento desses componentes mais didático, eles podem ser organizados em quatro categorias: semântica, fonologia, morfossintaxe e pragmática. Tanto a linguagem compreensiva como a linguagem expressiva utilizam esses quatro componentes básicos da linguagem.

A semântica refere-se às ideais que os indivíduos têm sobre as pessoas, os objetos e o ambiente e as relações entre eles; a fonologia refere-se ao sistema de sons da fala utilizado para a articulação de palavras e na compreensão e seleção dos sons necessários para produção das mesmas; a morfossintaxe está relacionada às unidades, segmentos significativos e inflexões da linguagem e ao ordenamento das palavras e partes de palavras nas frases; a pragmática refere-se ao uso social da linguagem para fins de comunicação e tem a ver com as habilidades de iniciar uma conversação, manter o tópico, adaptar-se ao ouvinte, adaptar-se ao contexto, entre outros (MOUSINHO; ALVES, 2017; O'HARE, 2017).

No primeiro ano de vida, as crianças irão percorrer um caminho pelo qual serão expostas a estímulos sonoros e visuais, em seus contextos afetivos e ambientais, que serão extremamente importantes para a emergência de suas primeiras habilidades comunicativas. Portanto, os profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento da criança, tanto no campo da saúde como no da educação, devem ter conhecimento e estar atentos à maneira pela qual a criança está vivenciando as etapas de aquisição da linguagem.

Algumas habilidades importantes de linguagem surgem no decorrer do primeiro ano de vida. Ao nascer, o recém-nascido ainda enxerga pouco, no entanto, seus olhos estão alertas e em busca de informações, fazendo com que tenham preferência pelo rosto hu-

mano, pois este apresenta alto padrão de movimento e contraste (FELDMAN; MESSICK, 2009). Nessa fase, sua comunicação ocorre essencialmente através de gritos e choros (LOCKE, 1997). No primeiro trimestre, entre o 2º e 3º mês, o bebê é capaz de acompanhar a face humana e sorri quando vê o outro, o que chamamos de “sorriso social”. Esta é uma de suas primeiras formas de comunicação. A voz do outro também causa uma reação bastante positiva, e quando alguém lhe dirige a fala, geralmente, o bebê reage sorrindo, olhando ou vocalizando.

No segundo trimestre, podemos destacar a idade de 4 meses, quando o bebê começa a sorrir de forma espontânea, surgindo as gargalhadas. Aos 6 meses, os bebês parecem se tornar mais “falan-tes”, emitindo sons vocálicos mais complexos e encadeados, como /papapa/ /dadada/ /mamama/, mas ainda sem significado. Essa forma de se expressar é chamada balbucio, um importante marco do desenvolvimento infantil (HAGE, 2017). Ainda em relação à idade de 6 meses, o bebê adota uma nova postura - consegue ficar sentado - e, assim, amplia seu campo de visão. Desta forma, observa mais as pessoas que estão ao seu redor e faz mais tentativas de imitação de seus gestos faciais e vocalizações, com intenção de chamar a atenção daqueles que fazem parte de seu ambiente familiar.

No terceiro trimestre, por volta dos 8 meses, os bebês começam a discriminar os sons de palavras encadeadas em uma sentença como elementos distintos. Esta habilidade é considerada um pré-requisito para, posteriormente, entre os 8 e 10 meses, começar a compreender palavras únicas. As primeiras palavras que os bebês compreendem é seu próprio nome, em torno dos 6 meses de vida. Imediatamente após, começam a responder apropriadamente ao nome de seus responsáveis primários. A partir dos 9 meses, compreendem palavras únicas específicas, que estão diretamente ligadas ao contexto em que estão inseridos, como por exem-

plo “tchau-tchau” e “não”. Dessa etapa em diante, seu vocabulário compreensivo cresce de forma exponencial (CONTI-RAMSDEN; DURKIN, 2012; MCQUISTON; KLOCZKON, 2011). É importante destacar que a expressão oral é precedida pelos gestos comunicativos não verbais intencionais, como apontar, mostrar e dar. Nessa etapa do desenvolvimento, o bebê se torna cada vez mais interativo e intencional. Os gestos e as expressões faciais serão de grande importância para as tentativas de comunicação verbal da criança, pois, diante de seu recurso linguístico limitado, eles irão proporcionar maior significação durante os turnos de comunicação iniciados pela criança (O’HARE, 2017).

Chegando ao 4º trimestre, com 10 meses, os bebês gostam de interagir com o outro através de brincadeiras ritualizadas, como bater palminhas cantando “parabéns a você”, brincar de “cadê/achou”. Com 11 meses, os bebês compreendem e usam vários gestos comunicativos socialmente estabelecidos, como mandar beijo e dar tchau. Aos 12 meses, além de expressar suas primeiras palavras com significado – geralmente /mama/, /papa/ – elas são capazes de compreender ordens simples com apoio gestual, ou seja, com o apontar do outro – por exemplo, “pegue a bola”.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, após os 12 meses, o vocabulário expressivo aumenta de forma exponencial e, quando esse quantitativo alcança o montante de aproximadamente 50 palavras, a criança vivencia a explosão do vocabulário, o que está associado ao início da fase de combinação de palavras. Na maioria das crianças, essa fase ocorre entre os 18 e 24 meses, o que pode ser interpretado como as suas primeiras frases. Essas combinações de palavras, inicialmente, são compostas por substantivos e adjetivos (MCQUISTON; KLOCZKO, 2011; HERSCHKOWITZ, KAGAN; ZILLES, 1999; JOHNSON; BLASCO, 1997). Aos poucos, são inseridos elementos gramaticais, como pronomes e preposições, e, por volta dos 36

meses, as crianças são capazes de compreender comandos verbais mais longos e complexos, entender tempo verbal no passado e algumas palavras que expressam tempo. Em relação à expressão, elas começam a produzir sentenças de três a quatro palavras. Sua fala alcança maior inteligibilidade, podendo ser compreendidas por 75% das pessoas que não fazem parte de seu convívio diário e o tamanho de seu vocabulário se aproxima de 1000 palavras. (MCQUISTON; KLOCZKO, 2011).

Gradativamente, observa-se que as crianças tornam-se cada vez mais conscientes de suas possibilidades comunicativas, utilizando a linguagem para pedir objetos, solicitar ajuda, iniciar uma ação, falar com outras pessoas, solicitar auxílio de seus pais durante as atividades lúdicas, dentre outras, interagindo de forma mais efetiva e consistente em seus contextos sociais e afetivos.

No âmbito do monitoramento infantil realizado no espaço da atenção em saúde, os profissionais devem estar atentos à emergência dessas habilidades, pois a maneira como transcorrem as etapas esperadas para o seu desenvolvimento podem direcionar o raciocínio clínico e as condutas a serem adotadas, como:

- 1) A ausência da emergência da linguagem pode indicar uma alteração sensorial – seja auditiva ou visual.
- 2) Os bebês que demonstram atraso na emergência das habilidades de linguagem, em qualquer período do desenvolvimento, devem ser considerados como em risco para alguma alteração do neurodesenvolvimento, tais como distúrbios de linguagem, entre outros e, portanto, devem ser mantidos em vigilância e encaminhados para triagem.

## **A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

O fonoaudiólogo inserido na equipe interdisciplinar irá exercer papel fundamental nas orientações sobre as melhores estratégias de acompanhamento da emergência e evolução das habilidades de linguagem infantil. No contexto da vigilância do desenvolvimento, normalmente, opta-se pelos instrumentos de *screening*, pois estes possibilitam a identificação de crianças que podem estar em risco para desvio do desenvolvimento de uma determinada habilidade. No entanto, esta não é a única forma de acompanhamento. Na verdade, a utilização destes instrumentos serve como base para identificar quais crianças deveriam ser encaminhadas para uma avaliação mais especializada, ou para indicar a necessidade do uso de outros tipos de protocolos de investigação do desenvolvimento.

Em relação à avaliação do desenvolvimento da linguagem, podemos dizer que seu objetivo maior é descrever o comportamento de linguagem da criança a fim de identificar um possível desvio e, a partir disso, estabelecer uma proposta de intervenção e estimar um prognóstico. No entanto, não podemos perder de perspectiva que a avaliação de linguagem não se aplica unicamente para estabelecer diagnósticos e indicar a necessidade de intervenções. Ela deve ser utilizada como uma forma de perceber e clarificar os modos como a criança utiliza e compreende a linguagem, e o que ela necessita para melhor desenvolver suas habilidades linguísticas, para utilizá-las de modo funcional em seus contextos sociais (LAHEY, 1988).

A avaliação pode ser feita através de uma abordagem naturalista ou uma abordagem normativa. A abordagem naturalista tem origem no modelo médico, que busca coletar informações de fontes variadas para descrever a condição do sujeito e, assim, estabelecer um diagnóstico. Nesta perspectiva, podemos utilizar como parâme-

tros as informações obtidas através de testes padronizados, história clínica, exames clínicos, frequentemente na intenção não apenas de concluir uma condição nosológica, como também em estabelecer uma causa. Na abordagem normativa, por outro lado, a identificação do problema e sua causa é menos primordial, buscando-se, assim, entender o quanto o déficit em questão poderá influenciar no contexto social e comportamental da criança. Para alguns autores, na prática clínica, existe uma tendência em utilizar as duas abordagens, pois o objetivo principal seria identificar os componentes da linguagem que se encontram defasados e determinar como esses déficits podem afetar a criança nas suas atividades diárias e espaços de convivência, como escola, família e bem-estar social (RHEA; NORBURY; GOSSE, 2017).

A avaliação do desenvolvimento da linguagem também pode variar de acordo com a idade, nível cognitivo e características sociais das crianças. Além disso, o propósito da investigação deve considerar a seleção do instrumento de avaliação, conforme ilustrado no Quadro 1.

### **Quadro 1. Tipos de instrumentos de avaliação do desenvolvimento da linguagem**

#### ***Screening***

É um instrumento muito comum na prática clínica. Este tipo de protocolo ajuda a estabelecer se uma criança apresenta risco para alteração de linguagem. O objetivo do *screening* não é avaliar todas as áreas da linguagem, mas proporcionar um parâmetro sobre o nível do funcionamento geral em suas modalidades mais amplas: compreensão e expressão. Na primeira infância e em pré-escolares, o propósito deste tipo de avaliação é identificar crianças com atraso ou desvios que poderiam se beneficiar dos serviços de intervenção precoce, como também determinar alvos de monitoramento da eficiência da intervenção e orientar os responsáveis sobre estratégias de facilitação do desenvolvimento das habilidades comunicativas.

**Amostra de Linguagem - Estratégias de avaliação através da observação da criança em situação espontânea.**

Análise de amostra do comportamento de linguagem da criança é uma prática muito comum. Essa abordagem permite a observação das habilidades comunicativas da criança de uma maneira mais funcional, mediada pela interação lúdica e próxima de seu ambiente natural, incluindo a participação dos familiares. Em geral, o fonoaudiólogo descreve e analisa a conversação em tempo real ou pode registrá-la através de áudios ou vídeos para posterior análise linguística mais detalhada.

Outra vantagem da análise da amostra de linguagem é a possibilidade de observar os múltiplos componentes da linguagem, em especial a pragmática (funções comunicativas, iniciar tópico, manter o tópico, etc).

**Inventário das habilidades através da aplicação de questionário para os pais e/ou responsáveis.**

Os protocolos de questionários para os pais sobre o desenvolvimento da linguagem de seus filhos, apesar de apresentarem alguns desafios, têm sido considerados uma valiosa ferramenta, particularmente para a avaliação das crianças pequenas, do nascimento aos 36 meses de idade. Esse tipo de instrumento proporciona a exploração ampla do conhecimento dos pais e as suas constantes observações sobre as habilidades de seus filhos. Para melhorar a confiabilidade e a validade, as perguntas contidas nos questionários referem-se às habilidades atuais, ao invés de habilidades anteriores ou idade de aquisição, o que poderia gerar uma informação não confiável devido ao viés de memória.

**Valores de Referência por Normas**

Esses testes têm por objetivo estabelecer as habilidades de linguagem observadas na criança durante a avaliação e compará-las com o que seria esperado para a população de sua mesma faixa etária.

Esse tipo de avaliação requer que as instruções para seu procedimento sejam padronizadas tanto para sua administração como para a pontuação, gerando um resultado de idade equivalente e escore padrão. Nesse tipo de avaliação, geralmente os domínios compreensivo e expressivo são analisados separadamente em subtestes, gerando assim pontuações de subescalas e, ao final, um escore



composto dos dois domínios. O padrão da pontuação dos subtestes e do escore composto são utilizados para identificar a natureza dos problemas de linguagem da criança e determinar os encaminhamentos para serviços de tratamento, como também para auxiliar na elaboração do plano terapêutico.

### **Valores de Referência por Critérios**

Os testes baseados em valores de referência por critérios visam verificar quais habilidades a criança é capaz de realizar, tendo como referência tanto a sequência esperada do desenvolvimento em determinada faixa etária, como também o uso de protocolo que situa, *a priori*, os fatores de risco da criança, seus possíveis atrasos de desenvolvimento e sua evolução ao longo dos processos de tratamento. As medidas de avaliação por valores de referência por critérios enfatizam mais os comportamentos que já são bem gerenciados por parte da criança do que estabelecem uma comparação da criança a partir da referência esperada para seus pares. Essas medidas podem, assim, ser utilizadas para comparar as crianças com elas mesmas, permitindo um monitoramento longitudinal das mudanças em seu desenvolvimento. Além disso, esse tipo de avaliação também é útil para elaborar o planejamento terapêutico e para monitorar os progressos obtidos durante ou após a terapia.

Quadro 1. Tipos de instrumentos de avaliação do desenvolvimento da linguagem (adaptado de FELDMAN; MESSICK, 2008).

Para Conti-Ramdsen e Durkin (2012), o processo de avaliação envolve não apenas a utilização de diversos tipos de instrumentos, como também a coleta de informação sobre o desenvolvimento da criança a partir de diversos informantes, seus pais, professores, profissionais de saúde e etc. A utilização de testes com valores de referência padronizados, complementados pelo registro da observação da criança em situação espontânea, oferece uma avaliação significativa das habilidades de linguagem.

## **EXPERIÊNCIA CLÍNICA NO CAMPO DA VIGILÂNCIA E TRIAGEM DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM EM CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO**

A partir dessas considerações, passamos à apresentação de uma experiência no campo da atenção a crianças com fatores de risco para o desenvolvimento global e da linguagem, que são acompanhadas em ambulatórios de Neurodesenvolvimento, Follow-up e Fonoaudiologia especializado em linguagem de uma unidade materno infantil de referência nacional, localizada no município do Rio de Janeiro, cuja missão principal é promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente e fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Trata-se de uma proposta de desenvolvimento institucional que teve sua origem na busca de soluções conjuntas para uma situação-problema que envolvia diferentes equipes de saúde e suas expertises, fluxos de atendimento diversos e produção de cuidado centrado na ação do profissional, em que se observava pouca interação entre os profissionais e fraca participação dos usuários.

É importante destacar que, embora esses ambulatórios de seguimento já realizassem atividades de monitoramento do desenvolvimento infantil, esse olhar era mais centrado nos aspectos relacionados ao desenvolvimento psicomotor, havendo menor possibilidade de abordagem das questões relacionadas ao desenvolvimento da linguagem devido a dificuldades relatadas pelas próprias equipes médicas em relação a quais aspectos observar, abordar e como fazê-lo. Desta forma, a vigilância desse aspecto do desenvolvimento infantil ficava restrita aos conhecimentos e estratégias disponíveis a esses profissionais e dependente dos processos de encaminhamento entre equipes para a avaliação especializada de fonoaudiologia.

Tal situação fazia com que, na prática assistencial que envolvia esses três ambulatórios, fosse identificado um número significativo de crianças que eram encaminhadas tardiamente para avaliação de linguagem ou que, mesmo quando encaminhadas precocemente, demoravam a ser inseridas no fluxo de atendimento do setor em função da grande demanda por avaliação. Conforme discutido, esses fatos acarretam impactos negativos sobre as possibilidades de acompanhamento do desenvolvimento da linguagem, identificação de atrasos e desvios, diagnóstico, encaminhamento e intervenção precoces relacionadas a um aspecto do desenvolvimento que possui forte repercussão na vida social e acadêmica futura da criança.

Este projeto propôs, então, um trabalho de vigilância e triagem do desenvolvimento da linguagem em crianças de 0 a 3 anos que frequentam os atendimentos ambulatoriais de Neurodesenvolvimento e Follow-up, por meio da articulação de fluxos de atendimento, integração de estratégias de promoção de saúde com foco no usuário, capacitação profissional e prática interdisciplinar.

Dentro desse contexto, o ambulatório de Follow-up é responsável por realizar o acompanhamento dos recém-nascidos provenientes de UTI Neonatal, que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento global, como peso de nascimento igual ou menor que 1500g e/ou idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas; displasia broncopulmonar; asfixia perinatal; hipertensão pulmonar com uso de medicação; hérnia diafragmática; meningite; hemorragia intracraniana; leucomalácia, entre outros. Por sua vez, o ambulatório de Neurodesenvolvimento tem por finalidade principal o acompanhamento dos aspectos clínicos e do neurodesenvolvimento de crianças com tais fatores de risco e/ou com condições neurológicas associadas, assim como aquelas com indicativos de atrasos em mais de dois comportamentos do desenvolvimento global (motor, cognitivo, linguagem e pessoal-social).

Nesse processo de acompanhamento do desenvolvimento de crianças que integram esses perfis, o ambulatório de Fonoaudiologia especializado de linguagem é constantemente acionado, através de encaminhamentos internos, a fim de realizar a avaliação do desenvolvimento da linguagem e contribuir para os processos de diagnóstico diferencial e de orientação familiar e terapêutica.

A partir do início do projeto, um novo modelo assistencial foi implementado. Nesse modelo, a equipe de Fonoaudiologia passou a se inserir diretamente no contexto de atendimento dos ambulatórios de Neurodesenvolvimento e Follow-up, uma vez por semana, a fim de realizar a vigilância do desenvolvimento da linguagem das crianças de 0 a 3 anos, através da aplicação de instrumento de *screening* de linguagem e da realização de orientações às famílias e discussões interdisciplinares dos casos.

A observação e triagem do desenvolvimento da linguagem é realizada através do protocolo ELM-2 (Early Language Milestones Scale - 2), que avalia a aquisição dos marcos do desenvolvimento da linguagem nos domínios auditivo-receptivo, auditivo expressivo e visual em crianças de 0 a 36 meses (COPLAN, 1993).

A proposta de abordagem envolve os seguintes procedimentos: diálogo com as famílias na busca por informações referentes ao ambiente e ao comportamento social e linguístico da criança; escuta das queixas e percepções dos responsáveis; realização do *screening* da linguagem nos domínios auditivo-receptivo, auditivo-expressivo e visual; registro em protocolos específicos de triagem dos marcos do desenvolvimento da linguagem esperados para a faixa etária; discussão de cada caso com as equipes de neurologia e follow-up no formato de interconsulta; orientação aos responsáveis sobre o estágio de desenvolvimento da linguagem da criança e apresentação de estratégias para monitoramento e estimulação; registro em

prontuário através de formulário próprio com os resultados da triagem da linguagem e condutas.

Cabe destacar que, no ambulatório de Follow-up, faz parte da rotina do atendimento o uso da Caderneta de Saúde da Criança para orientar os pais quanto aos marcos e sinais de alerta do desenvolvimento infantil. A partir da implementação do projeto de vigilância da linguagem, orientações individuais sobre o desenvolvimento da linguagem têm ocorrido de forma articulada ao uso da Caderneta.

Após aproximadamente dois anos de implementação dessa experiência nos dois ambulatórios em questão, alguns resultados promissores podem ser apontados. Dentre eles, destaca-se: a) a atuação integrada entre as equipes, o que favorece a discussão interdisciplinar dos casos e o acompanhamento do desenvolvimento integral e da linguagem da criança em tempo real e de forma longitudinal, tendo em vista a continuidade do monitoramento nas consultas subsequentes; b) a vigilância e triagem do comportamento da linguagem em seus diferentes domínios, que permite a identificação precoce dos sinais de alerta, atrasos e desvios; c) a redução significativa no tempo de espera para realização de avaliação de linguagem e obtenção de resultados; d) a participação ativa dos pais/responsáveis na apresentação de suas queixas e percepções sobre o desenvolvimento da criança; e) o acolhimento e a oferta de esclarecimentos e orientações pertinentes a cada caso; f) maior sensibilização e capacitação de diferentes profissionais de saúde envolvidos no cuidado a crianças para o monitoramento do desenvolvimento global e da linguagem.

Outro aspecto a ser destacado, refere-se ao fato de que, em crianças com alto risco para o desenvolvimento global e da linguagem e com condições crônicas e complexas de saúde, as questões relacionadas à linguagem muitas vezes não são priorizadas nas terapias fonoaudiológicas realizadas pela rede externa, uma vez que

essas crianças apresentam outras demandas importantes como as disfagias e problemas com a alimentação. Isto faz com que as alterações do desenvolvimento da linguagem somente comecem a receber atenção e intervenção muito tardiamente, o que acarreta grandes prejuízos para a criança. Desta forma, identificou-se que, com a vigilância e a triagem do desenvolvimento da linguagem, os encaminhamentos e solicitações de terapias de estimulação da linguagem passaram a ser melhor justificados através de parâmetros mais consistentes de avaliação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), crianças com atrasos no desenvolvimento são consideradas vulneráveis, requerendo, assim, um olhar mais minucioso e suportes específicos para que recebam atendimento integral às suas necessidades e tenham seus direitos garantidos.

Sob esta vertente, a detecção de algumas condições de saúde associadas ao desenvolvimento infantil pode ser realizada durante os períodos pré, peri e pós natal. O processo de vigilância e triagem do desenvolvimento da criança acontece durante as visitas aos serviços de acompanhamento da saúde infantil e, nesse espaço, o atraso na realização de marcos importantes do desenvolvimento - como sentar, andar ou falar - pode ser o sinal de alerta para que os pais/cuidadores busquem ajuda.

Nos últimos anos, estudos referem que as alterações da comunicação começam a ser apontadas como uma nova questão de saúde pública. Sendo assim, questões relacionadas à linguagem vêm sendo discutidas e priorizadas, a partir de argumentos que incluem os efeitos sobre o desenvolvimento social e emocional da criança,

os processos de alfabetização e letramento, vulnerabilidades e risco de exclusão social. Logo, relacionam a saúde integral da criança e o seu desenvolvimento pleno com as condições de equidade social.

Infelizmente, muitas crianças com alterações no desenvolvimento, nos países emergentes, particularmente aquelas com alterações leves a moderadas, não são identificadas até atingirem a idade escolar. Nesse contexto, sistemas de identificação precoce são necessários para facilitar o acesso adequado a serviços de apoio ao desenvolvimento de crianças com risco significativo de atrasos e para prevenir problemas potenciais, como perda de confiança nas habilidades parentais e impactos sobre o desenvolvimento de habilidades futuras, tal qual a aprendizagem escolar.

Alguns fatores como pobreza, interação criança/cuidador, institucionalização e dificuldade no acesso a programas e serviços influenciam diretamente no desenvolvimento infantil, seja nos domínios sensório-motor, cognitivo, emocional ou da comunicação. Desta forma, a identificação precoce das alterações do desenvolvimento contribui para maior facilidade no acesso a serviços - de saúde e educação - assim como para diminuir a exclusão e discriminação social dessas crianças.

Para a identificação e triagem das crianças com atraso no desenvolvimento, algumas decisões devem ser tomadas, levando-se em consideração alguns critérios, como a disponibilidade de serviços e recursos para fornecer intervenções. Deve-se partir do pressuposto de que os serviços ideais não estão totalmente disponíveis, bem como profissionais capacitados para realizar este tipo de trabalho.

Com o objetivo de promover o desenvolvimento dessas crianças, torna-se necessária uma abordagem abrangente de atendimento e apoio, tais como: identificação precoce; avaliação e planejamento de intervenção; fornecimento de serviços; e acompanhamento e avaliações. Ademais, deve-se garantir o suporte não

apenas à criança em risco de atraso no desenvolvimento, mas também aos seus cuidadores.

Em síntese, a avaliação deve ser precisa, uma vez que é a partir dela que se pode mapear quais dificuldades a criança apresenta, assim como prever e prover o atendimento de suas necessidades e as de seus cuidadores. Vale ressaltar que a avaliação tem como objetivo coletar informações úteis e precisas sobre o desenvolvimento da criança e suas questões sócio-econômicas, a fim de que se possa direcionar profissionais, cuidadores e educadores para o melhor meio de auxiliar no processo de desenvolvimento infantil e na inclusão da criança com atraso ou desvios.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Claudia Regina Furquim de. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 495-501, 199.

BAIRD, G. Assessment and investigation of children with developmental language disorder. u: Norbury FC, Tomblin JB, Bishop VMD [ur.] Understanding developmental language disorders from theory to practice. 2008.

BHUTTA, Zulfiqar A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The lancet*, v. 371, n. 9610, p. 417-440, 2008.

BLOOM E LAHEY, 1988. "What is language?": In: *Language Disorders and Language Development*. Lahey, M. Macmillan Publishing Company, New York, 1988.

BRADONE, AC, SALKIND SJ, GOLINKOFF, RM, HIRSH-PASEK, K. Language Development. In: Bear GG, Minke KM, editors. *Children's needs III: development, prevention, and intervention*. Washington: National Association of School Psychologists; p. 499-514, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: de 5 de outubro de 1988. 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. 2012.

BRONFENBRENNER, U. (1996) *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Trad. M. A. V. Veronesi. Porto Alegre, Artes Médicas.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2017.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE et al. Recommendations on screening for developmental delay. *Cmaj*, v. 188, n. 8, p. 579-587, 2016.

COELHO, Renato et al. Child development in primary care: a surveillance proposal. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, v. 92, n. 5, p. 505-511, 2016.

COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES et al. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, v. 108, n. 1, p. 192-195, 2001.

CONTI-RAMSDEN, Gina; DURKIN, Kevin. Language development and assessment in the preschool period. *Neuropsychology review*, v. 22, n. 4, p. 384-401, 2012.

CONTI-RAMSDEN, Gina; DURKIN, Kevin. What factors influence language impairment considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatria et Logopaedica*, v. 67, n. 6, p. 293-299, 2015.

COPLAN, James. Normal speech and language development: an overview. *Pediatrics in review*, v. 16, n. 3, p. 91-100, 1995.

COPLAN, James. *The Early Language Milestone Scale*. 2 ed. Texas: Pro-Ed; 1993.

DA CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; DE ALMEIDA, Isabela Saraiva. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, v. 91, n. 6, p. S44-S51, 2015.

DA SILVA, Daniel Ignacio; DE LAÓ RAMALLO VERÍSSIMO, Maria; DE AZEVEDO MAZZA, Verônica. VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 25, n. 1, 2015.

DENBOBA, Amina D. et al. Intensificando o desenvolvimento da primeira infância. 2014. In: Harry Patrinos, Elizabeth King, Claudia Costin, Arup Banerji, Timothy Grant Evans. Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial. World Bank Group, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Children's Investment Fund Foundation, 2014, 32p.

FELDMAN, Heidi M.; MESSICK, C. H. Language and speech disorders. *Developmental behavioral pediatrics*, p. 467-482, 2008.

FIGUEIRAS, Almira Consuelo et al. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. 2005.

GLASCOE, Frances P. Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, v. 21, n. 8, p. 272-280, 2000.

GLASCOE, Frances Page. Evidence-based early detection of developmental-behavioral problems in primary care: what to expect and how to do it. *Journal of Pediatric Health Care*, v. 29, n. 1, p. 46-53, 2015.

GLASCOE, Frances Page. Screening for developmental and behavioral problems. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, v. 11, n. 3, p. 173-179, 2005.

HAGE, S. R. V.; PINHEIRO, L. A. C. Desenvolvimento típico de linguagem e a importância para a identificação de suas alterações na infância. *Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas*. Ribeirão Preto: Book Toy, 2017.

HARTSHORNE, M.; FREEMAN, K.; PARROTT, J. The cost to the Nation of children's poor communication. *I Can Talk Series (Issue 2)* London: I Can; 2006. Reprinted 2009.

HERSCHKOWITZ, N.; KAGAN, J.; ZILLES, K. Neurobiological bases of behavioral development in the second year. *Neuropediatrics*, v. 30, n. 05, p. 221-230, 1999.

Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 (IDEA). Publ. L. No 108-446, 118 Stat. 2647 (2004).

JOHNSON, Chris Plauche; BLASCO, Peter A. Infant growth and development. *Pediatr Rev*, v. 18, n. 7, p. 224-242, 1997.

LAMEGO, Denyse T.C.; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; BASTOS, Olga Maria. Diretrizes para a saúde da criança: o desenvolvimento da linguagem em foco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3095-3106, 2018.

LANCET. Advancing early childhood development: from science to scale. 2017; 389-10064.

LIMA, Larissa Guimarães et al. A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. *Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]*, v. 20, n. 2, p. 167-74, 2016.

LIMA, M. C. M.; NAKAMURA, H. L. Desenvolvimento da linguagem e da função auditiva em lactentes. *Neurologia do desenvolvimento da criança*, p. 270-296, 2006.

LIPKIN, Paul H. et al. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, v. 145, n. 1, 2020.

LOCKE, John L. Desenvolvimento da capacidade para a linguagem falada. *Compêndio da linguagem da criança*. In: Fletcher, P. e Macwhinney, B. *Compêndio Da Linguagem Da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 233-251.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; DE ALBUQUERQUE WILLIAMS, Lucia Cavalcanti. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MCLAUGHLIN, Maura R. Speech and language delay in children. *American family physician*, v. 83, n. 10, p. 1183-1188, 2011.

MCQUISTON, Susan; KLOCZKO, Nancy. Speech and language development: monitoring process and problems. *Pediatrics in review*, v. 32, n. 6, p. 230-8; quiz 239, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania. 2ª edição. Brasília-DF, 2020.

MOON, Christine; LAGERCRANTZ, Hugo; KUHL, Patricia K. Language experienced in utero affects vowel perception after birth: A two country study. *Acta Paediatrica*, v. 102, n. 2, p. 156-160, 2013.

MOUSINHO, R.; ALVES, L. M. Promoção e prevenção da linguagem na infância.

Lamônica, DAC, Britto, DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, p. 73-81, 2016.

O'HARE, Anne. Communication disorders in preschool children. *Pediatrics and child health*, v. 27, n. 10, p. 447-453, 2017.

PEDROSO, Fleming Salvador et al. Evolução das manifestações pré-linguísticas em crianças normais no primeiro ano de vida. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 14, n. 1, p. 22-25, 2009.

PIZOLATO, Raquel Aparecida et al. Vigilância do desenvolvimento da linguagem da criança: conhecimentos e práticas de profissionais da atenção básica à saúde. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1109-1120, Oct. 2016.

POLETTTO, Michele; KOLLER, Sílvia Helena. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

RHEA, Paul; NORBURY, Courtenay; GOSSE, Carolyn. *Language Disorders: From infancy through adolescence*. 5th Edition St. Lous, Elseviers, 2017.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005.

SILVA, Daniel Ignacio da et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 6, p. 1397-1402, 2013.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M.; MELLO, DF de. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. *Texto Contexto Enferm*, v. 24, n. 2, p. 407-14, 2015.

SINGLETON, Nina Capone. Late talkers: why the wait-and-see approach is outdated. *Pediatric Clinics*, v. 65, n. 1, p. 13-29, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Guia prático de atualização, nº4.1, dezembro de 2017.

SUNDERAJAN, Trisha; KANHERE, Sujata V. Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 8, n. 5, p. 1642, 2019.

TAMANAHA, Ana Carina; PERISSONOTO, Jacy; e ISOTANI, Selma Mie. Fonoaudiologia: intervenções e alterações da linguagem oral infantil in Lopes-Herrera, S. A.; Maximino, L. P. (org). *Atraso de Linguagem*. São Paulo: Ed. Book Toy, 2ª edição, 2012.

TORQUATO, Jamili Anbar et al. Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares. *Journal of Human Growth and Development*, v. 21, n. 2, p. 259-268, 2011.

WALKER, Dewey et al. Early Language Milestone Scale and language screening of young children. *Pediatrics*, v. 83, n. 2, p. 284-288, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Early childhood development and disability: A discussion paper. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Improving early childhood development: WHO guideline. 2020.

ZAGO, Jéssica Teixeira de Carvalho et al. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Revista CEFAC*, v. 19, n. 3, p. 320-329, 2017.

## **ORGANIZAÇÃO**

Thalita Cristina Souza Cruz

Fernanda Moraes D'Oliveira

## **REVISÃO**

Diana Michaela Amaral Boccato

## **CAPA E PROJETO GRÁFICO**

Estúdio Guayabo

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

---

Linguagem, cognição e ensino [livro eletrônico] : conceitos e possibilidades /  
Thalita Cristina Souza Cruz, Fernanda Moraes D'Oliveira (orgs.). – Campinas,  
SP : Editora da Abralin, 2021. – (Altos estudos em linguística)  
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-68990-13-1

1. Alfabetização 2. Análise do discurso 3. Aquisição de linguagem  
4. Cognição 5. Distúrbios de linguagem 6. Linguagem - Estudo e ensino  
7. Linguística 8. Prática de ensino I. Cruz, Thalita Cristina Souza.  
II. D'Oliveira, Fernanda Moraes. III. Série.

21-81236

CDD-410

---

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Linguística 410

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

DOI 10.25189/9788568990131