

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade: proposta e aplicabilidade**

**Gilberto Bolivar Ferlin Filho**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

**São Paulo**

**2020**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Gilberto Bolivar Ferlin Filho**

**Avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade: proposta e aplicabilidade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.

**São Paulo**

**2020**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processo de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

e-mail: \_\_\_\_\_

Sistema para Geração Automática de Ficha Catalográfica para Teses e Dissertações com dados fornecidos pelo autor

357 Ferlin Filho, Gilberto Bolivar  
Avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade: proposta e aplicabilidade / Gilberto Bolivar Ferlin Filho. -- São Paulo: [s.n.], 2020.  
92 p ; 30 cm.

Orientador: Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.  
Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, 2020.

1. Linguagem Infantil. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Perda Auditiva. 4. Transtornos do Desenvolvimento da Linguagem. I. Novaes, Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. III. Título.

CDD DM616.85 F357g

**Gilberto Bolivar Ferlin Filho**

**Avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade: proposta e aplicabilidade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia.

Linha de Pesquisa: Audição na criança.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

---

---

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia**

**Coordenadora do Curso de Pós-Graduação**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Assumpção de Andrada e Silva**

**Vice-coordenadora do Curso de Pós-Graduação**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ruth Ramalho Ruivo Palladino**

No princípio Deus criou o céu e a terra.

A terra estava sem forma e vazia; as trevas cobriam o abismo e o Espírito de Deus pairava sobre as águas.

**Disse** Deus: “Faça-se a luz!”; e a luz foi feita...

Então Deus **disse**: “Façamos o homem à nossa imagem e semelhança. Que ele reine sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu, sobre os animais domésticos e sobre toda a terra, e sobre todos os repteis que se arrastam pela terra.

Deus criou o homem à sua imagem; criou-o à imagem de Deus, criou o homem e a mulher.  
(Gen 1:1-3; 26-27)

No princípio era o **Verbo**, e o **Verbo** estava junto de Deus, e o **Verbo** era Deus.

Ele estava no princípio junto de Deus.

Tudo foi feito por ele, e sem ele nada foi feito.

Nele havia vida, e a vida era a luz dos homens...

E o **Verbo** se fez carne e habitou entre nós, e vimos a sua glória, a glória que o Filho único recebe do seu Pai, cheio de graça e verdade. (Jo 1:1-4; 14)

Dedico esse trabalho aos pacientes e suas famílias: que a luz do conhecimento os auxilie nos desafios enfrentados na busca da Felicidade! Que Deus coloque em seus caminhos os instrumentos adequados e profissionais que sejam seus luzeiros!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação São Paulo.

This study was financed in part by the Fundação São Paulo.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes, agradeço a paciência, a ajuda em todos os momentos, a clareza nas orientações, reflexo da Luz Divina que habita em você. Aos poucos descobri a grande pessoa que me acompanhou nessa jornada. Inteligentíssima, talentosa, humana, habilidosa: consegue perceber e ajudar o outro como poucos. Mestre, soube esperar e conduzir o aprendiz intempestivo. Doutora, revelou em mim o que nem eu conhecia! Aprendi contigo que a arte de ensinar e cuidar vai muito além de transmitir conhecimento ou examinar, diagnosticar e tratar. Será sempre uma grande honra ter sido seu orientando. Guardo profundo respeito, admiração e um grande tesouro, a sua amizade.

De coração, com carinho, muito obrigado!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, presente em todos os momentos dos nossos caminhos e descaminhos. Em seu infinito Amor, transforma o mal em bem, fazendo novas todas as coisas.

Aos pacientes, suas famílias e cuidadores, por dividirem mais que suas fragilidades e incertezas, suas vidas e generosamente, participaram desta pesquisa.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana Lopes Favero. Faltam palavras para agradecer à minha “mãe foniatra”! Seu extremo bom senso, objetividade, vasto conhecimento, e dedicação em ajudar não apenas os pacientes, faz com que muitos de seus colegas a procurem também nos momentos incertos. Suas contribuições nesse projeto foram fundamentais!! Foniatra completa, pessoa fantástica que contagia os que a cercam com grandes ideais! Sempre humana, atenta ao próximo, bem humorada e exigente, como a sua constante busca pela excelência requer. Obrigado por compartilhar as horas de trabalho da Derdic, onde sempre aprendo algo a mais. Amizade como poucas que vida nos traz, obrigado!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Fiuza Funicello Dualibi. Sempre será uma honra ouvir suas contribuições, como foi tê-la como banca examinadora nesse projeto. Por sua dedicação em ajudar e disposição em compartilhar pensamentos, ideias, literatura, cursos etc. Pela amizade natural de tantas coincidências! Pela disponibilidade sem igual, alegria e dedicação exemplar para com todos.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz de Castro Andrade Mendes, por toda a atenção e cuidado que dedicou desde o início desse trabalho. Pelos valiosos ensinamentos e pela ajuda em todos os momentos. Por tornar simples questões complexas! Pelo exemplo de acolhimento e disponibilidade para os colegas e pacientes. Pela abertura para dividir as angústias, aflições e dificuldades desse projeto.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sulene Pirana, pela disponibilidade em todos os momentos, incentivos, oportunidades e contribuições. Pelo exemplo de comprometimento com seus objetivos e por incentivar o diálogo entre a pesquisa e a clínica. Pelas contribuições nesse projeto.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Helena de Souza Cury, colega, mestre e amiga que dividiu seus conhecimentos nos casos avaliados nesse projeto e se mostrou sempre pronta a ajudar, no necessário e para além dele...

Ao Dr. Alfredo Tabith Junior, mestre foniatra, por quem tenho grande admiração! Obrigado por seus ensinamentos, conselhos e ajuda desde os primeiros passos nesse novo mundo revelado ao otorrinolaringologista que se encanta pela foniatria.

Ao Prof. Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, por seus valiosos ensinamentos, exemplos... Pelas aulas e discussões de caso. Por iluminar as condutas com princípios éticos e pela oportunidade de aprender contigo muito além do conteúdo proposto.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luisa Barzaghi Ficker, que me conheceu ainda menino e com quem hoje tenho o grande prazer de trabalhar, dividir casos e conhecimentos. Pelo tanto que me ensinou, cuidou e ajudou, antes e nesse projeto. Por quem tenho grande admiração.

Ao Dr. Fernando Leite de Carvalho e Silva pelo privilégio de ter sido seu aluno. Pela capacidade transmitida de mesmo estudando o particular no ser humano, não deixar de vê-lo como um todo.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Doris Ruth Lewis, que muito me falou em momentos que eu, imaturo, não sabia ouvir. Obrigado por não desistir de me ensinar e me ajudar a amadurecer.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Maria Freire pela forma que me ensinou a ver o paciente por outro prisma. Pelas indicações literárias, sempre acertadas! Pelo cuidado e atenção, notáveis, que tem para com seus alunos. Obrigado!

Ao Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza pela variedade de ideias apresentadas de forma coerente e encadeadas, pela necessidade que inspirou em aprofundar cada uma delas, pela didática inigualável, ensinando a pensar e interagir... insuperável!!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Claudia Cunha que conduziu meus estudos de muitos dos até então, "enigmas" do desenvolvimento da linguagem. Obrigado mestra, pela dedicação e abertura, pelo diálogo e sinceridade de suas críticas, sempre construtivas, nesse projeto.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Claudia Fiorini, que muito me ajudou com seus conhecimentos, indicações, apontamentos e com seu humor inteligente.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mabile Francine Ferreira Silva, pelas contribuições e revisão deste trabalho.

À equipe dos profissionais do CeAC e Deric com quem tenho contato, pela disposição e apoio em todo o necessário. A equipe de fonoaudiólogos Renata,

Fernanda, Monica, Giovanna, Maria Carolina, Marcela, Angelina, Eliane, Bruna, Taiane, Diego... Pessoas fantásticas que se dedicam a buscar a excelência do atendimento aos pacientes. Aos demais, que mesmo distante, percebo em suas anotações, os cuidados que dividimos em avaliações de nossos pacientes. Sou muito grato.

Aos funcionários da recepção da Derdic: Margarida, exemplo de bom humor e cordialidade. Também a Karina, Renato, Ligia e Daniela. Agradecimento especial ao pessoal da recepção do CeAC, envolvidos diretamente nesse projeto, que sempre buscam o melhor para os pacientes: Mariana, Claudete e Gabriel. Ao pessoal responsável pelos prontuários: Ovídio, Alan e Clayton obrigado pela paciência e toda ajuda nesse trabalho.

À secretária da Pós-graduação em Fonoaudiologia, Virginia Pini que com sua gentileza e paciência, conquista o respeito e o coração de todos. Sempre disposta a ajudar, organizar e orientar. Guardarei com carinho seu exemplo de serviço e cuidado com o próximo.

Aos professores da PUC/SP, cujos nomes não citei que me ajudaram a trilhar esse caminho.

Aos meus colegas de mestrado que tive o prazer de conhecer nesse período, pelos momentos de descontração e troca de informações, cada um trazendo o ponto de vista de sua formação, enriquecendo as discussões. Obrigado por me mostrar o valor da avaliação multidisciplinar, também no ambiente acadêmico.

À Cris, esposa querida e batalhadora, pelo apoio que permitiu a conclusão deste projeto. Agradeço a paciência que teve durante esse trabalho e pelos períodos de ausência necessários. De coração, obrigado!

Aos nossos filhos, Mariana, José Fernando e Maria Helena, com quem mais aprendo. "PHD's" em Amor e inclusão! Obrigado por ensinar que o melhor de cada um de nós ainda está para ser revelado. Que nos cabe diariamente a opção de crescer, melhorar, fazer o bem. Que a vida vale a pena, sempre! Que as dificuldades se apresentam para nos edificar. Que o sorriso é a melhor solução. Que o silêncio fala muito! Que impossível é temporário...

Ao meus pais, Maria Inês e Gilberto, exemplos de alegria, disposição, paciência, cuidado, Amor... Não há como agradecer vocês que dentro de um projeto de família bem executado, formaram e souberam deixar ir nos devidos momentos, os filhos que hoje tão bem conhecem e que os querem muito! Não conheço pessoas que apesar de imperfeitas como todo ser humano, tenham sido tão sábias, tanto na educação dos filhos, talvez o maior dos projetos que alguém pode sonhar, como nas escolhas difíceis e complexas que a vida apresenta. Obrigado por sempre amar, conversar, instruir, orientar, deixar errar, estar ao lado, levar no colo, enfim, ensinar que a beleza da vida depende da forma como olhamos para ela. Que com Deus e Amor, tudo se consegue!! Obrigadíssimo!!

À Re e Rafa, Davi, Lis; Thais e Fe e o pequeno Gabriel, família incrível de onde vem bons exemplos, incentivos, inspirações, críticas e o que mais for necessário, a qualquer hora.

À Maria do Carmo e Aureliano, Ana e Marcelo, Igor, Helô nossa afilhada, ainda que distantes, sou grato pelos ensinamentos.

Aos meus avós pelos cuidados e sábios ensinamentos transmitidos pelos exemplos de vida. Em especial a vovó Odette que sabiamente ensinou a paciência, fundamental na vida!

Aos familiares sempre presentes. Por mostrarem o valor dos laços que mesmo distante nos mantem unidos. Agradeço aqui em especial a Bia e a Dani que me ajudaram diretamente nesse projeto.

Aos mestres de outros momentos que contribuíram em seu tempo e possibilidade, na formação desse hoje otorrino foniatra. De todos os ensinamentos o que mais sou grato é a sede e a inquietação de mais saber, necessários para ser útil ao próximo e a urgência em o fazer. As boas recordações que trago de cada um de vocês compõe muito do que hoje sou. Obrigado.

Aos amigos de todas as horas. Agradeço a honra de tê-los e a felicidade que compartilhamos. Sem dúvida contribuíram na conclusão também dessa meta.

À PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e a DERDIC – Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação, pela oportunidade oferecida nesse curso.

À Fundação São Paulo, pelo apoio financeiro por meio da bolsa concedida, fundamental para a realização deste trabalho.

Ao caro leitor, obrigado! Espero que esse projeto o ajude em suas buscas... e que encontre alegria na jornada!

## RESUMO

Ferlin Filho GB. **Avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade: proposta e aplicabilidade.** Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

**Introdução:** A foniatria dedica-se ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios da comunicação compondo a equipe multidisciplinar. Os primeiros três anos de vida são decisivos na janela de desenvolvimento humano. Quando comprometido, a avaliação de aspectos sensoriais e perceptivos, do desenvolvimento motor, das praxias, do desenvolvimento cognitivo, sócio-interacional e psíquico fazem-se necessários para a edificação da linguagem e do ser humano. Um enquadre que possibilite a observação de jogo simbólico, habilidades interacionais e motoras através de pretextos lúdicos podem propiciar a observação de comportamentos que contribuam para o diagnóstico em faixa etária na qual há dificuldade na aplicação de avaliações formais. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi propor e analisar a aplicabilidade de conteúdo e enquadre com pretextos lúdicos na avaliação foniátrica em crianças de até 3 anos de idade. **Método:** Foram realizadas avaliações foniátricas composta por anamnese, exame físico otorrinolaringológico, avaliação de equilíbrio e praxias, avaliação de funções simbólica e habilidades interacionais, realizada através de pretextos lúdicos, em 14 crianças com idades entre 13 e 38 meses encaminhadas para diagnóstico audiológico por deficiência auditiva ou que apresentassem suspeita ou fatores de risco para desenvolvimento típico de linguagem, no Centro Audição na Criança (CeAC), parte da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), serviços de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Resultados:** O enquadre apresentado nesse trabalho permitiu observar aspectos médicos de maneira abrangente, valorizando os relatos dos cuidadores e responsáveis nos múltiplos ambientes em que a criança está inserida. A atenção flutuante, ao sensibilizar a observação de aspectos interacionais, associada ao instrumento proposto para a avaliação do jogo simbólico e os pretextos lúdicos sugeridos para a interação do examinador com a criança, tornou possível avaliar de maneira dinâmica o contexto e a qualidade dessas interações. **Conclusão:** As observações do desenvolvimento infantil resultantes da proposta da utilização de pretextos lúdicos sugerem a validade do enquadre proposto para avaliação foniátrica em crianças de até três anos de idade. As contribuições nesse enquadre enriquecem a discussão da equipe multidisciplinar, otimizando intervenções oportunas nessa população.

**Palavras-chave:** Linguagem Infantil; Desenvolvimento Infantil; Perda Auditiva; Transtornos do Desenvolvimento da Linguagem, Foniatria.

## ABSTRACT

Ferlin Filho GB. **Phoniatric evaluation in children up to 3 years old: proposal and applicability.** Thesis [Master's in Speech-Language Pathology] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

**Introduction:** Phoniatrics is dedicated to the diagnosis and treatment of communication disorders composing multidisciplinary team. The first three years of life are decisive in the human development. If compromised, the evaluation of sensory and perceptual aspects, motor development, praxis, cognitive, socio-interactional and psychic development are necessary for the edification of language and human beings. A framework that allows the symbolic game observation, interactive and motor skills through playful pretexts can provide an behavior observation that contribute to the diagnosis in a group age where there is difficulty in applying formal tests. **Objective:** The aim of this study was to propose and analyze the applicability of the content and framework of phoniatric evaluation in children up to 3 years old. **Method:** Phoniatric assessments were performed consisting of anamnesis, ENT physical examination, assessment of balance and praxis, assessment of symbolic functions and interactional skills, performed through playful pretexts, in 14 children aged between 13 and 38 months referred for audiological diagnosis due to disability of hearing or who had suspicion or risk factors for typical language development, at the Centro de Audição na Criança (CeAC), part of the Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), health services of the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. **Results:** The framework presented in this work allowed to observe medical aspects in a comprehensive manner, valuing the reports of caregivers and guardians in the multiple environments in which the child is inserted. The fluctuating attention, sensitizing the observation of interactional aspects, associated with the proposed instrument for the evaluation of the symbolic game and the suggested pretexts for the examiner's interaction with the child, made it possible to dynamically assess the context and quality of these interaction. **Conclusion:** Observations of child development resulting from the proposal to use playful pretexts suggest the validity of the proposed framework for phoniatric assessment in children up to three years of age. Contributions in this context enrich the discussion of the multidisciplinary team, optimizing opportunities and interventions in this population.

**Keywords:** Child Language; Child Development; Hearing Loss; Language Development Disorders, Phoniatrics.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Objetivo Específico.....</b>	<b>24</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Sujeitos.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Material.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3. Procedimentos.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4. Análise de dados.....</b>	<b>33</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>84</b>
<b>Referências.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>90</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A foniatria dedica-se ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios da comunicação (Spinelli, 1983). A avaliação foniátrica, em qualquer idade, tem como objetivo avaliar diversas funções que subjazem a linguagem e a comunicação humana. No público infantil, o fonoatetra direciona seu olhar para o desenvolvimento global da criança, particularizando o desenvolvimento da linguagem, propiciando, quando necessário, o diagnóstico e intervenção oportunos. (Dualibi, Fávero, Pirana, 2020; Fávero, 2017).

Os primeiros três anos de vida da criança são decisivos na janela de desenvolvimento humano (Kandel et al., 2012; Gesell e Amatruda, 1945). Avaliações nesse período leva o fonoatetra a enfrentar desafios adicionais uma vez que pelas características etárias, nem sempre elas aderem as tarefas de avaliações formais (Novaes, Mendes, 2011). Nesse período a criança encontra-se em plena maturação neurológica, desenvolvendo suas múltiplas capacidades que a constituirão como ser. (Kandel et al., 2012; Gesell, Amatruda, 1945; Diamant, Cypel, 1996). Assim, no tempo oportuno e na ausência de fatores adversos, surgirá a possibilidade da expressão oral-verbal (Gesell, Amatruda, 1945). A atenção ativa ao desenvolvimento da linguagem, ainda nos primeiros anos de vida, pode revelar indícios e preservar a criança de possíveis dificuldades ou mesmo barreiras, na aprendizagem de leitura e escrita posteriormente, conforme apontado por Franchi (2019).

Outro desafio imposto na avaliação da criança nos três primeiros anos, reside na possível influência que o estado de saúde e humor pode gerar no comportamento desta no momento da consulta. Além disso, as impressões do informante, sua validade, seu contexto e intenções podem influenciar a avaliação (Diamant, Cypel, 1996; Tabith Jr., Fávero, 2016; Dualibi, Fávero, Pirana, 2020).

Diante de tantas variáveis o fonoatetra busca aproveitar as oportunidades dentro de contexto clínico para observar comportamentos espontâneos ou, se necessário, desencadear situações através de pretextos lúdicos que propiciem ações observáveis de habilidades a serem avaliadas. A escolha desses pretextos deve ser fundamentada teoricamente para que a interpretação seja possível, assim como as implicações no encaminhamento do diagnóstico.

(Novaes e Ficker, 2014; Hage, 2003). Ao abranger aspectos orgânicos que compõem a formulação dos diagnósticos relacionados ao desenvolvimento atípico da linguagem, será possível discutir, definir e adequar possíveis intervenções.

Para isso a obtenção do diagnóstico em seus diferentes níveis, nosológico, sindrômico e etiológico, auxiliam e otimizam as terapias e tratamentos necessários para cada indivíduo. Cabe esclarecer que a fundamentação do diagnóstico baseado atualmente na CID-10 e no DSM-5 (2013), não devem ser empregados como “nomenclaturas absolutas”, restringindo a complexidade do paciente que passa a apresentar uma dificuldade, limitação ou doença, a simplicidade do diagnóstico ali encerrado. Ao contrário, devem colaborar na compreensão do modo de funcionamento do paciente que se vê em dificuldades por apresentar certa patologia. Nesse sentido há algumas décadas a CIF, ainda pouco usada na clínica pela dificuldade técnica de sua aplicação, foi proposta como instrumento para classificar a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo, frente a uma doença, em um determinado ambiente ou condição. Dessa forma essas classificações são complementares (WHO CIF, 2001, p. 15-16).

Nesse contexto a foniatria, frequentemente, dialoga com outras especialidades médicas como a neurologia, a psiquiatria, a oftalmologia e recentemente a genética que também abordam, em diferentes perspectivas, diagnósticos relacionados à linguagem. Além deles, a fonoaudiologia contribui tanto no diagnóstico como na reabilitação, sendo responsável pela terapia nos casos de linguagem. A psicologia, a pedagogia, a terapia ocupacional e a fisioterapia, podem compor a equipe multidisciplinar nos casos que acometem a linguagem (Dualibi, Fávero, Pirana, 2020).

Dentro dos aspectos sensoriais e perceptivos a audição assume nos primeiros anos, papel de destaque, isso sem negligenciar os demais sentidos. A visão, o tato, o paladar e o olfato também têm relevância na comunicação, uma vez que a linguagem não abrange apenas aspectos verbais e as sensações oriundas do ambiente, além de formarem e enriquecerem o contexto, muito adicionam ao ambiente acústico (Kandel et al., 2012).

A avaliação sucinta do desenvolvimento motor, o mais evidente dentre os aspectos observados nos primeiros anos de vida, bem como das praxias, faz-se

necessário no contexto da consulta foniátrica uma vez que atos motores são instrumentos necessários para a edificação da linguagem expressiva. (Kandel et al., 2012; Dualibi, Fávero, Pirana, 2020; Novaes, Mendes, 2011). Apresentam padrões bem definidos na literatura, sendo estudado por diversos autores entre os quais podem ser citados: Lefèvre (1976), Bayley (2006) e as escalas desenvolvidas por Frankenburg et al. (1992). As descrições e normatizações como a proposta por Gesell e Amatruda (1945), subsidiam interpretações de pretextos lúdicos que podem ser úteis na avaliação foniátrica. Esses autores basearam seus estudos em comportamentos ao propor a observação em áreas adaptativas, motor grosseiro e fino, linguagem e pessoal-social.

A partir de diferentes objetos Gesell e Amatruda (1945) observaram variações nos comportamentos das crianças, segundo a maturação neurológica. Organizando essas funções de forma longitudinal, compuseram o diagnóstico do desenvolvimento. Entretanto, mesmo fora do contexto do diagnóstico do desenvolvimento formal, sugerem que alguns desses materiais, podem ser utilizados isoladamente para triagem em determinados contextos. Entre eles, destacam-se os cubos de madeira, as bolas pequenas e a sineta. A caneca e a garrafa como objetos continentes, podem ser relacionadas com pelotas ou bolas pequenas e cubos. Os cenários associativos entre esses objetos foram descritos por Gesell e Amatruda (1945), como ricos em estímulos para observação, do padrão de inspeção visual, desenvolvimento de abordagem e preensão ativa. Além disso, favorecem também a observação do interesse e manipulação de um pequeno objeto, interesse em objetos múltiplos, atenção dividida, o conceito de continente e conteúdo e o desenvolvimento do padrão voluntário de soltar, entre outros (Gesell e Amatruda, 1945). Bolas de maior diâmetro podem ser utilizadas como pretexto para demonstrar comportamentos motores no campo motor grosseiro e avaliação de deslocamentos (Lefèvre, 1976; Diament, Cypel, 1996).

Assim como os aspectos motores são observados durante toda a consulta, a linguagem e psiquismo podem ser avaliados em todas as ações da criança. Observar o desenvolvimento psíquico abrange aspectos cognitivos e sócio afetivos interacionais. A relação entre o desenvolvimento do jogo simbólico e a possibilidade de expressão pela oralidade foi enfatizado por Piaget (1964) que chama atenção para a necessidade do desenvolvimento da função semiótica como um dos pré-requisitos para o desenvolvimento da linguagem.

Esse autor valoriza a imitação e a interação com o ambiente como subsídios para o surgimento da linguagem. Propõe ser a inteligência uma forma de adaptação, sendo a ação, o modo de interação do ser humano com o meio. Desta forma, a criança busca inicialmente, por meio das percepções e explorações concretas, descobrir e reconhecer o mundo que a cerca, caracterizando o período denominado sensório-motor. O surgimento da função semiótica transforma o comportamento da criança que parte da necessidade do concreto para a representação, possibilitando a eclosão da fala (Novaes, Ficker, 2014; Zorzi, 1999). Em sua obra “a formação dos símbolos na criança” (1964), Piaget explicita suas observações sobre a imitação e o desenvolvimento do jogo simbólico, estabelecendo-as.

Em estudos posteriores aos de Piaget, Rizzolatti e Craighero (2004) demonstraram os mecanismos neurológicos da imitação que subsidiarão, entre outras funções, o desenvolvimento da linguagem.

Dada a importância dessas funções para a aquisição e desenvolvimento da linguagem, foram pesquisados instrumentos que auxiliassem na organização do raciocínio clínico dentro da consulta foniátrica.

Novaes e Ficker (2014), fundamentadas na teoria piagetiana, propuseram um roteiro de observação que permite estimar a interpretação da fase de desenvolvimento sensório-motor e manifestações do comportamento simbólico da criança, independentemente de suas habilidades de fala. A inclusão de aspectos relativos ao desenvolvimento cognitivo de modo não verbal, vem ao encontro das necessidades da clínica foniátrica especialmente em se tratando de crianças. Conhecido o estágio que a criança se encontra, espera-se habilidades linguísticas podendo em alguns casos, direcionar o olhar do examinador para questões interacionais (Novaes, Ficker, 2014). Além disso, o contexto lúdico em que é possível ser inserida, favorece a observação de outros aspectos sensoriais, motores e interacionais, desejáveis no enquadre para essa população. Partindo da observação de comportamentos espontâneos, ou sugeridos por meio de materiais específicos, as autoras buscaram definir o estágio em que a criança se encontra, baseando-se na capacidade de imitação de movimentos e nas características das ações exploratórias da criança. Tais observações foram associadas a manipulação de objetos passíveis de serem reconhecidos como interpretáveis, por exemplo miniaturas de objetos, “uma vez

que possibilitam dramatização de situações vivenciadas pelas crianças numa situação onde habilidades de linguagem e audição podem ser contextualizadas”, evidenciando se a criança já é capaz de executar atividades do jogo simbólico.

Ainda acerca desse estudo, classificam as ações em atividades não interpretáveis e interpretáveis. Atividades não interpretáveis são aquelas voltadas para o corpo com um ou dois objetos, como bater, esfregar, manipular, levar à boca, entre outras. São chamadas interpretáveis as atividades em que aparece explícito e de modo consistente o uso convencional dos objetos. São exemplos as ações aplicadas a si mesmo e a outras pessoas com objetos interpretáveis, objetos não representativos como se o fossem ou ainda, ações interpretáveis e realizadas sem nenhum objeto e relação física entre as ações, ligadas apenas pelo simbolismo (Novaes, Ficker, 2014).

Em relação ao enquadre, enfatizam que, ao permitir a manipulação livre desses materiais, as ações da criança podem ser interpretadas, se ela simplesmente aplica esquemas conhecidos aos objetos, se estabelece relações entre eles, se utiliza como se fossem outros e se organiza situações. Evidenciaram a relação entre a integridade destas funções e a possibilidade da emissão verbal da criança que somente poderá se tornar manifesta nas que já utilizam objetos de modo convencional e são capazes de iniciar atividades estruturadas. Enunciados com mais de uma palavra somente passarão a ser produzidos pelas crianças que detêm a capacidade de encadear suas atividades em jogo simbólico (Novaes, Ficker, 2014).

Em outra perspectiva, o desenvolvimento do psiquismo depende também de aspectos do desenvolvimento afetivo interacional, também a serem observados durante toda a consulta, nas ações da criança em relação às outras pessoas presentes no consultório. A aquisição de linguagem, influenciada pelas experiências com o outro e pela motivação, inserida no contexto infantil, pode ser observada na maneira como a criança brinca (Chapman, 1996).

Dentre os autores da psicanálise, Winnicott (1941/1978) indicou que o ser humano não se apresenta como um objeto da natureza, mas sim, como uma pessoa que para existir precisa do cuidado e atenção de outro ser humano. Destaca assim, o valor central que a interação assume desde os primeiros momentos de vida. Uma de suas propostas foi a observação de bebês em uma situação estabelecida (Winnicott, 1941/1978) e teve como objetivo estudar a

condição psíquica do bebê. Nesse contexto apontou como, em um *setting* específico incluindo o bebê, sua mãe, uma espátula reluzente e o clínico, sendo possível evidenciar e explorar diversas situações em um mesmo enquadre.

Moreira e Esteves (2012), discutem diferentes teorias psicanalíticas sobre o *setting* (enquadre), tendo como ponto de partida que o enquadre é constituído de regras pré-determinadas, mas, ao mesmo tempo que deve ser firme, deve ser elástico e adaptar-se ao longo do processo. Esses princípios podem ser contextualizados na consulta foniatrica na qual o examinador, ao mesmo tempo que tem objetivos claros de avaliação, tem a flexibilidade de submeter-se aos diferentes contextos onde indícios indicativos de aspectos do desenvolvimento da criança pequena possam manifestar-se.

A observação de aspectos interacionais é relevante no contexto da avaliação foniatrica. Na clínica, Kupfer et al. (2010), propõem que essa observação ocorra em 4 eixos psicanalíticos, ali conceituados e fundamentados: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença ausência e instalação da função paterna. Elabora assim, os “Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI”, valorizando a interação e o contexto. Constituído por 31 indicadores correlacionados, visam observar a constituição do sujeito durante consultas de rotina por profissionais que trabalham com crianças, entre eles os médicos, possibilitando o encaminhamento precoce.

As teorias interacionistas do desenvolvimento da linguagem também permeiam o enquadre escolhido, buscando observar diferentes aspectos do desenvolvimento que vão se apresentar ao longo da sessão. Claudia de Lemos (1986, 2000), ao partir de argumentos teóricos e empíricos da linguística e da psicanálise, propõe a aquisição de linguagem como um processo de subjetivação onde a criança transita, por meio de uma condição de criança falada (interpretada pelo outro) para a posição de sujeito falante (interlocutor individual), destacando aspectos interacionais da díade mãe-bebê como determinantes do padrão de desenvolvimento da linguagem da criança. Pérez (1995), sugere ser a observação comportamental uma das formas mais sensíveis para se perceber as funções comunicativas da linguagem. Segundo Hage (2003), a avaliação de comportamentos também permite avaliar a ação da linguagem sobre o outro, independentemente da oralidade. Para tanto, quanto mais natural e

contextualizada for a interação, mais confiáveis serão os dados obtidos, justificando assim, sua inserção e aplicabilidade.

Torna-se mandatória a observação de várias funções ao mesmo tempo, incluindo aspectos motores, sensoriais e interacionais implicados no desenvolvimento de linguagem, (conceito de atenção flutuante) apontado por Freud (1996/1914) em seus estudos.

Nesse contexto surge a proposta deste trabalho de discutir o enquadre e os componentes da avaliação foniátrica em crianças abaixo de três anos, assunto escasso na literatura, mas de extrema relevância dada a necessidade de intervenção em período de grande plasticidade cerebral.

Ao explicitar os componentes da consulta foniátrica e considerando as dificuldades apontadas na aplicação de avaliações formais nessa faixa etária, essa pesquisa se propôs, diante da bem estabelecida importância do diagnóstico precoce, contribuir para a clínica foniátrica com uma proposta de avaliação e a investigação de sua aplicabilidade através da sistematização de uma proposta de enquadre e sua utilização em vários casos nessa faixa etária.

## **2. OBJETIVO**

Propor e analisar a aplicabilidade de conteúdo e enquadre com pretextos lúdicos na avaliação foniátrica em crianças de até 3 anos de idade.

### **2.1. Objetivo Específico**

Analisar o enquadre quanto ao espaço físico, material, sequência temporal e atenção flutuante na escuta do examinador na avaliação foniátrica, como facilitador na formulação de hipóteses diagnósticas e fundamentação de condutas.

### 3. MÉTODO

O estudo seguiu os critérios do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Foi aprovado em 25 de junho de 2019 conforme o parecer consubstanciado número 3.412.339, CAAE: 09073619.3.0000.5482.

O familiar responsável pela criança ou que possuísse a guarda que concordaram com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

#### 3.1. Sujeitos

Critério de inclusão: Foram convocadas para este estudo, crianças encaminhadas para diagnóstico audiológico por deficiência de audição ou que apresentassem suspeita ou fatores de risco para desenvolvimento típico de linguagem.

Caracterização dos sujeitos: Foram avaliadas 14 crianças entre 13 e 38 meses sendo dez meninos e quatro meninas.

**Quadro 1** – Caracterização das crianças convocadas para a pesquisa

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Queixa</b>	<b>Antecedente</b>
Me13m	1a1m	F	DA	Mal formação crânio-facial
Ka14m	1a2m	M	DA	Prematuridade
Al20m	1a8m	F	DA	Risco infeccioso
An22m	1a10m	F	Atraso na fala	Risco infeccioso
Pe25m	2a1m	M	TEA a/e	
Tho26m	2a2m	M	TEA a/e	
Jo29m	2a5m	M	Atraso na fala	Falha TAN
Da30m	2a6m	M	Atraso na fala	Prematuro ECNE
He30m	2a6m	M	Atraso na fala	Falha TAN
Jo31m	2a7m	M	DA	prematuro
En32m	2a8m	M	Atraso na fala	Falha TAN
He33m	2a9m	F	Atraso na fala	
Tha37m	3a1m	M	Atraso na fala	

Em38m	3a2m	M	TEA a/e	Falha TAN
-------	------	---	---------	-----------

Legenda: DA – deficiência auditiva; TEA – Transtorno do Espectro Autista; TAN – Triagem Auditiva Neonatal; ECNE – Encefalopatia Crônica Não Evolutiva

Esses pacientes foram atendidos no Centro Audição na Criança (CeAC), parte da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), serviço credenciado como Centro Especializado em Reabilitação - CER II, para deficiência auditiva e intelectual, unidade suplementar da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

### 3.2. Material

- Sala com mesa, 3 cadeiras sendo uma para o examinador e duas para a criança e seu acompanhante.
- Cadeira para exame otorrinolaringológico.
- Espaço livre de aproximadamente dois metros quadrados.
- Formulário para anamnese foniátrica semiaberta.
- Otoscópio; fotóforo; abaixadores de língua; espelho nasal.
- Relógio.
- Câmera.
- Espátula de metal.
- Dez cubos de madeira de 1 polegada de aresta contendo desenhos e letras nas faces.
- Sineta de metal base 5,5 cm com cabo em madeira de 16 cm de altura total.
- Caixa plástica contendo brinquedos passíveis de ações simbólicas: boneco e boneca de pano de aproximadamente 20 cm de altura; banheira de plástico com torneira onde está acoplada uma mangueira com ducha e esponja proporcionais aos bonecos de pano; uma cama de solteiro em plástico com travesseiro e cobertor proporcionais aos bonecos de pano; escrivaninha de plástico contendo gaveteiros moveis em ambos os lados proporcional aos bonecos de pano; família de bonecos de plástico contendo homem, mulher, menino, menina, cachorro e cavalo, de aproximadamente 5 cm de altura; carro plástico proporcional a família de bonecos que permitiam a introdução de até

dois elementos em seu interior; dois pratos de plástico de 8 cm de diâmetro; dois jogos de talher contendo colher, garfo e faca, proporcional aos pratos de plástico; duas panelas com respectivas tampas, uma com 10 cm de diâmetro e outra com 12 cm de diâmetro. Foram colocados na caixa nas primeiras consultas, oito peças de blocos de montar, chocalho, mordedor circular com bolas em seu interior tipo chocalho com rosto de urso de pelúcia em um quadrante do círculo. Depois foram retirados, pois avaliamos que a quantidade de itens era exagerada, e a inspeção deles acabava dispersando a atenção da criança.

Também estavam disponíveis: garrafa plástica com capacidade para 500ml com tampa sendo o diâmetro de seu gargalo 30mm; dez bolas de vidro (pequenas) de 28mm de diâmetro; caneca de metal de 85mm de diâmetro e 90 mm de altura; duas bolas de borracha (médias) de 70mm de diâmetro; uma bola de borracha (grande) de 220mm de diâmetro. Quebra-cabeça com formas geométricas, cada uma de cor diferente (quadrado, círculo, retângulo, triângulo, losango, estrela, cruz, pentágono e trevo). Esses objetos foram ou não utilizados, conforme as diferentes demandas de cada criança no transcorrer das consultas.

### **3.3. Procedimentos**

Foram realizadas consultas foniátricas compostas por anamnese, de acordo com o descrito em literatura por Tabith Jr., Fávero (2016); Dualibi, Fávero, Pirana (2020) e Fávero, Pirana (2020), exame físico otorrinolaringológico formal e exame foniátrico conforme proposta descrita a seguir, para formulação de hipóteses diagnósticas e definição de condutas.

Proposta de consulta foniátrica para crianças abaixo de três anos:

Para o agendamento da consulta buscou-se escolher horário conveniente também para a criança favorecendo condições para a avaliação em momentos que pudessem retratar seu comportamento habitual. Sendo assim, o participante devia estar acordado, descansado, trocado, alimentado e em boas condições de saúde. Foi solicitada a presença do cuidador principal, sempre que possível, pois estaria disposto e interessado na avaliação e traria, além de informações fidedignas, seus interesses, preocupações e dúvidas à consulta.

Desde a chegada à clínica até o momento da partida foram avaliadas ações da criança e seus acompanhantes, observando os aspectos interacionais estabelecidos. Buscou-se não focar em um aspecto específico, aproveitando as situações rotineiras para observar as habilidades demonstradas pelos presentes, bem como a dinâmica que estabeleciam.

Para essa avaliação o fonoatetra trajava roupas não brancas, nem jaleco e chamou o paciente pelo nome. Nos casos onde ninguém se apresentava, o próprio fonoatetra foi buscá-lo na sala de espera observando o contexto, o comportamento da criança e seus acompanhantes, modo como se organizavam, interagiam e deslocavam. Uma vez na sala de atendimento, entrou também o examinador. Embora a sequência da apresentação dos materiais tenha sido relativamente a mesma, houve variação em alguns casos segundo o interesse de cada criança, ou de observações adicionais em aspectos que o pesquisador julgou necessitar aprofundamento das investigações.

#### Pretexto lúdico: espátula, cubos de madeira

Na sala, a espátula de metal estava sempre disposta sobre a mesa para provocar a curiosidade do paciente. Os demais brinquedos, interpretáveis ou não, não estavam expostos. O examinador entrava na sala observando tanto o comportamento da criança, como as ações e reações dos pais em relação àquele objeto.

Nenhuma orientação quanto a acomodação era dada pelo examinador, deixando os acompanhantes e a criança ocuparem o espaço livremente. Caso alguém se sentasse na cadeira destinada ao examinador eram orientados a ocupar qualquer outro espaço.

A posição assumida pela criança e seus pais e a relação estabelecida entre eles também era observada.

Após as devidas acomodações dava-se início a anamnese semiaberta, conforme estabelecida na literatura por Tabith Jr., Fávero (2016); Fávero (2017); Fávero, Pirana (2020) e Dualibi, Fávero, Pirana (2020). Em geral, esse era o momento que a criança iniciava a exploração da espátula de metal, possibilitando observações apontadas por Winnicott (1941/1978), propiciadas por esse enquadre. Embora a atenção do examinador estivesse dirigida para os dados relatados pelos acompanhantes, a interação com a criança que explora a

espátula era valorizada, podendo inclusive interromper a anamnese em momento oportuno.

Quando observado que as ações sobre a espátula se tornavam repetitivas no decorrer da anamnese, essa era retirada, dando-se atenção as reações da criança diante desta ação. Eram oferecidos inicialmente três cubos de madeira. A seguir, conforme as habilidades demonstradas pela criança eram acrescentados outros dois, um de cada vez. Para os casos que demonstraram manejar os cinco cubos, eram acrescentados outros cinco, totalizando dez, observando-se os comportamentos demonstrados pela criança. A seguir era proposto edificação de uma ponte simples com três deles, ou seja, dois cubos ficam apoiados sobre a mesa com espaço entre eles que permita que um terceiro cubo se apoie sobre ambos. Após a demonstração essa era desmontada e a criança devia reproduzir a edificação com seus cubos. De acordo com Gesell (1996), espera-se variações de comportamento da criança em relação aos cubos segundo a idade, descritos na obra diagnóstico do desenvolvimento (1940).

Se a criança se desinteressasse pelos cubos antes do final da anamnese, esses eram retirados e a sineta colocada sobre a mesa sem emitir som para que a criança pudesse explorá-la. Gesell (1996), descreveu atividades esperadas para bebês nessa situação.

Cabe esclarecer que esses objetos viabilizaram não apenas a observação inicial das habilidades e comportamentos infantis como propiciaram as primeiras situações de interação entre os presentes na sala, incluindo o examinador.

Ao final, o examinador pedia a sineta para a criança, conduzindo a mesma e um dos acompanhantes para o espaço do exame físico otorrinolaringológico.

#### Exame físico otorrinolaringológico

Era solicitado para a criança e seu acompanhante, que se sentasse na cadeira de exame para realização do exame físico otorrinolaringológico, constituído por inspeção, otoscopia, rinoscopia anterior, oroscopia e palpação cervical. Era utilizado, para tanto, material adequado conforme procedimentos estabelecidos na prática otorrinolaringológica, bem descritos no tratado desta especialidade (Campos, Costa, 2002).

O examinador tomava posição em frente a criança, na sua altura e solicitava de modo compreensível que imitasse os movimentos de musculatura

orofacial como abrir e fechar a boca, afastando e não afastando os lábios durante a excursão da mandíbula, abrir a boca em excursão máxima da mandíbula, inflar as bochechas com lábios cerrados, fazer “bico”, sorrir e mandar beijo. Com a língua era proposto sua extrusão da boca e sua recolocação na cavidade oral, movimentação latero-lateral tocando rimas orais bilateralmente, com a ponta da língua se possível, extrusão da língua e o rebaixamento de sua ponta, bem como na mesma posição, sua elevação. Por fim, era proposto que a criança tocasse a ponta da língua no dente incisivo superior e a seguir, retraindo-a, no palato.

Ao término do exame físico otorrinolaringológico da criança, era dada continuidade as atividades propostas.

#### Pretexto lúdico: caixa com brinquedos passíveis de ações simbólicas

Após o acionamento da câmera para gravação, era apresentada a caixa de brinquedos interpretáveis e solicitado aos acompanhantes que não interferissem nas ações da criança, visto que o objetivo era a observação de jogo espontâneo que refletisse sua maturidade simbólica. Eventuais interferências eram restritas às demandas da criança sendo autorizada apenas de modo breve, quando essa solicitava ou convidava algum dos presentes a participar. Desta forma, eram observadas as habilidades da criança de selecionar brinquedos do mesmo tema, a maneira como eram explorados, se dentro de contexto ou não, se era capaz de organizar uma brincadeira com sequência temporal. A capacidade de associar brinquedo e estratégias utilizadas também eram avaliadas. Buscou-se interpretar a fase do desenvolvimento sensório-motor e dos comportamentos simbólicos da criança, apontando a fase do desenvolvimento cognitivo em que ela se encontra. Foram classificadas como não interpretáveis as ações da criança quando predominaram atividades do jogo motor descritas por Piaget (1964) como bater, girar, sacudir, esfregar, levar a boca, entre outras. Foram classificadas como interpretáveis atividades que já demonstravam indícios de jogo simbólico ou mesmo esquemas simbólicos estruturados como o uso convencional dos objetos. A representação de um determinado objeto passando-se por outro ou alguém dentro de contexto, como uma boneca que representava a mãe ou a própria criança, exemplificava atividade interpretável. Num segundo momento com os brinquedos já selecionados pela criança, era sugerido pelo examinador que os cuidadores

pudessem participar das atividades. Era observado como a criança se comportava, assim como a dinâmica entre os cuidadores e a criança, sem interferências do observador. Os aspectos interacionais foram também registrados nesse momento das observações. Após intervalo de 20 minutos ou quando, depois desse momento, as ações da criança se tornavam repetitivas, era convidada a guardar os brinquedos na caixa. Também as ações e a forma como a criança reagia a esta demanda, eram observadas.

Foi permitido aos acompanhantes ajudarem nesse momento, sendo suas ações observadas. A câmera foi desligada antes da apresentação de outros materiais.

#### Pretexto lúdico: bolas de vidro e garrafa

Uma garrafa plástica com uma bola de vidro pequena ao lado dela era colocada sobre a mesa, observando seus comportamentos em relação a esses objetos e as possíveis relações que a criança era capaz de estabelecer entre elas. Foi dada especial atenção as estratégias adotadas pela criança diante da situação dinâmica que se desenrolou segundo suas ações. Todas as vezes que a primeira bola era introduzida na garrafa e depois recuperada, era apresentada na sequência uma segunda bola. Se o paciente estivesse com uma bola em uma mão e a garrafa na outra, a segunda bola era rolada em sua direção, sobre a mesa a partir do examinador, de tal modo que o paciente precisasse formular rapidamente uma estratégia para conter a segunda bola. Caso não conseguisse pegá-la antes de cair no chão, uma segunda tentativa de rolar uma outra bola era realizada, após breve intervalo, permitindo à criança visualizar essa outra bola antes dessa iniciar seu movimento sobre a mesa em direção à criança. Nessa sequência, eram apresentadas até cinco bolas, rolando-as uma a uma sobre a mesa. Os comportamentos das crianças foram observados até que existissem pelo menos três bolas no interior da garrafa. Depois, o examinador orientou a criança de maneira verbal ou gestual, a esvaziar a garrafa deixando-a, então, ao lado ou devolvendo-a ao examinador.

#### Pretexto lúdico: bolas de borracha

O examinador podia lançar uma bola a partir de seu lado da mesa em direção à criança propondo à criança que fizesse o mesmo com uma das que

possuía, de modo a interagirem trocando as bolas. Se estabelecido o intercâmbio de bolas, o examinador passava a rolar simultaneamente duas bolas em direção a criança sendo observados seus comportamentos. Nos casos em que a criança não executasse ação recíproca era proposto de forma verbal pelo examinador que o fizesse. Novamente, estabelecido o intercambio sustentado desta ação, o examinador acrescentava uma terceira bola simultânea enquanto a criança enviava duas. Eram observadas suas estratégias para manejar a situação. Observados esses comportamentos eram recolhidas as bolas pequenas, restando apenas uma sobre a mesa.

#### Pretexto lúdico: caneca e bolas de borracha

Era então apresentada a caneca metálica mantendo a interação e observando as reações da criança e seus acompanhantes, bem como seus comentários, segundo as diferentes interações do mesmo objeto, bola pequena, sobre um recipiente com propriedades físicas diferentes.

Depois, sem deixar de interagir, era acrescentado ao conjunto a bola de borracha média, novamente observando a variedade de interações dos presentes, agora variando as propriedades físicas do objeto contido. Quando a criança demonstrava desinteresse pelo conjunto e após a observação de suas atitudes e aptidões, a caneca e as duas bolas eram retiradas.

A seguir a bola de borracha grande foi usada como pretexto para todas as crianças se deslocarem, permitindo análise de marcha, compreensão de ordens simples e estratégias para executá-las. Foi necessário utilizar o espaço da sala de espera, onde a medida linear é maior, para que a bola fosse lançada. Solicitava-se à criança, de forma compreensível, para que trouxesse a bola de volta ao examinador. Pedia-se aos acompanhantes que não interferissem nas ações da criança. A brincadeira era mantida até que os comportamentos se tornassem repetitivos.

Por fim, era realizada a devolutiva para os responsáveis onde se apresentavam as hipóteses diagnósticas formuladas, quando já era possível. Quando necessários, eram solicitados exames complementares e avaliações multidisciplinares específicas, explicando e esclarecendo as possíveis dúvidas.

Após a saída do paciente e seus acompanhantes da clínica, observações pertinentes eram detalhadamente registradas no prontuário anexando as cópias

dos exames trazidos. Após compilação das filmagens essas eram revistas para fins desta pesquisa.

#### **3.4. Análise de dados**

Os resultados foram organizados de maneira a explicitar o desenrolar da consulta conforme componentes e enquadre descritos e, através da descrição dos achados, discutir as possíveis interpretações das ações e a sequência das atividades. Para tanto, foram utilizados recortes de vários casos que, combinados, levantam aspectos relevantes para a análise da aplicabilidade da proposta.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas as avaliações foniátricas de 14 crianças com faixa etária entre 13 e 38 meses. Quando chegavam à clínica eram atendidos pela recepcionista que os identificava e solicitava que aguardassem na sala de espera.

Após preparação da sala de atendimento, o examinador dirigia-se à sala de espera e chamava a criança em voz alta, pelo nome. Caso a família não se apresentasse, o chamado era repetido a partir da porta que comunica a sala de espera para a área externa onde existe um parquinho de recreações anexo. Desde o chamado na sala de espera e a organização da família para entrada no consultório, foi observado como se dava a dinâmica e o deslocamento do paciente e seus acompanhantes, bem como o modo de acomodação na sala.

*Das crianças avaliadas apenas Ka14m, ainda não havia adquirido marcha na época do exame foniátrico e esta, quando chamada, estava no colo da mãe. Algumas crianças estavam entretidas com objetos e brinquedos no chão ou nas cadeiras da sala de espera. Outras brincavam no parque infantil sob supervisão dos pais. Ali, frequentemente os acompanhantes estavam entretidos em eletrônicos. He30m e Tha37m, que já sabiam andar, embora estivessem no parque estavam entretidas em eletrônicos de seus pais.*

*As crianças eram trazidas no colo do responsável ou vinham andando com mão dada com eles. He33m e Tha37m entraram sozinhos seguido por seus responsáveis. Pe25m fugiu da sala e foi trazido novamente pela mãe.*

*O procedimento de convocação do paciente até a entrada na sala variou de 1 a 4 minutos dependendo de questões com a criança, mas também com os pais.*

As **observações não dirigidas, antes do início da consulta**, podem subsidiar a análise de como os pais entretêm seus filhos em uma situação de espera, interagindo com eles ou deixando-os reconhecer e explorar o ambiente, novo em alguns casos. Foi possível perceber se, e como, ocorre a inclusão e a utilização de eletrônicos tanto para a criança como seus acompanhantes. Múltiplas formas de organização familiar no tocante ao cuidado com a criança e a posição assumida por ela foram esclarecidas de modo que o examinador buscou, ainda no trajeto, dirigir-se mais aos pais ou a própria criança, notando como os pais se colocavam diante desta abordagem.

Os autores psicanalistas (Winnicott, 1941), consideram que a observação não dirigida nesses momentos iniciais propicia elementos determinantes na sequência de acontecimentos na consulta, levando a uma avaliação mais abrangente da criança no contexto familiar como apontado por Pérez (1995) e Hage (2003).

Uma vez na sala entra também o examinador. Ali, sem brinquedos a vista, encontraram as cadeiras e a mesa com a espátula de metal sobre ela. Foram convidados a se acomodar sem outras instruções. Nessa situação, foi possível perceber na dinâmica da criança e seus acompanhantes, a postura comunicativa dos pais em relação a ela, conforme a liderança das ações distribuídas.

*Alguns pais optaram por posicionar seus filhos no colo. Desses, poucas crianças permaneceram ali para explorar a espátula. Algumas crianças optaram por ficar em pé ao lado da mesa ou se sentaram sozinhas na cadeira ao lado do responsável. Poucas crianças permaneceram em movimento pela sala. Em alguns casos, ao perceberem que a espátula era um objeto passível de exploração, passaram a manipulá-la, estando em pé diante da mesa. Pe25m ajoelhou-se sobre a cadeira ao lado do responsável para explorar a espátula. Tho26m não se acomodou e permaneceu andando pela sala. Este não se interessou por nenhum objeto e não explorou a espátula mesmo tendo o examinador apresentado o objeto de forma ativa, mas sem associá-lo a outros objetos e contextos. Nos casos de*

*He30m e Tha37m foi necessário que o examinador solicitasse aos pais o desligamento de dispositivos eletrônicos que serviriam como artifícios proposto por eles para o entretenimento da criança durante a anamnese. Um estava no colo do pai e outro em pé ao lado da mãe. Foi notada em ambos os casos a alteração de comportamento das crianças que estavam alheias ao ambiente e passaram a protestar por seus eletrônicos. Uma vez desligados, os contatos interacionais como reconhecimento do ambiente, troca de olhares e saudações, foram estabelecidos. A espátula foi, então, percebida sem a necessidade de intervenção do examinador e as ações exploratórias foram iniciadas. Cabe ainda observar a atitude desses pais em relação a regulação de eletrônicos por seus filhos. O acompanhante de He30m simplesmente retirou. O de Tha37m, explicou a seu filho que o examinador não permitiria eletrônicos para essa finalidade na consulta.*

Essas observações puderam balizar a condução da consulta, ajudando a modular o discurso da anamnese de forma coerente com as ações demonstradas. Isso possibilitou a interpretação de comportamentos da criança. Esses comportamentos podem ser resultantes do manejo dos pais, primeiros e principais interlocutores da criança nessa idade, em resposta a comportamentos apresentados pela criança. Frequentemente a compreensão e interação desses dois fatores geram um melhor entendimento do quadro clínico apresentado. Corrêa e Vorcaro (2014), retomando os apontamentos de Winnicott (1941/1978), ponderam essa modulação durante a entrevista. Moreira e Esteves (2012), reforçam esse aspecto do enquadre e fazem considerações quanto a postura do examinador.

Tanto a entrada no consultório, quanto o posicionamento dos participantes, os comportamentos das crianças e seus responsáveis já fornecem indícios do funcionamento familiar em relação a limites, proteção, angústias que podem estar implícitas nesses momentos iniciais. Essa atenção pode ser um

diferencial, pois o foniatra já está atento a dinâmica do grupo antes mesmo do início da consulta.

Enquanto a **anamnese semiaberta** era iniciada, a espátula se encontrava em cima da mesa, ao alcance da criança. A presença da espátula e outros objetos assim dispostos, visou a observação de suas ações, as reações maternas e dos acompanhantes. O objetivo foi propiciar situação de **explicitação do manejo dos cuidadores** diante de ações de exploração da criança.

*Interessante notar as variações em cada consulta, revelando a dinâmica dos participantes. Em quase todas, os acompanhantes questionaram o examinador se as crianças poderiam pegar a espátula para brincar. Em geral, após essa permissão as crianças puderam manipulá-la. Em algum momento deixavam cair ou jogavam-na no chão. A forma como a recuperavam variou desde o apontar, como a requisição verbal para que o cuidador a pegasse até a descida do colo para buscar. Em dois casos as crianças foram ao chão recuperar a espátula; Me13m a partir do colo da mãe e Pe25m que estava ajoelhado na cadeira. Nos outros casos a mãe ou algum cuidador recuperou a espátula do chão devolvendo a espátula à criança. Houve uma situação apenas em que a criança foi repreendida pela mãe por bater na mesa com a espátula. Ocorrendo raramente, essa ação também se mostrou uma situação interessante para observar as relações da díade. Alguns pais, no final do período de exploração da espátula se mostraram preocupados quando seus filhos manifestavam intenção de arremessar no chão ou bater a espátula na mesa, ainda que essas ações fossem inofensivas e mesmo esperadas. Mesmo demonstrando sinais de desinteresse pela espátula, em seis casos houve resistência por parte da criança para entregá-la ao examinador quando sugerida a troca direta do objeto pelos três cubos de madeira.*

A inclusão dessa situação estabelecida com objetos a disposição para a exploração da criança, sugerida por Winnicott (1941/1978), propiciou observações de comportamentos da criança e seus acompanhantes e puderam modular a inserção do examinador nessa atividade paralela a anamnese. A disputa pela espátula e a negociação do que poderia ser feito com ela serviu, muitas vezes, de pretexto para expressões e questionamentos por parte da família com relação ao comportamento da criança, não necessariamente questionadas durante a anamnese. Fica explícita a necessidade da flexibilidade do clínico quanto a necessidade de intercalar a interação com os pais e, ao mesmo tempo, iniciar o estabelecimento de uma relação com a criança.

Ao longo das avaliações das quatorze crianças, foi possível observar que, a cada consulta, as variações individuais ficaram evidentes, mas a manutenção de uma situação estabelecida propiciou a comparação entre as crianças, o estilo de interação dos pais e, algumas vezes, comportamentos que explicitavam sintomas em crianças com fragilidade interacional. Moreira e Esteves (2012), buscando as complacências do enquadre, atribuem ao profissional o papel de preservá-lo utilizando para isso os recursos necessários. Hage (2003), evidenciou que, quanto mais contextualizadas as interações se mostrarem, maior fidedignidade será atribuída aos comportamentos observáveis.

Durante a anamnese quando as crianças se desfaziam da espátula ela era guardada e eram apresentados os cubos, um a um, para observação das explorações.

*A exploração foi realizada por treze das quatorze crianças. Tho26m o mesmo que não havia dado atenção à espátula metálica, não demonstrou interesse aos cubos, mesmo quando apresentados pelo examinador de forma ativa. Mãe e pai presentes no atendimento pouco interferiram nas interações buscadas pelo examinador em relação a criança, assumindo postura quase de observadores em relação aos comportamentos desempenhados pelo filho. Convidados a participar, assumiram em mais de um*

*momento, postura resignada a condição demonstrada pelo filho.*

*Variações na forma de preensão em pinça foram notadas nas outras crianças, sendo que das crianças que não executaram a pinça entre polegar e indicador, An22m e He33m adaptaram-na usando o polegar e o dedo médio.*

*Tha37m usou preensão palmar não executando a pinça digital. Em28m e Da30m utilizaram de forma consistente o apoio em três dedos (indicador e médio opostos ao polegar) para manipular os cubos.*

*Na maioria dos casos foi possível acrescentar outros cinco totalizando dez cubos quando a criança pedia e demonstrava conseguir manejá-los.*

*An22m, Jo29m, He30m, Jo31m e En32m foram capazes de empilhar os dez cubos. He33m empilhou apenas oito antes que a edificação colapsasse, mesmo com a ajuda do acompanhante. Sem ajuda, três crianças erigiram torres com mais de cinco cubos, sendo Da30m até o sétimo cubo e Pe25m e Tha37m até o sexto. Das crianças que receberam apenas os cinco primeiros cubos, Al20m foi capaz de empilhá-los com muita ajuda da responsável. Me13m, Ka14m e Em38m não foram capazes de empilhar três cubos.*

*An22m, Jo29m, He30m, Jo31m, En32m e He33m foram capazes de edificar a ponte.*

*Com exceção daTho26m que não se interessou pelos cubos e de Ka14m que também não havia empilhado cubos mesmo com ajuda da mãe, as demais crianças enfileiraram seus cubos sobre a mesa em algum momento.*

Segundo Gesell (1996), o surgimento da pinça digital entre polegar e indicador é esperado por volta da quadragésima oitava semana de vida, com

pequenas variações. Trata-se de um marco bem estabelecido também por outras escalas de desenvolvimento como as propostas por Lefèvre (1976), Lennon et al. (2016) e Frankenburg et al. (1992). Variações desse comportamento são esperados dentro de certos limites. Sendo a idade do paciente mais novo avaliado nesse estudo maior que 60 semanas, era de se esperar que todos já demonstrassem a habilidade de executar a pinça digital, o que não se confirmou nas observações. A forma como a criança segurava os cubos e os manjava foi observada como sugerido por Gesell (1996). Tais achados nas crianças avaliadas, associados a outras condições individuais evidenciadas na anamnese, colaboraram e mesmo sustentaram hipóteses de etiologia neurológica. Essa atividade disposta de maneira rudimentar, busca minimizar outras variáveis que poderiam interferir, evidenciando o ato motor. Procura-se assim, ainda no início da consulta, expor alterações no comportamento motor infantil, mesmo ao olhar dos menos habituados a observá-los. Em alguns casos esses apontamentos foram esclarecedores para os pais no momento das devolutivas e dos encaminhamentos devidos.

*Ainda que originalmente o examinador não tenha buscado nessa atividade observar outros aspectos que não os propostos pelas escalas de desenvolvimento, vale relatar que os cubos despertaram maior atenção da criança do que dos acompanhantes durante todo o período de exploração, quando comparado com a apresentação da espátula. Desta forma foi mais difícil notar, mesmo para o examinador envolvido na anamnese, quando as crianças se desinteressavam pelos cubos. As crianças evidenciaram seu desinteresse pelos cubos chamando atenção dos presentes não edificando mais as torres, derrubando-as ou mesmo arremessando-os.*

*Em outro caso a mãe buscou interagir com o filho através das figuras que existiam nas faces do cubo, sendo essa interação responsável por alongar o período de permanência na atividade exploratória, extrapolando as propriedades exclusivamente físicas dos cubos. Apesar*

*disso, a criança não sustentou espontaneamente a atividade de enunciar as figuras impressas no cubo, proposta pela mãe. Terminada a variedade de figuras nos diversos cubos, desinteressou-se e buscou outros distrativos na sala.*

Tais observações podem retratar o funcionamento dinâmico do enquadre. Como apontado por Moreira e Esteves (2012), o ambiente físico embora contribua sensibilizando as observações especialmente de crianças, pode ser manipulado de forma a se tornar tão favorável quanto necessário pelo examinador. Ao manter a atenção flutuante (Freud, 1996/1914), o examinador favorece as dinâmicas espontâneas com os benefícios evidenciados por Hage (2003), ao mesmo tempo que preserva o enquadre. No caso da mãe que passou a interagir com o filho pelas gravuras impressas nos cubos, permitiu ao examinador ainda na anamnese, observar a postura do adulto no diálogo cotidiano daquela criança, ajudando-o em outros momentos, modular a forma de falar com a criança, como apontado por Hage (2003).

Em geral a anamnese era concluída no período de exploração dos cubos. Quando ainda não havia sido concluída a anamnese e a criança se desinteressava por essas atividades, ou ainda se tornava destrutiva, esses eram removidos e trocados por uma sineta. Nesses casos a troca pelo novo objeto despertava a curiosidade infantil iniciando novo período exploratório, ainda que mais breve que os anteriores.

O período de exploração da sineta, foi utilizado na maioria dos casos, para os acompanhantes falarem sobre suas impressões sobre a criança em diferentes contextos diários. Foram convidados a expor suas demandas eventualmente esquecidas e tecerem comentários que achassem pertinentes.

*Duas crianças não executaram ações com a sineta, deixando-a sobre a mesa. Tho26m que não havia se interessado pela espátula nem pelos cubos, permaneceu alheio a sua existência mesmo após o examinador agitá-la no ar dentro do campo de visão da criança em momento oportuno. Tha37m não a explorou, demonstrando seu*

*protesto em relação a retirada dos cubos, pois os estava arremessando contra a parede.*

*Colocada sobre a mesa, as crianças observaram rapidamente a sineta sem movê-la. Logo a seguir tomavam-na em uma das mãos. A forma como realizavam a aproximação levou dez das quatorze crianças, a derrubar a sineta que produziu, assim, seu som característico.*

A sineta foi o objeto que as crianças realizaram sua exploração desempenhando os comportamentos mais aproximados aos descritos por Gesell e Amatruda (1945), como objeto de triagem. A maneira de se aproximar da sineta derrubando-a, pode ilustrar a dificuldade de percepção do centro de gravidade do instrumento, assimétrico, como descrito por esses mesmos autores.

A sineta escolhida para esse enquadre, possuía base relativamente estreita em relação a sua altura na tentativa de sensibilizar observações motoras finas, em crianças além das idades descritas por Gesell e Amatruda (1996). No entanto, talvez a intempestividade infantil em agarrar a sineta tenha contribuído para as observações demonstradas.

*Me13m, Ka14m e Al20m, recuperando a sineta levaram-na a boca. Experimentaram tanto a base metálica como o cabo de madeira manipulando-a com ambas as mãos, alternando a sineta entre elas. Todas as crianças que tomaram a sineta, em certo momento segurando-a pelo cabo, passaram a explorar a parte côncava metálica onde se encontra o badalo preso por uma corrente. Me13m, Ka14m, Al20m, An22m, Pe25m, Jo29m, Jo31m, He33m e Em38m utilizaram o dedo indicador para tal ação. As demais utilizaram mais de um dedo sendo, além dele, o médio e o anular os eleitos. Não obtendo desta maneira o som anteriormente produzido pela queda desse objeto, Ka14m, Al20m e He33m jogaram intencionalmente a sineta no chão. Entre todas, tomando-a pelo cabo Me13m,*

*Ka14m, Al20m e Em38m em preensão palmar e as outras utilizando adequadamente a pinça, passaram a agitá-la no ar fazendo soar como o esperado, voltando a seguir a investigar digitalmente o badalo na cavidade antes de novamente fazer barulho com ela. Por fim, todas se desfizeram da sineta. En32m jogou-a no chão. Nos demais casos, após a solicitação do examinador, Da30m e He30m colocaram a sineta deitada sobre a mesa e as demais o fizeram, verticalmente.*

Os comportamentos esperados pela apresentação da sineta como objeto de triagem descritos por Gesell e Amatruda (1945), contemplam a totalidade de suas variações antes dos 18 meses. Por esse motivo nos casos avaliados, optou-se por valorizar os dados obtidos a partir desta situação, apenas correlacionados aos comportamentos evidenciados na observação dos demais objetos apresentados nos diferentes momentos de anamneses.

*Vale notar que a sineta foi utilizada como forma de chamar atenção para si durante a anamneses por An22m, Jo29m e Jo31m, através do som que produz. Tal comportamento foi confirmado em mais de uma situação quando, interrompendo o diálogo com os acompanhantes, ao dar atenção para a criança por olhar ou sorriso dos presentes, produzia a satisfação da demanda infantil demonstrada pela interrupção da produção do som da sineta. Mantendo atenção flutuante, o examinador procurou, sem deixar de acolher a demanda infantil, escutar o relato dos acompanhantes notando também seus comportamentos em relação ao contexto.*

Gesell e Amatruda (1945), evidenciaram manifestações comportamentais no campo pessoal-social, além das observações motoras. Nos casos avaliados, nem todas as crianças demonstraram esse comportamento de maneira consistente. A deficiência da audição de algumas delas, ainda em investigação

no momento da avaliação, pode ter sido um fator a ser considerado para explicar o fato.

Vale destacar as possibilidades proporcionadas pelo enquadre como apontadas por Moreira e Esteves (2012). Desta vez convidando a criança a expressar-se em contexto alheio a este propósito, como dentro do período de anamneses em um consultório. Os três casos que fizeram uso da sineta para essa finalidade durante a consulta correspondiam a crianças com queixa de atraso de fala e que depois tiveram seus diagnósticos auditivos normais confirmados. A sineta nesse contexto pode, talvez, ter sido o meio utilizado para dar voz a criança durante os relatos dos pais que falavam sobre elas. Coube aos presentes modular o espaço segundo seus objetivos e conveniência.

Terminada a anamnese, que em geral teve duração de 30 a 40 minutos, a criança era convidada ao **exame físico otorrinolaringológico**. Esse momento é indispensável para a investigação médica. A situação de exame de crianças pequenas, por não ser bem compreendida por elas, frequentemente envolve desafios em sua execução. Mesmo na circunstância da avaliação foniátrica, o contexto lúdico deste momento pode se tornar limitado e não deve impedir sua execução. Por outro lado, subsidiada pela atenção flutuante, pode ilustrar a dinâmica criança/cuidador frente as situações de contrariedades que extrapolam os limites do consultório.

O exame físico inicia-se pela inspeção que pode revelar alterações evidentes antes mesmo dos procedimentos.

*Pe25m foi trazido para diagnóstico audiológico em investigação de transtorno do espectro autista. Apresentava à inspeção, discreta assimetria de crânio e face mais evidente a direita, com ptose e fissura palpebral discretamente alterada. Nariz antevetido, lábio superior fino quase imperceptível quando com a boca fechada, e apagamento do filtro labial.*

As alterações no segmento cefálico de Pe25m chamaram a atenção do examinador em especial quando associado a história gestacional trazida pela

mãe. Relatou ter descoberto a gestação quando, por dor em baixo ventre, buscou atendimento de urgência. Por não saber que estava gestante e pelo momento de vida que passava, relatou “abuso de álcool diariamente durante os dois anos anteriores ao nascimento de seu segundo filho” inclusive durante a gestação. Inicialmente, o que parecia uma assimetria de crânio, associado a paralisia facial revelou ser alguns dos sinais que levaram ao diagnóstico sindrômico deste paciente.

As alterações encontradas no exame físico, mesmo sutis quando notadas à inspeção, podem direcionar o olhar do clínico para diagnósticos sindrômicos, principalmente se coerentes com dados obtidos na anamnese. A partir desse diagnóstico é possível otimizar condutas segundo o melhor entendimento do quadro clínico e prognóstico.

*À otoscopia de Me13m, foi observada malformação de pavilhão aural unilateral com imperfuração de meato acústico externo. Na orelha contralateral apresentou conduto auditivo estenótico, permitindo visualização parcial da membrana timpânica que se apresentava sem brilho.*

No caso de Me13m que apresentava alterações anatômicas na orelha, além da investigação audiológica, foram solicitados exames de imagem para elucidação diagnóstica.

*Procedeu-se a rinoscopia anterior com boa técnica de iluminação e exposição, utilizando-se espéculo nasal infantil e fotóforo que evidenciaram alterações sugestivas de rinite na maioria dos casos. Três crianças apresentavam alterações sugestivas de sinusopatias agudas. Me13m apresentava desvio de septo nasal.*

A rinoscopia anterior traz desafios técnicos semelhantes, embora pareça ser melhor tolerado tanto pela criança como por seus pais. Deve ser realizada de maneira satisfatória abrangendo os quesitos necessários para a

fundamentação do diagnóstico médico. A partir desses achados será possível ao examinador apontar possíveis etiologias comórbidas com distúrbios de linguagem. Entre elas podemos citar rinopatias, os distúrbios do sono, entre outras e tratá-las.

*À oroscopia revelou que Me13m apresentava fissura labiopalatina classificada como pós forame incompleta, segundo Spina et al. (1972). Em Ka14m, Al20m, Pe25m, Da30m, He30m, Tha37m e Em38m, foi identificado hipertrofia de tonsilas palatinas. A avaliação de dentes e mucosa oral não revelou alteração nas crianças avaliadas. A colaboração dos acompanhantes foi determinante para a finalização do exame.*

Algumas alterações evidenciadas na oroscopia podem demandar tratamento clínico ou mesmo programação de procedimento cirúrgico em curto prazo. A presença de fissura palatina leva o paciente a acompanhamentos e intervenções em tempos específicos que possibilitará reabilitação adequada. Podemos esperar também alterações foniátricas, alguma delas bem descritas por Guerra (2019). Mesmo alterações como hipertrofia de tonsilas palatinas, pode determinar quadros de apneia e hipotonia em musculatura orofacial. Nesses casos, a condução clínica do diagnóstico não deve ser prejudicada, mas deve ser contextualizada para a família e para a equipe de reabilitação que considerará as possíveis condutas dentro de suas práticas. Os procedimentos cirúrgicos nesse contexto devem ser criteriosamente indicados. Após sua realização é necessária a reavaliação por toda a equipe que frequentemente, adequará suas práticas. A família deve ser orientada e contextualizada quanto a essa dinâmica.

*A inspeção e palpação cervical de todos os níveis pode ser realizada sem grandes intercorrências em todas as crianças examinadas, dentro de uma proposta lúdica. Foram encontrados achados compatíveis com as outras alterações de exame físico relatadas individualmente,*

*sendo o mais frequente a observação de linfonodomegalias. Não foram encontradas alterações em glândulas salivares.*

O momento da inspeção e palpação cervical costuma transcorrer sem grandes desconfortos para o paciente, especialmente se apresentadas de maneira lúdica para essa faixa etária. Tanto os pacientes como os pais costumam cooperar com sua realização que não deve ser negligenciada.

*Por fim, o exame físico encerra-se com a tentativa que a criança imite a posições de face proposta pelo examinador. Tho26m não interagiu. Os demais sorriram. Executaram a extrusão e recolocação da língua na cavidade oral, seu rebaixamento estruída e sua movimentação latero-lateral de maneira imprecisa. Jo31m e He33m também foram capazes de realizar, além daquelas propostas, as posições de elevar a língua estruída e tocar com a ponta da língua no dente incisivo superior e no palato. Apenas Me13m, Tha37m e Em38m não foram hábeis em movimentos de abertura e fechamento de boca com lábios abertos ou fechados, inflar as bochechas, fazer bico e mandar beijo.*

A imitação dos movimentos orofaciais e de língua são parte importante dentro do exame foniátrico uma vez que são pré requisitos para a expressão orofacial e produção da fala, segundo aponta Rodrigues (1989). Sua realização no momento do exame físico otorrinolaringológico mostrou ser conveniente favorecendo a cooperação da criança quando proposta de forma lúdica. Além disso, a possibilidade de imitação de movimentos de face – não visíveis no próprio corpo - está diretamente relacionado a habilidades simbólicas e interacionais (Novaes, Ficker 2014). Sendo proposto de forma lúdica, serviu também para identificação de maturidade simbólica em conjunto com as observações do jogo espontâneo, atividade que aconteceu logo após o exame físico.

*Durante o exame físico de A120m, foi notado que havia necessidade de trocar a fralda da paciente e foi solicitado pelo examinador que fosse realizada. A avó preocupada em não interromper a consulta, não queria fazer. Após a troca a criança voltou a sala demonstrando comportamento diferente, andando pelo consultório, brincando com a caixa apresentada, locomovendo-se e interagindo mais com o examinador e com a própria avó.*

A mudança de atitude da criança após a troca de fralda pode ilustrar o quanto a criança pode variar seu humor durante a consulta por motivo relativamente simples. Esses devem ser observados para garantir a fidedignidade da avaliação e refletir o comportamento habitual da criança. Levar em conta o tempo da criança, algum desconforto, cansaço, sono ou fome podem desencadear comportamentos não usuais, levando a interpretações equivocadas.

Os achados de exame físico, já associados aos dados obtidos na anamnese, podem permitir a formulação de diagnósticos nosológicos e etiológicos. Condutas distintas podem ser estabelecidas entre crianças que apresentam um mesmo sintoma como por exemplo, obstrução de vias aéreas superiores. Segundo a etiologia o sintoma poderá ser abordado clinicamente com medicação adequada e reavaliação, enquanto alterações anátomo estruturais poderão envolver também cirurgias em seu tratamento. Ambas podem evidenciar alterações de orelha média também com desfechos distintos. Podem ainda estar mais propensas a apneias, afetando sua imunidade e desenvolvimento pondero estatual e intelectual (Campos, Costa, 2002).

A apresentação de maneira amistosa com a participação dos pais no exame físico, levando-os a compreender e contribuir com ele, determinará a colaboração da criança que permitirá realizá-lo docilmente.

Após o exame físico, de volta a mesa, foi oferecida à criança a caixa de brinquedos que pudessem desencadear ações simbólicas, conforme proposto por Novaes e Ficker (2014). O período desta atividade variou de 21 a 34 minutos segundo as ações da criança. A apresentação da caixa de brinquedos permitiu

contextualizar as observações das ações infantis, evidenciando ainda aspectos interacionais.

*Acionada a câmera de vídeo observou-se as explorações dos objetos pelas crianças. En32m e Pe25m atrasaram suas ações, olhando constantemente para a câmera enquanto o examinador ajustava-a no tripé. Depois a câmera deixava de ter a atenção da criança.*

O acionamento da câmera de vídeo especificamente para essa atividade foi autorizado por todos os participantes. En32m e Pe25m que se mostraram inicialmente inibidos. Ao perceberem que a atividade proposta não envolvia diretamente o dispositivo eletrônico, passaram a dar atenção novamente aos presentes. Somente após o examinador chamar atenção para a caixa, sacudindo-a, passaram a explorar os brinquedos.

*Embora translúcida, a caixa não era transparente, impedindo a visualização de seu conteúdo. Ao recebê-la sobre a mesa as crianças pareciam não entender a proposta de brincar. Tanto examinador como os acompanhantes e responsáveis, precisaram auxiliá-las removendo a tampa e inclinando a caixa para dar acesso ao seu conteúdo. Mesmo assim elas ficavam com visão apenas parcial do interior da caixa. Após a observação dos objetos ali contidos, Tho26m foi o único que não se interessou por eles. As crianças iniciaram suas explorações retirando os brinquedos, um a um e manipulando-os. Para Al20m, An22m, Tho26m, Jo31m, En32m e Tha37m, propor-se a adequação da posição executando a “virada da caixa” em cima da mesa removendo-a a seguir do espaço de exploração. Com isso, essas crianças interromperam suas ações, executando a seguir, atividades não interpretáveis com os novos objetos.*

*Para Da30m, Me13m, Ka14m e He33m a caixa foi apresentada no chão, aberta, favorecendo o acesso ao conteúdo.*

A apresentação da caixa sobre a mesa invariavelmente dava acesso parcial ao seu conteúdo o que atrapalhou o brincar, objetivo desta atividade. Embora possibilitasse a observação das estratégias que a criança utilizava para acessar os brinquedos, essa não era a intenção da atividade e fazia com que as crianças tivessem suas escolhas limitadas. A apresentação da caixa aberta no chão, demonstrou ser a forma de garantir autonomia para a criança sobre suas ações exploratórias desde o início desta atividade. Alcançando o conteúdo e disponibilizando espaço mais amplo para a exploração, foram observadas as habilidades de cada criança.

*Duas crianças, Al20m e Tha37m que estavam livres para andar pela sala e brincar no espaço que quisessem, optaram por brincar sentados no colo do responsável. Pe25m, Jo29m e An22m, após escolher seus brinquedos, sentaram-se na cadeira e brincaram sobre a mesa. Os demais pacientes brincaram no chão, mesmo tendo recebido a caixa sobre a mesa. He30m, por exemplo, sentou-se sozinho na cadeira e organizou seus brinquedos individualmente, explorando-os com esquemas sensório-motores.*

Tais observações permitiram inferir que independentemente de onde a caixa tenha sido apresentada, a criança escolhe onde brincar, desde que seja dada a ela a oportunidade e o espaço para tal, quando essa já é capaz. A apresentação da caixa no chão, que permitiu melhor visualização e independência da criança, mesmo nas menores, mostrou-se a forma mais adequada para iniciar esta atividade. Assim foi possível observar as ações infantis de maneira próxima ao natural da criança, desejável como citado por Hage (2003), sendo isso propiciado pela elasticidade do enquadre já apontado por Moreira e Esteves (2012). Os pais confirmaram, quando questionados

diretamente, que a brincadeira demonstrada pela criança retrata o observado em outras situações cotidianas.

*Iniciadas as explorações quase todas as crianças utilizaram algum esquema não interpretável sendo os mais frequentes pegar, sacudir, manipular, observar detalhes de modo visual e tátil, bater, esfregar, largar, encaixar e desencaixar blocos (que foi a ação mais frequente entre todas – desencaixar blocos que estavam agrupados), jogar, abrir e fechar a tampa das panelas, fazer o carrinho andar, fazer rodar as rodas do carrinho, entre outras.*

*An22m, Jo29m, Jo31m, En32m, He33m encadearam brincadeiras após curto período de reconhecimento dos brinquedos. Deles, Jo29m, En32m, He33m, retiraram objetos da caixa respeitando os conjuntos aos quais pertenciam, por exemplo, boneco, banheira e cama, encadeando a seguir, brincadeira de dar banho e pôr para dormir, de forma estruturada.*

Desde as primeiras escolhas dos objetos na caixa já foi possível perceber quais crianças buscavam encadear brincadeiras e quais não. A exploração com atividades não-interpretáveis é comum em todas as crianças em especial para objetos não conhecidos. Conforme sugerido por Novaes e Ficker (2014), o conjunto de brinquedos deve conter materiais passíveis de interpretação, e vai depender da etapa do desenvolvimento da criança, manipulá-los simbolicamente ou apenas com ações sensório-motoras não interpretáveis.

*Ka14m, masculino, demonstrou conhecer os esquemas motores como pegar, largar, esfregar e jogar os objetos da caixa. Também relacionou objetos colocando uns dentro dos outros como carrinhos na panela, fechando a tampa e sacudindo, explicitando ainda ações não simbólicas.*

O comportamento demonstrado por Ka14m ilustra o frequentemente encontrado em uma criança ao final da fase IV do período sensório motor. Para ele, os objetos são explorados de acordo com suas possibilidades concretas, sem encandear espontaneamente brincadeiras simbólicas. Fica evidente apenas a noção de continente conteúdo, sem introdução ao jogo simbólico.

*Me13m, feminino, trocou o sino com o qual estava se divertindo e iniciou a exploração da caixa de brinquedo usando a panela para fazer comida. Usando a colher, experimentou e começou a comer o que tinha preparado. No entanto não dividiu seu brincar com nenhum dos presentes, mesmo quando solicitado.*

Apresentada a caixa de brinquedo, esta paciente prontamente se interessou por eles. Além da exploração sensório motora, demonstrou utilizar os objetos de forma coerente com sua função, mas ainda com esquemas isolados. Não foi capaz de encadear brincadeira, nem a compartilhar com os presentes. Segundo Piaget essas características podem ser encontradas em crianças em final de fase IV e início da fase V.

*A120m, feminino, recebeu a caixa na mesa e passou a explorá-la estando no colo da avó. Mostrando todos os brinquedos para a avó, utilizou vários esquemas não interpretáveis e associou alguns objetos como continente conteúdo.*

O número inicialmente grande de brinquedos e sua diversidade, desorganizou muitas crianças e não ajudou nas observações. A partir dessa análise alguns itens foram retirados, tornando mais clara a identificação do conteúdo da caixa, o que propiciou a exploração do conjunto. Favorecemos assim a variação de esquemas em um mesmo brinquedo, ajudando a criança a demonstrar suas habilidades.

*Da30m, trazido para avaliação por queixa de não falar, abriu e fechou a caixa de maneira organizada retirando apenas brinquedos pertinentes para um contexto específico de brincadeira. Entretanto usou apenas esquemas sensório-motores como bater, rolar o copo, sacudir a panela fechada com os talheres dentro. Depois brincou de dar comida apenas para si.*

Da30m retira os objetos da caixa já demonstrando intenção de estruturar uma brincadeira. Entretanto utiliza-se apenas de esquemas sensório motores em suas ações. Embora os objetos escolhidos pudessem sugerir, em contexto lúdico, a convocação de alguém para interação, o paciente não demonstrou essa iniciativa, permanecendo sozinho em seu brincar. Na idade deste paciente seria esperado que já houvesse essa convocação dentro do jogo simbólico. Apesar de apresentar esquemas simbólicos isolados, esse são aplicados somente em direção a si mesmo – fingir que come com a colher, indicando estar no começo de fase V como Me13m, apesar de já ter 30 meses.

Dados da anamnese revelaram que esse paciente havia recebido diagnóstico de encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE). Prematuro extremo (24sem 6/7), extremo baixo peso (675g), apresentou anóxia e hemorragia intracraniana grau IV. Estava em reabilitação motora e psicológica. Foi referida retinopatia do recém-nascido, em acompanhamento oftalmológico. Falhou na triagem auditiva neonatal, mas teve seu primeiro diagnóstico audiológico realizada aos 24 meses, quando recebeu aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI), fazendo uso efetivo desde então. Na idade cronológica, iniciou balbúcio aos 12 meses (idade corrigida 8 meses) e as primeiras sílabas aos 25 meses apresentando sua expressão oral dessa forma até o presente. As múltiplas adversidades relatadas podem justificar o atraso no processo de aquisição de linguagem com possíveis comprometimentos posteriores. Conforme apontado por Novaes e Mendes (2011), não é esperado que crianças sejam capazes de enunciar frases antes de conseguirem encadear brincadeiras.

Os comportamentos esperados para crianças no período sensório-motor estão bem estabelecidos nos trabalhos de Piaget (1987). Novaes e Ficker

(2014), trazem para a prática clínica uma forma organizada de observação, dentro de um enquadre complacente, comportando as necessidades da clínica foniátrica. No início do desenvolvimento onde a fala não está estabelecida, a observação da forma que a criança brinca poderá predizer a boa evolução da fala dentro de um contexto mais amplo de aquisição da linguagem (Novaes et al. 2012). Assim, as observações estruturadas buscando identificar a fase do período sensório-motor que o paciente se encontra, associado a idade cronológica e a maturação do sistema nervoso central, evidenciadas pelos comportamentos apresentados pela criança, podem auxiliar no diagnóstico, caso atrasos ou distúrbios na aquisição da fala se evidenciem no período.

Os pacientes Ka14m, Me13m, Al20m e Da30m encontram-se em fase IV, compatível com a idade cronológica apenas de Me13m e Ka14m. Embora cada um deles tivesse fatores de risco, com etiologias e diagnósticos diferentes, nenhum deles falava. Me13m procurou avaliação para investigação de deficiência auditiva dentro do contexto de seu quadro de fissura palatina. Ka14m, também encaminhado por não falar, relatou na anamnese, prematuridade e hipóxia perinatal. Al20m, encaminhada para avaliação auditiva, além dos fatores de risco do paciente anterior encontrava-se em acompanhamento do infectologista por sífilis e exposição intrauterina à citomegalovírus. Da30m, prematuro extremo procurou atendimento por atraso de fala. A avaliação do brincar desses pacientes permitiu contextualizar os diferentes motivos pelos quais nenhum deles falava. Com isso, apesar da mesma queixa, condutas e estratégias diferentes foram adotadas em seus processos de reabilitação.

*Tho26m e Em38m, não demonstraram nenhum tipo de atividade interpretável, apenas executando ações que produziam resultados que as interessavam. O mais novo era a criança que não realizara contato com o examinador até então na consulta. Em38m não estabeleceu contato visual com o examinador. Para eles apresentou-se a caixa sobre a mesa sendo para o mais velho já sem a tampa. Tho26m, não se interessou pela caixa de objetos interpretáveis.*

Como até esse momento da consulta, Tho26m não havia demonstrado buscar interação social, o examinador procurou identificar indicadores que estivessem contribuindo para esse comportamento, usando os pretextos da caixa. Nesse sentido os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (Kupfer et al., 2010) puderam balizar essa busca.

*A caixa com tampa, após ser sacudida fazendo barulho, foi colocada sobre a mesa. Tho26m desviando o olhar quis descer do colo do pai. Executada a virada da caixa, interessou-se pela tampa apesar dos brinquedos estarem sobre ela. Retirada a tampa, passou a explorar o prato, esfregando-o sobre a mesa, sendo esse o único esquema aplicado pelo paciente para exploração do objeto. Explorou diversos brinquedos, entre eles pratos e copos com talheres, esfregando-os e então deixava-os cair da mesa para o chão. Pegava outros objetos e os jogava no chão sem explorá-los. Repetiu esse esquema em todos os brinquedos que pegou. O examinador passou a realizar essa mesma ação com um carrinho sobre a mesa, entregando-o depois ao paciente. O paciente, então, virou o carrinho e passou a brincar, rodando as rodas. Voltando a tomar um prato, o examinador passou a esfregá-lo sobre a mesa. Tho26m, recebendo novamente outro prato, espelhou a ação do examinador. No entanto, quando o examinador propôs bater do prato sobre a mesa, o paciente desinteressou-se e passou a andar pelo consultório.*

Tho26m não compartilhou olhar nem atenção quando buscado pelo examinador, demonstrando consistentemente padrões atípicos de interação social. Os brinquedos que serviriam como pretexto para o encadeamento ou organização da brincadeira com a instauração da função semiótica, foram abordados isoladamente pelo paciente, utilizando esquemas puramente sensorio motores. Mesmo ajudado não variou o repertório de exploração, demonstrando padrões restritos e repetitivos de comportamento. Rizzolatti e

Craighero (2004) apontaram os mecanismos neurológicos da imitação fundamentais no desenvolvimento da linguagem, como já havia sido descrito por Piaget. Novaes e Ficker (2014) valorizando a imitação na aquisição de linguagem, propõe a avaliação desta habilidade precocemente. A imitação foi a estratégia utilizada para conseguir a atenção do paciente. Assim, ficou evidente a limitação e fragilidade das interações sociais estabelecidas, o que acabou contribuindo para sua imaturidade simbólica aos 30 meses.

*Foi colocado então um boneco pequeno no bolso da camisa que o paciente usava. Ele passou a emitir vogal sustentada (como em protesto) que foi repetido pelo examinador. Então, todos os sons que o paciente passou a emitir foram repetidos pelo examinador, chamando dessa forma, a atenção do paciente.*

*Quando o examinador passou a tossir, o paciente se aproximou e tomou-lhe a mão, ainda sem trocar olhar. O examinador passou, então, a brincar de abaixar e levantar a mão, enquanto fazia o “a” de “atchim” e só concluía a brincadeira quando o paciente fazia contato visual com ele. Assim, quando o paciente trocava olhar e executava o ato motor de abaixar e levantar a mão dele, o examinador mimetizava o som de tosse ou espirro, mantendo, ainda que por breves instantes, o olhar do paciente. Durante essa interação fugaz, o paciente emitiu apenas vogais sustentadas, não sílabas, já sem sua chupeta. Em outros momentos da avaliação, esse paciente buscou o examinador para reprodução desta ação sendo essa a interação possível.*

Quando provocado a interagir, desorganizou-se. Somente a partir da reprodução de sons fisiológicos foi possível estabelecer interação com o paciente. Embora não tenha sido aplicado de maneira formal por fugir ao propósito da avaliação em curso, o conhecimento dos indicadores de risco de

desenvolvimento infantil (IRDI) propostos por Kupfer e colaboradores foram investigados durante a anamnese e observados nas demais atividades. As informações assim organizadas, puderam contribuir para os encaminhamentos e indicações terapêuticas em discussões multiprofissionais.

*Quando Tho26m, por exemplo durante a consulta, queria seu biscoito que estava guardado na mala da mãe, parava ao lado da mala e puxava sua alça, olhando para a mala. A mãe, compreendendo, satisfazia a vontade da criança mesmo sem contato visual com ela.*

*No final dessa atividade foi proposto pelo examinador que o paciente ajudasse a guardar os brinquedos na caixa, mas olhando para o outro lado, o paciente não participou.*

O não dirigir o olhar era a estratégia consistentemente adotada pelo menor para, mesmo não interagindo, conseguir ter suas vontades satisfeitas. Foi entendida como forma de expressão, embora imprópria, uma vez que os pais demonstraram responder consistentemente, ainda que não o percebessem. Esse comportamento ficou evidente tanto pelos relatos trazidos do cotidiano, como pela forma de responderem as demandas do paciente durante a consulta. Além disso, desempenharam o papel de intérpretes dos desejos da criança para o examinador durante a consulta. A compreensão do paciente para, pelo menos ordens simples, pôde ser observada quando, entre outras situações, não participou da devolução dos brinquedos à caixa, desviando o olhar. Essa forma de comunicação foi confirmada posteriormente em relato dos pais, como sendo a forma de expressão de seu filho.

*Para Em38m, masculino, a apresentação da caixa ocorreu aberta sobre a mesa. Ainda com a sineta do último enquadre na mão, não queria se desfazer dela. Apenas depois que notou outros brinquedos na caixa, deixou a sineta ali. Após pegar a escrivainha retirar as gavetas e jogá-las no chão, fez o mesmo com os blocos de montar*

*depois de desagrupá-los. Já no chão, tomando a seguir um prato, passou a rodá-lo verticalmente. Vale notar que quando, nesse momento, o examinador guardou a sineta o paciente, contrariado, passou a gritar e interrompeu a retirada dos brinquedos da caixa. Retomando suas explorações com o carro, utilizou esquemas sensório-motores, como bater e arrastá-lo na mesa. Tentou remover um de seus adesivos, mas sua mãe interferiu tocando-lhe o braço e interrompendo sua ação. Foi o primeiro momento que o paciente emitiu fala, com timbre de voz rouco, não sendo possível para o examinador compreender. A mãe traduziu essa emissão com “não”.*

Em 38m demonstrou dificuldade de transição entre as atividades e explorações aquém do esperado para sua idade. Após a primeira intervenção da mãe, foi possível perceber que a criança apresentava alteração de timbre vocal, apesar de não ter apresentado alterações anatômicas ao exame físico, justificando a investigação detalhada da laringe e órgãos fonoarticulatórios, com exames subsidiários.

*O examinador tentou participar da brincadeira, mas o paciente, falando novamente não, no mesmo tom, passou a explorar os copos batendo-os na mesa e jogando-os no chão. A mãe então pediu para interagir com a criança “para demonstrar seu brincar”, segundo disse. Oferecendo a mão, o paciente levou-a ao carro e empurrou-o. Após breve período empurrando o carrinho, a mãe sugeriu que a criança bebesse do copo de brinquedo, mas o paciente não o fez e usando a mão da mãe encostou o copo na boca da dela para que ela o fizesse. Voltou a rodar o prato no chão. Foi proposto que retornasse para cima da mesa para brincar, mas o paciente não quis. Deteve-se explorando o carro e arrancando parte de um de seus adesivos*

*decorativos. Quando questionados pelo examinador se o modo de brincar demonstrado pela criança refletia a situação em casa, os pais confirmaram e relataram que além disso, costumava levar tudo à boca.*

Esse paciente apresentou resistência para a interação com o examinador, não compartilhando atenção. Os pais demonstraram estar acostumados com o fato de a criança tomá-los frequentemente pela mão para demonstrar suas vontades, justificando que dessa forma conseguiam “adivinhar o que o paciente quer, uma vez que ele não fala”. Não percebiam nessa atitude uma interação social incomum. Ficou evidente que esse paciente necessitava de ajuda para se organizar e interagir. Na anamnese foi relatado que na escolar, Em38m prefere relacionar-se com adultos e não com outras crianças.

As observações destacadas na avaliação de Tho26m e Em38m preenchem os critérios necessários, segundo o DSM-5 (2013), para diagnóstico de transtorno do espectro autista e seus diagnósticos diferenciais ali apontados.

Embora tenham explorado mais de um objeto isoladamente, sempre adaptaram esquemas sensorio motores como rodar os objetos, bater, levá-los à boca etc. Não associaram dois objetos, nem encadearam brincadeira como já seria esperado para sua idade conforme apontado por Piaget (1964).

Durante a exploração dos objetos disponíveis na anamnese, Em38m havia demonstrado dificuldade na coordenação motora fina executando pinça digital com os dedos indicador e médio opostos ao polegar. Havia apresentado dificuldade para aproximação de objetos, não conseguindo edificar torre além de três cubos. Segundo Gesell e Amatruda (1945), esses marcos, já deveriam ter sido superados, justificando assim a solicitação de exames para investigação.

Quanto a observação dos aspectos interacionais nos casos de Tho26m e Em38m, o examinador procurou balizar suas observações em relação ao desenvolvimento psíquico nos indicadores de risco para o desenvolvimento infantil - IRDI (Kupfer et al., 2009) evidenciando a necessidade de diagnóstico diferencial, melhor investigadas em avaliação psiquiátrica para a qual foram encaminhados. Foi sugerido também aos pais avaliação e apoio psicológico.

Para as crianças que executavam ações interpretáveis essa atividade demonstrou, predominantemente, brincadeiras organizadas com contexto e sequência temporal, encadeadas espontaneamente. Desde a busca dos objetos na caixa, as crianças pegavam aqueles que pudessem ser relacionados em jogo simbólico.

*An22m, feminino, em meio a ações não interpretáveis, escolheu o conjunto de brinquedos com panela com tampa, pratos e talheres. Com a panela e a colher “preparou comida” e deu espontaneamente para si, para a avó e para o examinador, mas não para a boneca, usando apenas a panela e a colher.*

A observação de uma ação interpretável entre muitas não interpretáveis, demonstra que embora ela ainda esteja no período sensório-motor, começam a surgir as primeiras representações, próprias do período simbólico, embora ainda não consiga desprender-se do objeto concreto. A convocação dos presentes para participarem da brincadeira remete aos apontamentos de De Lemos (2000) quando, durante a aquisição de linguagem, a criança transita da posição de criança interpretada, especulada, para ser um sujeito falante, recíproco. Esse movimento ocorre concomitantemente ao processo de subjetivação que irá permitir que a criança assumira sua posição no diálogo. Somente então será capaz de convocar seu interlocutor e iniciar um diálogo. No caso de An22m, observamos o caminhar desse processo: durante o desenvolvimento do jogo motor, surgem os primeiros indícios do jogo simbólico. Ainda de maneira tímida e sem palavras, convoca os presentes para interação. Esperava-se, no entanto que a paciente já fosse capaz de formular expressões orais. Dados da gestação revelaram riscos genéticos, drogadição materna e risco infeccioso tratado sem sucesso. Com base nesses achados foi proposto ampliação da investigação neurológica e avaliação fonoaudiológica com vistas à terapia.

*He30m, masculino, após explorar grande parte dos objetos com esquemas sensório-motores, divertiu-se brincando de atropelar quase todos os brinquedos com o carro fazendo-*

*os cair no chão. Embora repetida muitas vezes, essa foi a única ação interpretável realizada por esse paciente. Ao realizá-las emitiu sons e os imitou, mas não articulou sílabas, nem falou palavras.*

O examinador esperava, pela idade deste paciente que conseguisse encadear brincadeiras com representação. No entanto, ele permaneceu, grande parte do tempo, realizando ações não interpretáveis e quando estruturou alguma brincadeira, essa se mostrou simples e repetitiva. O fato de não falar, diante desses achados, vem de encontro aos apontamentos de Novaes et al. (2012), que citam que crianças que não estruturam o jogo simbólico, de modo geral, também não apresentam encadeamento de frases. Tais achados levaram o examinador a investigar, além de causas motoras para o atraso de fala, outras possíveis alterações de desenvolvimento nesse paciente.

*Tha37m, masculino, interagindo e trocando olhares de modo consistente, ajuda o examinador a virar a caixa, demonstrando interessar-se pelos carrinhos. Tenta colocar carrinhos de corrida pequenos dentro do fusca, mas apesar de demonstrar habilidade manual, os carrinhos eram maiores do que o fusca comportava. Depois coloca os bonecos pequenos no fusca e brinca com ele. Emite vogais de maneira sustentada durante a brincadeira, mas não emite sílabas nem palavras. Pegando os talheres, brinca de comer levando a comida à própria boca sem outros objetos.*

Esse paciente, bem como An22m e He30m demonstraram coordenar e combinar esquemas conhecidos experimentando-os e tentando extrapolá-los para brincar, ainda de maneira concreta. Encadeiam brincadeira em mais de um contexto, apresentando poucas atividades não interpretáveis. A alteração de fala, motivo que os trouxe à essa avaliação, demonstrou desorganização não apenas sintática como também fonética, impossibilitando-os de formar frases ou mesmo palavras. Embora demonstrasse compreender, Tha37m não se

expressou verbalmente. Diferente de Tho26m e Em38m, esse paciente compartilhou o olhar, imitou adequadamente e apresentou comunicação não verbal sustentada desde o início da consulta. Possivelmente o encaminhamento de Tha37m para avaliação foniátrica para diagnóstico diferencial entre transtorno do espectro autista e os outros transtornos de comunicação, tenha partido da observação de seus caprichos que em contextos limitados, podem simular interesses restritos e falhas interacionais descritos no DSM-5 (2013). Entretanto tais comportamentos poderiam ocorrer por ele não conseguir se expressar verbalmente de modo eficaz. A postura materna que o interpreta e dá conforto, embora ela não perceba, acabavam por restringir as oportunidades dialógicas de Tha37m. Acomodado à situação, esse paciente aceita o acolhimento até que algo o interesse novamente. Questionada, a mãe relata ser esse comportamento usual. Admitindo essa dinâmica entre a mãe e a criança como reforçador, o diagnóstico diferencial como os transtornos de linguagem e atrasos cognitivos, devem ser considerados.

*Jo29m, masculino, retira objetos de modo ordenado, inicialmente desmontando os blocos agrupados. Brinca respeitando sequência de ações. Busca espontaneamente interação com o irmão e com o examinador em brincadeira que inventou. Ambos, mantendo a proposta dessa atividade, buscaram não alongar a interação interferindo o mínimo possível nas ações da criança. Deu banho no carrinho usando a banheira. Usou também um boneco pequeno para repetir essa mesma ação. Na sequência colocou-o para dormir. Fala pouco, palavras isoladas após retirar a chupeta da boca. A tia que tem a guarda pois a mãe de Jo29m, faleceu no seu parto, refere que começou a associar as poucas palavras que conhece há 3 meses quando também começou a frequentar a creche.*

Ao considerar a forma de brincar de Jo29m, poderíamos esperar que fosse capaz de formular frases. Durante a consulta e especialmente nessa

atividade expressou-se associando palavras, encadeando frases curtas, habilidade recentemente adquirida. Representava em suas brincadeiras de maneira evidente. Encadeou suas ações subsidiadas por objetos concretos, mas também representando ações de seres animados em qualquer objeto. O brincar deste paciente se mostrou adequado para a idade e para o contexto, levando a investigação outros fatores que pudessem explicar o atraso. Uma das hipóteses aventadas, tange possível herança relacionada as alterações psiquiátricas diagnosticadas em sua mãe. Embora citadas na anamnese, essas não puderam ser estabelecidas uma vez que os informantes não tinham dados claros sobre a questão. Aspectos psicológicos envolvendo o contexto familiar pelo óbito materno relatado na anamnese, também foram considerados.

*Jo31m, masculino, demonstra-se tímido no início. Após observar o conteúdo da caixa, passa a brincar com contexto. Organiza a brincadeira preparando comida com as panelas, pratos e talheres. Depois espontaneamente “serve comida” para os presentes. Convoca a participação do pai várias vezes dando a ele objetos fictícios como comida e bebida.*

Para alguns pacientes interagirem, houve necessidade de intervenção ativa do examinador para investigar aspectos do desenvolvimento de linguagem. Para outros, oferecendo-se poucos elementos já foi possível observar o paciente convocando os presentes para interação, como no caso de Jo31m, ainda que inicialmente se demonstrasse tímido. Sempre que o contexto sugeria, expressões claras de representação ficaram evidentes em suas ações.

*Jo31m, masculino, continua brincando. Arruma a cama e põe o boneco para dormir, respeitando os tempos na brincadeira. Depois, com carrinho e os bonecos, estrutura brincadeira com motorista e passageiros, põe gasolina a partir da mangueira na banheira e empurrando o carrinho sobre a mesa, sai para passear. Retornando, improvisou uma garagem embaixo da escrivaninha onde estacionou o*

*fusca. Por fim usando a banheira, deu banho no fusca, relatando que o carro estava sujo pois havia saído para passear. Em sua narrativa usa palavras frase, associando eventualmente duas palavras.*

Jo31m demonstra executar desde o início, atividades interpretáveis. Em vários momentos não necessita do apoio concreto, tanto para representar um objeto determinado, como para combiná-los, demonstrando entrada no jogo simbólico. O fato de ser usuário de aparelho de amplificação sonora individual desde os 17 meses, por apresentar disacusia neurosensorial severa bilateral, talvez explicasse o fato de o paciente usar apenas palavras frase, raramente associando duas palavras. O atraso demonstrado na fala destoa do seu brincar já inserido no jogo. O relato colhido na anamnese de que o paciente fazia uso irregular dos aparelhos de amplificação, demandou reavaliação do diagnóstico auditivo e sua amplificação, visando a melhorar sua inteligibilidade. Além disso a avaliação detalhada dos órgãos fono articulatórios foi realizada visando a subsidiar terapia fonoaudiológica.

Jo29m e Jo31m demonstrando claramente prever resultados de suas ações sem ter que necessariamente executar ações motoras com objetos concretos, evidenciaram sua capacidade de representar como o esperado para sua idade cronológica. (Piaget, 1964; Novaes, Ficker, 2014; Novaes, et al., 2012).

*En32m, brincou retirando ordenadamente os brinquedos da caixa sobre a mesa, sentado na cadeira. Associou duas palavras para descrever seus atos. Brincou com carrinho e bonecos criando enredo com eles. Depois, antes de terminar, narra a necessidade de dar banho nos bonecos e lavar o carrinho onde eles haviam andado, uma vez que tinham “passeado” e “estavam sujos”. Usou para isso a banheira. A seguir colocou os bonecos na cama para descansarem e o fusca na garagem improvisada embaixo da escrivaninha.*

En32m veio também trazido por atraso na fala. O paciente demonstrou em seu brincar, elaboração de jogo e simbolismo. Segundo Novaes e Ficker (2014) e Chapman (1996) esperava-se que esse paciente fosse capaz de enunciar frases. Entretanto comunicava-se utilizando palavras-frase. Os pais adotivos que o acolheram aos 20 meses, relatam na anamnese que esse paciente passou a associar duas palavras aos 28 meses. Referiram que foram relatadas intercorrências gestacionais, atribuindo a elas prematuridade (30 semanas) e outros fatores de risco neonatais como baixo peso ao nascimento, permanência em unidade de terapia intensiva com intubação orotraqueal, icterícia com transfusão e uso de medicações ototóxicas. Falhou na triagem auditiva neonatal de ambas as orelhas. Negaram atraso nos marcos do desenvolvimento neuro motor. No exame físico apresentou assimetria de crânio e paralisia facial grau II de House-Brackmann (1985). Demonstrou instabilidade nas provas de equilíbrio dinâmico. A opção do paciente por brincar em cima da mesa, mesmo tendo pequena estatura para ali estar, chamou a atenção do examinador. Percebeu nessa atitude uma estratégia de adaptação para melhor manuseio dos brinquedos que escolhera.

*He33m, mostrou-se tímida e não iniciou a exploração sem antes perguntar para a mãe. Após a autorização dela, retirou os brinquedos da caixa nomeando-os espontaneamente com palavras isoladas. Durante suas brincadeiras, embora tenha usado eventualmente ações não interpretáveis, brincou com as panelas, pratos e talheres, sempre narrando suas ações com frases curtas e imprecisões articulatórias evidentes. Deu banho na boneca e usou lençol da cama como toalha para secá-la, narrando suas ações. Durante os dois contextos, acrescentou detalhes práticos da cozinha como cortar os legumes necessários, acrescentar ingredientes na sopa e experimentar para ver se faltava sal. No momento do banho descreveu, entre outros detalhes na ausência dos objetos concretos, o sabonete rosa com cheiro de flor para*

*perfumar a boneca e penteou o cabelo dela com escova fictícia.*

He33m veio por queixa de alteração na fala tendo iniciado a associação de duas palavras há três meses. Apresentou jogo simbólico bem ilustrado, destoando de sua fala. Demonstrou dificuldade na associação de palavras, evidenciada quando tentou narrar suas brincadeiras. Na anamnese não foram relatadas intercorrências no período gestacional ou perinatal. Entretanto, iniciou marcha com apoio aos 14 meses passando a andar sem apoio aos 23 meses.

En32m e He33m demonstraram assimilação simples de um objeto por outro, brincando nos tempos corretos e anunciando suas ações de forma verbal, narrando suas brincadeiras

Ambos os casos mostraram ter em seu brincar simbolismo adequado para a idade cronológica. Embora tenham chegado pela mesma queixa, atraso na fala, a etiologia para a queixa demonstrou ser distinta. As alterações no exame físico de ambos como alterações práxicas de membros para He33m e feições sindrômicas no En32m contribuíram para o diagnóstico e planejamento terapêutico distinto para cada caso.

A brincadeira livre com pretextos que propiciam ações sejam elas sensório-motoras ou simbólicas, permite ao examinador analisar as ações predominantes e, conseqüentemente, o que seria esperado em termos do desenvolvimento de linguagem no que esse depende de habilidades simbólicas, conforme proposto por Novaes e Ficker (2014).

Zorzi, (1999) e Novaes e Ficker, (2014) apontaram que o surgimento da semiótica possibilita a criança representar, desprendendo-se da necessidade de ações e objetos concretos, possibilitando a eclosão da oralidade.

A fala, demanda de algumas dessas consultas, mostrou-se atrasada nos pacientes que demonstraram também atraso na função semiótica. A compreensão estava aparentemente preservada nesses pacientes, o que favoreceu outras estratégias de comunicação como o olhar e os gestos indicativos e outras ações demonstradas pela linguagem corporal. Esses permitiram inferir o nível de compreensão das crianças que conforme apontado por Hage (2003), costumam apresentar nível de compreensão de linguagem oral razoável mesmo antes de começarem a falar. Nesse contexto o simples olhar,

tocar ou mesmo mover-se em direção a, podem ser interpretados como demonstrações evidentes de compreensão da criança, desde que executados de forma consistente. Essa atividade favoreceu observar de maneira consistente os meios pelos quais as crianças se expressavam independente do desenvolvimento da fala como apontado por Novaes, Ficker, 2014. Assim, foram obtidos os subsídios para o raciocínio clínico com vistas ao diagnóstico etiológico relacionados a aquisição e desenvolvimento da oralidade, possibilitando relacionar a fase do desenvolvimento infantil descrito por Piaget (1987), com a eclosão da fala ou as características do atraso dessa, como evidenciado no trabalho de Novaes e Ficker (2014).

Ainda com a caixa de brinquedos, foi sugerido em um segundo momento que os cuidadores interagissem com criança. Para isso foi proposto que apresentassem um objeto da caixa, nomeando-o. Poderiam sugerir também um contexto para brincar, entregando-o a seguir para seu filho. Desta forma, observou-se a dinâmica das interações estabelecidas em situação lúdica. Foi valorizada a forma escolhida pelos acompanhantes para participar das explorações da criança e das brincadeiras com ela.

*Muitos pais e mães relataram que as crianças buscaram na caixa inicialmente, objetos que já estavam familiarizados a brincar. Foram convidados então a apresentar um dos brinquedos ali contidos que não haviam despertado a curiosidade de seus filhos. De forma geral as crianças recebiam o novo brinquedo e interrompendo suas ações, iniciavam explorações sensório-motoras. Interagiam brevemente nas novas propostas lúdicas, mas desinteressavam-se a seguir, retomando suas atividades anteriores.*

O convite realizado para os pais tinha o objetivo tanto de demonstrar como eles apresentavam um novo brinquedo, uma nova atividade para a criança, como

permitir ao examinador observar a dinâmica da interação entre eles diante de uma nova situação.

*Foram poucos os adultos capazes de deixar o menor assumir a brincadeira e incorporar o brinquedo ao jogo já em curso. Frequentemente, ao perceberem que a criança não reproduziria as ações demonstradas por eles, apressavam-se em reapresentar sua proposta na tentativa de que aquela brincadeira fosse repetida pela criança.*

Segundo apontado por Hage, a adequação do suporte provido pelos interlocutores e o respeito a troca de turno por todos, são alguns dos fatores que devem ser considerados em crianças trazidas por queixa de atraso de fala. Nessa atividade foi interessante notar a postura dos interlocutores. A constante busca pela repetição dos atos apresentados fez com que muitas das crianças não desenvolvessem sua brincadeira com o objeto recebido. O examinador pode orientar os responsáveis a respeitar o espaço necessário para a criança explorar e interagir.

*No caso de A120m foi notável os esforços da avó no sentido de ajudar a paciente a desenvolver sua brincadeira, colocando-a no colo e incentivando-a a brincar com as bonecas da caixa. No entanto, a paciente interessava-se por realizar atividades não interpretáveis e quando descia do colo, retomava brincadeiras sem simbolismo.*

Embora bastante estimulada pela responsável, não se esperava, pela idade da participante, que fosse capaz de engajar-se no jogo simbólico. Mesmo assim a cuidadora, evidentemente querendo demonstrar os cuidados com a menina, auxiliava e deixava espaço nas trocas de turno para a criança interagir. Em algumas situações a menor imitou as propostas, mas demonstrou não ser capaz de dar continuidade a brincadeira espontaneamente. A avó, no entanto, parecia tentar ensinar a criança a brincar, evidentemente sem sucesso. Segundo Piaget é através do exercício motor que as crianças constroem gradualmente

imagens mentais. Depois, a partir de adaptação e acomodação vão tornando mais concreta sua percepção de mundo, aproximando-a da realidade, permitindo que ela desenvolva seus aspectos cognitivos.

*O responsável por Da30m ofereceu-lhe a banheira com o boneco e uma cama, sugerindo dar banho e colocá-lo para dormir. No entanto, o paciente não dividiu o seu brincar com seu acompanhante. Quando foi proposto o banho, o paciente tentou colocar seu próprio pé na banheira.*

Evidenciado pela brincadeira em contexto, pode-se observar se a criança está restrita as explorações sensório-motoras, coordena sequências de ações, imita ações do cotidiano, da funcionalidade aos brinquedos ou atingiu algum nível simbólico, retratando também o aspecto cognitivo conforme apontado por Piaget (1964).

A interação entre a criança e seus pais foi sugerida para observação de questões interacionais não apenas da criança, mas também de seus interlocutores. Essa análise é pertinente uma vez que o contexto que é oferecido ao paciente é possivelmente o oferecido pelos pais como interlocutores e “apresentadores do mundo” para aquela criança. Entre os aspectos interacionais, pode-se considerar o respeito a troca de turno nos diálogos, os assuntos em pauta quando da interlocução, quem os inicia e conduz e a adequação do suporte dado pelos interlocutores interpretando as ações e mesmo a fala da criança (Hage, 2003).

*Pe25m desenvolvia seu brincar as voltas com pratos, talheres, copos e a panela, em meio a ações não interpretáveis. Chegou a usar a tampa da panela como prato e a colher para comer. Entretanto, não foi capaz de dar continuidade a brincadeira. Quando proposto participar, a mãe declinou o convite. O examinador, aproveitando o jogo desempenhado pelo paciente que simulava beber o conteúdo do copo, fingiu acrescentar suco, anunciando verbalmente e usando gestos para essa*

*ação. O paciente não deu continuidade e não aderiu ao jogo, retomando sua brincadeira inicial.*

Embora tenha demonstrado ser capaz de encadear brincadeira, Pe25m ainda não incluía ninguém no jogo. A utilização da tampa da panela como prato já evidencia indícios de desprendimento do objeto concreto embora ainda necessite de algum, caracterizando final de fase IV. Diante da indisponibilidade declarada pela mãe, o examinador interferiu fingindo acrescentar suco no copo do paciente. Parecendo não compreender a ação, o menino não soube dar continuidade ao jogo nesse contexto.

*Retomando o cachorro de plástico, latiu, olhando para o examinador. Entrando na brincadeira, o examinador fingiu-se assustado com o latido e com dois dedos sobre a mesa simulou sua mão em fuga. Pe25m com o cachorro na mão, passou a perseguir a mão do examinador, trocando olhares e latidos até que o examinador, fazendo sua mão “fugir a passos rápidos, pulou para o braço da cadeira”. E ambos sorriram.*

Pe25m veio encaminhado para avaliação, estando em investigação para transtorno do espectro autista. Falava apenas palavras isoladas, tendo iniciado suas expressões aos 21 meses e ainda apresentava alterações fonológicas. Recebeu diagnóstico de disacusia mista moderada no último mês. Na anamnese a mãe referiu ingestão diária de álcool e tabaco durante a gestação. Ainda durante a anamnese o paciente foi capaz de empilhar seis cubos. As alterações encontradas na inspeção durante o exame físico, associado aos dados da anamnese subsidiavam a hipótese de síndrome alcoólica fetal, sendo a avaliação de aspectos cognitivos e interacionais, indispensáveis.

*Foi apresentado pela tia de Jo29m os pratos e a panela com tampa. Concordou em brincar com ela e convidou o irmão e o examinador a participarem da brincadeira, dando um prato para cada um. Fez comida na panela e serviu-os,*

*respeitando os turnos de brincadeira. Após breve período retornou à sua brincadeira inicial, demonstrando mais interesse por ela.*

Jo29m criou enredo com os brinquedos apresentados pela tia. Brincou interagindo com os presentes. Demonstrou maior interesse nos brinquedos que havia escolhido inicialmente, retornando àquele contexto. Pode-se assim confirmar que esse paciente já era capaz de estruturar seu jogo. Foi trazido por atraso de fala e estava em investigação para deficiência auditiva. A anamnese deste paciente trazia dados incompletos de gestação por conta do óbito materno no parto. Entretanto, revelavam doença psíquica da mãe e uso de medicações psicotrópicas na gestação, sem esclarecer tais condições.

Informações imprecisas dificultaram o levantamento de possíveis etiologias para as alterações de fala encontradas. Embora os indicadores propostos por Kupfer et al. (2009) não sugerissem claramente fatores de risco para o desenvolvimento psíquico, diante do contexto foi proposto avaliação psiquiátrica do menor.

*He33m recebendo de sua mãe um carrinho passou a brincar com ele. Colocando-o no chão com a panela em cima, verbalizou que iria “entregar” a “comida” que havia preparado. Realizou, então, apenas ações interpretáveis com o objeto apresentado.*

He33m também introduziu o novo objeto no contexto da brincadeira em andamento. Embora tenha evidenciado jogo simbólico condizente com sua idade, veio para avaliação por atraso de fala. Na anamnese foi referido que a criança passou a ser capaz de formar frases aos 40 meses, ainda que de modo pouco compreensível. No exame físico apresentou alterações tanto em marcha, com base alargada, como demonstrou alterações na pinça digital durante o manuseio dos cubos, sendo capaz de empilhar até oito. Durante a brincadeira, narrou seus atos espontaneamente, evidenciando alterações fonológicas. Usou palavras isoladas na maior parte do tempo, eventualmente associando duas

palavras. A observação dos comportamentos desempenhados durante a anamnese, quando proposto manipulação dos cubos segundo apontado por Gesell e Amatruda (1940), puderam contribuir na observação do brincar dessa paciente, dentro da proposta de Novaes e Ficker (2014). O examinador então, atento às questões motoras desde o início dessa atividade, teve oportunidade de identificar, estratégias adaptativas utilizada pela criança durante a exploração da caixa de brinquedos. Apesar das alterações fonológicas, a continuidade da emissão de palavras isoladas associadas as ações demonstradas, permitiam a paciente desenvolver enredo compreensível, ainda que não expressasse frases sintaticamente estruturadas.

A caixa de brinquedos proposta para desencadear ações simbólicas demonstrou, além de apontar a fase do desenvolvimento cognitivo, proporcionar pretextos para interação. Incluindo os acompanhantes dentro do contexto, as possíveis observações foram capazes de trazer contribuições relevantes nas discussões multidisciplinares e no planejamento terapêutico.

Com a criança mais familiarizada com a presença do examinador, outros materiais foram apresentados de forma lúdica, provocando a curiosidade infantil. O objetivo foi propiciar interação direta com o fonoatetra, ocorrendo espontaneamente na grande maioria dos casos.

Foi introduzida a garrafa com pequenas bolas, a caneca metálica e a bola menor de borracha. Intencionalmente as bolas foram reservadas para esse momento por sua instabilidade dinâmica, o que as torna facilmente meios de intercâmbio entre o examinador e a criança. Embora com elas também seja possível observar a preensão digital, esta observação é melhor representada com elementos estáticos das atividades anteriores. A instabilidade dinâmica das bolas pode acrescentar dificuldade, levando o paciente a conte-las usando outras habilidades, mesmo já sendo capaz de realizar a pinça digital adequadamente.

Além da observação das habilidades motoras, adaptativas e pessoal-social, descritas originalmente por Gesell e Amatruda (1945), a atividade proposta a seguir insere o examinador na dinâmica, permitindo observar a qualidade das interações, seus aspectos sociais de forma não verbal como

imitação, troca e compartilhamento de olhar, troca de turno na interação, atenção, entre outras.

Quando apresentada a bola ao lado da garrafa a maioria das crianças introduziu a bola na garrafa sem muitas interferências.

Algumas crianças necessitaram de alguma instrução verbal ou gestual para compreender a proposta.

*An22m observou os objetos sobre a mesa. Foi necessário que o examinador demonstrasse como colocar a bola na garrafa. A paciente, demonstrando dificuldades motoras, executou então a ação. Embora realizasse preensão digital, utilizava os dedos anular e mínimo contra o polegar. Demonstrou também dificuldade de aproximar a bola do gargalo da garrafa.*

Esse pretexto foi sugerido por Gesell e Amatruda (1945) para avaliação dos comportamentos nos campos motor e adaptativo. Tais observações podem evidenciar dificuldades motoras que em contexto aberto poderiam ser ocultadas por estratégias adaptativas que o paciente tenha desenvolvido. Ao observar a forma como essa paciente manipulou o conjunto foi possível notar a variação na estratégia de pinça que utilizava e a dificuldade de aproximar a bola ao gargalo da garrafa. Segundo Diamant e Cypel (1996) as áreas cerebrais responsáveis pelo controle motor da fala têm estreita relação com a relacionada ao controle motor de membros superiores. A pinça digital estabelece-se precocemente no desenvolvimento, entre os oito e onze meses. Por isso valoriza-se alterações em pinça digital. No caso de An22m trazida por atraso de fala, essa alteração demonstrada na pinça digital justifica atenção às praxias orais e direcionamento de fonoterapia em discussão multidisciplinar.

*Tho26m não se interessou pela bola e garrafa. O examinador buscou interação de forma ativa, apresentando a garrafa com a bola ao lado. Ignorando a garrafa Tho26m passou a girar a bola no próprio eixo. Depois tentou colocá-la na boca, mas foi interrompido pelo*

*examinador para sua segurança. Ambos os comportamentos apresentados não haviam sido demonstrados por ele até então. Buscou a seguir a garrafa sobre a mesa e passou a demonstrar interesse pelo barulho que produzia nos diversos itens de mobiliário do consultório como a porta, a pia e a torneira, a mesa, as cadeiras, entre outros. Depois descartou a garrafa. O examinador retomando-a, colocou uma bola dentro, mostrando ao paciente que agora a garrafa fazia novo barulho. O paciente pegou a garrafa apenas quando foi deixada sobre a mesa.*

Tho26m, demonstrou nessa atividade novas habilidades de exploração ainda que não interpretáveis, mantendo interação social bastante restrita. A falha na interação social, demonstrada pelo não interesse pelo outro, o contato ocular efêmero associado a interesses restritos e repetitivos demonstrado nas atividades propostas para esse paciente, passaram a sugerir diagnóstico diferencial para além da deficiência auditiva, sugerida no encaminhamento para esta avaliação.

*Jo29m recebeu o conjunto bola e garrafa sobre a mesa e buscou imediatamente interagir com o examinador rolando a bola para o clínico. Deixou a garrafa imóvel sobre a mesa. Nesse caso específico, iniciada a interação, o examinador passou a adicionar mais bolas. Somente a partir da necessidade de guardar as bolas que sobravam foi que o garoto resgatou a garrafa e usou-a como continente, sem interromper sua interação.*

As diferenças de comportamento adotadas pelas crianças já no início desta atividade podem dizer muito sobre a qualidade de suas interações. Enquanto uma solicita espontaneamente o examinador interagir evidenciando a

troca de olhar, o compartilhamento e divisão de atenção, simplesmente pela disposição dos objetos, outro não se interessa, permanecendo alheio à proposta.

*Insistindo na interação o examinador apresentou, exclusivamente no caso de Tho26m, a garrafa sem tampa com uma bola em seu interior. O paciente não foi capaz de remover a bola da garrafa. Levando-a ao chão e rolando-a fez com que não intencionalmente, a bola saísse da garrafa. Não deu atenção para a bola e permaneceu com a garrafa demonstrando variação de esquemas sensório-motores como rolar a garrafa e depois, levá-la a boca. Não demonstrou associar dois objetos nem conhecer a relação continente conteúdo. Não se interessou por outros objetos oferecidos.*

A variação da atividade e a adaptação para o contexto de Tho26m permitiu que ele demonstrasse outras habilidades, ainda que não espontaneamente. Tais achados podem contribuir nos momentos de possíveis intervenções quando a motivação do paciente pode determinar sua atenção e participação. No caso desse paciente, mesmo os pais se surpreenderam com as reações de seu filho que não costumava interagir desta forma.

A compreensão de ordens simples de Tho26m pode ser consistentemente percebida pelo direcionamento do olhar. O paciente já havia demonstrado usar essa forma de expressão para se comunicar em outros momentos. Reforçou essa hipótese quando o examinador apresentava uma demanda que o paciente não desejava executar, como devolver a garrafa, por exemplo. Nessa situação o paciente buscou outro alvo para seu olhar, conservando a garrafa.

*Tha37m manteve consigo um carrinho da caixa de brinquedos após o término daquela atividade. Quando o examinador colocou sobre a mesa, a garrafa com a bola ao lado, o paciente, sem soltar o carrinho, colocou imediatamente a bola dentro da garrafa, usando o dedo mínimo contra a palma desta mesma mão. A garrafa*

*estava, em pega palmar, na outra mão. Quando o examinador lançou a segunda bola, a criança estava com o carrinho em uma mão e com a garrafa já com uma bola na outra. Conteve as demais bolas sobre a mesa usando o corpo e os braços sem introduzi-las na garrafa. Também não retirou a bola que já havia colocado ali. Após orientação verbal sem sucesso o examinador tentou ajudá-lo a virar a garrafa, mas o paciente não permitiu.*

A estratégia empregada pelo paciente nessa situação chamou a atenção do examinador. Tha37m não havia demonstrado executar a pinça digital com os cubos. A velocidade e destreza que executou a inserção da primeira bola na garrafa, indicaram ser essa estratégia bem conhecida pelo paciente, permanecendo o questionamento quanto as habilidades motoras finas. Por outro lado, a adaptação realizada por ele diante dessa limitação não deixaram dúvidas de suas capacidades cognitivas.

O fato dele reter o carrinho após o término da atividade anterior e a forma como, novamente, a mãe o acolheu nessa transição de atividade, também não deixaram de ser notados. Esse paciente demonstrou, como ilustrado nesse momento entre outros, interações limitadas com o examinador e com os objetos, sendo quase sempre intermediado pela mãe.

A apresentação da garrafa e bola pequena sobre a mesa demonstrou ser uma atividade que contribui nas observações de comportamentos motores e adaptativos como apontado por Gesell e Amatruda. Além disso, mantendo-se atenção flutuante dentro de um contexto como o apontado por Moreira e Esteves, aspectos interacionais foram evidenciados pela variedade de possibilidades que essa apresentação, assim disposta, pôde provocar na criança. Nesse sentido houve variação desde a exploração dos objetos em si até o intercâmbio social, em alguns casos espontâneos, antecipando propostas posteriores da avaliação.

Deixando a garrafa de lado, o examinador passou a rolar a bola sobre a mesa, uma de cada vez, em direção ao paciente enquanto sugeria a criança que também o fizesse em direção ao examinador. Foi possível observar a destreza em atividades dinâmicas das habilidades observadas anteriormente em

situações estáticas. Para as crianças que necessitaram de algum tipo de ajuda, observou-se as estratégias empregadas no manejo das situações que se criaram. Também foram observadas a compreensão de ordens simples.

Para os demais pacientes, após retirarem as bolas da garrafa, buscou-se interação direta entre examinador e criança através de troca de bolas sobre a mesa.

*As crianças que aderiram a proposta demonstraram prazer, sorrindo e demonstrando entusiasmo. Muitas delas emitiram sons e no caso de crianças que já eram capazes de alguma expressão verbal, falaram de maneira mais descontraída do que durante as avaliações que até então se conduziam.*

*A maioria das crianças conseguiu manejar as bolas usando apenas as mãos. Mesmo com uma bola já na mão, quando apresentada a segunda, muitas foram capazes de, com a mesma mão, pegar a segunda bola e devolvê-las ao examinador sem dificuldade.*

O jogar das bolas sobre a mesa faz do examinador parte do brinquedo da criança. Dessa posição foi possível observar, de forma privilegiada, muito além de habilidades motoras. Favorecido pela espontaneidade infantil essa atividade pode revelar além de aspectos cognitivos, o quanto a criança compreendia e foi capaz de se expressar, também de forma não verbal. Troca de turno e divisão de atenção, podem ser citados como pré requisitos para o sucesso dessa atividade, o que a torna desejável para observação de aspectos interacionais.

*Tha37m conteve as cinco bolas na mesa usando o braço, sem soltar o carrinho. Não devolveu nenhuma bola ao examinador. Depois, notando as muitas bolas sobre a mesa, colocou o veículo ao lado para manejá-las. O pai, recolhendo o carrinho entregou-o ao examinador. Ao*

*perceber o paciente protestou, sustentando a emissão de uma vogal “a” enquanto colocava as bolas dentro da garrafa, que passou a segurar. Buscou o colo da mãe que aconchegando-o, conseguiu acalmar rapidamente seu choro. O examinador ofereceu o veículo ao paciente, mas ele se recusou a pegá-lo novamente. Não se desfez da garrafa e não quis jogar as bolas sobre a mesa.*

Nesse momento foi comentado com os pais a posição assumida pelo paciente em relação a transição das atividades. Eles relataram que o menor assume no cotidiano esse padrão de comportamento quando é proposto troca de atividade sem que ele queira. Citaram também que foram questionados pela creche sobre isso, apontando como uma demanda para a presente investigação. No consultório não é incomum esse comportamento vir associado com dúvidas dos pais sobre diagnóstico de transtorno do espectro autista sugeridos por terceiros, como foi o caso, especialmente quando associados a limitações na fala. Tha37m demonstrara consistência no olhar. Demonstrara caprichos em vários momentos quando contrariado. Por outro, lado quando motivado por sua curiosidade, o paciente passa a explorar novas propostas, sempre em contexto. Ficou evidente também a dificuldade de expressão verbal desse paciente que não demonstrou ser capaz de emitir sílabas. Nessas condições, além da indicação de avaliação e terapia fonoaudiológica, o contexto familiar e social deve ser observado. Sugeriu-se assim avaliação psicológica para a família e para a criança.

De forma geral, a partir das atividades com a garrafa e principalmente com as bolas, foi possível notar a espontaneidade com que as crianças são capazes de interagir. Partindo desse pretexto lúdico foi possível obter de forma simples, relativamente rápida e atrativa, interação próximo ao espontâneo entre examinador e paciente, sendo útil para a criança revelar, ainda que brevemente, suas habilidades cotidianas, mesmo no consultório.

A seguir, mantendo-se uma única bola de gude com a criança, foi oferecida uma caneca de metal e depois uma bola de borracha de maior diâmetro que a bola de gude, mas que podia ser contida pela caneca. Desde o

primeiro contato da bola de gude com a caneca foram observadas as possíveis reações do paciente. Nessa atividade, elementos similares (ambas bolas uma menor e mais pesada e outra maior e mais leve), associados a um mesmo objeto (caneca de metal), passaram a produzir resultados diferentes, de modo paradoxal ao esperado pelo seu tamanho. Embora a proposta seja semelhante a da garrafa com as bolas, a caneca permite variações na forma de recuperação de seu conteúdo. Além disso, os diferentes materiais apresentados e os resultados das associações entre eles variam permitindo à criança expor suas habilidades.

*As crianças brincaram com a caneca e deixando a bola pequena de lado passavam a explorar a relação da caneca com bola de borracha. Essa, embora maior, não fazia barulho como a bola pequena. O período de exploração da caneca não foi longo pois as crianças deixaram-na de lado e voltavam a rolar a bola sobre a mesa. O examinador participava da proposta, mas as crianças logo buscavam nova atividade.*

*Tha37m, saindo do colo da mãe, desfez-se da garrafa e pegou a caneca pelo corpo. Guardou nela tanto a bola pequena como a de borracha. Recuperou ambas introduzindo a mão na caneca, mas sem virá-la. Depois colocando as bolas novamente na caneca, retirou-as, virando a caneca sobre a mesa. Contendo as bolas com o braço, rapidamente retoma-as e guarda novamente ali. A seguir deixando as bolas na caneca, voltou a acomodar-se no colo da mãe.*

Nesse pretexto, Tha37m demonstra dominar a habilidade de recuperar os conteúdos do objeto continente executando-a sem dificuldades, embora não o tivesse realizado com a garrafa. Entretanto ficou evidente a limitação na pinça digital deste paciente. Além disso o comportamento e a forma de interação desempenhada pelo paciente chamaram atenção.

Por fim, uma bola de borracha maior, de 18 cm de diâmetro foi usada como pretexto para a criança se deslocar permitindo a avaliação da marcha ou de seu modo de locomoção. Também com esse pretexto foi possível avaliar equilíbrio, bem como as estratégias empregadas para manusear a bola e conduzi-la de volta para o examinador.

*Para todas as crianças a bola foi lançada mais de uma vez para uma distância de pelo menos três metros. A maioria não evidenciou alterações em marcha, realizando o trajeto de buscar e trazer a bola ao examinador sem alterações observáveis. A estratégia de manipulação mais frequente, foi o simples rolar da bola, usando as mãos. Pe25m usou a estratégia de chutar a bola para devolvê-la ao examinador.*

A observação do equilíbrio estático e dinâmico pode ser realizada desde a chamada do paciente na sala de espera. No entanto a utilização da bola como pretexto, além de acrescentar caráter lúdico predispondo a criança a participar, favorece explicitar as estratégias motoras desejadas, de forma não verbal ou com instruções mínimas. O chute, apontado por Gesell e Amatruda (1945) como um marco motor atingido por volta dos 24 meses, foi a estratégia adotada espontaneamente por apenas um paciente. Os outros mesmo mais velhos, devolveram a bola ao examinador usando estratégias diversas como rolar ou arremessar. Nessa oportunidade foi possível avaliar a forma como a criança se organizava, incluindo ações de tronco e membros superiores, para realizar a proposta, expondo suas habilidades.

*An22m e Da30m mantiveram base alargada para sua estabilidade ao andar. Mesmo assim Da30m apresentou quedas em mais de um ponto no mesmo trecho percorrido, levando-o a realizar parte do percurso arrastando-se, sentado. Reconduziu a bola ao examinador rolando-a no*

*chão, impulsionando-a com as mãos. A partir do estabelecimento do objetivo proposto nessa atividade, ficou evidente a dificuldade para direcionar e adequar a força para reconduzir a bola ao examinador.*

An22m veio encaminhada para investigação por atraso de fala. Além das dificuldades para articular as palavras, demonstrou em outras atividades alterações práxicas de membros superiores e em pinça digital. Nessa atividade tornaram-se explícitas alterações no equilíbrio dinâmico na marcha. A associação dessas alterações justificou a investigação neurológica com exames subsidiários e o encaminhamento para avaliação fonoaudiológica e de terapia ocupacional.

Da30m, com diagnóstico estabelecido de encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE), já estava em reabilitação fisioterápica. Embora demonstrasse padrões de marcha alterado, seus antecedentes pessoais relatados na anamnese, poderiam justificar as alterações demonstradas. Foi então trazido ao foniatra para investigação por atraso de fala. A dificuldade de manejar a bola e manter o equilíbrio tornaram-se evidentes, sendo assim possível contextualizar as limitações impostas para esse paciente. A escolha dos recursos disponíveis para otimizar sua comunicação foram favorecidos também pela observação deste pretexto lúdico. A introdução de comunicação suplementar alternativa foi sugerida como forma intermediária de expressão em terapia fonoaudiológica, buscando melhorar a especificidade da comunicação contribuindo para o desenvolvimento da linguagem.

*En32m revelou discreta alteração de equilíbrio ao andar.*

Esse paciente veio encaminhado do neurologista para investigação de atraso de fala. A avaliação audiológica resultou em audição normal em uma orelha e disacusia neurossensorial contralateral. O desequilíbrio se dava sempre para o lado da orelha alterada. Entre os dados obtidos na anamnese, encontrava-se em período de fisioterapia para aquisição do marco motor por atraso de marcha. Superada a dificuldade o paciente recebeu alta daquela

terapeuta. Esses achados justificaram a solicitação de exames complementares para investigação de quadros vestibulares e centrais.

*Ka14m ainda não havia adquirido marcha. Para ele a bola foi rolada para uma distância menor e foi observado as estratégias que utilizava para trazê-la de volta. Com a criança sentada aos pés do acompanhante, ao lado do examinador, foi lançada a bola para o outro lado do corredor. A criança iniciou espontaneamente seu engatinhar até a bola, demonstrando hipotonia de membros inferiores deixando colapsar o quadril em mais de um momento, o que prejudicou seu deslocamento. O apoio em membro superior esquerdo também se mostrou instável quando comparado ao contralateral, mas o paciente o utilizou sempre de maneira mais breve para evitar cair. Mesmo assim, chegando na parede, conseguiu levantar-se e assumir posição bípede. Não conseguindo sustentá-la por mais de cinco segundos, voltou a se sentar. Para se levantar o paciente utilizou sempre a perna direita. Empurrou a bola de volta ao examinador com as mãos. O mesmo padrão de engatinhar se apresentou no retorno. Num segundo lançamento o paciente demonstrou consistência nos padrões anteriormente utilizados.*

Segundo as escalas de desenvolvimento motor, esse paciente permaneceu dentro do marco estabelecido para marcha. No entanto Ka14m apresentou dificuldade para engatinhar, demonstrando assimetria em tônus de membros superiores quando comparados, embora conseguisse se deslocar. Essa atividade subsidiou encaminhamento para terapia motora formal.

Terminadas as observações das atividades com a bola grande, foi oferecido à criança objetos usados durante a avaliação, segundo sua curiosidade, para entretenimento. Enquanto isso, foi realizada a devolutiva para os responsáveis pela criança, apresentando os achados e as hipóteses

diagnósticas formuladas. Encaminhamentos e exames complementares foram solicitadas. Foi dada especial atenção às dúvidas dos responsáveis para esclarecendo-as, contextualizar suas expectativas, fundamentando-as com os dados disponíveis.

*A saída da sala após a devolutiva se deu da mesma forma após as despedidas formais, sendo acompanhado pelo examinador até a recepção da clínica.*

Terminada a consulta, as anotações de prontuário, cópia de exames e observações foram concluídas e devidamente guardadas.

Esse enquadre de avaliação possibilitou observar aspectos fundamentais para a aquisição, desenvolvimento e funcionamento da linguagem. A avaliação sensorial, em especial da audição, subsidiados pelo exame otorrinolaringológico e fonoaudiológico tem suas práticas bem estabelecidas. A avaliação motora fundamentadas nos estudos de Gesell e Amatruda (1945), apontam a maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central. Aspectos cognitivos foram também subsidiados pela observação da exploração lúdica de objetos interpretáveis proposta por Novaes e Ficker (2014), fundamentadas em Piaget (1964).

Mantendo-se atenção flutuante esse enquadre permitiu observar situações interacionais da criança com os presentes, os objetos e o ambiente, que subsidiados pelas teorias de aquisição de linguagem refletem, de maneira espontânea, o desenvolvimento infantil. Desta forma é possível otimizar as intervenções em momento oportuno, contribuindo para as avaliações da equipe multidisciplinar.

## 5. CONCLUSÕES

O enquadre como apresentado organiza a avaliação foniátrica de crianças até três anos de idade. Abrange o desenvolvimento da linguagem e os sistemas orgânicos e psíquicos que o subsidiam.

- ✓ **Observações não dirigidas, antes do início da consulta propriamente dita.** As observações realizadas na sala de espera demonstraram sua relevância trazendo dados que permitiram o examinador contextualizar as queixas apresentadas posteriormente na consulta e modular a aproximação da criança e o diálogo com os pais.
- ✓ **Anamnese semiaberta.** A anamnese abrangeu além dos dados médicos usuais desde a gestação, informações sobre o desenvolvimento da criança naquele momento. Os pretextos lúdicos usados para a observação da criança durante a anamnese explicitaram comportamentos que, por vezes, não foram coerentes com discurso trazido. Essas observações da criança e dos pais durante a anamnese permitiu observar interações como naturalmente acontecem. Os **pretextos lúdicos** utilizados nesse período proporcionaram ao examinador conhecer comportamentos motores, adaptativos e de linguagem antes da interação direta com a criança.
- ✓ **Exame físico otorrinolaringológico.** A realização do exame físico otorrinolaringológico, necessário para as investigações, permitiram as primeiras aproximações do examinador com o paciente. O contexto lúdico e a apresentação amistosa, favoreceram a execução completa e permitiu observar aspectos interacionais dos presentes. A avaliação motora das praxias orais, realizada junto com o exame físico, favoreceram a aproximação da criança com o examinador, considerando que a imitação, não só propiciou a observação da musculatura orofacial, como também as habilidades e precisão na imitação, aspecto intimamente relacionado ao desenvolvimento da função simbólica.
- ✓ **Caixa de brinquedos – Jogo Simbólico.** A caixa de brinquedos, mostrou-se atividade imprescindível para a determinação do período de desenvolvimento simbólico da criança. Usada como pretexto lúdico, foi possível observar desde a fase do desenvolvimento sensório-motor a

caminho do simbólico. Também, por ter sido uma atividade livre sem demandas, favoreceu que a criança ficasse mais à vontade na consulta.

- ✓ **Interação com cuidadores e examinador na brincadeira com a caixa.** Essa prática pode evidenciar detalhes da interação com familiares da criança e como essa interação parece favorecer, ou não, esse desenvolvimento.
- ✓ A **interação direta com o fonoatira** através da utilização dos brinquedos favoreceu a observação de aspectos interacionais. Favoreceu também, o levantamento de hipóteses relativas à interação que pudessem interferir no desenvolvimento de linguagem.
- ✓ As **brincadeiras com bola** e a apresentação de diferentes objetos continentais, garrafa e caneca, constituíram pretexto para a interação direta com a criança. Ao mesmo tempo, também foi possível observar comportamentos motores finos, adaptativos e práticos.
- ✓ A introdução de uma bola como **pretexto para deslocamento** da criança permitiu revestir de contexto lúdico a avaliação dos comportamentos motores e equilíbrio. Evidenciou também aspectos interacionais.

Nesse trabalho, foi evidenciada a contribuição da avaliação foniatrica com a equipe multidisciplinar através da formulação de diagnósticos que ajudaram na otimização das intervenções em tempo adequado em crianças abaixo de três anos. Esse estudo não pretendeu esgotar as questões da avaliação foniatrica nessa faixa etária, teve como objetivo destacar importantes aspectos do enquadre com pretextos lúdicos que possibilitaram a observação e avaliação de aspectos de desenvolvimento individual da criança subsidiada pela atenção flutuante. Outros trabalhos, por meio de estudo de casos clínicos poderão fortalecer a validação do enquadre proposto, já que aqui foi constatado que sua aplicabilidade é viável no contexto da avaliação foniatrica.

## REFERÊNCIAS

Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development. 3ª ed. San Antonio, TX: Pearson; 2006.

Campos CAH, Costa HOO (edit). Tratado de Otorrinolaringologia. 1ª ed. São Paulo: Rocca; 2002.

Chapman RS. Processos e Distúrbios na Aquisição da Linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Corrêa FM, Vorcaro AMR. Um objeto reluzente - passos iniciais da clínica psicanalítica com bebês de D. W. Winnicott. Estilos clín. 2014;19(1):14-39.

De Lemos CTG. Desenvolvimento da linguagem e processo de subjetivação. Interações - Universidade São Marcos São Paulo. 2000;V(10):53-72.

De Lemos CTG. Interacionismo e aquisição de linguagem. D.E.L.T.A. 1986;2(2):231-48.

Diament AJ, Cypel S. Exames físico e neurológico da criança. In: Neurologia Infantil. São Paulo: Atheneu; 1996.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Association AP, editor. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Dualibi APFF, Fávero ML, Pirana S. A Consulta Foniátrica. In: Fávero ML, Pirana S, editores. Tratado de Foniatria. 1ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2020. p. 119-28.

Fávero ML. Avaliação Foniátrica. In: Cervico-Facial AB de O e C, editor. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico Facial. 3rd ed. São Paulo: Elsevier; 2017.

Fávero ML, Pirana S. Tratado de Foniatria. 1ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2020. 256 p.

Franchi VM. Avaliação foniátrica: percepção auditiva e visual em crianças com queixa de leitura e escrita [Dissertação]. São Paulo (SP): Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2019.

Frankenburg W, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*. 1992;89(1):91-7.

Freud S. Artigos sobre técnica (1911–1915[1914]). In: Freud S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 12, p. 111-230.

Gesell A. *A criança dos 0 aos 5 anos*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

Gesell A, Amatruda CS. Developmental diagnosis. *J Nerv Ment Dis*. 1945;101(1).

Guerra MHS. *Crianças com fissura lábio palatina: relação entre percepção auditiva e características audiológicas no contexto da avaliação fonitrica* [Dissertação]. São Paulo (SP): Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2019.

Hage SRV. Avaliação fonoaudiológica em crianças sem oralidade. In: Marchesan IQ, Zorzi JL (Org.). *Tópicos em fonoaudiologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. v. 5, p. 175-85.

House JW, Brackmann DE. Facial Nerve Grading System. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985;93(2):146-7.

Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ. *Principles of Neural Science*. 5ª ed. New York: Mc Graw Hill; 2012.

Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: Final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2010;13(1):31–52.

Lefèvre AB. *Exame Neurológico Evolutivo do Pré Escolar Normal*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1976. 182 p.

Lennon EM, Gardner JM, Karmel BZ, Flory MJ. Bayley scales of infant development. In: *The Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. 2016.

Moreira LM, Esteves CS. Revisitando a teoria do *setting* terapêutico.

Psicologia.pt. 2012;1–8.

Novaes BCAC, Ficker LB. Avaliação Fonoaudiológica de Bebês e Crianças com Deficiência Auditiva – Função Semiótica e Linguagem. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2014. p. 1005-13.

Novaes BCAC, Mendes B. Habilitação auditiva: intervenção em bebês e crianças pequenas. In Tratado de Otorrinolaringologia – ABORL. São Paulo: Rocca; 2011, p. 371-80.

Novaes BCAC, Versolatto-Cavanaugh MC, Figueiredo RSL, Mendes BCA. Fatores determinantes no desenvolvimento de habilidades comunicativas em crianças com deficiência auditiva TT - Determinants of communication skills development in children with hearing impairment. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012;24(4):327-34.

Pérez C. Evaluación del lenguaje oral en la etapa de 0 - 6 años. Madrid: Siglo XXI editores; 1995.

Piaget JAC. A formação do símbolo na criança. Imitação, jogo e sonho Imagem e representação. Rio de Janeiro: LTC; 1964.

Piaget J. O Nascimento da Inteligência na criança. Rio de Janeiro: LTC;1987.

Rizzolatti G, Craighero L. The Mirror-Neuron System. Annu Rev Neurosci. 2004; 27(1):169-92.

Rodrigues N. Neurolinguística dos Distúrbios da Fala. São Paulo: Cortez-Educ; 1989.

Spina V, Psillakis JM, Lapa F, Ferreira M. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Med. 1972;(27)5–6.

Spinelli M. Foniatria: Introdução aos distúrbios da comunicação: Linguagem, Audição. 2ª ed. São Paulo: Editora Moraes; 1983. 128 p.

Tabith Jr A, Fávero ML. O que a foniatria pode mudar no seu consultório. In: PRO-ORL ABORL - Programa de Atualização em Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico Facial - Ciclo 10. 1st ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 61–89.

Winnicott DW. A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p.139-64. (Trabalho original publicado em 1941).

Winnicott DW. Da pediatria á psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 2000.

World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2001; Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Zorzi JL. A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

## ANEXO 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais e/ou responsáveis pelo sujeito da pesquisa

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia – (11) 3670- 8518.

Nome do participante: \_\_\_\_\_.

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ . CPF: \_\_\_\_\_.

1. Título do estudo: “Avaliação foniátrica em crianças até 36 meses de idade: Investigação de Aplicabilidade.”

2. Pesquisador: Gilberto Bolivar Ferlin Filho

3. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Cavalcante de Albuquerque Caiuby Novaes

4. Introdução:

Convidamos seu filho(a) e você(s) (mãe e/ou pai) para participar de nosso projeto de pesquisa. Por favor leia atentamente este “termo de consentimento livre e esclarecido” para considerar se vocês devem ou não participar desta pesquisa.

Este termo de consentimento deve ser capaz de explicar os objetivos deste estudo, os procedimentos, as vantagens, os riscos e os inconvenientes para seu conhecimento e avaliação.

Este documento pode conter palavras que talvez você não entenda e por isso você deve perguntar o que quiser e julgar útil para sua avaliação de forma que fique tudo claro para você.

5. Propósito do estudo:

O objetivo deste estudo é fazer uma rápida avaliação em diversas funções que são necessárias para a comunicação e seu desenvolvimento que envolvem questões auditivas, visuais, alguns aspectos do desenvolvimento motor e de planejamento dos movimentos, questões relacionadas a interação social e histórico de saúde de seu filho através da avaliação clínica foniátrica em crianças com risco de alterações no desenvolvimento da linguagem.

6. Como irei participar?

A participação no estudo se dará através de uma consulta médica que tem duração média de 01 (uma) hora, no ambulatório de foniatria da DERDIC (Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação) – PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) situado na Rua Estado de Israel, 1056 CEP – 04022-002. São Paulo SP - Brasil.

Será feita anamnese (histórico e coleta de informações) de maneira semiaberta com o responsável e a seguir a criança passará por avaliação clínica de algumas habilidades auditivas, visuais, motoras e interacionais. Essa participação não apresenta risco de ordem física e/ou psicológica em decorrência da avaliação, estando sempre o(s) genitor(es) presentes durante todo os momentos da consulta e do exame e podendo interferir ou mesmo interromper a qualquer tempo e sem explicação dos motivos, se julgarem apropriado.

#### 7. Riscos e desconfortos:

Os riscos ou desconfortos associados ao desenvolvimento desta pesquisa podem ser mínimos, se existirem. Os pais estarão presentes durante toda avaliação e poderão intervir ou mesmo desistir, caso achem apropriados não precisando para isso, dar nenhuma explicação. Não serão adotados quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou que possam resultar em lesões corporais ao paciente. Não se conhece nenhum tipo de dano psicológico ou moral associado aos procedimentos adotados.

#### 8. Benefícios:

Não existem benefícios financeiros pela participação na pesquisa e nenhum valor será pago pela participação sob nenhum pretexto, sendo a participação livre e voluntária. Os pais do paciente, se assim o quiserem, receberão o relatório da avaliação foniátrica realizada que poderá ajudar nos procedimentos de reabilitação de seu filho participante, caso haja necessidade confirmada após a avaliação. Para isso deverão solicitar o relatório em qualquer momento. De maneira nenhuma essa avaliação obriga o pesquisador a inserir o paciente em terapias, sendo apenas relatório auxiliar no processo de uma possível reabilitação do paciente.

Os resultados desse estudo poderão ajudar os profissionais da área a refletir sobre a atuação clínica foniátrica em crianças com risco de alterações no desenvolvimento da linguagem.

#### 9. Confidencialidade:

Todos os dados (histórico, protocolos de avaliação, exames, gravações dentre outros documentos produzidos, consultados e utilizados) serão analisados apenas pelo pesquisador e orientadora e seus dados de identificação não serão divulgados, sendo guardados em sigilo. Caso seja necessário a participação de algum outro profissional além dos acima citados, esses também ficam sujeitos aos termos desse sigilo.

Eu, responsável, autorizo o pesquisador a utilizar todos os dados obtidos no atendimento médico otorrinolaringológico foniátrico e dados das entrevistas com os membros da família e cuidadores. Autorizo também o acesso a dados de prontuário com informações relativas aos problemas de saúde de meu filho que sejam necessários para a pesquisa. Estou ciente de que esses dados serão tratados de maneira confidencial durante os estudos e publicações que ocorrerem envolvendo esses dados. Todas as pessoas que tiverem acesso a esses dados estarão sujeitas a mesma obrigação de confidencialidade

Material em áudio, vídeo ou imagem podem ser produzidos durante as avaliações. Caso isso aconteça, perguntamos agora se temos sua autorização para utilizar esse material (áudio, vídeo e/ou foto) para treinamento ou apresentação. Esse consentimento não é necessário se você não quiser. Mesmo assim poderá participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Você autoriza as gravações e o uso delas nessa pesquisa para treinamento e apresentação científica e autoriza também que essas gravações sejam mantidas em seus dados de pesquisa?

Sim

Não

10. Direitos do participante:

Tenho plena consciência de que posso retirar meu filho deste estudo a qualquer momento sem necessidade de qualquer explicação ou motivo explícito e sem sofrer nenhum tipo de prejuízo devendo apenas comunicar o pesquisador responsável. Caso você desistia todo o material visual, escrito ou documental que se refere ao seu filho será destruído após sua requisição.

Fica assim claro que sua participação nesse projeto é totalmente livre e voluntária e você pode optar por desistir em qualquer momento por qualquer motivo, sem dar explicações e sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

11. Dúvidas:

Se tiver dúvidas, posso telefonar para o pesquisador Gilberto Bolivar Ferlin Filho, no número (11) 994938720 ou e-mail: [drgerlin@gmail.com](mailto:drgerlin@gmail.com) ou poderei entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da PUC-SP (Monte-Alegre).

12. Consentimento:

Declaro que eu entendi esse projeto de pesquisa a forma como eu vou participar os riscos e inconvenientes aos quais posso estar exposto. Tive várias oportunidades de perguntar com tempo todas as minhas dúvidas referentes aos estudos. Todas as minhas dúvidas e perguntas foram respondidas de maneira clara. Estou assim ciente e de acordo com o que foi explicado, eu aceito que meu filho(a) participe voluntariamente neste estudo. Esse TCLE será assinado em duas vias; uma ficará com o pesquisador e outra em posse do responsável pelo sujeito voluntário.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Pais ou responsável pelo sujeito voluntario.

---

Gilberto Bolivar Ferlin Filho (pesquisador).

Comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre está disponível para os esclarecimentos e localiza-se no andar térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello, Sala 63-C na Rua Ministro Godoi, 696 – Perdizes – São Paulo – SP CEP 05015-001 – Tel/Fax: (11) 3670-8466 – E- mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br) .