



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
THAYSE EXTOSHATES MARCOS

**ANÁLISE DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS QUE POSSUEM MÃES USUÁRIAS DE
DROGAS**

Florianópolis

2014

THAYSE EXTOSHATES MARCOS

**ANÁLISE DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS QUE POSSUEM MÃES USUÁRIAS DE
DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula de Oliveira Santana.

Área de Concentração: Linguagem, Cognição e Audição.

Florianópolis

2014

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Marcos, Thayer

ANÁLISE DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS QUE POSSUAM MÃES
USUÁRIAS DE DROGAS / Thayer Marcos ; orientadora, Ana
Paula de Oliveira Santana - Florianópolis, SC, 2014.
91 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

I. Fonoaudiologia. 2. Drogas. 3. gestação. 4. linguagem.
5. privação materna. I. de Oliveira Santana, Ana Paula .
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fonoaudiologia. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

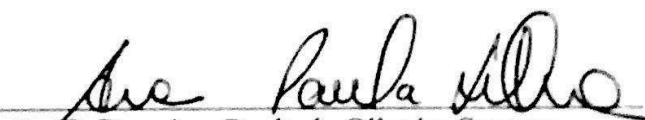
Thayse Extoshates Marcos


ANÁLISE DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS QUE POSSUEM MÃES USUÁRIAS DE DROGAS

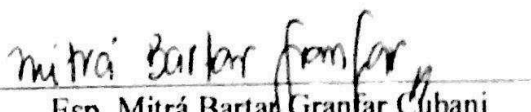
Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de setembro de 2014.

Banca Examinadora:


Prof. Dra. Ana Paula de Oliveira Santana
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Dra. Marivete Gesser
Parecerista
Universidade Federal de Santa Catarina


Esp. Mitrá Barta Granfar Cubani
Parecerista
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao amor, meu noivo e melhor amigo, que foi paciente, probo,
companheiro e me inspirou na realização desta pesquisa.
Aos meus queridos pais e ao meu querido irmão, pela constante preocupação, cuidado,
motivação e belas palavras de apoio.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha força interior, a minha fé em Deus, que me permitiu continuar quando eu pensei que não pudesse mais aguentar.

Aos meus amados pais, Edmilson da Silva Marcos e Marcia Extoshates Marcos, por todo o cuidado e preocupação que têm todos os dias comigo, por me compreenderem nos dias em que estive ansiosa e apreensiva, pelas belas palavras de apoio, pela motivação para que eu pudesse continuar a jornada, por serem responsáveis pela formação do meu caráter e pela linda educação que me proporcionaram.

Ao meu querido irmão, Patrick Extoshates Marcos, pelos momentos únicos que me proporcionou, pelo companheirismo, pelo verdadeiro abraço e pelos gestos e palavras carinhosas.

Ao meu noivo, José Carlos Silvério Júnior, por ser uma pessoa maravilhosa, verdadeira e otimista, pelo suporte emocional, intelectual e tecnológico, pela compreensão nos momentos de angústia, pelo companheirismo, pelo incentivo, pela lealdade, pelas lindas palavras de apoio, por todo amor e carinho.

Aos meus avós paternos, Evaldo da Silva Marcos e Maria Salete da Silva Marcos, pelas demonstrações de carinho e apoio para que eu continuasse a trajetória.

Aos meus avós maternos, João Extoshates e Marlene Alexandre, pela preocupação, motivação, pelos gestos, pelas palavras, pelo belo exemplo de honestidade e humanidade.

A minha professora Dra. Ana Paula de Oliveira Santana, pelo incentivo, pelas oportunidades únicas que me proporcionou, por me entender, pelas palavras generosas e pelas pertinentes correções textuais.

A professora Dra. Renata Coelho Scharlach, pelas ótimas aulas de audiologia, pela conduta ilibada, pela compreensão, pela disponibilidade e generosidade.

A todos os familiares e amigos que de alguma forma torceram por mim e me apoiaram nesses quatro anos de graduação.

RESUMO

O uso de algumas substâncias psicoativas durante a gestação pode causar efeitos nocivos ao feto. Entre tais efeitos, pode haver hipóxia fetal, malformação, hipotonicidade, hiperatividade, retardo mental, perda auditiva, comprometimento no desenvolvimento das funções motora, social, intelectual, neurológica, comportamental e no crescimento. O desenvolvimento da linguagem na criança pode ser prejudicado tanto devido a esses efeitos, como também em virtude da utilização das drogas persistir após o nascimento do bebê, visto que a mãe poderá ser ausente na vida do recém-nascido e perder a guarda do filho. O aspecto emocional da criança nessas situações pode encontrar-se abalado, porque ela não terá os cuidados maternos necessários. Segundo alguns autores, aliás, é a falta de uma figura materna singular que produz dificuldades para o desenvolvimento da criança. Para que ocorra a aquisição da linguagem é necessário que haja diálogo (e para isso a criança precisa de um interlocutor). A aquisição de linguagem é uma construção conjunta de significação pela qual o sujeito passa a se apropriar de recursos que possibilitam a ele assumir seu papel de sujeito da linguagem – e a mãe tem uma função fundamental nessa construção de significados. O objetivo deste estudo foi realizar a análise da linguagem de crianças que possuem mães usuárias de drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e de caráter transversal, efetuada por meio de avaliação de linguagem e entrevista semiestruturadas, que aborda o desenvolvimento da linguagem de filhas de usuárias de drogas e resulta em um estudo de caso de dois sujeitos, que foram selecionados a partir dos atendimentos fonoaudiológicos realizados na Clínica de Fonoaudiologia, na UFSC. A coleta de dados foi realizada por meio de informações obtidas na avaliação das pacientes, nas entrevistas com os responsáveis pelas crianças, nas entrevistas com as professoras das escolas e nos prontuários das infantês. Os dados foram analisados a partir de uma perspectiva sociointeracionista e foram transcritos literalmente. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o número 02674912.0.0000.0121. O resultado evidenciou que a utilização de drogas durante e/ou após a gestação pode interferir no desenvolvimento da linguagem de crianças. Outros fatores deveras influentes na aquisição da linguagem (além do uso de drogas pela mãe) são o ambiente desarmônico em que vivem os infantês e a ausência de cuidados por parte da genitora. As crianças do estudo apresentaram as seguintes características da linguagem: produção de pequenos enunciados, fala ininteligível, falta de contato visual, alterações nos aspectos semânticos, sintáticos, fonéticos-fonológicos e pragmáticos-discursivos. Além disso,

apresentaram ambientes sociais que continham discussões, violências simbólicas e físicas. As crianças, ainda que possuam a presença física das mães não recebem delas os cuidados necessários, que são transferidos para as avós maternas. Desta forma, conclui-se que as questões orgânicas são relevantes para o desenvolvimento da linguagem e as questões interacionais e subjetivas, como a falta da função materna, também podem acarretar prejuízos linguísticos. Esses aspectos são relevantes porque indicam os múltiplos fatores envolvidos na aquisição da linguagem, para além das questões apenas orgânicas geradas no período embrionário e fetal.

PALAVRAS-CHAVE

Drogas; gestação; linguagem; privação materna

ABSTRACT

The use of some psychoactive substances during pregnancy can cause harmful effects on the fetus. Among these effects, there can be fetal hypoxia, malformation, hypotonicity, hyperactivity, mental retardation, hearing loss, impairment in the development of motor, social, intellectual, neurological, behavioral functions and growth. Language development in children may be harmed due to both these effects, but also due to the use of drugs continues after the baby is born, since the mother may be absent in the life of the newborn and losing custody of her son. The emotional aspect of the child in these situations may find yourself upset because she did not have maternal care needed. According to some authors, incidentally, is the lack of a natural mother figure that produces difficulties for the child's development. For language acquisition to occur there needs to be dialogue (and for that the child needs an interlocutor). The acquisition of language is a joint construction of meaning by which the subject comes to appropriate resources that enable it to assume its role as the subject of language and the mother has a fundamental role in this construction of meanings. The aim of this study was the analysis of the children who have mothers who drug language. This is a qualitative study and cross-sectional nature, performed through language assessment and semi-structured interview, which discusses the development of children of drug users and language results in a case study of two subjects, who were selected from therapeutic sessions conducted in the Speech Clinic at UFSC. Data collection was performed using information obtained in the assessment of patients, interviews with those responsible for children, the interviews with the teachers of the schools and the medical records of infants. Data were analyzed from a social interactionist perspective and were literally transcribed. The study was approved by the UFSC Ethics Committee on Human Research (CEPSH) under number 02674912.0.0000.0121. The result showed that the use of drugs during and/or after pregnancy can interfere with the development of children's language. Other factors indeed influential in the acquisition of language (in addition to drug use by the mother) are the disharmonious environment they live in infants and the lack of care by the mother's. The children in the study showed the following language features: making small statements, slurred speech, lack of eye contact, changes in semantic, syntactic, phonetic, phonological and pragmatic-discursive aspects. Moreover, had social environments containing discussions, symbolic and even physical violence. Children, still possessing the physical presence of the mothers do not receive the necessary care of them, they are transferred to the maternal grandparents. Thus,

we conclude that organic matters are relevant to the development of language and interactional and subjective issues such as lack of maternal function, can also cause language loss. These aspects are important because they indicate the multiple factors involved in the acquisition of language, beyond just organizational issues generated in the embryonic and fetal period.

KEYWORDS

Drug; pregnancy; language; maternal deprivation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE – Atendimento Educacional Especializado

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ENA – Espectro da Neuropatia Auditiva

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HU – Hospital Universitário

NEI – Núcleo de Educação Infantil

PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

QI – Quociente de Inteligência

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 AS IMPLICAÇÕES DO USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO	16
3 AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	31
4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.3.1 Seleção dos participantes	34
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	34
4.5 ANÁLISE DE DADOS	34
5 ANÁLISE DE DADOS	36
5.1 BRUNA (4 anos)	36
5.2 RELATO DA PROFESSORA DE BRUNA	43
5.3 BRUNA NA ESCOLA (4 ANOS)	44
5.4 AVALIAÇÃO DE BRUNA	45
5.5 SARITA (5 ANOS)	55
5.6 RELATO DA PROFESSORA DE SARITA	61
5.7 SARITA NA ESCOLA	62
5.8 AVALIAÇÃO DE SARITA (5 ANOS)	62
6 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A	84
ANEXO A	86

1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho relaciona-se ao meu desejo de ampliar meus conhecimentos acerca da relação entre dependência química na gravidez e aquisição da linguagem. O tema surgiu a partir do conhecimento de casos de crianças atendidas na Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina que possuem mães usuárias de drogas. Além disso, verificou-se que na literatura há poucos estudos sobre o tema que fazem uma relação entre interferências do uso de drogas na gestação e aquisição da linguagem.

Berkow et al. (2004), afirma que a maioria das gestantes fazem uso de algum tipo de droga, lícita ou ilícita. Os CDCP - Centers for Disease Control and Prevention e a Organização Mundial da Saúde estimam que 9 a cada 10 mulheres da população de grávidas utilizam algum tipo de droga, sejam elas lícitas ou drogas ilícitas.

Segundo um estudo realizado em Quebec pela Unidade de Pesquisa em Saúde Pública Chuq, no Centro de Pesquisa Médica da Universidade Laval; pela Faculdade de Psicologia da Universidade Laval e pelo Departamento de Psiquiatria e Comportamento - Neurociências pela Faculdade Universidade Wayne no Canadá, 92% das mulheres relataram fumar e 61% relataram beber durante a gravidez. Além disso, 36% das participantes relataram o uso de maconha durante a gravidez (MUCKLE et al., 2011).

O índice de mulheres usuárias de algum tipo de droga, lícita ou ilícita, aumentou de forma expressiva no século XX. Com isso, há a preocupação com o seu consumo, pois uma mulher dependente química pode não estar escravizando apenas a si própria, mas também a outro ser que ainda encontra-se em fase de desenvolvimento (FABBRI; PEDRÃO, 2000). Evidências recentes confirmam os danos maternos e fetais gerados pelo uso de drogas (BARRETO; PARKER, 2007).

O uso de drogas sociais, também chamadas de drogas lícitas, está presente em expressiva porcentagem das gestantes. O abuso de álcool e de tabaco na gravidez está associado a efeitos adversos do crescimento, desenvolvimento e alterações de comportamento das crianças expostas (BARRETO; PARKER, 2007).

O uso excessivo do álcool durante a gravidez também se encontra sob acurada investigação por parte dos profissionais de saúde que assistem às mulheres no pré-natal. O abuso do álcool pela gestante está associado, de maneira dose-dependente, à restrição do crescimento fetal, a deficiências cognitivas, ao aumento da morbi-mortalidade e a outros

distúrbios mais leves chamados de efeitos do álcool sobre o feto, uma forma incompleta da síndrome alcoólica fetal (HALMESMAKI, 1988).

Apesar dos mais extensos protocolos de estudo de comportamento, perfil social e repercussões patológicas do uso de drogas sociais e ilícitas durante a gestação estarem estabelecidos em países desenvolvidos, os países em desenvolvimento sofrem o impacto da alta incidência do uso materno dessas substâncias (BARRETO; PARKER, 2007).

No Brasil, a literatura chama atenção para o cenário social em que se insere a gestante usuária de drogas ilícitas. “A baixa renda, a instabilidade familiar, a evasão escolar, a desqualificação profissional e a exclusão do processo produtivo são evidentes” (BARRETO; PARKER, 2007).

A violência familiar, o sofrimento psicológico e o abuso sexual também foram identificados como fatores associados ao uso de álcool e de outras drogas entre as mulheres grávidas (MUCKLE et al., 2011).

A utilização de drogas durante a gestação pode interferir no desenvolvimento embrionário e, assim, causar diversos danos à formação do embrião. Segundo Gabbard (2000), o desenvolvimento e crescimento humano podem ser afetados por diversos fatores e/ou condições. Este comprometimento pode ocorrer tanto no período pré quanto pós-natal e é oriundo de fatores internos e externos. Entre os fatores internos estão as influências genéticas e as condições maternas do ambiente pré-natal. Já entre os fatores externos, a alimentação, o álcool, o tabagismo e as drogas ganham destaque, pois se sabe que, embora o feto esteja protegido pela placenta, certas substâncias podem penetrá-la e causar reações negativas, tais como deformidades físicas e disfunções comportamentais.

Além de o impacto morfológico fetal ser de conhecimento difundido, as repercussões sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental da criança exposta ao uso de psicotrópicos e drogas ilícitas ainda requerem extensas investigações (BARRETO; PARKER, 2007).

Há vários estudos que indicam uma série de déficits e sintomas nas crianças. Muckle (2011) afirma que o uso de drogas no período gestacional aumenta o risco de déficit de atenção e hiperatividade na criança. Cantor et al. (2012) ressaltaram que a metilenedioximetanfetamina (exstasy) pode induzir alterações comportamentais de memória de longo prazo, dificuldades de aprendizado e aumento da atividade locomotora.

Para Viera et al. (2007), as intercorrências pré-natais, peri-natais e pós-natais devido ao uso de drogas psicotrópicas na gestação podem causar também deficiência auditiva

no recém-nascido, de modo que o uso de drogas no período gestacional é um fator de risco para que ocorram alterações na audição do nascituro.

Outro ponto que tem sido levantado, para além do orgânico, é a questão interacional. Segundo Bee e Boyd (2011), para o desenvolvimento normal da linguagem, a criança precisa ouvir a língua falada e precisa que falem com ela, nesse caso, “é a falta de uma figura materna singular, que produz dificuldades para a criança”.

Essas questões tem sido amplamente discutidas na área da aquisição da linguagem. O fato de os processos dialógicos serem recíprocos, dando-se tanto do adulto para a criança, como da criança para o adulto, aponta para aspectos que precedem o conhecimento linguístico, dizendo respeito a uma atividade conjunta, ou seja, a uma interação dialógica. A não existência dessa reciprocidade entre um interlocutor privilegiado e a criança pode refletir na aquisição de linguagem desta criança (DE LEMOS, 1989).

De outro lado, os estudos psicanalíticos têm apontado para a função materna como estruturante da subjetividade. Geralmente a função materna é exercida pela mãe biológica, mas não necessariamente é ela quem a exerce. O fato é que torna-se fundamental que exista uma pessoa que exerça a função materna, ou seja, que dê os principais cuidados ao bebê, que represente uma referência constante e segura. Essa pessoa deve, além de ser responsável pelos cuidados básicos de saúde, higiene e alimentação do bebê, nele investir emocionalmente. Isso significa que deve haver vínculo afetivo entre a mãe/responsável e o bebê que ela cuida (IUNGANO E TOSTA, 2009).

Além das alterações causadas no período embrionário, é possível que a mãe dependente do uso de drogas não dê atenção necessária ao seu filho, privando-o da convivência e dos cuidados maternos. Devido à utilização de drogas, a mãe muitas vezes acaba perdendo a guarda da criança, privando o filho da função materna. Com essa situação de privação, pode haver implicações na aquisição da linguagem da criança.

Segundo as experiências relatadas por Bowlby (2002, p. 22):

constatou-se que os bebês que sofrem privação materna prolongada podem deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando alguém brinca com eles, ficando inapetentes ou, apesar de serem bem nutridos, não engordarem. Dormem mal e não demonstram iniciativa, podendo também apresentar atraso na fala e suscetibilidade à infecções.

Ademais disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, dispõe:

Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

A partir dessas considerações, surgem os seguintes questionamentos: Como as drogas utilizadas no período peri-natal podem afetar a linguagem da criança? Quais as características da linguagem dessas crianças? A utilização de drogas após a gestação pode interferir na interação mãe-filho?

Desta forma, o objetivo deste trabalho é analisar a aquisição da linguagem em crianças que possuem mães usuárias de drogas. Para tanto, levou-se em conta tanto as questões orgânicas como as sociais, ou seja, acredita-se que tanto a constituição das funções parentais quanto as questões bioquímicas da gestação podem ter implicações nas interações de díades mãe-criança ocasionando atrasos de aquisição da linguagem.

Como metodologia, realizaremos um estudo de caso de duas crianças pacientes da clínica de Fonoaudiologia da UFSC e da entrevista com os seus responsáveis, a partir de uma perspectiva sociointeracionista. Nessa perspectiva, o conceito de interação possui uma acepção bem específica. Trata-se da interação entre criança e adulto, o outro, este tomado como sede do funcionamento da língua constituída. Nesse caso, a aquisição é determinada pela própria dimensão languageira da interação. Entende-se que o adulto é portador de um funcionamento linguístico-discursivo textual – e não apenas de um sistema gramatical – a partir do qual ele significa, interpreta a criança e, assim, insere-a nesse funcionamento, garantindo a ela a condição de sujeito (DE LEMOS, 1995).

2 AS IMPLICAÇÕES DO USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

Durante o desenvolvimento pré-natal, a placenta é um órgão básico que separa a corrente sanguínea da criança e da mãe. Através dela passam as substâncias nutritivas para a criança em desenvolvimento. O embrião é ligado à placenta por meio do cordão umbilical, no qual há duas artérias e uma veia, que levam e trazem o sangue do embrião. A corrente sanguínea da mãe também é aberta para a placenta, mas entre o sangue da mãe e o do embrião há membranas que servem como filtros, que, no entanto, não previnem a passagem de muitas substâncias potencialmente prejudiciais, como drogas lícitas e ilícitas. Os componentes importantes do sangue da mãe como, proteínas, açúcares e vitaminas passam através da membrana para a corrente sanguínea da criança, da mesma forma que certas drogas (BEE; BOYD, 2011).

Neurotransmissores químicos exercem funções importantes na coordenação do desenvolvimento dos neurônios e circuitos cerebrais. As drogas psicoativas modulam os receptores, os transportadores e outros componentes da neurotransmissão. Muitos neurotransmissores são expressos durante as fases pré-natal do desenvolvimento do cérebro, apesar de seus padrões de expressão e as funções serem, por vezes, bem diferentes de seus papéis mais típicos em fases posteriores da vida. (TOMPSON et al., 2009).

A droga ilícita cocaína é a que mais dispõe de estudos.

A cocaína, derivada da planta *Erythroxylon coca*, exerce seus efeitos interferindo na recaptação de neurotransmissores, como a dopamina e a norepinefrina, nas terminações nervosas pré-sinápticas. Essa interação resulta em vasoconstrição, taquicardia, hipertensão e aumento na concentração plasmática das catecolaminas (BAUER, 2005).

A exposição à cocaína pré-natal pode causar alterações neuropsicológicas e motoras (DERAUF et al., 2012), além de produzir duradouros efeitos que prejudicam a função cognitiva, especialmente a aprendizagem (BAKSHI, 2009).

A cocaína utilizada durante a gravidez pode ter efeitos em longo prazo sobre o desenvolvimento do cérebro (STEPHEN et al., 2009). Estudos de neuroimagem in vivo recentes revelaram que várias redes cerebrais são alteradas em exposição à cocaína no período pré-natal (LI et al., 2013). A exposição à cocaína no útero tem efeitos no desenvolvimento em seres humanos, tais como comprometimento cognitivo, atrasos de linguagem e atrasos no desenvolvimento motor (DERAUF, 2009).

O uso da cocaína na gestação tem sido relacionado ao aumento do risco de abortamento espontâneo, que juntamente com o descolamento prematuro de placenta incide mais em gestantes usuárias de drogas (BARRETO; PARKER, 2007).

A droga mencionada, quando utilizada durante a gravidez, pode comprometer os sistemas cardíaco e vascular da mulher grávida e do feto. Os efeitos que tal droga implica na unidade feto-placentária pode gerar o deslocamento da placenta ou diminuição do fluxo sanguíneo com subsequente hipóxia. Isto pode explicar os frequentes abortos espontâneos e as mortes fetais que acontecem em mães usuárias de cocaína (JOYA, et al., 2012).

A hipóxia fetal causada pela cocaína em estados mais severos pode causar infartos cerebrais pontuais. Estes achados associados foram encontrados em crianças com distúrbios comportamentais nos relacionamentos interpessoais, na primeira infância (BARRETO; PARKER, 2007).

Segundo Loebstein e Koren (1997), foi verificada dificuldade de compreensão e expressão da linguagem nas crianças expostas ao uso materno de cocaína.

O desenvolvimento precoce da linguagem também pode ser afetado pelo uso de cocaína no período gestacional em "três diferentes, mas potencialmente interativos" caminhos (XUE et al., 2009). A hipótese de Malakoff e colegas se dá seguinte forma: (1) desregulação sutil de sistemas de atenção com potencial para perturbar a capacidade de uma criança para extrair e processar a informação, (2) as perturbações nas interações linguísticas dos pais da criança, devido à cocaína e outras drogas, e (3) o ambiente social e de cuidado empobrecidos, instáveis (MALAKOFF et al., 1999).

A droga pode ser administrada por via endovenosa ou inalatória, esta última absorvida pela mucosa nasal (LINDSAY; THOMAS; CATALANO, 1997).

A cocaína alcalina, denominada "crack", pode ser consumida em forma de cigarro, de modo a ser absorvida pelas membranas alveolares (ZUCKERMAN et al., 2002). Neste caso, a "pedra" é quebrada, misturada com tabaco ou maconha e enrolada em um papel (DOMANICO, 2006). Seu metabolismo é feito por meio das colinesterases plasmáticas e hepáticas. Na gravidez, as colinesterases, tanto maternas, quanto fetais, estão diminuídas, levando ao acúmulo da droga e maior potencial de toxicidade (ZUCKERMAN et al., 2002).

Bebês expostos à maconha, à cocaína, ao álcool e ao tabaco durante o período fetal têm pior qualidade de movimento e mais hipertonia muscular. Eles também têm reflexos reduzidos e sinais de estresse/abstinência. Múltiplos fatores de risco podem alterar o sistema de resposta ao estresse de bebês e crianças mais velhas. As mulheres que usam cocaína

durante a gravidez costumam usar maiores quantidades de substâncias lícitas e ilícitas e são mais propensas a criar seus filhos em ambientes comprometidos (BAUER et al., 2011)

A droga mais utilizada durante a gravidez é a maconha, mas como outras drogas ilícitas a preponderância de estudos focaram o nascimento e os resultados da primeira infância. Poucas pesquisas examinaram as consequências do desenvolvimento neurológico em longo prazo da exposição à maconha. Dentre as consequências geradas pela maconha estão: déficits de memória de curto prazo, déficit de raciocínio verbal, déficit de raciocínio abstrato/visual. Entre os pré-escolares e crianças em idade escolar as consequências são: atenção sustentada, hiperatividade e impulsividade. Estudos de neuroimagem têm consistentemente citado decréscimos globais no total de volumes cranianos, cerebral e cerebelar de bebês que possuem mães usuárias de maconha (DERAUF et al., 2009).

Apesar do pequeno número de estudos que avaliam o efeito do consumo de maconha pela gestante no comportamento de seus filhos, de maneira geral, os recém-nascidos apresentam tremores e startles com maior frequência, além de menor capacidade de habituação e orientação aos estímulos externos e alterações no padrão de sono. No entanto, esses achados não são uniformes e há controvérsia no que se refere ao uso de maconha pela gestante e os possíveis efeitos neurocomportamentais imediatos (BARRETO; PARKER, 2007).

A exposição pré-natal a drogas ilícitas, como maconha, estimulantes, narcóticos, alucinógenos e solventes inalados, pode também ter efeitos deletérios para o crescimento e desenvolvimento do bebê (LESTER; LAGASSE, 2010).

Até o presente momento, os dados demonstram uma associação, mais do que uma relação de causa-efeito, entre o uso de drogas na gestação e a morbidade perinatal. Deve-se, assim, continuar as pesquisas, controlando-se as variáveis de confusão, tais como consumo de várias drogas de forma concomitante, para conhecer melhor os efeitos do uso da maconha na gestante, na evolução da gravidez e no conceito (BARRETO; PARKER, 2007).

O tabagismo gestacional surpreende com efeitos mais deletérios ao neurodesenvolvimento do que as drogas ilícitas estudadas. A exposição pré-natal à fumaça de cigarro tem sido associada a problemas na inibição e déficit de atenção e hiperatividade comportamental em crianças (BOUCHER et al., 2014).

Aos 6 meses de idade, os bebês expostos no pré-natal à fumaça do tabaco demonstraram respostas mais pobres a estímulos auditivos. As habilidades pré-linguísticas em crianças de 6 meses e a vocalização de combinações de vogal-consoante em crianças de 8

meses foram atrasadas em filhos de mulheres que fumaram durante a gravidez. Em uma amostra de pré-escolares, a expressão do vocabulário foi menor entre as crianças cujas mães fumaram (KABLE et al., 2009).

A função cognitiva de crianças estudadas aos três anos de idade mostrou-se superior nos casos em que a mãe interrompeu o tabagismo durante a gravidez do que naquelas em que o hábito de fumar persistiu até o final da gestação (SEXTON; FOX; HEBEL, 1990).

Há relatos de hiperatividade, déficit de atenção e impulsividade no comportamento das crianças expostas ao tabaco na vida intrauterina (DAY et al., 2000).

Ao lado do uso de álcool, o tabagismo materno durante a gravidez é um fator determinante para que o bebê apresente baixo peso ao nascer e menor circunferência da cabeça. O uso dessas substâncias também tem sido associado à diminuição das habilidades intelectuais e a taxas mais elevadas de problemas de comportamento entre as crianças expostas (MUCKLE, 2011).

O tabagismo materno no período gravídico está associado ao aumento do risco de morbidade e mortalidade perinatal (CARRIE, 2012).

A exposição pré-natal à nicotina pode afetar de forma negativa o desenvolvimento do cérebro do feto por meio dos mecanismos diretos e indiretos. Os mecanismos indiretos incluem desnutrição materna e fetal secundária à anorexia induzida pelo tabagismo, hipóxia devido ao aumento da carboxihemoglobina e vasoconstrição, hipertrofia placentária e redução do transporte placentário de nutrientes. Os mecanismos diretos referem-se aos efeitos diretos da exposição à nicotina fetal sobre as funções cognitivas e de crescimento corporal, e mostraram que a nicotina atinge vários sistemas neuroquímicos, alterando o desenvolvimento neurológico (DERAUF et al., 2009).

A nicotina e o álcool podem gerar déficits mais graves sobre o desenvolvimento do cérebro do que algumas drogas ilícitas, como a cocaína (TOMPSON, 2009).

Day et al. (2000), confirmaram, após controlar as variáveis socioeconômicas, adaptativas e o uso de outras drogas pela mãe, que os distúrbios de comportamento com personalidade agressiva e imaturidade emocional é maior nas crianças expostas ao tabaco na gravidez, especialmente naquelas em que a mãe continua a fumar após o término da gestação, aos três anos de idade.

Fergusson et al. (1993), apresentaram os resultados do estudo de seguimento de crianças expostas ao tabagismo materno gestacional e verificaram nas crianças de 12 anos a persistência das dificuldades de adaptação social, e comportamento hiperativo desde a

primeira infância. No grupo de 16 e 18 anos foi maior a incidência de distúrbios do humor predominantemente depressivo e dependência química.

Também foi confirmado pior performance no que se refere à linguagem, a habilidades manuais, à inteligência e à atenção, em análise dos efeitos em longo prazo da exposição materna passiva exclusiva, em crianças de 6 a 9 anos (MAKIN et al., 1991).

A exposição intensa ao álcool, ao fumo ou aos narcóticos antes do nascimento pode provocar uma grande variedade de problemas, incluindo dificuldades de atenção, déficit cognitivo, diminuição do QI (MUCKLE et al., 2011).

Existem fatores ambientais associados ao uso do cigarro que podem mediar a relação entre a exposição ao cigarro e o neurodesenvolvimento. As mães que usam cigarros durante o período gravídico diferem-se em muitos aspectos de mães que não utilizam cigarro, incluindo ter status socioeconômico mais baixo, mais psicopatologias e um aumento do uso de outras substâncias, como álcool e maconha (KABLE et al., 2009).

O tabagismo materno durante a gravidez tem sido associado a alterações neurocomportamentais em longo prazo e déficits cognitivos na criança (STROUD, 2011).

A exposição pré-natal à metanfetamina pode alterar a expressão de genes e redes de genes importantes para a função da placenta no final da gestação. Alterações na expressão destes genes e os efeitos sobre as redes de genes placentários provocam a desregulação no desenvolvimento e efeitos neurocomportamentais que permanecerão após o nascimento. A cocaína exerce seus efeitos neurotóxicos em várias áreas do cérebro que são importantes no desenvolvimento, expressão e controle do feto, atenção, linguagem e cognição (DERAUF et al., 2009).

A cocaína e o crack aumentam a pressão arterial, obstruem pequenos vasos capilares e lesam o tecido cerebral em partes do cérebro que estão se desenvolvendo. Além disso, uma mãe viciada em drogas tende a se alimentar mal, e, para o feto em desenvolvimento, a desnutrição agrava sua vulnerabilidade a essas agressões. Se uma pessoa viciada continuar ingerindo esses tóxicos na última fase da gravidez, é provável que o bebê nasça com uma deficiência moderada ou grave na transmissão de mensagens de uma parte do cérebro à outra (BRAZELTON, 1994).

Ao nascer, o comportamento do bebê vai refletir esses distúrbios de neurotransmissores por meio de sua lentidão em reagir aos estímulos, da incapacidade de receber estímulos exteriores, e das tentativas aparentes de conservar-se em um estado de sonolência (BEE; BOYD, 2011).

Quando o feto estiver sendo enfraquecido pela desnutrição materna, por toxinas ou por uma placenta deficiente, o seu comportamento vai refletir tudo isso, tornando-se restrito. Um feto nessas condições não vai apresentar as mesmas reações complexas aos estímulos auditivos, visuais e cinestésicos que normalmente são apresentadas por um feto saudável (BRAZELTON, 1994).

Segundo Brazelton (1994), quando as expectativas e aptidões, como o jeito de inspecionar um lugar estranho, o sobressalto ao ouvir uma voz desconhecida, o aparecimento da imitação, demoram a manifestar-se em uma criança, isso pode indicar um atraso de compreensão que decorre de uma interferência no processamento das informações, como, por exemplo, uma deficiência de aprendizagem ou alguma outra forma de desorganização do seu sistema nervoso.

As deficiências sensoriais não diagnosticadas no nascimento, como os problemas de visão e audição, também podem retardar o desenvolvimento cognitivo (BRAZELTON, 1994).

O uso de drogas na gestação é um fator de risco para que ocorram alterações na audição (VIEIRA et al., 2007), tais como o espectro da neuropatia auditiva (ENA). Na criança com ENA o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem pode ser prejudicado (BRETANHA et al., 2011).

O uso de drogas durante a gestação pode influenciar no estilo de vida e nos cuidados maternos, podendo afetar o desenvolvimento da criança (KABLE et al. 2009). Os déficits no processamento auditivo têm sido postulados como uma das consequências do desenvolvimento neurológico subjacente de tabagismo materno durante a gravidez, o que leva a déficits de linguagem e leitura deficientes posteriormente (KABLE et al., 2009).

Vemos, assim, que há diversas drogas que podem afetar de modo diferente o feto. Com relação às questões especificamente da linguagem e audição, encontramos como sintomas: dificuldade no processo de aquisição da linguagem, habilidades pré-linguísticas e vocalizações atrasadas, menor expressão do vocabulário, respostas mais pobres a estímulos auditivos, déficits no processamento auditivo e dificuldade de leitura e escrita.

3 AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

Neste trabalho apresentaremos duas teorias de aquisição da linguagem: uma teoria sociointeracionista e uma teoria interacionista (com um viés da psicanálise).

A aquisição da linguagem, a partir de uma concepção sociointeracionista, baseia-se em uma abordagem dialética de produção do conhecimento, busca conceber a linguagem como social, resultado de uma construção coletiva e de processos de interação. Alicerçando-se nos estudos do psicólogo Bielorusso Lev Semyonovich Vygotsky (1896-1934), a linguagem passa a ser entendida como um fator que constitui o homem, tendo função social e comunicativa. É a linguagem que possibilita um contato com o mundo (GEDOZ e COSTA HUBES, 2012).

A teoria sociointeracionista teve em Vygotsky seu maior expoente. Seus pressupostos partem da ideia de homem enquanto corpo e mente, enquanto ser biológico e social e enquanto participante de um processo histórico cultural (CALUMBI; BARBOSA; CHICÓ, 2010).

O desenvolvimento da criança varia conforme o ambiente; não aceita uma visão única e universal do desenvolvimento humano; a relação homem/mundo é uma relação mediada por instrumentos (símbolos); desenvolvimento e aprendizagem são processos que se influenciam reciprocamente; quanto mais aprendizagem, mais desenvolvimento (CALUMBI; BARBOSA; CHICÓ, 2010).

Vygotsky atribui um papel fundamental à interação social. O autor afirma que é no contato com os membros da cultura de um grupo social determinado que o bebê, sujeito biológico, transforma-se gradativamente em sujeito sócio-histórico, cuja interação com o mundo será indireta, mediada por sistemas simbólicos característicos de processos psicológicos superiores, tipicamente humanos (SOARES, 2009 apud VYGOTSKY, 1934).

Apesar de principiarem como percursos independentes, por volta dos dois anos a inteligência prática e a fala integram-se, instituindo o pensamento verbal e a linguagem racional (SOARES, 2009).

Vygotsky procurou demonstrar que a atividade simbólica organizará, pouco a pouco, o processo do uso de instrumentos pela criança, produzindo novas formas de comportamento. À medida que a criança se apropria da linguagem na interação com o outro, ela se torna capaz de controlar o ambiente, relacionando-se diferentemente com este e organizando seu comportamento intelectualmente (SOARES, 2009).

Para Vygotsky o desenvolvimento humano compreende dois níveis: o primeiro é o nível de desenvolvimento real, que compreende o conjunto de atividade que a criança consegue resolver sozinha. Esse nível é indicativo de ciclos de desenvolvimento já completos, ou seja, refere-se às funções psicológicas que a criança já construiu até determinado momento (ZANELA, 1994).

O segundo nível de desenvolvimento é o nível de desenvolvimento potencial, que compreende o conjunto de atividades que a criança não consegue realizar sozinha mas que, com a ajuda de alguém que lhe dê algumas orientações adequadas (um adulto ou outra criança mais experiente), ela consegue resolver. Vygotsky entende que o nível de desenvolvimento potencial é muito mais significativo no desenvolvimento da criança que o nível de desenvolvimento real, porque este último refere-se a ciclos de desenvolvimento já completos, é fato passado, enquanto o nível de desenvolvimento potencial indica o desenvolvimento futuro da criança (ZANELA, 1994).

A distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial, caracteriza o que Vygotsky denominou de Zona de Desenvolvimento Proximal: "A Zona de Desenvolvimento Proximal define aquelas funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação, funções que amadurecerão, mas que estão, presentemente, em estado embrionário" (VYGOTSKY, 1984, p. 97).

A constatação de um segundo nível de desenvolvimento e, conseqüentemente, a postulação de uma Zona de Desenvolvimento Proximal, decorreu da percepção de diferenças ao nível de resolução de problemas entre crianças que, aparentemente, apresentavam os mesmos níveis de desenvolvimento real. Ao aplicar testes de inteligência nessas crianças, Vygotsky constatou que ambas conseguiam resolver sozinhas os mesmos problemas. Entretanto, ao interagir com essas crianças, ao propor-lhes exercícios mais complexos, além das suas capacidades de resolução independente, este autor constatou que uma das crianças conseguia, com ajuda, resolver problemas que indicavam uma idade mental superior à da outra que, sob as mesmas orientações; não conseguia solucionar os problemas que a primeira resolvia.

Concluiu, então, que apesar da aparente homogeneidade dessas crianças quanto ao nível de desenvolvimento efetivamente alcançado, elas, na verdade, diferiam quanto às possibilidades futuras de aprendizagem e desenvolvimento. Essa diferença entre o que as crianças resolvem independentemente e o que conseguem resolver com a ajuda de um adulto ou colega mais experiente é o que Vygotsky denominou Zona de Desenvolvimento Proximal.

Para Vygotsky, a introdução deste conceito no âmbito da sua teoria significava a possibilidade de poder estudar e intervir na gênese das funções psicológicas superiores. Na verdade, conforme indica Wertsch (1988), a Zona de Desenvolvimento Proximal é a região dinâmica que permite a transição do funcionamento interpsicológico para o funcionamento intrapsicológico pois, segundo Vygotsky, todas as funções psicológicas superiores resultam da reconstrução interna de uma atividade social, partilhada.

A linguagem, para Vygotsky é a principal função psicológica superior, ela é mediadora e reorganizadora dos outros processos cognitivos. Desta forma, pode-se dizer que a linguagem constitui o principal mediador da aprendizagem e do desenvolvimento. É através dela que o ser humano se constrói enquanto ser sócio-histórico, modificando os seus processos psíquicos. A linguagem permite a evocação de objetos ausentes, análise, abstração e generalização de características de objetos, eventos e situações, e possibilita o intercâmbio social entre os seres humanos (ZANELA, 1994).

A relação entre pensamento e linguagem tem sido descrita na perspectiva vygotskyana como sendo dois processos diferentes que se constituem como uma unidade que, na sua forma mais simples, é representada pelo significado da palavra. Esse significado é uma generalização ou um conceito. E, como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos de pensamento, pode-se considerar o significado como um fenômeno do pensamento. (OLIVEIRA, 1997). É a qualidade das interações culturais disponíveis no meio que irá determinar a forma de pensar ao longo do desenvolvimento do ser humano. A linguagem, a palavra e o significado são produto das interações sociais em cada momento histórico, pois não são únicos, nem universais.

Da mesma forma que a linguagem, a atividade humana se desenvolve nas relações sociais. As atividades humanas são consideradas, por Vygotsky, como formas de relação do homem com o mundo, dirigidas por objetivos a serem alcançados. A ideia de atividade envolve a noção de que o homem orienta-se por objetivos, agindo de forma intencional, por meio de ações planejadas (OLIVEIRA, 1997).

Segundo Fichtner (1996), a sociedade produz e constrói as atividades como uma forma complexa da relação homem/mundo. No contexto escolar, através do trabalho do professor, a relação homem/mundo é reproduzida e ressignificada.

Desde o nascimento da criança, o desenvolvimento e a aprendizagem estão relacionados. O desenvolvimento não é um processo previsível, universal ou linear, ao contrário, ele é construído no contexto, na interação com a aprendizagem. A aprendizagem

promove o desenvolvimento atuando sobre a zona de desenvolvimento proximal, isto é, transformando o desenvolvimento potencial em desenvolvimento real. Em outras palavras, ao fazer com que determinada função aconteça na interação, possibilita-se que ela seja apropriada e se torne uma função individual. Ao proporcionar que a criança, com ajuda de um adulto ou de uma criança mais madura, realize uma determinada atividade, está se antecipando o seu desenvolvimento através de mediação (ZANELLA, 1994).

Compartilhando do pressuposto sócio-histórico e rompendo com outras concepções de linguagem, Bakhtin (2004) propõe um olhar dialógico sobre a linguagem. O pensador russo não nega a estrutura da língua, mas afirma que ela deve ser estudada e entendida em enunciados concretos: cada enunciação, cada ato de criação individual é único e não reiterável. Surge, assim, a partir dos estudos desse autor, a Linguística da Enunciação, a qual se volta para a língua como resultante de um trabalho coletivo e histórico, porque reflete as relações sociais dos falantes.

Segundo Bakhtin (2004), a linguagem é um ato social que se realiza e se modifica nas relações sociais e é, ao mesmo tempo, meio para a interação humana e resultado dessa interação, já que seus sentidos não podem ser desvinculados do contexto de produção. A linguagem é, portanto, de natureza socioideológica e tudo “que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo”.

Desta forma, vê-se o papel preponderante do outro no processo de aquisição de linguagem. A linguagem também é fundamental para que ocorra o desenvolvimento de toda e qualquer pessoa humana e permite aos sujeitos compreender o mundo e nele agir, é a forma mais usual de encontros, desencontros e confrontos de posições, porque é por ela que estas posições se tornam públicas (GERALDI, 1995).

Pela sua natureza, a linguagem é vista como ação, como um trabalho do sujeito sobre a língua visando à significação. Por meio do processo de aquisição da linguagem, além de se constituir como sujeito da linguagem, a criança constrói o seu conhecimento do mundo, sempre por intermédio do outro. A análise da aquisição da linguagem é, assim realizada por meio dos processos dialógicos: especularidade, complementaridade e reciprocidade. Não se pode analisar nunca a fala da criança apartada da fala do outro (DE LEMOS, 1982).

Em suma por meio do processo de aquisição, a criança se constitui como sujeito da linguagem e, ao mesmo tempo, constrói o seu conhecimento do mundo sempre por intermédio do outro (DE LEMOS, 1982).

A concepção interacionista de linguagem traz alguns conceitos da psicanálise para discutir os processos de aquisição e de subjetividade. Segundo Lier-De Vitto (1994), ela se apoia na concepção de Lacan, assumindo que a significação não é decorrente de um mecanismo fora da linguagem: "a linguagem é força fundante não só para a significação mas também para o nascimento do sujeito". Jerusalinsky (1993) sustenta que, para se ser alguém, precisa-se da linguagem.

Para a criança adquirir a linguagem, deve inserir-se no mundo simbólico. Para isso há a necessidade da interação com o outro, pois o discurso do outro tem poder sobre a determinação da construção e estruturação da linguagem (VORCARO, 2003). E mais, nesse paradigma a linguagem tem papel constitutivo: lidar com a linguagem é lidar com a própria constituição do sujeito (ROCHA, 1994).

Na fala da criança, podem ser observados erros que distinguem sua produção oral da fala do adulto, como também fragmentos da fala deste. De modo especial, a mãe, ao início do desenvolvimento, dá lugar a seu filho, por meio de um processo de interpretação e atribuição de intenções, sentido e referência a esboços de fala produzidos pela criança. Desse modo, a criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do outro. Para De Lemos (2002), na fala da criança predominam fragmentos da fala da mãe em um primeiro momento evolutivo.

A criança é capturada pelo funcionamento da língua, ela é significada (e ressignificada) por um outro falante, antes mesmo que seja um falante. Tais movimentos de significação criam posições discursivas entre as quais há uma movimentação da criança. Portanto, a autora não postula tais posições como etapas evolutivas, mas como posições que podem ser predominantes em determinados momentos.

Essas posições em paralelo com o histórico do exercício das funções parentais e das questões vinculares entre a díade mãe-criança permitirão refletir sobre a prática clínica em linguagem em casos de crianças que não falam. Possivelmente, a cristalização de posições discursivas é um sinal de perigo importante para o curso evolutivo da linguagem infantil.

Para De Lemos (2000), a aquisição de linguagem ocorre por meio do processo de mudança de posição da criança em relação à língua. Essa autora concebe que a criança é capturada pelo funcionamento da língua na qual é significada, e, assim, as mudanças na fala da criança não se qualificariam nem como acúmulo nem como construção de conhecimento, mas como mudanças consequentes à captura do sujeito por tal funcionamento da língua.

Essa captura colocaria a criança em uma estrutura, na qual comparecem: o outro, como instância representativa da língua, a língua e a relação do sujeito com a sua fala. A predominância de uma dessas três instâncias (outro, língua e fala do sujeito) evidencia as três posições pelas quais a criança passa no seu percurso rumo à aquisição de linguagem. Na primeira posição há um predomínio da fala do outro, que é concebido como representante da língua, ou seja, o sujeito falante. Nessa posição, a fala da criança espelha a fala do outro, caracterizando-se, portanto, como repetição, ou melhor, vai se construindo de fragmentos dos enunciados do adulto. Dessarte, as repetições da fala do outro deslizam, podendo tal deslizamento ocorrer em um mesmo fragmento ou por meio de um processo metonímico, que proporciona ligação entre os fragmentos do enunciado atual do adulto e outros fragmentos, também do enunciado do adulto, mas explicitados na fala da criança (DE LEMOS, 2000).

A segunda posição constitui-se pela dominância do próprio funcionamento da língua. Nesse momento, o funcionamento da língua na fala da criança é evidenciado no cruzamento de cadeias verbais por meio dos processos metafóricos e metonímicos. Esses últimos estão circunscritos a um efeito de espelhamento que, embora originário da fala do outro, ganha seu estatuto de língua por um processo de subjetivação, colocando-se para além da esfera desse outro. Ainda nessa segunda posição, os enunciados da criança são ligações verbais permeáveis a outras ligações, o que faz com que ocorram deslocamentos, condensações e ressignificações. Esse movimento faz com que as ligações se decomponham e se recomponham, o que pode dar lugar ao aparecimento dos erros na fala da criança, erros esses que indicam a segunda posição (DE LEMOS, 2000).

A terceira posição caracteriza-se pela dominância da relação do sujeito com a sua própria fala. Nesse momento, os erros desaparecem aos poucos para dar lugar à presença de correções e de autocorreções (DE LEMOS, 2000).

Segundo Ferriolli (2003), o atraso no desenvolvimento da linguagem pode ser pensado como um sintoma que tem um fator de constituição prévio à sua manifestação, ou seja, que antes de ser caracterizado como um distúrbio, já está instaurado pelo discurso do outro. Afirma a autora: “Os pais colocam seus filhos em lugares como o da incapacidade para falar, crescer, ser independente”.

Em relação aos sintomas, Palladino (1992, p. 181) deu início à tentativa de oferecer uma abordagem para a interpretação do sintoma na clínica fonoaudiológica, designada como instância de subjetividade:

[...] o sintoma é o visível, é o que se oferece enquanto presença, mas, também e sobretudo, é o que se oferece enquanto ausência [...] ler o sintoma é revesti-lo de sentido. Mais do que traduzir a doença na sua forma, ele virtualmente anuncia na sua essência. É uma pregnância. O silêncio e o erro “falam”. São acontecimentos que suscitam e pedem para ser significados. O sintoma é um dizer que conclama outro dizer. Não é coisa em si mesma, seu sentido é erigido em outro lugar, fora, numa outra voz. O paciente não pode dizer mais do que dizem seus sintomas e não é por outro motivo que ele vem à clínica [...]

Para Arantes (2001), o trabalho de Palladino parece operar uma modificação ao modo de conceber o sintoma na clínica fonoaudiológica. O sintoma é uma “pregnância”, tem uma face “visível” e outra encoberta; não é “coisa em si mesma” e se oferece à leitura do outro.

Tassinari (1995) salienta que sua prática terapêutica compreende o sintoma como conteúdo manifesto ao qual subjaz uma realidade interna constituída pelo desenvolvimento emocional do indivíduo. Cunha (1997) também vai nessa direção.

Cunha (1997) afirma que os “sintomas manifestos na fala tem um valor simbólico”, o que nem sempre é levado em consideração por fonoaudiólogos que, via de regra, percebem uma fala “defeituosa” e buscam “consertá-la”. Diferentemente, a fonoaudióloga entende que: “[...] os sintomas da fala são, em si mesmos, uma linguagem que precisa ser compreendida.”

A Fonoaudiologia que se aproximou desta vertente fala em “observação de situações interacionais” – ou seja, o diálogo como “jogo da linguagem sobre a linguagem” é apagado em favor do comunicativo (MASINI, 1989; FREIRE, 1990; HAGE, 1994).

Não é por acaso que as situações interacionais passaram a ser rotuladas “processos dialógicos”. Dizia-se que a criança era especular, complementar ou recíproca. A criança toma o lugar de quem qualifica processos, em Cláudia Lemos. “Ora, processos de especularidade, complementaridade e reciprocidade não se referem à criança, mas a movimentos do diálogo”. Importante é ressaltar que o que representava um esforço de teorização foi empirizado (LEMOS, 1992, 1995, 1999).

O sintoma é assumido como uma manifestação linguística enigmática, decorrente de um funcionamento heterogêneo e imprevisível. O sintoma na fala é fruto da relação falante-língua-fala: “fala tem a ver com o funcionamento da língua e esse funcionamento não é cego porque há falante” (FONSECA, 2006).

Diante disso, a aquisição da linguagem se dá por meio da interação adulto/criança e a mãe é o interlocutor privilegiado nesse diálogo, ela é chamada ao processo interativo como sustentação discursiva desse infante (DE LEMOS, 1995).

Considerando que mães usuárias de drogas podem, por conta da dependência, abandonar seus filhos, serão salientadas abaixo as implicações dessa questão para a aquisição de linguagem.

Quando se pensa em um bebê recém-nascido, pode-se defini-lo como o filhote humano, indefeso em seu mais primitivo e alto grau. Para sobreviver necessita de um outro: uma mãe (JERUSALINSKY, 2007).

Muitos psicólogos têm alertado para a importância dos vínculos iniciais de confiança e ligação afetiva mútua que se desenvolvem entre o bebê e a figura singular da mãe (BEE; BOYD, 2011).

Além dos efeitos adversos sobre o desenvolvimento do cérebro, gerados pela exposição pré-natal, o abuso de álcool pós-parto pode interferir no estabelecimento de uma relação mãe-filho adequada e reduzir a disponibilidade da mãe para responder às necessidades de seu filho (MUCKLE, 2011).

Algumas crianças sofrem privação materna, já que não possuem os cuidados maternos necessários para que tenham um bom desenvolvimento. Chama-se “privação da mãe” a situação na qual uma criança não encontra este tipo de relação. É uma expressão ampla, que abrange um grande número de situações diferentes. Assim, uma criança sofre privação quando, vivendo em casa, a mãe é incapaz de proporcionar-lhe os cuidados amorosos de que as crianças precisam. Dessa forma, uma criança sofre privação se, por qualquer motivo, é afastada dos cuidados de sua mãe (BOWLBY, 2002).

As crianças criadas por pais viciados em drogas lícitas ou ilícitas sofrem alto risco de negligência, abuso físico e mental, distúrbios psicológicos e psiquiátricos. Estas crianças precisam ser consideradas de alto risco e devem ser seguidas de maneira adequada. Tanto as crianças como as famílias devem ser apoiadas (KOREN, 2013)

O uso das drogas pela mãe abala a estrutura familiar e a consistência na prestação de cuidados, desestabilizando o emocional da criança (KABLE et al., 2009).

Segundo Vitto e Feres (2005), as habilidades da linguagem e fala, além da integridade neuromuscular, do sistema sensorial, das influências do meio, dependem das condições emocionais da criança.

O desenvolvimento emocional e as aptidões interpessoais do bebê podem sofrer uma série de interferências. A hipersensibilidade às experiências auditivas, visuais, táteis, cinestésicas e orais pode interferir no desenvolvimento do apego ou ligação com as pessoas. Um bebê assim pode desviar o olhar sempre que um dos pais tenta comunicar-se com ele. Ao ser acariciado, pode estremecer ou enrijecer o corpo (BRAZELTON, 1994).

Nesse capítulo vimos que as principais teorias sobre aquisição da linguagem a partir de um viés (sócio) interacionista consideram o outro como fundante para o processo de aquisição. Nesse sentido, as crianças que sofrem privação social por traumatismo emocional podem perder o interesse intersubjetivo de interagir com o mundo (SANTANA, 2004).

Isso é significativo quando se considera as condições imprescindíveis para a aquisição da linguagem. Segundo Albano (1990), são quatro: a primeira seria a presença de um interesse subjetivo, isto é, uma disposição de brincar. Crianças embrutecidas ou emocionalmente desorganizadas não aprendem a falar. A segunda seria a existência de pelo menos um sistema sensório-motor íntegro (audiovisual ou visuo-manual). A terceira seria a inserção em um meio onde a linguagem faça parte de rotinas significativas. A quarta e última seria a presença de uma língua minimamente autorreferenciada que contenha alguns mecanismos gramaticais. A alteração de linguagem pode ocorrer caso a criança não tenha uma ou mais dessas quatro condições. Santana (2005) complementa que não basta ter um interesse subjetivo em falar, mas sim ter com quem falar, o que falar.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão expostos os aspectos metodológicos necessários à realização da pesquisa em questão. Para que se executasse esta pesquisa, o projeto foi encaminhado e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. Os dados somente foram coletados após o parecer do CEPSH, e após os entrevistados assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). Foram assinadas duas vias de igual teor. Uma das vias de cada participante ficou com a pesquisadora, enquanto a outra ficou com os entrevistados e responsáveis pelas crianças avaliadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo é exploratório, de corte transversal e de natureza qualitativa. E quanto ao seu delineamento, esta pesquisa é caracterizada como estudo de caso.

De acordo com Gil (2010), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo exaustivo e em profundidade de poucos objetos, de forma a permitir conhecimento amplo e específico.

O autor acrescenta que “o delineamento se fundamenta na ideia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática e precisa” (GIL, 1991, p. 79).

A coleta de dados foi realizada na clínica de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de março a junho de 2014.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Segundo Gil (2010), “é possível classificar as pesquisas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas”.

Quanto ao nível de pesquisa, será exploratória.

Segundo Gil (2007, p.45):

esse tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

Esta modalidade de pesquisa é amplamente usada nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2007, p. 54).

Um estudo de caso pode ser caracterizado:

como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (FONSECA, 2002, p. 33).

O procedimento consistirá na avaliação da linguagem de duas crianças atendidas na Clínica Escola do curso de Fonoaudiologia, na entrevista com os responsáveis e/ou pais das crianças e na entrevista realizada com as professoras da creche. Além disso, serão colhidos dados dos prontuários das pacientes para complementar a avaliação e dados retirados do Grupo de Familiares de Crianças com Dificuldades de Linguagem que ocorreu também na clínica de Fonoaudiologia. Neste grupo participavam as mães e as avós das crianças.

O instrumento de coleta de dados foi o protocolo de entrevista e avaliação, câmera e/ou gravador e prontuários. As entrevistas e as avaliações foram realizadas a partir de uma abordagem sociointeracionista.

O contato com a clínica escola de Fonoaudiologia foi feito pessoalmente. No primeiro momento, realizou-se avaliação com as crianças, depois a entrevista com as avós, que são as responsáveis por elas.

Vale ressaltar que as avaliações e as entrevistas foram gravadas em áudio e/ou vídeo para posterior análise.

4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para que se obtivessem os dados contidos nesse estudo foram realizadas avaliações com as crianças e entrevista com os responsáveis por elas. Foi utilizado um protocolo aberto que consistia em:

1) Entrevista: foram feitos os seguintes questionamentos: o que trouxe o paciente à clínica; como o sintoma se constrói para o sujeito; como o sintoma se constrói na família, na escola ou em outros ambientes sociais; obter informações sobre o período gestacional, idade em que andou e falou, doenças que já teve ou tem, medicamentos que fez/faz uso; se a família e o sujeito possuem práticas de letramento e quais são elas; informações sobre rotina diária do paciente. Além disso, adquirir conhecimento sobre quais interlocutores participam da vida do sujeito, interações da criança, dentre outras.

Para a avaliação foram utilizadas atividades lúdicas com brinquedos, livros e jogos, com o objetivo de promover a interação das pacientes e o diálogo. Essa avaliação segue a proposta sociointeracionista, que valoriza o discurso do sujeito com atividades de seu interesse e contexto (Santana, 1999).

2) Avaliação da linguagem oral: entender a postura do sujeito frente à queixa; analisar os aspectos pragmáticos-discursivos da linguagem; analisar a efetividade do sujeito nas práticas dialógicas; analisar os aspectos formais da linguagem; analisar a linguagem não verbal nas interações do sujeito; analisar a linguagem compreensiva na interação dialógica e os aspectos cognitivos gerais. A avaliação seguirá um protocolo de avaliação da linguagem (ANEXO A).

Na clínica de Fonoaudiologia, a investigadora foi a própria terapeuta da criança.

O primeiro momento foi composto da apresentação e esclarecimento da pesquisa aos entrevistados, seguida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Ainda neste momento seguiu-se com a definição dos dias e horários em que seriam realizadas as entrevistas e as avaliações.

3) Também foram extraídos dados de prontuários da clínica de Fonoaudiologia da UFSC no que se refere a resultados de exames, dados de relatórios fonoaudiológicos e relatórios do grupo de familiares de crianças com dificuldades de linguagem.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram dessa pesquisa duas crianças, que possuem mães usuárias de drogas. Os sujeitos foram selecionados a partir dos atendimentos fonoaudiológicos realizados na Clínica Escola de Fonoaudiologia, na Universidade Federal de Santa Catarina.

4.3.1 Seleção dos participantes

Foram selecionadas duas crianças. O contato com os participantes foi feito pessoalmente.

As crianças foram selecionadas por participarem do atendimento fonoaudiológico na UFSC e por serem filhas de usuárias de drogas.

4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista com os responsáveis pelos sujeitos, entrevistas com os professores da creche e avaliação com as crianças. As entrevistas foram registradas com gravador digital, e as avaliações com câmera e gravador. Antes de concederem as entrevistas e as avaliações, os responsáveis pelas crianças assinaram o TCLE. As entrevistas e avaliações foram ouvidas e transcritas em seguida, no intuito de se extrair as informações mais significativas.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Como alhures mencionado, após a realização das entrevistas e das avaliações, estas foram transcritas com auxílio da gravação realizada, para posterior análise.

Para a análise dos dados foi utilizada a proposta sociointeracionista assumida por De Lemos (2000). Tal proposta amplia a visão do clínico envolvido com crianças que apresentam alterações de linguagem, pois a análise de produções linguísticas da criança liberta-se de procedimentos unilaterais elaborados sob o ponto de vista do examinador. Isso porque sob a ótica sociointeracionista, a fala é analisada a partir de seu uso efetivo, levando em conta a relação estabelecida com a fala do outro.

A transcrição serviu como um resgate do que foi vivido entre terapeuta e paciente (ela é, inevitavelmente, uma interpretação e pode servir para complementar a escuta fragmentada do clínico).

Embora, segundo De Lemos (2000), na gravação perca-se o corpo que fala e, na transcrição, perca-se a voz, a transcrição representa a possibilidade de um fonoaudiólogo responder como o sintoma se articula na cadeia significativa nesse resto visível de corpo e voz. Essa distância da clínica certamente situa o clínico de linguagem numa outra posição, posição esta que implica distância do efeito imediato da fala do paciente (ARANTES, 2001).

Este estudo talvez possa trazer mais benefícios, inclusive, para o tratamento de crianças filhas de mães usuárias de drogas.

5 ANÁLISE DE DADOS

Será realizada a análise de dados da linguagem de duas crianças que terão como nomes fictícios: Bruna e Sarita, ambas possuem mães com histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas no período pré, peri e pós gestacional. Além disso, foram diagnosticadas com autismo e hiperatividade pelo neurologista e fazem uso da medicação Ritalina. As duas são criadas pela avó materna e possuem ausência dos cuidados da mãe.

Abaixo serão apresentadas as histórias de cada sujeito, seguidas de trechos de relatos dos responsáveis por cada uma destas crianças, dos diálogos retirados de episódios de avaliação e dos relatos das professoras da escola em que cada uma das crianças frequenta.

5.1 BRUNA (4 anos)

A avó de Bruna é a responsável legal pela menina. Foi ela quem procurou a clínica de Fonoaudiologia. A avó é quem possui a guarda de Bruna e de seu irmão mais velho. Isso porque sua filha, Mariana, é usuária de drogas e não quis mais cuidar de seus filhos. Dona Margarida tem mais de 60 anos e é dona de casa. Ela é quem cria a neta desde os sete meses de vida.

Não foi eu quem disse assim: vou tirar as crianças dela. O caso da minha neta foi encaminhado ao Conselho Tutelar pela pediatra do Centro de Saúde. O Conselho Tutelar foi lá em casa e começou acompanhar o caso, daí eles começaram a dizer que eu tinha que tirar, que eu tinha que pegar a guarda. Aí teve audiência tudo direitinho e peguei a guarda das crianças.

Vê-se aqui que o cuidar dos netos não foi uma opção imediata para a avó, e sim uma situação decorrente da insistência do Conselho Tutelar. Embora a avó demonstre muita preocupação com os netos, ela não esperava ter que cuidar deles.

Margarida relata ser separada e morar sozinha com seus dois netos. Informou que conta com a ajuda financeira de seu filho mais velho, e que ele também ajuda em ocasiões necessárias, como nos dias de levar Bruna para o atendimento fonoaudiológico. “Agora está sendo muito pesado pra mim, porque o meu filho mais velho está viajando direto”. “Nos domingos ele vai cedo lá pra casa, ajuda o irmão da Bruna nas tarefas, participa mais.”

A avó relata que apesar de exercer a guarda de Bruna desde que esta tinha sete meses de vida, a mãe das crianças ainda frequentava sua casa e amamentava Bruna. A criança

foi amamentada até um ano de vida. Nesse período, sua mãe, Mariana, fazia uso contínuo de bebida alcoólica e de outras drogas, da mesma forma que fez durante toda a gravidez.

Segundo a senhora Margarida, “durante a amamentação da Bruna, ela fumava muita maconha e foi aí que a pediatra acionou o Conselho Tutelar”. Percebe-se que a exposição de Bruna às drogas continuou mesmo após a gestação, pois foi amamentada pela mãe. Além disso, possuía o afastamento maternal, já que não morava mais com a genitora e não contava com os seus cuidados.

Certa vez, Mariana e os filhos sofreram um acidente de bicicleta. Na ocasião, todos caíram. Por conta do ocorrido, a genitora ficou muito tempo sem comparecer na residência de dona Margarida, pois o filho mais velho reclamou muito da mãe para a avó.

No presente momento, Margarida relata que levou a filha para morar em sua casa, para que convivesse mais com os filhos. No entanto, a presença de Mariana na casa está causando muita angústia em dona Margarida. Ela relata que sua filha passa dias fora de casa, não dá importância às crianças e, além disso, subtrai o dinheiro do cofre dos filhos para gastar com drogas.

Eu tava trazendo a mãe de Bruna pra perto de mim, mas tá acontece que não tem condições. Tem dias que ela tem uma crise e a Bruna enfrenta ela e ela diz assim pra mim: manda a Bruna calar a boca. E aí fica muito difícil pra mim a situação. Ela briga muito com a Bruna. Ela fuma, fica uma situação ruim, as crianças não gostam. A gente tenta ir levando mas aí ela fica uns 3-4 dias mas daí tem que sair, aí ela dá uma crise. Por exemplo: tu não pode falar nada, as crianças também e ela reclama que as crianças incomodam, gritam. Eu digo pra ela que ela tem que ficar na posição de mãe, tem que ajudar, mas ela não ajuda em nada. Ontem saiu e não voltou mais.

As questões que envolvem as drogas não são apenas de caráter orgânico-tóxico, mas também emocionais: o distanciamento da mãe e as brigas na família refletem no comportamento da criança, tanto que Bruna de 4 anos enfrenta a mãe. As condições emocionais da criança interferem tanto no sistema neural e sensorial como na habilidade de linguagem e fala. Ao ler o relato acima também se percebe a dificuldade de se ter um diálogo saudável nessa família.

A avó da menina relata que Mariana usou drogas lícitas e ilícitas, utilizou tanto cigarro e bebida alcoólica como maconha, cocaína e crack durante todo o período da gravidez, bem como permanece utilizando até os dias atuais.

Ela usa muita droga desde antes de engravidar da Bruna, crack, cocaína, maconha, cigarro e bebida alcoólica. Ela bebia bastante, chegava cair. Durante a gravidez ela fumava maconha todos os dias.” O brinquito do irmão da Bruna, quando tinha 2

anos de idade, era fazer rolinho de papel imitando um cigarro, daí a gente começou ficar mais apavorado, eu comecei ficar em cima da mãe da Bruna e comei a pegar mais as crianças.

Além disso, Mariana teve pré-eclâmpsia¹ na gestação.

Segundo a avó, o pai de Bruna também era usuário de drogas. Mariana e o esposo encontravam-se constantemente bêbados e drogados. Nas palavras da senhora Margarida: “o pai da Bruna começou a usar drogas por causa da minha filha, hoje ele não é mais usuário”.

Dona Margarida relata, ainda, que o parto de Bruna foi feito pela técnica cesariana e não teve nenhuma intercorrência. Tal senhora asseverou que: “ela teve que fazer cesárea porque ela tem HPV², então ela não pôde ter parto normal”.

A avó informou que após o nascimento de Bruna, Mariana não se preocupou em fazer o teste da orelhinha em sua filha, pois estava em processo de separação do pai dela, o que a deixava muito abalada emocionalmente.

A avó informou que após o nascimento de Bruna, Mariana sempre deixava a filha na casa dela. Aduziu: “Ai falta muito amor dela em relação aos filhos”. Margarida relata que a neta diz: vó eu sou a tua filha, “ela quer que eu chame ela de filha, ela quer que eu chame ela de filha, entendeu?”

Vê-se aqui como Bruna lida com essa relação avó/mãe, de aparente conflito. Quando ela disse: “vó eu sou tua filha” é como se ela dissesse: me trata como tua filha, é você que eu quero como mãe. Desde pequena foi deixada com a avó e não teve os carinhos da mãe. Além de ter o amor de mãe pela a avó, ela ignora a mãe.

¹ A pré-eclâmpsia é uma intercorrência presente em torno de 7% a 10% das gestações, com significativa morbidade materno-fetal. Ela é caracterizada pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria a partir da vigésima semana da gravidez em pacientes que eram normotensas. Quando não é possível o tratamento, ocorre uma evolução denominada eclâmpsia, esta manifestada por crises convulsivas (AMORIN; NETO; SOUZA, 2010).

² Estudos realizados na Espanha sobre a infecção por HPV em mulheres grávidas e transmissão do HPV para a criança tiveram resultados inconsistentes, isso confirma que o risco de transmissão vertical de genótipos de HPV é relativamente baixo. E se adquirido no parto, a persistência do vírus em crianças é um evento raro (CASTELLSAGUÉ, 2009). Os estudos realizados no Brasil também confirmam a transmissão materno-fetal, tanto durante a gestação quanto durante o parto, e a manifestação de doença clínica e persistência da infecção viral ainda não estão estabelecidas. Portanto, diante de condilomas, a cesárea não é usualmente indicada, à exceção de quando os condilomas obstruem o canal da vagina (GOMES et al., 2008).

“Ela não tem com ela essa relação de mãe, porque ela não tinha 1 ano quando veio morar comigo”. A avó relata que os netos não gostam da presença da mãe: “quando a mãe de Bruna não morava comigo, ela ia visitar as crianças e quando ela ia embora eles diziam assim: graças a Deus que ela já foi. Quando eu levava eles para visitá-la, eles diziam: “na Mariana não”. A avó relatou que numa tentativa de vista, Mariana abriu a porta do apartamento e disse: “meus filhinhos lindos!” Em seguida fechou a porta para eles irem embora.

Margarida relata se sentir muito desconfortável com essa situação e se culpa pela vida que a filha tem:

Pra mim fica difícil essa situação porque eu me sinto um pouco culpada, aí meu Deus será que eu não to fazendo drama será que eu não fui uma mãe legal, que fiz alguma coisa de errado com ela, entendeu? Pra ela fazer isso.. Ela diz pra mim que esse negócio da Bruna quem inventou fui eu, ela não tem noção, sabe. Que tu inventou essas coisas, eu vou te colocar na justiça pra tirar a guarda das crianças, porque a Bruna não tem nada.

Em 2011, quando Bruna tinha quase dois anos de idade, a avó se preocupou com a neta por ela ainda não estar falando e procurou ajuda médica. Foi então encaminhada pelo Pediatra para uma avaliação audiológica. Em 2012, Bruna realizou o PEATE no HU-UFSC, com o qual se confirmou o diagnóstico de Neuropatia Auditiva Unilateral à esquerda, com audição dentro dos padrões de normalidade à direita. Bruna foi encaminhada para a Neurologista, que em janeiro de 2013 diagnosticou Hiperatividade e Transtorno Global do Desenvolvimento. Foi, em seguida, encaminhada para atendimento fonoaudiológico e psicológico e iniciou o uso de medicação. Porém, até o momento, não realizou atendimento psicológico.

Bruna, atualmente, frequenta o N. E. I. A., no período da manhã e da tarde. A avó relata que no início foi muito difícil que Bruna aceitasse ficar na creche devido ao seu comportamento agitado, mas melhorou bastante depois da medicação Ritalina. Dona Margarida informou que sempre manteve contato com as professoras de Bruna e que quando ela entrou na creche, com 8 meses de vida, as professoras diziam: “que engraçado! A Bruna não senta.” Ela relata, ainda, que atualmente as professoras informaram ter realocado Bruna para uma turma pequena, onde ela se adaptou melhor, pois na outra turma Bruna ficava irritada com muita gente e não obedecia às professoras.

A avó relata que as professoras têm um certo preconceito, devido às dificuldades que Bruna apresenta:

um certo preconceito porque a Bruna é assim, daí elas mandam em bilhete assim na agendinha dela: vó, tu tem que dar o remédio pra Bruna, a Bruna estava chorona hoje que não sei o que. E tem outra coisa, tem 2 autistas lá dentro, bem autistas, sabe. Daqueles assim que andam perdidos dentro da escola e tão na mesma sala da Bruna. Tem uma professora para educação especial, tentei conversar com ela sobre a Bruna e senti assim que ela não tava interessada, ela tá ali só pra atender os autistas, né, no caso. Eu acho que a Bruna não tem autismo porque ela é comunicativa, olha no olho.

Vê-se que a própria avó questiona o diagnóstico de autismo da neta.

Diagnosticar com autismo uma criança que não possui os carinhos da mãe, que é criada pela avó, (que já não é tão nova) e que vive em um ambiente pobre de interações saudáveis e rico de brigas, discussões e de situações mal resolvidas, salvo melhor juízo, pode ser um tanto precipitado.

Além disso, percebe-se, no trecho acima, uma espécie de dificuldade dos professores em relação ao trato e cuidado com as necessidades de Bruna.

Em que pese tenha relatado, a avó, que procurou dialogar com a professora competente, parece ter havido certa incompreensão entre a Sra. Margarida e a discente – já que, ao que tudo indica, nenhuma providência foi tomada para melhor atender aos anseios e necessidades da menina e de sua avó.

No que diz respeito ao uso de remédios, parece consenso entre as profissionais da educação que lidam com ela que a melhor solução ao caso de Bruna seja administrar-lhe fármacos.

A medicalização constrói o espaço “cientificista”, onde se habitará grande parte dos preconceitos, que justificarão a desigualdade.

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos problemas da vida em doenças, em distúrbios. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em problema individual. Afasta-se a vida, para sobre ela legislar, muitas vezes destruindo-a violenta e irreversivelmente. E os profissionais, com sua formação acrítica e a história, exercem, a maioria sem se dar conta, seu papel de vigilantes da ordem. Crentes nas promessas de neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com a vida, quando se defrontam com ela. (MOYSÉS E COLLARES, 2002).

Moysés e Colares (2006) destacam que a falta de uma produção científica e crítica sobre as relações entre os campos da educação e da saúde favorecem a formação acrítica do médico e sua percepção medicalizada do fracasso escolar. Criticam a forma como a saúde agrega elementos e discursos da educação e, esta, da saúde, empregando-lhe o seu raciocínio clínico tradicional, privilegiando as explicações fisiopatológicas. O resultado mais apavorante

é a medicalização do fracasso escolar. É a partir deste círculo vicioso que explicam o processo de medicalização da aprendizagem:

Consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social. Este processo ocorre na educação quando, frente às altas taxas de fracasso escolar, tenta-se localizá-lo na própria criança, explicando-o através de doenças. Isentam-se, assim, de responsabilidade a instituição escolar e o sistema social. A medicalização é uma resposta que atende a uma demanda da própria sociedade e é exatamente por isso e por seu caráter simplificador que se difunde tão rapidamente. (COLLARES; MOYSÉS, 1985 P.10-11).

O efeito-obediência (“efeito-zumbi”), que ocorre com frequência em função da ingestão de medicamentos, é, segundo Moysés (2001), sinal de toxicidade, isto é, representa reações adversas que comprometem todos os sistemas do organismo.

Tiques, perda de peso, desaceleração do crescimento, instabilidade do humor, ataques de raiva, sintomas gastrointestinais e cardíacos, morte súbita, suicídio, psicopatias, insônia e depressão são alguns dos efeitos que podem ser ocasionados pelos medicamentos estimulantes (MOYSÉS, 2001).

Dessa forma, o depoimento de Margarida indica que os professores de Bruna acreditam que as dificuldades da criança são causadas por doença e a única solução é ir ao médico e tomar o remédio por ele receitado. O tratamento medicamentoso, embora aparentemente mais cômodo (e simplista), nem sempre é a forma mais adequada para o tratamento.

Segundo a avó, na creche, as professoras relataram por escrito e pessoalmente que é muito difícil compreender o que a menina fala e que isso vem causando o seu afastamento das outras crianças. Entretanto, a avó diz que em casa ela entende Bruna, mas ao mesmo tempo Margarida entende que é difícil para as professoras entenderem a menina e fica muito preocupada.

Segundo a avó, há relatos da escola que Bruna tende a ficar afastada das outras crianças, preferindo sempre brincar em balanços. Além disso, não gosta que mudem sua rotina, pois fica muito irritada, principalmente se forem atividades em grupo, o que demonstra que prefere ficar sempre sozinha. No entanto, as professoras elogiam a inteligência de Bruna:

Margarida relata que a neta foi colocada numa turma de crianças mais novas: “eu acho que ela ainda não está na turminha ideal, ela tinha que estar na de 4 à 5 anos, né. Ela ainda está na turma de 3 à 4. Tem grupo de professoras que não querem a Bruna na sala, porque a Bruna só incomoda, porque a Bruna se emburra, entendeu? Ela diz: a senhora tem que procurar ir no neuro. Eu notei que quando elas fizeram

um vídeo da turma toda numa festa de encerramento, eu olhava o vídeo e não via a Bruna nunca e daí eu chamei: escuta, professora! E a Bruna? Ela disse: a Bruna nunca participa dessas coisas, tu vai ver a Bruna tá sempre escondida embaixo das coisas.

Percebe-se que as professoras preferem acreditar no diagnóstico que Bruna possui, dizendo sempre que ela deve ir ao médico, ao invés de incluir a criança nas atividades realizadas em sala de aula. Segundo a avó da menina, portanto, a Bruna possui dificuldade na interação com outras crianças e na participação de atividades/confraternização com outros alunos da creche – situação que, aparentemente, não é trabalhada pelas profissionais da educação.

A avó relatou que Bruna não participa dos grupos de aniversário do mês, uma vez que quando “eles fazem aquelas festinhas, a professora disse que Bruna não participa, bota as mãos na cabeça, ela coloca a mão no ouvido e se esconde”.

Em casa a avó relata que Bruna segue uma rotina em que todas as manhãs acorda às 7:30 horas para ir à creche, toma café com leite na mamadeira, decide sua roupa, o sapato que vai calçar no dia e vai de transporte escolar para a creche. Ao voltar para casa no final do dia, também segue uma rotina de assistir televisão com seu irmão, ambos deitados no sofá. Nesse momento, geralmente, Bruna toma mais uma mamadeira.

A avó informou que Bruna gosta muito de brincar com animais e tem preferência por bonecas de pano, que tenham cabelos de linha, para ficar enrolando o dedo na linha. Costuma fazer isso também com outros objetos que possuam uma linha ou fio solto, como na manta do sofá.

Segundo a senhora Margarida, sua neta realiza Atendimento Educacional Especializado (AEE) com uma psicopedagoga, onde realiza várias tarefas de lazer como pintar, desenhar, etc.

O AEE é um serviço da Educação Especial que identifica, elabora e organiza os recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando as suas necessidades específicas. Ele complementa e/ou suplementa a formação do aluno com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008).

A avó informou que o pai de Bruna, que reside no Rio Grande do Sul, está tendo bastante contato com as crianças pelo telefone, ele e a outra avó ficam com as crianças durante todas as férias. Nas próximas férias, dona Margarida contou que irá conversar com

eles a respeito da guarda de Bruna: “eu acho que vou passar a guarda para eles, para o pai e para a outra avó, porque está sendo muito difícil, não que eu não vá acompanhar, eu vou para o Rio Grande do Sul se eles forem pra lá, eu vou entender”.

Ao que parece a avó quer se separar das crianças, uma vez que o cuidado é uma espécie de peso para ela. A senhora Margarida já não tem mais paciência para lidar com as crianças. Quer continuar vendo elas, mas não quer ficar com a responsabilidade das duas crianças toda sobre si.

Atualmente, Bruna realizou novamente o exame PEATE e este apresentou-se dentro dos padrões de normalidade, indicando que a paciente não possui neuropatia auditiva. Além do PEATE foi realizado o exame de audiometria, que também encontrou-se dentro dos padrões de normalidade.

5.2 RELATO DA PROFESSORA DE BRUNA

Foi realizada visita à escola de Bruna, que frequenta o N. E. I. do Bairro A. desde início de 2012 e também realizou-se a visita à sala multimeios da Escola B. D. L. S. onde a paciente também recebe atendimento especializado desde o início de 2013, de uma psicopedagoga.

O primeiro contato foi no N.E.I., onde foi realizada uma reunião com a professora M., que é a professora da turma de Bruna, também com a pedagoga responsável pela turma, C. e a psicopedagoga da escola B.D. L. S., B.

Foi informado por C. que Bruna foi colocada numa turma de crianças aproximadamente um ano mais novas do que ela, por ser uma turma menor, tendo um total de 15 crianças. Essa decisão foi tomada devido a turma de sua idade ter muitos alunos e Bruna não conseguir alcançar um bom rendimento e concentração. A professora informou que ela tem dificuldade de manter atenção, “ela se dispersa e não quer fazer nada”. A professora relatou que a turma menor possui três alunos que falam normalmente, de forma que todos conseguem compreender, o restante está em fase de aquisição da linguagem e falam menos ou com trocas. “A Bruna está no nível dos alunos desta turminha, ela não consegue acompanhar os alunos de sua idade”.

Conforme relatos da professora, Bruna consegue estar no mesmo nível que seus colegas nesta turma: “ela realiza as mesmas atividades que eles, sem dificuldades, apenas não é muito interessada em livros, prefere que alguém leia para ela e manipule as páginas. Quando

lhe é oferecido o livro, perde o interesse e se dirige para outra atividade”. Também não gosta de música.

A professora informa que Bruna ainda não possui alguns conceitos básicos de autocuidado utilizados no dia a dia como, por exemplo, quando sente necessidade de ir ao banheiro, generaliza sempre seu pedido como “fazer cocô”, independente de sua necessidade fisiológica do momento, e não possui a destreza necessária para sua higienização, o que demonstra uma dependência de um adulto para acompanhá-la sempre.

Quanto à fala de Bruna, as professoras informam que possuem dificuldade de entendê-la e que os alunos também sentem essa dificuldade, passando muitas vezes a perguntar à professora o que ela está falando. Também relataram a emissão de palavras ininteligíveis em grande quantidade, sobre as quais foi informado a elas que se chama de jargões, e que esse processo faz parte da aquisição da linguagem da criança, porém numa idade geralmente menor. A investigadora também informou às professoras, que Bruna ainda apresenta esses jargões devido ao seu atraso de linguagem.

Bruna frequenta o NEI todos os dias no período da manhã e da tarde, porém, na terça à tarde, participa de outras atividades na sala multimeios da escola D. L. S., com a psicopedagoga B., que realiza atividades individuais com as crianças que possuem alguma dificuldade. No caso de Bruna, B. trabalha com jogos que estimulem a memória, a atenção, o raciocínio, ensina as cores, as formas, trabalha também com a coordenação motora em programas de computador, entre outros. Ela informa também que procura sempre desenvolver essas brincadeiras com muito diálogo.

Tanto a psicopedagoga, quanto a professora, informam que Bruna no ano passado quase não falava e quando falava ninguém entendia nada. No entanto, dizem que ela progrediu no presente ano. Agora ela interage muito bem com todas as crianças e adultos na escola, tomando iniciativa para conversar, apesar de sua dificuldade na fala, e que é muito afetuosa. Relatam possuir também uma boa relação com a avó de Bruna, que é participativa e presente na escola, sempre procurando o melhor para sua neta, e se mostrando preocupada com sua dificuldade.

5.3 BRUNA NA ESCOLA (4 ANOS)

Foi possível observar que Bruna permanece isolada da turma em que está inserida. Ela ficou distante do restante da turma durante todo o tempo em que foi observada. Além

dela, outras crianças que apresentam dificuldades para realizar as atividades propostas em sala de aula também ficaram isoladas.

Bruna não demonstrou interesse em fazer as atividades propostas pela professora, que consistiam em escutar leituras de histórias infantis e recontá-las. Para fugir dessas atividades, Bruna se escondeu atrás ou embaixo de objetos, normalmente embaixo das mesas.

Quando não quis realizar as atividades, ficou muito nervosa, irritada e começou chorar.

Verificou-se que a professora não modificou a atividade proposta para que Bruna e outros colegas fossem inseridos nela. Além disso, percebeu-se que o descrédito da escola também participa da construção das dificuldades apresentadas por Bruna.

5.4 AVALIAÇÃO DE BRUNA

Episódio 1:

Idade: 4 anos e 7 meses

Contexto: realizou-se a interação com Bruna por meio de cartas com figuras de animais. Essa atividade foi feita no consultório fonoaudiológico. Terapeuta e paciente sentaram-se em um tapete emborrachado no chão e começaram olhar as figuras. Por meio dessas figuras foi surgindo o diálogo.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Pc	um pato		
2	Inv	um pato. E ele chegou para fazer o que será?		
3	Pc	o pato		
4	Inv	mas ele chegou para????		
5	Pc	Água		

6	Inv	pra fazer o que lá na água?		
7	Pc	[fala ininteligível]		
8	Inv	olha aqui onde o Dico está. Tá do lado do que?		
9	Pc	um pinhoca		
10	Inv	uma minhoca. E será que ele come minhoca?		
11	Pc	Óia, ta tumindo (e).	Falando muito baixo	Apontando para a figura dos filhotes no ninho

Percebe-se que Bruna é capaz de perceber os turnos conversacionais, cumprindo seu papel na interação. A participação mais ativa do interlocutor-investigador é bastante evidente e consiste em dirigir à criança perguntas que, caso respondidas, favorecerão o processo de desenvolvimento da narrativa.

Conforme Perroni (1992), perguntas do tipo “Onde?”, “Quem?” e “O que?” originam a constituição do discurso narrativo.

Nos turnos das tabelas acima e abaixo, esses tipos de perguntas aparecem com frequência na fala do adulto. Em alguns turnos, o terapeuta se utiliza da pergunta “O quê?”; em outros, questiona a criança usando a interrogação “Onde?”; e em outros pergunta “Quem?”. Apesar da criança não desenvolver narrativas a partir de tais perguntas, ela mostrou-se capaz de respondê-las, preenchendo apropriadamente seus turnos.

Episódio2:

Idade: 4 anos e 7 meses

Contexto: A terapeuta sentou-se no tapete emborrachado ao lado de Bruna para lhe contar uma história. Ao sentarem, a menina exibiu seu vestido para a terapeuta.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Inv	Vou sentar aqui do seu lado, pode ser? Tu deixa?		
2	Pc	olha, vitido		Puxando o vestido um pouco para cima
3	Inv	ai, tá de vestido? Que lindo		
4	Inv	quem colocou em você?		
5	Pc	Vovó		

Esse quadro mostra a importância de privilegiar aquilo que a própria criança faz ou mostra, na sua situação interativa. Levando em consideração a iniciativa de Bruna para mostrar seu vestido, o adulto por meio de perguntas que ela faz, acaba levando-a a contar uma experiência que vivenciou antes da atividade dialógica. Foi como se ela dissesse: a avó colocou o vestido em mim.

Ainda que ela tenha apresentado somente enunciados compostos basicamente de substantivos, estes foram suficientes para indicar que, com o auxílio do adulto, ela pode tomar iniciativa para começar um tema e responder sobre outro e, além disso, reconstituir situações vivenciadas em momentos anteriores à terapia.

Bruna ainda não faz o uso de dêiticos. De acordo com Coudry (1988), elementos dêiticos (pronomes pessoais, advérbios de tempo e lugar, etc.) são recursos linguísticos que orientam a interpretação de determinados aspectos da situação discursiva, estabelecendo relações entre o enunciado e o contexto. Segundo Irigaray e Coudry (1988), a objetivação da criança como sujeito na linguagem envolve a aquisição de tais recursos para marcar a sua inclusão ou exclusão no discurso. Ela utiliza principalmente substantivos e verbos para seus diálogos.

Episódio 3

Idade: 4 anos e 7 meses

Contexto: realizou-se a avaliação de Bruna por meio de um livro infantil, levado pela terapeuta, chamado “O Passarinho”. Essa atividade foi feita no consultório fonoaudiológico. Terapeuta e paciente sentaram-se em um tapete emborrachado no chão e começaram olhar as figuras do livro.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Inv	o que que é isso?		
2	Pc	Passinho		
3	Inv	que barulho é esse?		
4	Pc	a passinho		
5	Inv	ah, é um passarinho		
6	Inv	vamos ler a historinha do passarinho?		
7	Pc			olha e aponta (pedindo para a terapeuta olhar a figura do livro)
8	Inv	o que que é isso?		
9	Pc	um passinho		Apertava no botão com o som, que tinha no livro.
10	Inv	Você ouviu Bruna, o barulhinho?		

11	Pc			Continuava apertando o botão
12	Inv	Você sabe fazer barulhinho? Faz pra mim? Faz com a boca que eu quero ouvir		
13	Pc			Silêncio e fez cara feia
14	Inv	Faz piu piu piu		
15	Pc		Piu piu	
16	Pc			Suspirou como se não quisesse olhar para as figuras, queria ficar apertando no botão do som.

A terapeuta solicita da criança respostas verbais com o objetivo de colocá-la numa posição em que precise fazer o uso da linguagem, porém nem sempre a criança dá continuidade ao tópico iniciado.

Por meio da análise dos turnos apresentados anteriormente, percebe-se que Bruna não constrói narrativas propriamente ditas, mas realiza uma pseudonarrativa (PERONI, 1992). Contudo, precisa-se considerar que ela assume o seu papel na atividade dialógica, cumprindo algumas solicitações feitas por sua interlocutora-investigadora.

Levando em conta a perspectiva sociointeracionista adotada nesta análise, pode-se afirmar que um método de avaliação convencional, pautado na visão de um sujeito passivo e de uma língua/código, teria muito pouco a dizer sobre esses dados.

De acordo com a abordagem sociointeracionista, o desenvolvimento da linguagem deve-se a um trabalho conjunto, no qual estão envolvidos tanto a criança como o adulto.

Portanto, não será de um lugar afastado com atividades previamente escolhidas que o fonoaudiólogo encontrará espaço para participar do desenvolvimento linguístico da criança, mas na atividade dialógica que se instaura no momento da interação. Para evidenciar essa questão, pode-se observar o quadro acima.

Episódio 4

Idade: 4 anos e 8 meses

Contexto: a paciente chega ao consultório animada, com duas bonecas na mão, e vai correndo mostrá-las à terapeuta.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Pc	Óia		Mostrou a boneca que tinha nas mãos.
2	Inv	O que linda! Quem é essa?		
3	Pc	éo kiti		
4	Inv	Ah, é a Hello Kitty. E essa aqui?		Apontou para a outra que ela tinha na mão.
5	Pc	éo kiti		
6	Inv	Ah, é outra Hello Kitty, ai que linda! Vamos brincar?		
7	Pc	Silêncio		Olhou para o brinquedo mas não iniciou a brincadeira.

8	Inv			A terapeuta iniciou a brincadeira
9	Pc			A criança iniciou a brincadeira somente após a terapeuta ter iniciado a sua.

Percebe-se que a criança ocupa um lugar no espaço dialógico. Inclusive inicia um tópico.

Para poder privilegiar as iniciativas da criança, o interlocutor-investigador não se utiliza de atividades artificializadas baseadas em reconhecimentos, discriminações e nomeações de partes do corpo, por exemplo. Opondo-se a tais procedimentos descontextualizados, o interlocutor centraliza sua atenção em um processo analítico que vai se configurando, no uso efetivo da linguagem, por perguntas e respostas, como fica evidenciado nos turnos das tabelas anteriores.

Percebeu-se, também, que Bruna não iniciou a brincadeira. Ela ficou olhando para os brinquedos, mas esperou que a terapeuta iniciasse, ela precisa de um modelo para depois agir. Vê-se aqui a importância de um adulto, de uma pessoa que reserve um tempo do seu dia para interagir com essa criança e ajudá-la no seu desenvolvimento.

Episódio 5

Idade: 4 anos e 8 meses

Contexto: Sentada em cima de um tapete junto com a paciente, a terapeuta tenta obter um relato de Bruna sobre suas atividades diárias.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal

1	Inv	O que você fez hoje de manhã depois que acordou?		
2	Pc			Silêncio.
3	Inv	Você tomou café da manhã?		
4	Pc			Silêncio.

De acordo com Peroni (1992), as primeiras construções das crianças, que começam a satisfazer os critérios identificadores de discursos narrativos, são aquelas em que dois eventos são relacionados por meio de dependência temporal.

Além de ter contado que a avó colocou o vestido nela, Bruna não costuma relatar experiências que vivenciou antes da atividade dialógica, como dizer que tomou café da manhã, tomou banho e depois foi para a escola. Quando questionada sobre estas experiências, ela fica em silêncio, conforme é demonstrado na tabela acima.

O silêncio de Bruna leva a terapeuta a pensar na compreensão da paciente. Muitas vezes ela parece não compreender o que lhe é solicitado ou perguntado. Pode-se falar em um déficit de compreensão e expressão ou Bruna não é familiarizada com o que foi perguntado e por questão de vocabulário pobre, ela não consegue responder a pergunta e fica em silêncio.

Episódio 6

Idade: 4 anos e 8 meses

Contexto: A terapeuta sentou com a paciente para ver um livro que continha diversas figuras de animais.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Inv	agora, vamos ver esses outros livros aqui que são bem		

		legais, é dos bichos, que você gosta.		
2	Pc	um tigue		
3	Inv	e aqui?		
4	Pc	u cacaúga		
5	Inv	tartaruga. E essa aqui você conhece?		
6	Pc			Silêncio
7	Inv	Vamos escutar outras historinhas? Tem livros do ratinho, do pinguim e tem da Barbie. Qual você gostou mais?		
8	Pc	Babi		
9	Pc	da Barbie, então vamos ler		

Nas situações de interação, Bruna geralmente limita-se a responder às perguntas do adulto.

A dependência da criança em relação ao papel estruturante do adulto é constitutiva do discurso narrativo, o que pode ser confirmado no quadro acima.

A partir de todos os episódios acima vê-se que a linguagem da criança caracteriza-se por enunciados compostos basicamente de substantivos e que geralmente limita-se a responder às perguntas do adulto. Apesar disso, percebe-se que ela ocupa seu lugar de falante no diálogo.

Sobre o diagnóstico, os dados apontam para um atraso de linguagem com as seguintes características: ao iniciar a brincadeira, pode-se perceber que inicialmente a paciente não demonstra atenção para os objetos, mas após a intervenção da terapeuta, ela participa de forma mais efetiva, por meio da imitação das ações. Bruna sabe brincar de faz de

conta e utiliza cada um dos brinquedos para sua real função após receber um modelo da terapeuta.

Quanto ao contato visual, foi obtido na maioria das vezes com a solicitação da terapeuta, e em alguns momentos teve que ser solicitada mais de uma vez para esta ação. Ou seja, quando convocada, ela participa da interação também a partir do contato visual.

Quanto à compreensão, às vezes a paciente demonstra compreender e às vezes ignora a solicitação. Da mesma forma, reage com perguntas feitas a ela, às vezes responde com uma única palavra, muitas vezes não responde e em alguns momentos fornece respostas inadequadas para a pergunta feita, iniciando uma fala com muitos jargões, o que a torna ininteligível. Porém, como a paciente possuía diagnóstico de Neuropatia Auditiva Unilateral esquerda, que é responsável pelo prejuízo na compreensão da fala e não na detecção dos sons, suspeitava-se que isto poderia influenciar nessas questões acima relatadas. Isso porque quanto à detecção dos sons, a paciente demonstrou nos exames de audiometria estar dentro dos limites da normalidade. No entanto, o último exame realizado constatou que Bruna não possui Neuropatia Auditiva. Acredita-se, então, que às vezes Bruna não responde as solicitações, pois tem pouca atenção para a fala da terapeuta. Nesse sentido, as escuta é muito subjetiva, ela responde quando lhe é conveniente. Ressalta-se que os déficits da linguagem podem ser tanto de expressão quanto de compreensão, considerando que ela não participa efetivamente das interações.

Nos episódios dialógicos vê-se que a paciente inicia o turno em poucos momentos. Por outro lado, ela apoia-se muito na fala do interlocutor, realizando o processo de especularidade, o que demonstra que está em fase de aquisição da linguagem, necessitando ainda de se utilizar da fala do outro para construir a sua própria fala.

Quanto aos aspectos sintáticos, na maioria das vezes a paciente não produz elementos de ligações dentro das frases, que são compostas por palavras soltas, ou apenas palavras únicas quando quer se referir a algo.

Nos aspectos semânticos, a paciente demonstrou estar em atraso em relação às crianças de sua idade, pois tem um número muito reduzido de palavras em seu vocabulário.

Com relação aos processos fonéticos-fonológicos, Bruna ainda apresenta processos típicos da aquisição de linguagem, como exemplo: plosivização: maçã – [ba. 'sã]; simplificação de encontro consonantal: tigre – [ti. 'gi]; posteriorização de plosiva e apagamento de líquida final e inicial: tartaruga – [ka.ka. 'u.ga], apagamento de líquida:

passarinho – [pa.sa'fĩ.ɲo], semivocalização - substituição de consoante líquida por semivogal: olha: [' ója], anteriorização de plosiva e apagamento de líquida final: dormindo - [tu. ' mĩ.do].

Segundo Pena-Brooks e Hedge (2000), o apagamento da consoante final já era para ter desaparecido aos 3 anos de idade, mas a redução de encontro consonantal, a semivocalização e plosivização costumam desaparecer após essa idade. Para Wertzner (2000), aos 4 anos e 6 meses há a eliminação do processo de posteriorização e 7 anos é a idade prevista para a eliminação do uso dos processos de redução de encontro consonantal.

Os processos fonológicos que Bruna utiliza são também chamados de estratégias de reparo. É possível notar que Bruna ainda realiza alguns processos que deveriam ter desaparecido na sua idade.

Com relação aos aspectos pragmáticos-discursivos, em decorrência da pouca atenção para o outro/ para a fala do outro, Bruna nem sempre responde à terapeuta. Quando a interlocutora-investigadora pede para a criança falar novamente alguma palavra ou frase que não foi compreendida, nem sempre ela fala, demonstrando não gostar dessa atitude e ficando em silêncio, com “cara feia”. Mas, quando a terapeuta produz a palavra corretamente, a paciente consegue pronunciar algumas das palavras que inicialmente pronunciou equivocadamente.

Portanto, pode-se dizer que Bruna possui alterações em vários aspectos da linguagem.

Por meio da avaliação feita na paciente, pode-se constatar que Bruna possui um atraso de linguagem caracterizado, principalmente, por muitos jargões e especularidade na sua fala, o que demonstra que está no período de aquisição da linguagem e que dependerá de um interlocutor para construir a sua própria fala.

5.5 SARITA (5 ANOS)

A entrevista foi realizada com a avó da paciente Sarita, senhora Zilda, que é a pessoa que sempre a acompanha nos atendimentos fonoaudiológicos. A avó relatou que atualmente é a guardiã da menina, devido a mãe de Sarita ter o diagnóstico de esquizofrenia e às vezes recair no uso de drogas.

A avó informou que mora sozinha com a filha e a neta no bairro C., Sarita frequenta a creche desde os três meses de idade, no momento da pesquisa ela cursava a turma do Jardim.

A avó informou que Sarita realizou cirurgia de retirada de adenoides e amígdalas em 2013 e que desde então a paciente ficou mais falante, sua fala ficou melhor compreensível. Porém, não é sempre que isso ocorre, pois existem momentos que sua fala ainda é ininteligível.

Informou também que desde janeiro de 2013 Sarita começou a frequentar o CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) e que nesse local conta com o atendimento de psiquiatra infantil, psicóloga e neurologista. Os atendimentos ocorrem todas as quartas-feiras pela manhã.

A principal queixa trazida pela avó da paciente é o fato de, na maioria das vezes, não conseguir entender o que a neta fala. Segundo a avó, essa dificuldade ocorre desde as primeiras palavras de Sarita. “O problema é essas trocas na fala dela, ela fala tudo errado, tudo trocado”, “eu ensino falar certo, mas ela não fala”. A avó mostrou exames de Sarita que constata hiperatividade, autismo e atraso de linguagem, que foram diagnosticados por médico neurologista.

Quanto à gestação, Zilda informa que Sarita nasceu por meio da técnica cesariana, a termo, sem intercorrências no nascimento. Entretanto, informa que a mãe fez uso intenso de drogas como crack, álcool e medicamentos durante o período gestacional. Além disso, também foi infectada por DST e teve contaminação por uma bactéria cujo o nome não soube dizer.

Sarita foi amamentada no seio materno até dois anos de idade e nunca fez uso de mamadeira ou chupeta, relatou a avó. A avó informa que a paciente não engatinhou e ficou em pé com um ano de idade, passando a andar sozinha com, aproximadamente, um ano e dois meses. A avó relata que Sarita ainda fez uso de fraldas até os 3 anos de idade.

Sobre o desenvolvimento da linguagem, a avó não lembrou quando a paciente começou a balbuciar, somente que sua primeira palavra foi “vó” com, mais ou menos, um ano e meio, bem como que por volta de dois anos iniciou a formação de frases, sempre com trocas na fala até os dias atuais.

A avó relata que a paciente já teve vários episódios de otites, em média de cinco por ano, que permanecem até os dias atuais. As otites surgem com a ocorrência de sinusite,

acompanhada de muita febre. Todavia, refere que Sarita só apresenta dificuldades auditivas durante os períodos de otite e que ela apresenta grande quantidade de cerúmen.

No convívio social, Zilda relata que sua neta possui boa interação com seus colegas da creche, mas é reservada e pouco comunicativa com outras crianças, evitando contato físico.

A avó de Sarita, muitas vezes demonstrou-se angustiada com o desenvolvimento da neta e com as situações que a criança enfrenta: “Sarita estava chegando triste da escola, os colegas riem dela e ela estava se queixando muito, pra mim e não pra professora!” Assim, a avó foi até a escola saber o que estava ocorrendo: “Ela não queria se apresentar e disse na escola que eu não estava deixando, então fui na escola e entendi tudo! Pedi pra professora passar pra turma que todos os alunos são diferentes e que cada criança tem o seu tempo!”

Conforme relatos escritos pela professora e trazidos ao consultório pela avó, na creche Sarita é participativa, porém não tem muita paciência durante as atividades e possui grande dificuldade de concentração. Segundo a senhora Zilda: “a escola diz que lá ela está bem, mas eu que estou ali com ela sei que.. Não está nada bom”.

A senhora Zilda relata que sua filha (mãe de Sarita), teve o mesmo problema de fala quando criança e que permanece até os dias atuais, apresentando erros na pronúncia. Também apresentava características de dificuldades auditivas, pois costumava escutar música e televisão em volumes muito altos.

A avó relatou que Kátia, mãe de Sarita, além de usuária de drogas é esquizofrênica e não tem condições de cuidar da filha. A avó parece considerar a mãe uma pessoa completamente incapaz de cuidar da filha. Em suas palavras: “ela é uma maluca, não tem condições de cuidar da Sarita”. Zilda briga bastante com a filha e refere que ela deveria ficar mais tempo internada: “Ela precisa ficar internada, não tem condições mentais para cuidar de Sarita”. A avó ficou com a guarda da criança, mas todos moram juntos: Mãe, filha e neta.

A mãe, de seu lado, nas ocasiões em que compareceu à clínica, demonstrou preocupação com a filha, por ser ausente e pelo seu histórico de uso de drogas e de doença, sentindo-se culpada, mas ao mesmo tempo demonstrando atenção, cuidado e carinho para com a filha. Kátia também refere que tem essas questões emocionais por conta da mãe, que a trata de forma agressiva e faz o mesmo com a neta. A mãe também diz que gostaria de ter a guarda da filha novamente e pediu para que a estagiária assinasse um documento

comprobatório de que ela leva a filha para a clínica e assume os cuidados com Sarita, com o objetivo de conseguir novamente a guarda da filha.

A avó, de seu lado, sempre acusa Kátia de não ter condições para cuidar de Sarita, afirma isso explicitamente no grupo de familiares.

Segundo a avó:

aqui todo mundo sabe, se eu morrer, a minha neta não tem mais ninguém por ela! A minha filha.. quando eu mandei ela abortar, a família foi toda contra mim, mas eu é quem sei quem é a mãe da Sarita.. Tá lá de novo!

Percebe-se aqui que, no ponto de vista da avó, Kátia não devia ter gerado a filha, pois não teria condições de criá-la. Além disso, neste momento a mãe não tem como cuidar da filha porque encontra-se internada novamente.

Não foi possível realizar uma entrevista com a mãe de Sarita, pois ela estava internada na época da coleta de dados. Desta forma, os dados que temos são dos relatórios e do grupo de familiares que Kátia participou em 2013.

A mãe de Sarita relatou, no grupo, possuir problemas e dificuldades com relação à dona Zilda pelo seu impedimento de que ela assuma seu papel como mãe. Percebe-se que devido a avó ter a guarda da neta, ela não permite, quando Kátia está em casa, que ela tenha responsabilidades e possa tomar decisões com relação à Sarita, embora a mãe possua bastante interesse em cuidar da filha.

Desde junho de 2011, após iniciar medicação com Ritalina por orientação médica, a avó percebe que o comportamento da neta melhorou. A mãe, Kátia, disse que é contra a medicalização da filha, mas a opinião dela não tem valor, pois a avó é técnica em enfermagem, e com isso, acha que legitima um conhecimento sobre medicamentos e enfatiza várias vezes a importância desse remédio para a criança.

Ressalta-se que a criança não demonstra sinais de hiperatividade e de déficit de atenção nas sessões fonoaudiológicas.

A literatura aponta que a utilização da Ritalina influencia o sistema nervoso central e pode causar riscos de dependência. O consumo do medicamento aumenta em velocidade crescente (MEIRA, 2012).

Em consonância com Moysés (2001), entendemos por medicalização o processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. Desse modo, muitas vezes fenômenos de origem social e política são convertidos em questões biológicas, próprias de cada indivíduo.

A avó gosta muito de falar em medicalização, leva a neta na terapia, relata que ela esta melhorando, mas que no fundo para ela o melhor é resolver os problemas tomando remédio.

O negócio mesmo é tomar o medicamento, acho que pra autista da minha neta e pra retardada da mãe dela, só com muita tarja preta mesmo. Eu também cuido do meu pai, sei bem o que é isso. Falta de dinheiro minha filha, mas a Sarita está indo melhorzinha até, vai ter que se adaptar à nova menina que atende ela agora, não vai ter jeito, e eu, to é cansada, exausta de tanto correr pra lá e pra cá, tá vendo como to esquelética?

Vê-se que a avó insiste em chamar a neta de autista e a filha de retardada. Ela diz que a Sarita está “melhorzinha”, porém, fica nítido em sua fala a insatisfação com a melhora da neta aos poucos, para ela o melhor seria dar o remédio tanto para Kátia como para Sarita. Ela trata os problemas de ambas como muito graves e imagina que os remédios é que resolveriam todas as dificuldades.

A medicalização para os aspectos emocionais vem sendo há muito tempo legitimada. A despeito disso, segundo relatos dos profissionais da escola e da menina, a avó e a mãe vivem em um conflito constante. Além de brigarem em casa, brigam na escola. Quando vão juntas levar a menina ficam sempre disputando a atenção da Sarita, assim como as decisões sobre a criança. Os relatos das professoras são de que a avó é agressiva e possui ciúme da filha com a neta. A professora de Sarita informou que a avó briga muito com a filha e diz que a filha é louca. Segundo a professora, a Polícia Militar foi acionada em várias brigas na escola, devido à gravidade das discussões.

Sarita, em uma das sessões, relatou que a avó bateu em sua mãe e que a mesma sangrou: “a mãe fito em casa, vó bateu, sagui”. A garota também mostrou um machucado no dedo. Mesmo constrangida, contou em tom de voz baixo que foi a avó quem lhe bateu e causou o ferimento.

A avó de Sarita falou:

[...] eu, eu bato mesmo. Um dia, aponteí uma faca para minha filha, que é mais para retardada mesmo, pois nunca aprendeu a falar. Eu, eu mato mesmo. E o castigo não é pouco não, minha neta está seguindo os mesmos passos da retarda, mas eu desta vez não vou deixar passar, ela vai ter que aprender a falar direitinho, mesmo sendo autista, ela não vai ter escapatória [...]

Neste trecho, percebe-se o quanto a avó é agressiva. Quando ela diz que a neta não vai ter escapatória, imagina-se que ela queira fazer a neta falar corretamente na base de castigo, pois como ela disse “o castigo não é pouco, não”.

A avó, nos turnos acima, também se mostrou confiante no diagnóstico de autismo, porém, parece um temerário dar um diagnóstico desse para uma criança que vive em um ambiente onde as discussões e agressividades são constantes.

No grupo de familiares, a mãe de Sarita informou: “Sofri muito bullying”, ela relata que tem medo que a filha também sofra o mesmo por causa da fala, pois ela também tinha muita dificuldade para falar.

Vê-se que a mãe demonstra preocupação com a filha, já que ela não quer que a filha sofra o mesmo que ela sofreu por ter dificuldades na fala.

De seu lado, dona Zilda relata que já internou a filha muitas vezes, bem como que no momento a filha está internada novamente. Ela informa que Kátia é uma esquizofrênica que não tem condições de cuidar da filha.

Deixa internada que é melhor, consegui até tirar a guarda dela, minha neta é minha agora, e eu corrijo ela sim, o tempo todo, não dou sossego, ela vai falar na marra, sem preguiça, porque a preguiça me dá raiva, e ela dorme comigo, que é pra eu cuidar dela até dormindo, e eu sei o que estou falando, pois sou técnica de enfermagem, tenho todo conhecimento [...]

No trecho acima, percebe-se que a avó está feliz por ter a filha internada e deseja que assim permaneça. A felicidade aparece quando ela pensa que tem a neta só para ela, fica visível o ciúme que ela tem da filha com a neta, já que ela quer criar a neta como sua filha. O medo de que a mãe chegue e dê seus cuidados maternos é tão grande, que a avó superprotege a neta, inclusive dormem juntas. Mas ao mesmo tempo em que diz isso, a avó comenta no grupo que a criança está falando muito, “chega a incomodar, muitas vezes não entendo o que ela diz, mas mesmo assim ela continua falando! É um tormento, quer fazer associação da letrinha com o som”. Agora até quer que eu fale quais as letras que tem cada palavra. Eu quero dormir e ela não deixa.

Percebe-se aqui que o caso de Sarita está além de uma questão apenas orgânica. Há vários fatores emocionais que influenciam diretamente as interações e a aquisição de linguagem da criança. O modo como a fala da criança é concebida em termos de “sintomas” pela avó: “ela não sabe falar, ela vai ficar retardada igual a mãe, eu vou obrigar ela a falar...” Ou seja, a criança vive em um ambiente conflituoso e carente de boas interações. Desta

forma, ela poderá deixar de desenvolver sua comunicação pelo medo de falar errado e receber críticas da avó.

5.6 RELATO DA PROFESSORA DE SARITA

Realizou-se o contato com a escola de Sarita e conversou-se com a professora S. Atualmente a paciente frequenta a turma do Jardim IV desta escola.

Segundo a professora, Sarita frequenta esta escola desde alguns meses de idade, pois eles contam com berçário também.

Relatou que apesar de Sarita apresentar dificuldades com a fala, ela é muito inteligente e participativa na escola. Informou também que a menina possui bastante desatenção e não aceita ser corrigida quando comete algum erro de escrita ou de fala. Ela não gosta de apagar e refazer as atividades. Porém, quando desenha, ela é perfeccionista, apaga e corrige várias vezes.

Segundo a professora, Sarita acompanha seus colegas em quase todas as atividades propostas. Quando percebe que precisa intervir mais em algo específico com a Sarita, ela faz a mesma atividade para todos. No entanto, isso não acontece com frequência, pois não acha que é necessário fazer modificações por causa de Sarita, porque sua maior dificuldade é com a fala e não com as atividades da escola. “Ela consegue realizar a maioria das atividades propostas, mas temos dificuldade para entender o que ela fala, já que apresenta trocas”.

A professora informou que a escola nunca realizou qualquer encaminhamento para outro profissional, mas solicitaram ajuda da Fonoaudiologia, pois sentem muita dificuldade de melhorar a fala de Sarita e percebem o quanto isso tem trazido dificuldade em sua comunicação. Isso porque, às vezes, seus colegas e professores não entendem o que Sarita fala. Entretanto, afirma que isso não prejudica o contato da menina com os colegas, uma vez que eles já estão acostumados e ajudam Sarita na comunicação. Ela afirmou que após o atendimento fonoaudiológico, Sarita apresentou uma melhor interação e um aumento no vocabulário, o que facilitou bastante a comunicação da turma com a menina: “depois da Fonoaudiologia a comunicação dela com os professores e alunos melhorou muito”.

A professora relatou que Sarita não possui professora auxiliar e que realiza a maioria das atividades sozinha, bem como que “as poucas dificuldades que apresenta, são as

mesmas que seus colegas possuem”. Também vai muito bem em jogos como o da memória, recontagem de história. Além disso, sabe as cores, números e reconhece as letras.

Quanto à relação familiar, a professora informou que já acompanhou várias brigas entre a mãe e avó da criança, quando vão levá-la na escola. A professora percebe que há uma competição entre mãe e avó pela atenção da criança “a avó sempre trata a filha como louca para poder ficar com a guarda da neta, ela briga com a filha na frente dos outros e sempre diz para as professoras que Kátia não tem condições de cuidar de Sarita”. A professora pediu para a profissional da área da Fonoaudiologia orientar a avó a procurar terapia psicológica.

5.7 SARITA NA ESCOLA

Foi possível perceber que Sarita interagiu com os alunos normalmente durante todo o tempo em que foi observada. Os colegas têm um bom relacionamento com ela, apesar de possuírem um pouco de dificuldade para entender o que Sarita fala. Quando não entendem o que ela diz, pedem para que repita. Sarita respondeu algumas vezes e outras se sentiu incomodada e não repetiu o que lhe foi solicitado.

Sarita mostrou-se bastante interessada em realizar as atividades propostas pela professora, que consistiam em recortes e colagens. Demonstrou ser bastante perfeccionista durante as colagens de figuras e letras.

Percebeu-se que a professora conseguiu inserir todos os alunos na atividade proposta naquele dia.

5.8 AVALIAÇÃO DE SARITA (5 ANOS)

Episódio 1

Idade: 5 anos e 5 meses

Contexto: Realizou-se a interação com Sarita por meio da atividade com o jogo cara a cara.

Essa atividade foi feita em cima de uma mesa, no consultório fonoaudiológico.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado	Observação sobre o enunciado não

			verbal	verbal
1	Inv	Essas peças são suas e essas são minhas.		
2	Pc			Pegou suas peças.
3	Inv	O que tem nessa mulher aí que você pegou?		
4	Pc			ficou arrumando suas peças
5	Inv	Agora é minha vez, você que tem que falar pra mim. Eu tenho que adivinhar. O que mais que tem nessa mulher aí?		
6	Pc	Teto		
7	Inv	o cabelo dela é preto?		
8	Pc	É		
9	Inv	Quem tem cabelo preto?		
10	Pc	Ela ó		virou o tabuleiro, apontando para a figura de uma mulher com essas características.
11	Inv	certoouuuuu, acertou, muito bem. Ponto		

		pra ti!		
12	Pc			bateu palma pra cima, como se comemorasse.
13	Inv	agora é você que fala pra mim o que que é, e eu vou tentar adivinhar. Pega qualquer um e fala como ele é, só não vale me mostrar.		
14	Pc	Esse		
15	Inv	ta, só não pode me mostrar. É homem ou mulher?		
16	Pc	é olhe		
17	Pc	DeSa ver?		Falando em voz baixa
18	Inv	O que?		
19	Pc	Buneta		Falando em voz baixa
20	Inv	Onde?		
21	Pc	cima ó		apontou com a mão para o armário.
22	Inv	vamos brincar com ela, então.		

Percebe-se que Sarita é capaz de perceber os turnos conversacionais, cumprindo seu papel na interação. A participação mais ativa da interlocutora-investigadora é bastante

evidente também, como no caso de Bruna, e consiste em dirigir à criança perguntas que, respondidas, favorecerão o processo de desenvolvimento da narrativa.

A criança demonstrou ser capaz de responder as perguntas: “Onde?”, “Quem?” e “O que?”, preenchendo apropriadamente seus turnos e desenvolveu pequenas narrativas a partir dessas perguntas, como foi possível vislumbrar nos turnos acima.

Episódio 2:

Idade: 5 anos e 5 meses

Contexto: A paciente entrou no consultório mostrando para a terapeuta o seu novo corte de cabelo para o dia do seu aniversário.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Pc	totei tabeio		
2	Inv	hummm cortou o cabelo? Que lindo!		
3	Pc	VeSaio		
4	Inv	youê fez aniversário?		
5	Pc			balançou a cabeça, sinalizando positivamente
6	Inv	ahh youê cortou o cabelo para ficar ainda mais bonita no dia do seu aniversário?		
7	Pc	é, na istóia veSáio		Falando em voz baixa

8	Inv	foi na escola, o seu aniversário?		
9	Pc	Sim		

Na tabela acima, a criança relata que cortou o cabelo. Ela tomou a iniciativa de mostrá-lo à investigadora. Além disso, relatou eventos ocorridos no passado demonstrando iniciativa, conversação no gênero relato pessoal. Ela já consegue também trazer léxicos que não são utilizados pelo interlocutor, demonstrando independência discursiva.

Sarita também faz o uso de dêiticos marcando a sua inclusão no discurso.

Episódio 3

Idade: 5 anos e 5 meses

Contexto: A terapeuta e a paciente brincavam com um jogo onde metade das peças era vermelha e a outra metade azul, a paciente teve que arrumar as peças vermelhas na sua frente e a terapeuta fez o mesmo com as azuis.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Inv	todas as peças devem ficar de pé, o azul é meu e o vermelho é seu		
2	Pc	ah, não Sei rumá	Falando em voz baixa	
3	Inv	não sabe arrumar?		
4	Pc	é, rumá	Falando um pouco mais alto	
5	Inv	Então separa as suas peças vermelhas das		

		minhas peças azuis e depois eu te ajudo a arrumar elas em pé.		
6	Pc	Tá		Separou todas as peças

No turno 3, acima, o interlocutor repete uma pergunta já respondida pela criança, com o intuito de fazê-la perceber a necessidade de articular melhor para que possa ser compreendida no diálogo. É importante notar que a criança mostrou-se capaz de responder novamente as perguntas realizadas pela interlocutora-investigadora, pois o turno 4 foi preenchido pela criança. Isso parece indicar que Sarita entende a importância de levar em consideração o outro, no momento da interação. Ela conseguiu se colocar como sujeito da linguagem.

Além disso, demonstrou conhecer as cores vermelho e azul, separando todas as suas peças das peças da terapeuta.

Episódio 4

Idade: 5 anos e 5 meses

Contexto: Enquanto tentava arrumar suas peças, Sarita conta que comprou um tênis e mostra-o para a terapeuta.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Pc	topei teni		Levantando o pé para mostrar o tênis.
2	Inv	comprou um tenis?	Hummm	
3	Pc	É. ÓSa		Falando em voz baixa

4	Inv	É rosa, que lindo!		
5	Inv	você foi pra escola com ele?		
6	Pc	Sim		

A análise da avaliação realizada mostra que Sarita constrói poucas narrativas propriamente ditas. Contudo, precisa-se considerar sua capacidade em assumir seu papel na atividade dialógica, cumprindo algumas solicitações feitas por sua interlocutora-investigadora. Ainda que ela tenha apresentado fragmentos de enunciados, estes foram suficientes para indicar que, com o auxílio do adulto, ela pode tomar iniciativa para começar um assunto e responder sobre outro. Além disso, ela reconstituiu situações vivenciadas em momentos anteriores à avaliação e pequenas narrativas.

De acordo com a abordagem sociointeracionista, o desenvolvimento da linguagem deve-se a um trabalho conjunto, no qual estão envolvidos tanto a criança como o adulto. Portanto, não será de um lugar afastado com atividades previamente escolhidas que o fonoaudiólogo encontrará espaço para participar do desenvolvimento linguístico da criança, mas na atividade dialógica que se instaura no momento da interação. Essa questão mostrou-se bastante evidente no quadro acima.

Esse quadro mostra a importância de privilegiar aquilo que a própria criança faz ou mostra, na sua situação interativa. Levando em consideração a iniciativa de Sarita, o adulto, por meio de perguntas, acaba levando-a a contar uma experiência que vivenciou antes da atividade dialógica. Foi como se ela dissesse: Comprei um tênis rosa para ir à escola.

Episódio 5

Idade: 5 anos e 6 meses

Contexto: Após assistirem a um pequeno vídeo com as imagens de uma criança realizando algumas atividades diárias, a terapeuta pergunta à paciente o que ela havia realizado naquele dia.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado	Observação sobre o enunciado não

			verbal	verbal
1	Inv	O que você fez hoje de manhã depois que acordou?		
2	Pc			Silêncio
3	Pc	rumei tabeio		
4	Inv	O que mais você fez?		
5	Pc	depois tomi arroz, feza, vedinha.	Falando em voz baixa	
6	Inv	Então você almoçou arroz, feijão e salada?		
7	Pc	Arroz, fezão, vedinha	Falando em voz baixa	
8	Inv	Você sabe me dizer que alimentos são esses?		Pegou várias verduras de brinquedo na cor verde.
9	Pc	Vedinha	Falando um pouco mais alto.	

Sarita poucas vezes relata experiências que vivenciou antes da atividade dialógica, como dizer que tomou café da manhã, almoçou, foi para a escola.

Nos turnos 5 e 7 ela demonstrou não conhecer a palavra salada e nem o nome das verduras, chamando todas as verduras verdes de vedinha. Porém, percebe-se que ela conhece a cor verde. Embora já reconheça as cores, ela não conhece os nomes dos legumes. É possível que não tenha vivenciado situações que tenham utilizado esses nomes.

Nos turnos acima, Sarita evidenciou a existência temporal entre os dois eventos vivenciados e relatados por ela.

Episódio 6

Idade: 5 anos e 6 meses

Contexto: A terapeuta estende um tapete no chão do consultório e apresenta vários livros bem coloridos para a paciente. Sarita deveria escolher um dos livros para que a terapeuta lesse-o.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal
1	Inv	Vamos escutar as historinhas?		
2	Pc			[Silêncio]
3	Inv	Olha só, tem o livro da Branca de Neve, da Rapunzel, da Barbie. Qual você quer?		
4	Pc	Banta di nevi		
5	Inv	Vou ler para você e depois você reconta a história para mim. Era uma vez um rei que vivia num reino distante, com a sua filha pequena, que se chamava Branca de Neve [...]. Agora me conte, o que você lembra da história?		
6	Pc			Olhava para a

				terapeuta enquanto ela contava a história.
7	Inv	a bruxa ia matar a branca de neve e os anões ficaram tristes e depois o príncipe salvou ela?		
8	Pc	Tavo ela		
9	Inv	mas ela tinha morrido?		
10	Pc	Fechou o livro e não quis contar mais nada.		

Durante situações interativas, o adulto perguntou se Sarita gostaria de ouvir histórias e após um tempo de silêncio, ela respondeu que sim quando viu as belas imagens coloridas nos livros. As imagens despertaram o interesse de Sarita pela história. Embora tenha escolhido a história, Sarita não consegue fazer uma narrativa do livro. Demonstrando que a criança ainda não consegue ter independência nas narrativas, precisando do outro para organizar seu discurso.

Episódio 7

Idade: 5 anos e 6 meses

Contexto: Foi realizada a atividade com um jogo que envolvia várias figuras de pessoas diferentes, com características físicas e acessórios diferentes.

Turno	Sigla	Transcrição	Observação sobre o enunciado verbal	Observação sobre o enunciado não verbal

1	Inv	agora é minha vez, você que tem que falar pra mim. Eu tenho que adivinhar. O que mais que tem nessa mulher aí?		
2	Pc	Teto		
3	Inv	o cabelo dela é preto?		
4	Pc	é		
5	Pc			olhava para suas figuras
6	Inv	ela usa óculos ou não usa?		
7	Pc	Não		
8	Inv	não? Bom, não tenho nenhuma que usa óculos também.		
9	Inv	a pele do rosto dela é negra ou é branca?		
10	Pc	Teto		
11	Inv	ela usa batom ou não?		
12	Pc	Usa		
13	Pc	essa não usa		olha para seu tabuleiro e baixa a figura
14	Inv	é ela tem cabelo comprido ou curto?		

15	Pc	Tuto		
----	----	------	--	--

Nas situações de interação Sarita geralmente limita-se a responder às perguntas do adulto.

A dependência da criança em relação ao papel estruturante do adulto é constitutiva do discurso narrativo.

A partir dos episódios apresentados vê-se que a linguagem da criança caracteriza-se por enunciados compostos de substantivos, adjetivos, pronomes e advérbios, mas ela produz enunciados de até 3 palavras. Muitas vezes ela limita-se a responder às perguntas do adulto, mas nem sempre isso acontece. Percebe-se que, apesar de seus déficits, ela ocupa seu lugar de falante no diálogo.

A linguagem de Sarita, no presente momento encontra-se com as seguintes características: quando a terapeuta narrava um fato da história para a paciente dar continuidade, ela se mostrava com atenção à fala da terapeuta, olhando para o rosto. Porém, repetia somente o final de algumas palavras ditas pela terapeuta, como forma de especularidade, que é um processo que faz parte da aquisição da linguagem da criança, onde ela ainda necessita de apoio da linguagem do outro para a criação de sua própria linguagem.

Com relação aos aspectos fonético-fonológicos, foi possível perceber que Sarita ainda apresenta processos típicos da aquisição de linguagem, como, por exemplo: assimilação: curto - ['tu.to]; plosivização (substituição de uma fricativa por uma plosiva): salvou - [ta.'vo], nesse caso ela também usa muitas vezes o /t/ para substituir vários fonemas (anteriorização): branca – ['bã.ta]; simplificação de encontro consonantal: [bĩ.'te.du] - brinquedo; redução de consoantes iniciais: arrumei– [fũ.'mej], mulher – [mu.'ʎer].

Segundo alguns autores como Wertzner, Pena-Brooks e Hedge (2000) de todos esses processos que ela realiza, apenas a redução de encontro consonantal poderia estar presente ainda na aquisição fonológica.

Como demonstração dessa dificuldade na fala, pode-se citar o exemplo da paciente pronunciar seu nome corretamente “*Sarita*” com o /s/ e o /r/ pronunciados corretamente e não conseguir pronunciar a palavra “*saia*”, pronunciando ['saj.ɐ], nesse último caso demonstrou não saber pronunciar o /s/. Mesmo depois de receber o modelo e de solicitar-se que repetisse essa palavra, a paciente não conseguiu.

Quanto aos aspectos sintáticos, Sarita demonstrou estar adquirindo os elementos de ligação na sua fala, o que se pode observar em sua fala espontânea. Porém, ainda

demonstra dificuldades que deverão ser superadas com as atividades que irão promover a sua fala, pois existem vários momentos em que a fala ainda é constituída por palavras soltas como na criação de uma história. Tem-se o exemplo de uma história em que o príncipe salvou a princesa, a fala de Sarita foi /tavo ela/, ou seja, “salvou ela”.

Quanto aos aspectos semânticos, Sarita possui um vocabulário ainda reduzido para sua idade, ou seja, um vocabulário com poucas palavras, que deverá ser enriquecido.

Acredita-se que a paciente tenha consciência de sua dificuldade, por isso sua fala tem sido sempre com a voz em baixo volume, o que demonstra o seu medo em se expressar e não ser compreendida, o que a torna cada vez mais limitada ao diálogo e conseqüentemente a aprender a falar adequadamente. Além disso, suas narrativas ainda são dependentes do interlocutor.

A análise das produções linguísticas revelou a importância de se eleger um posicionamento teórico que privilegie a dimensão discursiva da linguagem. A partir disso, pode-se analisar a linguagem como um acontecimento interativo que envolve o ajuste contínuo de imagens que os interlocutores fazem um do outro, a construção conjunta da significação, a partilha das informações recíprocas.

O contexto discursivo está inserido principalmente no ambiente familiar. É nesse ambiente que a criança começa a construir sua linguagem e dessa forma compreender o mundo e assim agir nele (SANTANA et al., 2010).

6 CONCLUSÃO

O uso de drogas no período gestacional pode estar dentre as possíveis etiologias para que ocorra o atraso de linguagem, já que o uso de algumas de drogas nesse período pode causar efeitos nocivos ao feto, como o comprometimento no desenvolvimento da função social, da intelectual, da sensorial, da neurológica e da comportamental. A partir dos casos analisados, pode-se cogitar que o uso de drogas durante o período gestacional pode ter gerado implicações para o processo de aquisição da linguagem - mas a questão pode ser tanto neurológica, biológica, psicológica ou interacional.

O desenvolvimento da linguagem na criança pode encontrar-se prejudicado tanto devido aos efeitos das drogas no período fetal como também em virtude da utilização das drogas permanecerem após o nascimento do bebê, visto que as mães das duas crianças apresentadas de alguma forma encontram-se ausentes da vida de suas filhas.

Além disso, nos dois casos há o componente emocional que pode estar afetando as habilidades de linguagem dessas crianças, já que estão inseridas em um ambiente conflituoso e, algumas vezes, apresentam além de violência simbólica, violência física.

Para as crianças desenvolverem as habilidades da linguagem e fala, precisariam de um ambiente de interação e de um estado emocional saudável, além da parte orgânica sem alterações.

Nos casos apresentados, percebe-se que as duas crianças não têm um ambiente tranquilo e nem possuem interlocutores privilegiados que possam favorecer o processo de aquisição da linguagem.

No caso das crianças dessa pesquisa, percebe-se que tanto as drogas quanto a questão emocional podem ter implicações significativas no processo de desenvolvimento da linguagem, considerando que há uma ausência materna - embora a mãe esteja fisicamente presente em alguns momentos. Esse aspecto emocional afetado pode gerar implicações para a vida da criança muito mais significativas do que o uso das drogas no período gestacional. Ou seja, se em um primeiro momento se hipotetizava que as crianças tinham dificuldades para falar devido a questões orgânicas, esse trabalho evidencia que, para além das questões orgânicas, o discurso do outro, as interações constroem a subjetividade, o que revela um sujeito que enuncia, que se manifesta, que toma posição frente a outros discursos.

Desta forma, considera-se que a interlocução é o espaço da produção da linguagem e de constituição do sujeito. É por meio dos discursos do outro que o sujeito se

constitui, por meio da atividade conjunta, ou seja, da interação dialógica, da reciprocidade entre um interlocutor privilegiado e a criança, que acontecerá a aquisição de linguagem da criança.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, E.C. **Da fala a linguagem tocando de ouvido**. Martins Fontes, São Paulo, 1990.
- AMORIN, M.R.; NETO, C.N.; SOUZA, A.S.R. **Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em Evidências**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2010.
- ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 181 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. Tradução de Michel Lahud e Yara F. Vieira. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BAKSHI, K.; GENNARO, S.; CHAN, C.Y.; KOSCIUK, M.; LIU, J.; STUCKY, A.; TRENKNER, E.; FRIEDMAN, E.; NAGELE, R.G.; WANG, H. **Prenatal cocaine reduces AMPA receptor synaptic expression through hyperphosphorylation of the synaptic anchoring protein GRIP**. Nova York, p.1-19, 2009.
- BARRETO, L. G. G.; PACKER, M. P. **Dependência química na gravidez**. 2007. 27 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Dependência Química, Universidade Federal de São Paulo, 2007.
- BAUER et al. **Acute Neonatal Effects of Cocaine Exposure During Pregnancy**. Arch Pediatr Adolesc Med. Estados Unidos, p.159:824-834, 2005.
- BAUER, G.; LAFLAMME, D.; GAGNON, J.; BOUCHER, O.; JACOBSON, J.L.; JACOBSON, S.W. **ALCOHOL, Smoking and Drug Use among Inuit Women of Childbearing Age during Pregnancy and the Risk to Children**. Alcoholism, clinical and experimental research. Canadá. 2011, p. 1-17.
- BEE, H.; BOYD, D. **A Criança em Desenvolvimento**. 12ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BERKOW, R. **Saúde para família**. Manual Merck. 2004. Disponível em: <http://www.msdbrazil.com/content/patients/biblioteca/artigos/artigos.html>. Acesso em: 21 fevereiro de 2014.
- BOWLBY, J. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. São Paulo: Martins Fontes (4ª ed.), 2002.
- BOUCHER, O.; JACOBSON, J.L., BURDEN, M.J., DEWAILLY, E.; JACOBSON, S.W.; Muckle, G. **Prenatal tobacco exposure and response inhibition in school-aged children: an event-related potential study**. Neurotoxicol Teratol. 2014.
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BRETANHA, A. C. et al. **Perfil pragmático longitudinal de uma criança no espectro da neuropatia auditiva**. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]. 2011, vol.16, n.2, pp. 226-232.

CALUMBI, Carolina Cristina Batista; BARBOSA, Izabel de Carvalho H.; CHICÓ, Joselane Tiburtino. **A AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM NA VISÃO SÓCIO- INTERACIONISTA DE VYGOTSKY**. FUNESCO. Olinda, p. 1-13. 30, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/6306649/Artigo-Cientifico-Resumo-p-Ricardo>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

CANTOR, L. T.C.; MOORE, G.D; MIN, O.M.; GOODWIN, J.; TURNER, J.J.D.; FULTON, S.; PARROTT, A.C. **One-Year Outcomes of Prenatal Exposure to MDMA and Other Recreational Drugs**. Pediatrics, p. 1-15, 2012.

CARRIE, A. CARRIE A. VYHLIDAL , RIFFEL , A.K.; HALEY, K.J.; SHARMA, S.; DAI, H.; TANTISIRA, K.G.; WEISS, S.T. E LEEDER, J.S. **Cotinine in Human Placenta Predicts Induction of Gene Expression in Fetal Tissues**. Drug Metabolism & Disposition. Kansas, 2002.

CASTELLSAGUÉ, X.; SCHNEIDER, A.; KAUFMANN, A.M.; B.; BOSCH, X. **HPV vaccination against cervical cancer in women above 25 years of age: key considerations and current perspectives**. Gynecologic Oncology, 2009.

COUDRY, M.H.I. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo, 1988.

CUNHA, M.C. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Ed. Plexus, 1997.

DAY, N.; RICHARDSON, N.G.; GOLDSCHMID, T. L, CORNELIUS, M. **Prenatal tobacco exposure and preschooler behavior**. Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics, p. 180–188, 2000.

DERAUF, C.; KEKATPURE, M.; NEYZI, N.; LESTER, B.; KOSOFSKY, B. **Neuroimaging of Children Following Prenatal Drug Exposure**. Semin Cell Dev Biol, p. 1-50, 2009.

DOMANICO, “**CRAQUEIROS E CRACADOS: BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!**” Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de doutorado. Salvador, p. 18, 2006.

FABBRI, C. E.; PEDRÃO, L.J. **Narcodependência na gestação**. Rev. Baiana de Enfermagem, p. 29-38, Salvador, 2000.

FERRIOLLI, B.H.V.M. **Objeto do Desejo: a manifestação metafórica e metonímica no retardo de linguagem**. 2003. 209 f. Tese de Doutorado em Ciências área Psicologia. USP,

Ribeirão Preto, 2003.

FERGUSSON D, WOODWARD L, HORWOOD L. **Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence.** Archives of General Psychiatry, p.721–727, 1998.

FREIRE, R. M. **A abordagem dialógica – uma proposta social em fonoaudiologia.** Tese de Doutorado. São Paulo: Programa de Psicologia da Educação, PUC-SP, 1990.

FICHTNER, Bernard. **A escola histórico-cultural e a teoria da atividade: a importância na pedagogia moderna.** Cadernos de Pesquisa, Santa Maria, UFSM, p. 4-21, 1996.

GABBARD, C.P. **Lifelong Motor Development.** 3. ed. Boston: Allyn and Bacon, 2000.

GEDOZ, S.; COSTA-HUBES, T. **CONCEPÇÃO SOCIOINTERACIONISTA DE LINGUAGEM: percurso histórico e contribuições para um novo olhar sobre o texto.** Trama, América do Sul, p. 8-21, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010. 184p.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, C.M.; RADES, E.; REZENDE, W.; ZUGAIB, M. **Condiloma acuminado e gestação: transmissão vertical e tratamento.** Feminina, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HAGE, S. R. V. **Avaliando a Linguagem enquanto Atividade.** Dissertação de mestrado. Campinas: IEL- UNICAMP, 1994.

HALMESMAKI E. **Alcohol counselling of 85 pregnant problem drinkers: effect on drinking and fetal outcome.** Br J Obstet Gynaecol, p.243, 1988.

IUNGANO, E. M.; TOSTA, R. M. **A realização da função materna em casos de adoecimento da criança.** Bol. - Acad. Paul. Psicol. [online]. 2009, vol.29, n.1, pp. 100-119.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil** (4a ed.). Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.

_____. **Psicose e Autismo na Infância. Uma Questão de Linguagem.** Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, nº 9. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 1993.

JOYA, X.; CULEBRAS, M.G.; CALLEJÓN, A.; FRIGULS, B.; PUIG, C.; ORTIGOSA, S.; MORINI, L.; ALGAR, O.G.; VALL, O. **Cocaine use during pregnancy assessed by hair analysis in a Canary Islands cohort.** BMC Pregnancy Childbirth, p. 2-15, 2012.

KABLE, A. J.; COLES, CD.; LYNCH, ME.; CAROLL, J. **The Impact of Maternal Smoking on Fast Auditory Brainstem Responses.** *Neurotoxicology and teratology.* Atlanta. 2009; p. 216-224.

KOREN, G. **Water by the spoonful.** Canadian Family Physician, p. 1-4, 2013.

LACAN, J. **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.** Lacan, Escritos, p.238-324, Rio de Janeiro, 1998. (Trabalho original publicado em 1953)

LEMOS, C.T.G. **Sobre a Aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original.** Boletim de ABRALIM, 1982.

_____. **Uma abordagem construtivista do processo de aquisição de linguagem: um percurso e muitas questões.** Anais do I Encontro Nacional sobre Aquisição de Linguagem. Porto Alegre: PUC-CEAAL, p. 61-76, 1989.

_____. **Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos del cambio.** Substratum, vol.1, n. 1, 1992.

_____. **A fala da criança como interpretação: uma análise das teorias em aquisição da linguagem.** Letras de Hoje, v. 30, n.4. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

_____. **Em busca de uma alternativa a noção de desenvolvimento na interpretação do processo de Aquisição de Linguagem.** Relatório de produtividade em pesquisa (CNPq). Campinas: UNICAMP: IEL (inédito), 1999.

LEMOS, C.T.G. **Error as na empirical challenge to cognitive approaches to language use: the case of language acquisition.** Comunicação em Painel no 7th International Pragmatics Conference (Budapeste, Hu.), 2000.

_____. **Sobre o estatuto lingüístico e discursivo da narrativa na fala da criança.** Universidade de Campinas, 2002.

LESTER ML, LAGASSE LL. **Filhos de mulheres viciadas.** J Addict Dis. , p. 259-276, 2010.

LIER-DE VITTO, M.F. **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem,** Cortez, São Paulo, 1994.

_____. **Sobre a interpretação.** Caderno de estudo lingüísticos, p.9-15, Campinas, 1995.

LI, K.; ZHU, D.; GUO, L.; LYNCH, M.E.; COLES, C., HU, X.; LIU, T. **Connectomics signatures of prenatal cocaine exposure affected adolescent brains**. Centro de Pesquisa de Bioimagem, Georgia, 2012.

LINDSAY. C., THOMAS A.; CATALANO P. The effect of smoking tobacco on neonatal body composition. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Ohio, p.1124–1128, 1997.

LOEBSTEIN R.; KOREN G. **Pregnancy outcome neurodevelopment of children exposed in utero to psychoactive drugs: The mother risk experience**. J psychiatry Neurosci, p.22, 1997.

MADEN J.D.; PAYNE T.F.; MILLER S. **Maternal cocaine abuse and effect on the newborn**. Pediatrics, p. 77, 1986.

MAKIN J.; FRIED P.; ANDWATKINSON B. **A comparison of active and passive smoking during pregnancy: Long-term effects**. Neurotoxicology and Teratology, p.5–12, 1991.

MALAKOFF, M.E.; MAYES, L.C.; SCHOTTENFELD, R. **Produção Howell S. idioma em 24 meses de idade, as crianças do centro da cidade de outros-usuários de drogas cocaína-e-mães**. J App Dev Psychol, p. 150-189, 1999.

MANCOPES, R. **Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a lingüística e a fonoaudiologia**. Revista Desenredo- PPG em Letras da UPF, Passo Fundo, v. 2, n.2, julho/dez, p. 288-306, 2006.

MASINI, M. L. **Em Busca da Linguagem na Avaliação de Linguagem. Dissertação de Mestrado**. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP, 1989.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. **Aprofundando a discussão das relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda**. Em Aberto, MEC / INEP, n.57, 1995.

_____. **A institucionalização invisível: crianças-que-não-aprendem-na-escola**. São Paulo: Mercado de Letras, 2001.

_____. **Rotular, classificar, diagnosticar. A violência dos laudos**. Jornal do GTNM-RJ (Grupo Tortura Nunca Mais), agosto 2002.

_____. **Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: CRP-RJ (Org.). Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: CRP-RJ. Recuperado em 29 de junho de 2014 do CRPRJ (Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro). Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-aparecida-moyses.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2014

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial**. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=428&Itemid=>. Acesso em: 01 agosto 2014.

MUCKLE, G.; LAFLAMME, D.; GAGNON, J.; BOUCHER, O.; JACOBSON, J.L.; JACOBSON, S.W. **Alcohol, Smoking and Drug Use among Inuit Women of Childbearing Age during Pregnancy and the Risk to Children**. Canadá, p. 1-20, 2011.

NACIONAL PUBLIC HEALTH SERVICE. **Toxicology Pregnancy Availbale**, 1998.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky, aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. São Paulo, Scipione, 1997.

PALLADINO, R. Desenvolvimento da Linguagem. In FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004.

_____. Linguagem e processos clínicos. Comunicação apresentada no **1º Simpósio sobre Comunicação da DERDIC**, 1992.

PENA-BROOKS, A.; HEGDE, M. N. **Assessment and treatment of articulation and phonological disorders in children - A dual-level text**. Pro-ed an international Publisher. Austin, Texas, 2000.

PERONI, M.C. **A bela e a Fera da Aquisição da Linguagem**. In: **Adquisición de language – Aquisição da liguagem**. Frankfurt: Vervuert, 1992.

ROCHA, A.C.O. **A clínica fonoaudiológica escutando a mãe de crianças com fra. X**. 75f. Dissertação de Mestrado em Distúrbios da Comunicação. PUC-SP, São Paulo, 1994.

SANTANA, A. P. **Idade crítica para aquisição da linguagem**, Revista distúrbios da comunicação. São Paulo, p.16, 2004.

_____. O processo de aquisição da linguagem: estudo comparativo de duas crianças usuárias de implante coclear. Revista **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, p. 233, 2005.

SEXTON M.; FOX N.L.; HEBEL JR. **Prenatal exposure to tobacco: II effects on cognitive functioning at age three**. International Journal of Epidemiology, p. 72-77, 1990.

SHEINKOPF, S.; LESTER, B.; SANES, J.N.; ELIASSEN, J.C. **Functional MRI and Response Inhibition in Children Exposed to Cocaine in utero**. Dev Neurose. Nova York, p. 1-16, 2009

STROUD, L.R.; BUBLITZ, M.H. **Maternal Smoking During Pregnancy and Offspring Brain Structure and Function: Review and Agenda for Future Research**. Oxford Journals, p. 388-397, 2011.

SOARES, M.V. **Aquisição da linguagem segundo a psicologia interacionista: três abordagens**. 2009.

TASSINARI, M. I. **Relação Terapêutica na Clínica de Linguagem: o país de Alice nas vizinhanças da clínica psicanalítica. Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP, 1995.**

THOMPSON, B.L.; LEVITT, P.; STANWOOD, D. **Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education.** Nat Rev Neurosci, p. 1-35, 2009.

VIEIRA, E. P.; MIRANDA, E. C.; FRASSON, M.; GARCIA, M. V. **Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil no decorrer de quatro anos em um programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público.** Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol, Brasil, n., p.214-220, 2007.

VITTO, M. M. P.; FERES, M. C. L. C. **Distúrbios da comunicação oral em crianças.** Surdez: implicações clínicas e possibilidades terapêuticas, Ribeirão Preto, p.229-234, 2005.

VORCARO, A. **A criança na clínica psicanalítica,** Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 1997.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente.** São Paulo, 1984.

_____. **Pensamento e Linguagem.** São Paulo, 1987.

WERTSCH, J. V. **Vygotsky y la Formación Social de la Mente.** Barcelona: Ediciones Paidós, 1988.

WERTZNER H.F.; DIAS, T.A. **“PCC de crianças sem queixa de distúrbios de comunicação”** Anais do VIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Recife – PE, 2000.

XUE, L. M.S.; EMMALLE, M.D.; ANTHONY, J.C.; VOGEL, A.L.; MORROW, C.E. **Severity of Prenatal Cocaine Exposure and Child Language Functioning Through Age Seven Years: A Longitudinal Latent Growth Curve Analysis.** Sbst Use Minuse. Flórida, p.3. 2009.

YOSHINAGA-ITANO C., SEDEY A.L.; COULTER D.K.; MEHL A.L. **Language of early and later identified children with hearing loss.** Pediatrics, p.61-71(1998).

ZANELLA, A. V. **Zona de desenvolvimento proximal, análise teórica de um conceito em situações variadas.** São Paulo. Dissertação de Mestrado PUC/SP, 1994.

ZUCKERMAN, B.; FRANK, D.; MAYES, L. **Cocaine-Exposed Infants and Developmental Outcomes: "Crack Kids" Revisited.** Jama, p.287, 2002.

APÊNDICE A

INFORMAÇÕES DA PESQUISA E PESQUISADOR

Título do projeto: Análise da linguagem de crianças que possuem mães usuárias de drogas.

Acadêmica Pesquisadora: Thayse Extoshates Marcos

Contato: (48) 99530364 **Email:** Thayse.em@gmail.com

Endereço: Rua Urcelino Manoel Coelho, 139, Córrego Grande, Florianópolis

Orientadora: Ana Paula de Oliveira Santana

Contato: (48) 3721-4912 **Email:** anaposantana@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina – Pró-Reitoria de Pesquisa – Biblioteca Universitária – Setor de Periódicos (térreo). Horário de Atendimento: das 7h as 19h.

Contato: (48) 3721-9206 **Email:** CEP.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto de Pesquisa: Análise da Linguagem de crianças que possuem mães usuárias de drogas.

Pesquisadoras responsáveis: Thayse Extoshates Marcos
Ana Paula de Oliveira Santana

FINALIDADE E OBJETIVO DA PESQUISA:

Esta pesquisa procura contribuir com o conhecimento na Aquisição de linguagem em crianças que possuem mães usuárias de drogas, aprofundando o tema pouco discutido na área da fonoaudiologia. Tem como objetivo analisar a linguagem de crianças que possuem mães usuárias de drogas.

PROCEDIMENTOS:

Avaliação da linguagem do sujeito e entrevista com os pais e/ou responsáveis pela criança; a coleta de dados será realizada a partir de sessões de avaliação realizadas com o sujeito, através das sessões de entrevista com os pais e com os responsáveis pela criança e por meio dos prontuários das crianças; a coleta de dados das sessões serão realizadas na casa da criança, através da análise da interação dos pais e/ou responsáveis com a criança e na Clínica de Fonoaudiologia, na Universidade Federal de Santa Catarina, pelo Projeto de Pesquisa Linguagem, Cognição e Audição: implicações para a Educação e Saúde.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

O sujeito será beneficiado através das avaliações fonoaudiológicas e como risco à saúde da criança, o cansaço.

DESCONFORTO:

O desconforto será mínimo ou inexistente, pois a coleta consistirá de entrevistas e avaliações. O desconforto que pode ser gerado é o cansaço da avaliado e/ou entrevistado.

CUSTOS:

A participação no projeto de pesquisa não implicará em ônus nem ressarcimento de quaisquer despesas aos participantes.

PARTICIPAÇÃO:

Você poderá retirar a qualquer momento o consentimento de sua participação no estudo sem nenhum prejuízo de qualquer ordem ou natureza. No decorrer da pesquisa, caso você tenha alguma dúvida, entre em

contato com a pesquisadora, cujo endereço esta em Informações da Pesquisa e do Pesquisador, no inicio deste documento.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE:

Os pesquisadores declaram que todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo de respeito e que o anonimato e sigilo serão garantidos durante toda a pesquisa e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ () paciente ou () responsável por _____, abaixo assinado, concordo com a participação do presente estudo. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

ANEXO A

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA: LINGUAGEM ORAL E ESCRITA

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

ASPECTOS	VARIÁVEIS	OBJETIVOS
Visão em Relação ao sujeito	<input type="checkbox"/> Visão da família em relação ao sujeito	Compreender as representações da família em relação ao sujeito.
<i>Rotina do paciente</i>	<input type="checkbox"/> Atividades diárias; <input type="checkbox"/> Lazer; <input type="checkbox"/> Horários; <input type="checkbox"/> Hábitos.	Conhecer a rotina do paciente em relação: atividades vivenciadas, suas preferências, relações interpessoais, situações de convívio com a família e sem a mesma.
<i>Dinâmica Familiar</i>	<input type="checkbox"/> Composição da Família; <input type="checkbox"/> Profissão e instrução dos componentes da família; <input type="checkbox"/> Relações familiares.	Reconhecer a postura e mecanismos interativos utilizados no contexto familiar. Apreender o espaço e o papel do paciente no contexto familiar.
Experiências de Oralidade	<input type="checkbox"/> Experiências de oralidade compartilhadas <input type="checkbox"/> Características e Mudanças ocorridas na oralidade do paciente	Investigar a relação que a família estabelece com os mecanismos significativos utilizados pelo paciente (fala, gestos, escrita, expressões faciais, língua de sinais).

		Investigar as condições de produção de discursos (orais, gestuais, via língua de sinais) nos diversos contextos e com diversos interlocutores.
Experiência de Leitura/Escrita da família e do paciente	<input type="checkbox"/> Existência de material escrito em casa atualmente <input type="checkbox"/> Hábitos de leitura <input type="checkbox"/> Relação com a leitura e com a escrita; <input type="checkbox"/> Trajetória do sujeito em relação à leitura e escrita; <input type="checkbox"/> Experiências de leitura/escrita compartilhadas.	Investigar o acesso e as experiências do paciente e da família, em relação à leitura e escrita, ou seja, analisar as condições de letramento.
Queixa	<input type="checkbox"/> Descrição / Manifestações; <input type="checkbox"/> Período de início; <input type="checkbox"/> Origem do encaminhamento; <input type="checkbox"/> Avaliações complementares; <input type="checkbox"/> Atitudes e representações do sujeito e da família frente ao problema; <input type="checkbox"/> Causas atribuídas ao problema.	Compreender a constituição e manifestação do problema. Entender posturas e atitudes da família e do paciente frente ao mesmo. Identificar a disponibilidade e expectativa em relação à intervenção clínica fonoaudiológica.

	<input type="checkbox"/> Identificação da demanda pelo atendimento clínico fonoaudiológico.	
Medidas e Cuidados Adotados pela Família	<input type="checkbox"/> Intervenções com outros profissionais (motivo, período e resultados); <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos	Investigar os cuidados e medidas adotadas pela família para o entendimento e a superação do problema, bem como, histórico e aspectos gerais relacionados à saúde.

2. Aspectos Relativos à Oralidade

ASPECTOS	VARIÁVEIS	OBJETIVOS
<p>Relação e Postura frente à queixa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Descrição / Manifestações; <input type="checkbox"/> Período de início; <input type="checkbox"/> Origem do encaminhamento; <input type="checkbox"/> Atitude do sujeito, da família e amigos frente ao problema; <input type="checkbox"/> Causas atribuídas ao problema; <input type="checkbox"/> Identificação da demanda pelo atendimento clínico fonoaudiológico. 	<p>Compreender a constituição e manifestação do problema. Entender posturas e atitudes do sujeito e da família frente ao mesmo. Identificar a disponibilidade e expectativa em relação à intervenção clínica - fonoaudiológica.</p> <p>Analisar o funcionamento da linguagem e do sujeito. Ou seja, perceber os recursos dos quais ele lança-mão para se colocar como sujeito da linguagem.</p> <p>Investigar a visão do próprio sujeito enquanto falante.</p>

Relação e Postura frente à Oralidade	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="528 248 954 398">☐ Práticas discursivas em diferentes contextos de produção.<li data-bbox="528 427 954 577">☐ Considerar os jogos de imagens entre os interlocutores.	Investigar função, usos e valores atribuídos à oralidade pelo sujeito. Analisar a sua postura frente as práticas de oralidade e as suas dificuldades.
---	---	---

<p>Mecanismos adotados nas práticas discursivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usos de outros mecanismos de significação <input type="checkbox"/> Análise dos aspectos fonéticos/fonológicos, semânticos, sintáticos e pragmáticos-discursivos <input type="checkbox"/> Análise dos processos dialógicos 	<p>Analisar as produções textuais dos diferentes gêneros discursivos.</p> <p>Verificar se ocorrem modificações dependendo dos interlocutores.</p> <p>Analisar como lida com suas dificuldades.</p> <p>Analisar a relação do sujeito/interlocutor no processo discursivo, considerando o papel que ele exerce na produção das práticas discursivas.</p>
---	--	--