

Linguagem na primeiríssima infância:

uma proposta de avaliação clínica fonoaudiológica

Renata Cavalcante Barbosa Haguette

Como citar: HAGUETTE, Renata Cavalcante Barbosa. Linguagem na primeiríssima infância: uma proposta de avaliação clínica fonoaudiológica. *In:* GIACHETI, Célia Maria (org.). **Avaliação da fala e da linguagem:** perspectivas interdisciplinares em Fonoaudiologia. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2020. p.251-272.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2020.978-65-86546-87-3.p251-272>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

LINGUAGEM NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

Renata Cavalcante Barbosa HAGUETTE

A primeiríssima infância abrange o ciclo entre o nascimento e o terceiro aniversário de vida da criança. Nesse curto intervalo ocorrerão muitas, dentre as mais significativas aquisições e transformações de toda a vida humana¹.

A partir do quarto mês de vida intrauterina, o feto já pode estabelecer comunicações e reter memórias afetivas, além de possuir um ouvido funcional, que lhe confere a capacidade para perceber e discriminar características acústicas da fala humana, uma importante habilidade linguística. Todavia, a comunicação, entendida como uma ação dialógica

surge após o nascimento, momento em que nos constituímos e somos constituídos na relação com o outro por intermédio da linguagem¹⁻².

Quando de seu nascimento, o bebê, ainda dependente psíquica e fisiologicamente, precisará contar com um cuidador afetuoso, empático e responsivo, capaz de lhe proporcionar os significados iniciais de sua constituição física e mental³. De suas experiências sensoriais e interações iniciais com o cuidador fundar-se-ão os elementos constitutivos do desenvolvimento afetivo, social, cognitivo e linguístico da criança^{2,4}.

Na medida em que suas condutas forem interpretadas como detentoras de intenções, o bebê tornar-se-á gradativamente capaz de construir seus próprios significados. A criança e seu cuidador de referência desenvolverão estratégias comunicativas não verbais (primeiras formas de socialização da criança) que, posteriormente, serão modeladas pela fala (linguagem articulada)⁵.

De tal fato, advém a necessidade de compreender a aquisição linguística como parte integrante do desenvolvimento infantil e, sobretudo, o efeito que a qualidade da relação entre o bebê e seu cuidador principal exerce sobre o desenvolvimento, a interação e a comunicação infantis.

Em que pese o caráter ingênito da linguagem, o modo como cada criança aciona a competência linguística para usá-la varia, ainda, conforme a influência de fatores ambientais, pois seu uso é aprendido por meio do jogo interativo⁶.

O desenvolvimento da linguagem ocorre em um ambiente social complexo no qual natureza e criação atuam de forma interdependente para moldar o desenvolvimento de cada criança. Nesse contexto a singularidade também se impõe em virtude de modificações determinadas por mecanismos epigenéticos na trajetória individual de cada criança.

A linguagem é um sistema altamente interativo e multifacetado que pode ser convertida em diferentes modalidades⁷. Desde o nascimento até o domínio propriamente dito de sua língua materna, tem-se o desenvolvimento da linguagem não-verbal e da linguagem falada, com propósito social, relacional e comunicativo.

Antes de começar a falar a criança depende dos gestos e de outras habilidades não verbais para se comunicar, tais como atenção

compartilhada, percepção, imitação e processamento simbólico. Os gestos dêiticos, ou seja, aqueles usados de forma intencional, como, por exemplo, nas situações em que a criança aponta, oferece ou pede algo, estão fortemente correlacionados ao desenvolvimento da compreensão verbal⁸.

A linguagem falada possui duas modalidades, uma vertente expressiva e outra receptiva, nas quais se desenvolvem cinco componentes de forma imbricada, quais sejam: fonológico, morfológico, sintático, semântico e pragmático^{4,7}.

AGRAVOS À LINGUAGEM INFANTIL

A linguagem infantil, especialmente nos primeiros anos de vida, é sensível a fatores de natureza distinta que interagem mutuamente e devem ser considerados na interpretação dos agravos presentes. Estima-se que 20% dos pais apresentarão alguma queixa relacionada ao desenvolvimento linguístico de seus filhos até a idade de dois anos.

Crianças caracterizadas como “falantes tardios” são aquelas que demoram a produzir as primeiras palavras ou apresentam vocabulário reduzido até a idade de três anos, sem nenhuma causa identificável. Os principais marcadores incluem vocabulário inferior a 50 palavras ou ausência de combinações de palavras até a idade de 24 meses⁹.

Tal condição é nomeada de Atraso de Linguagem (AL) e afetará 10 a 15% de todas as crianças na faixa etária entre 24 a 30 meses. Sua ocorrência é maior no gênero masculino e em crianças com história familiar positiva para comprometimentos de linguagem e/ou aprendizagem^{7,9}.

Atrasos de linguagem não devem ser categorizados como diagnósticos, mas como condições de variação na performance linguística em que a velocidade, o ritmo ou a qualidade do desenvolvimento de suas habilidades podem estar afetados, de maneira transitória ou persistente¹⁰.

Em cerca de metade das crianças com tal condição o nível de linguagem estará equiparado ao dos pares até a idade de três anos. Não obstante, nas demais, o atraso de linguagem constituirá o sintoma inicial de importantes transtornos do neurodesenvolvimento.

Estudos longitudinais têm demonstrado, inclusive no grupo de atrasos transitórios, maior ocorrência de desfechos desfavoráveis no processamento da fala e da linguagem, além de risco aumentado para alterações comportamentais, problemas psiquiátricos e/ou prejuízos posteriores no aprendizado acadêmico¹¹. Em oposição, preservação da linguagem receptiva e melhores níveis de vocabulário expressivo constituem fatores de bom prognóstico¹².

Estima-se que 20 milhões de crianças brasileiras, entre zero e 14 anos, estão em situação de pobreza, com renda domiciliar per capita mensal inferior ou igual a meio salário-mínimo ou de extrema pobreza, com renda domiciliar per capita mensal inferior ou igual a um quarto de salário-mínimo¹³.

A pobreza condena milhões de pessoas (tanto jovens quanto adultos) a uma existência aquém das possibilidades de pleno desenvolvimento humano¹⁴. Seu impacto, além de impossibilitar a mobilidade social de importante parcela da população, tem efeitos transgeracionais e interfere, inclusive, no desenvolvimento físico e intelectual.

Existe boa evidência científica quanto ao impacto da vulnerabilidade social no desenvolvimento cerebral infantil. Especificamente em relação à linguagem, os estudos demonstram redução na especialização da função linguística do hemisfério esquerdo em crianças com baixo nível socioeconômico¹⁵.

Em situação de vulnerabilidade social, os fatores associados a comprometimentos de linguagem incluem: estresse materno sobre o feto, prematuridade, relações parentais pouco afetivas, baixa resiliência materna, estilo parental pouco responsivo, baixo nível literário dos pais, além de qualidade e quantidade inferiores de estímulos ambientais¹⁵.

Crianças com atraso de linguagem em situação de vulnerabilidade social apresentam risco aumentado para os transtornos de linguagem falada e de linguagem escrita. É importante ressaltar, contudo, que parte desta população apresentará diferenças no desenvolvimento da linguagem não atribuídas a transtornos propriamente ditos, mas ao impacto da precariedade ambiental associada à pobreza.

Em tais situações, o fonoaudiológico deverá intervir por meio de avaliações diagnósticas para diferenciar crianças com variações de

linguagem que se beneficiarão de programas de estimulação global do desenvolvimento e da linguagem, daquelas que, além dos efeitos da pobreza, possuem um transtorno de linguagem e necessitarão de intervenção intensiva e especializada.

DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA LINGUAGEM INFANTIL

No decurso da primeiríssima infância o processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico é, essencialmente, contexto dependente e multifatorial, dada a inter-relação entre os diversos domínios do desenvolvimento infantil.

Nas situações em que um prejuízo de linguagem existe em comorbidade com outros quadros, tais como, doenças genéticas ou neurológicas, prematuridade ou deficiências sensoriais, a necessidade de avaliação fonoaudiológica é mandatária. Não obstante, observamos protocolos fonoaudiológicos distintos quanto à investigação do AL em crianças com desenvolvimento global típico.

O AL sem causa aparente é um importante prenúncio de alterações no desenvolvimento infantil¹⁶, assim, a avaliação fonoaudiológica deve ser realizada, mesmo na ausência de fatores etiológicos identificáveis, haja vista o melhor fator preditivo do AL constituir o próprio nível de desenvolvimento das habilidades linguísticas.

No presente capítulo, apresentar-se-ão diretrizes para a avaliação fonoaudiológica da linguagem na primeiríssima infância desenvolvidas com base nos pressupostos da Psicolinguística, da Psicologia do Desenvolvimento e das Neurociências.

Com o intuito de chamar a atenção para indicadores de necessidade da avaliação fonoaudiológica, apresentam-se as queixas parentais mais frequentes e os sinais de alerta, para profissionais, em relação à linguagem de crianças entre zero e 36 meses de idade. O Quadro 1 foi construído a partir da prática clínica com crianças e da literatura acerca do desenvolvimento linguístico.

Quadro 1 – Queixas parentais e sinais de alerta de transtornos no desenvolvimento da linguagem infantil nos três primeiros anos de vida

Zero a seis meses de idade	
Queixas parentais frequentes	Sinais de alerta para profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - “É um bebê quieto, não faz barulho nenhum”; - “Quase nunca chora”; - “Não se assusta com barulhos”; - “Não sorri, nem olha pra mim quando está no peito”; - “Não olha quando eu falo com ele”; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não produz choro diferenciado; - Vocaliza pouco, mesmo na presença do cuidador principal; - Não brinca com os sons; - Não demonstra prazer em interações face a face; - Não demonstra interesse pelo “manhês”; - Não chama a atenção para si com sorrisos, movimentos e/ou sons;
Seis a doze meses de idade	
Queixas parentais frequentes	Sinais de alerta para profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - “Não faz nenhum som, nenhum barulho”; - “Não olha quando chamamos o nome dele”; - “Parece ignorar quando eu falo”; - “Não gosta que eu cante pra ele”; - “Ainda não dá tchau, nem aponta”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não imita sons; - Não balbucia; - Não brinca com os sons; - Não emprega sons, gestos ou movimentos para se comunicar, deliberadamente; - Parece não compreender ordens simples (ex. Cadê mamãe? Dá a chupeta); - Não presta atenção para onde você está olhando ou apontando; - Não troca turnos, com ou sem sons; - Não usa gestos associados a sons; - Não faz meneio da cabeça em negativa; - Não estica os braços para ser pegue; - Não mostra ou entrega objetos, quando solicitado; - Não aponta nem compartilha interesses.
12 a 18 meses de idade	
Queixas parentais frequentes	Sinais de alerta para profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - “Começou a falar, mas perdeu”; - “Ainda não fala nada”; - “Fala muito pouco”; - “Fala, mas eu não entendo nada”; - “Fala uma palavra num dia e no outro já esqueceu”; - “Ensino o nome das coisas, mas ele não aprende”; - “Não se interessa por pessoas”; - “Parece não perceber o que tem perto dele”; - “Quando pergunto algo, fica me olhando, como se não entendesse”; - “Pergunto, mas ele não responde”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não desenvolveu o jargão; - Ainda não usa uma palavra com o significado de uma frase (<i>holofrase</i>); - Não inibe o comportamento diante da palavra “não”; - Não demonstra interesse por imagens ou objetos e familiares; - Não imita gestos, ações ou palavras (ex. Fazer silêncio; legal); - Não compartilha seus interesses associando gestos, olhares e palavras; - Não usa gestos simbólicos (ex. Mão de acabou); - Não responde sim/não com a cabeça.

18 a 24 meses de idade	
Queixas parentais frequentes	Sinais de alerta para profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - “Ainda não fala nada”; - “Fala muito pouco”; - “Não entendo o que ele fala”; - “Fala, mas ainda não junta as palavras”; - “Ensino o nome das coisas, mas ele não aprende”; - “É esperto pra tudo, menos pra falar”; - “Entende tudo o que eu falo, mas quase não fala”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não produz palavras com consistência; - Não segue comandos com duas ações; - Não combina duas palavras (substantivos e verbos); - Não faz perguntas, mesmo com “holofrases”; - Não nomeia espontaneamente objetos, pessoas ou imagens familiares; - Não troca turnos verbais; - Não usa a fala de que dispõe para protestar ou compartilhar interesses; - Vocabulário reduzido.
24 a 36 meses de idade	
Queixas parentais frequentes	Sinais de alerta para profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - “Só eu entendo a fala dele”; - “Só as pessoas de casa entendem o que ele diz”; - “Cada vez que vai dizer uma palavra fala de um jeito de diferente”; - “Não forma frases”; - “Não conversa”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais de 50% da fala incompreensível para o cuidador aos 24 meses; - Usa pouco a fala para protestar ou compartilhar interesses; - Não mantém um diálogo curto. - Não combina três palavras em uma frase; - Frases curtas incompreensíveis aos 36 meses; - Não compreende/diferencia pronomes (eu, meu, seu); - Não fornece informações simples (o que você comeu?);

Nos primeiros anos de vida, as crianças passam a maior parte do tempo com seus pais e cuidadores e desenvolvem suas habilidades de linguagem na relação com esses e com o meio que as cercam.

Assim, a queixa parental tem sido associada a bons níveis de sensibilidade e especificidade para a identificação de crianças com prejuízo de linguagem e fala, especialmente nos primeiros anos de vida¹⁷.

Estudos longitudinais também descrevem o relato dos pais como a variável mais consistentemente associada ao transtorno de linguagem, especialmente quando combinada à história familiar positiva para transtornos da comunicação, atraso no brincar, dificuldade de compreensão verbal e infecções auditivas recorrentes¹⁸.

Outros fatores incluem poucas vocalizações e balbúcio monótono ou ausente no primeiro ano de vida, resposta limitada aos chamados verbais, uso restrito de recursos não verbais para a comunicação, função

comunicativa centrada em solicitações, dificuldade para interagir com pares da mesma idade e preferência por adultos durante as brincadeiras¹⁹.

Atenção especial deve ser dada ao desenvolvimento sociopragmático, especialmente nos primeiros 24 meses de idade, haja vista, envolverem sinais precoces de risco para os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). É imprescindível que o fonoaudiólogo esteja atento aos principais indicadores de desenvolvimento nas áreas de interação social, comunicação, brincar e sinais de alerta para TEA²⁰.

A Academia Americana de Pediatria propõe que a vigilância do desenvolvimento e do comportamento infantil seja realizada durante as consultas pediátricas aos 9, 18 e 30 meses e a triagem padronizada para TEA nas idades de 18 e 24 meses²¹.

Quanto à prática fonoaudiológica, a recomendação é de que sejam aplicados instrumentos para rastreamento de TEA em bebês e crianças pequenas, especialmente até os 24 meses de idade, uma vez que o fonoaudiólogo costuma ser, além do pediatra, o primeiro profissional a receber crianças com atraso de linguagem²².

Para tanto, destaca-se a aplicação do Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses, revisado, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F). O M-CHAT-R/F é um instrumento de triagem de dois estágios, de acesso livre para uso clínico e que pode ser utilizado por especialistas ou por outros profissionais para avaliar o risco de TEA²³.

Não há a pretensão de discutir a avaliação do desenvolvimento infantil no presente texto, tanto pela amplitude da produção de conhecimento nesse campo, como pela variabilidade quanto à aplicação, vantagens e desvantagens de uso dos mais diversos instrumentos.

Destacam-se, no entanto, para triagem do desenvolvimento infantil, as versões brasileiras do “*Ages & Stages Questionnaire (ASQ-3)*” e do “*Survey of Wellbeing of Young Children*” (SWYC-BR)²⁴⁻²⁵, além do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver Revisada (TTDD-R) ou Denver II²⁶ e de outros instrumentos²⁷.

Nos serviços em que o fonoaudiólogo integra equipes de vigilância do desenvolvimento infantil é importante incorporar às práticas

de rastreamento, instrumentos específicos para a detecção do atraso de linguagem. Destacam-se a Escala ELM - *Early Language Milestone Scale*²⁸ e os Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo²⁹.

A Escala “ELM” inicialmente desenvolvida na língua inglesa²⁸ foi traduzida para o português brasileiro como “Escala de Aquisições Iniciais de Fala e Linguagem”. A partir das respostas dos pais aos 41 itens, o desenvolvimento de crianças, entre zero e 36 meses de idade, poderá ser descrito quanto às habilidades de linguagem, audição e visão³⁰.

Os Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo (*MacArthur Communicative Development Inventories*)²⁹ foram desenvolvidos na língua inglesa com o intuito de descrever o desenvolvimento de linguagem, desde os primeiros sinais gestuais não verbais até a expansão do vocabulário e o início da capacidade gramatical³¹.

As versões brasileiras incluíram as duas versões de protocolo, a saber: “Palavras e Gestos”, para crianças entre oito e 16 meses e “Palavras e Sentenças” para crianças na faixa etária entre 16 e 30 meses. Tais instrumentos são úteis para diferenciar crianças com desenvolvimento típico daquelas com AL, a partir do relato parental.

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

A avaliação é mais bem considerada como um teste de hipóteses, em que o fonoaudiólogo formulará e testará hipóteses sobre a natureza das dificuldades de linguagem da criança por meio da análise tanto de dados da avaliação como da resposta à intervenção⁷. Constituem objetivos deste processo:

1. Rastrear crianças em risco para os transtornos de linguagem;
2. Determinar a elegibilidade para a intervenção fonoaudiológica;
3. Delimitar uma *baseline* ou perfil de habilidades e vulnerabilidades da criança;
4. Estabelecer metas para a intervenção fonoaudiológica;
5. Monitorar e medir a resposta da criança à intervenção fonoaudiológica.

Diz-se, então, que a avaliação fonoaudiológica é diagnóstica e, principalmente, interventiva, uma vez que a identificação adequada das necessidades e potencialidades de cada criança possibilitará um delineamento terapêutico individualizado, devendo, portanto, ser realizada com a maior precocidade possível.

Existe robusto corpo de evidência científica acerca dos Transtornos no Desenvolvimento da Linguagem (TDL) e do impacto deletério de dificuldades de linguagem, mesmo quando transitórias, no desenvolvimento global da criança. Não obstante, alguns profissionais ainda adotam a abordagem de “aguardar e observar” (*wait and see*) o desenvolvimento linguístico, mesmo quando há queixa familiar ou escolar³².

Tal conduta não possui justificativa empírica e retarda a identificação das crianças que necessitam de intervenção fonoaudiológica. Assim, na presença de queixa parental, suspeita de dificuldade de compreensão auditiva ou história familiar de dificuldades de comunicação o fonoaudiólogo deverá realizar uma avaliação compreensiva da linguagem infantil.

Diferenciar lentidões momentâneas daquelas permanentes não constitui tarefa fácil. O fonoaudiólogo deverá estar atento à interação entre a linguagem e os demais domínios do desenvolvimento infantil e, principalmente, aberto ao trabalho interdisciplinar para garantir que o maior número de variáveis seja considerado na construção de um raciocínio diagnóstico.

As especialidades de maior interlocução com o fonoaudiólogo neste processo são o terapeuta ocupacional, o psicólogo e o médico (pediatra, otorrinolaringologista, foniatra e neuropediatra). Inúmeros outros profissionais estão envolvidos e podem contribuir para a identificação de crianças com transtornos de linguagem. Faz-se necessário, contudo, resguardar a criança e sua família de múltiplas intervenções simultâneas que possam vir a gerar ansiedade e estresse familiar e não impactem em mudanças de conduta.

A interconsulta surge, então, como estratégia interdisciplinar necessária, capaz de promover um atendimento mais integral, humano e resolutivo, tanto para os familiares e a criança quanto para os profissionais³³,

na medida em que resguarda a condição emocional da criança e fornece mais solidez à tomada de decisões. Cabe, assim, ao primeiro profissional que recebeu a criança, ou àquele com quem a família estabeleceu melhor vínculo, a responsabilidade de conduzir com os demais profissionais o manejo adequado a cada situação.

Para uma avaliação fonoaudiológica compreensiva da linguagem infantil faz-se necessário considerar as variações linguísticas e culturais e associar informações clínicas com aquelas fornecidas pelos pais, cuidadores, professores e demais profissionais envolvidos, bem como provenientes da observação direta da criança e da aplicação de instrumentos formais de avaliação¹⁹.

São escassos testes normativos para avaliação da linguagem infantil no Português do Brasil. Aliás, testes com boas qualidades psicométricas nem sempre serão avaliáveis, mesmo em outras línguas, para todas as idades, todas as comunidades linguísticas ou todos os aspectos da linguagem, uma vez que a linguagem é um fenômeno contexto-dependente.

Desse modo, é imprescindível ao raciocínio diagnóstico fonoaudiológico, a análise do impacto de prejuízos de linguagem sobre o funcionamento da criança no contexto de vida diária⁷.

Não existe um teste padrão ouro para avaliação da linguagem, especialmente nos primeiros anos de vida. Todavia, outras formas de avaliação formal, tais como protocolos e provas, têm sido propostas e devem ser valorizadas como iniciativas importantes para o desenvolvimento de instrumentos formais de avaliação fonoaudiológica. Destacam-se o Protocolo de Avaliação Comportamental (PROC)³⁴ e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL 2)³⁵, ambos desenvolvidos por fonoaudiólogas brasileiras.

A “Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem” (ADL) foi construída com base no Modelo Teórico de Bloom e Lahey e estudos de validação foram realizados com uma amostra de 326 crianças brasileiras³⁵.

Em 2019 uma segunda versão foi proposta, a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem 2 – ADL 2” para aplicação em crianças entre um ano e seis meses e seis anos e onze meses de idade cronológica. O instrumento possibilita avaliar separadamente os níveis expressivo e

receptivo da linguagem falada, auxilia no planejamento terapêutico e foi normatizado e validado³⁵.

O Protocolo PROC consiste em um instrumento padronizado e normatizado para observação do comportamento comunicativo e cognitivo de crianças entre 12 e 48 meses. Constitui uma ferramenta útil para análise qualitativa da comunicação infantil, principalmente na ausência de oralidade, com possibilidade de descrição das habilidades comunicativas, compreensão verbal e desenvolvimento cognitivo³⁴.

A Escala Bayley de Desenvolvimento para Bebês e Crianças (BAYLEY III)³⁶ é um teste que possibilita a avaliação de cinco domínios do desenvolvimento infantil, incluindo a comunicação expressiva e receptiva, em crianças do nascimento até a idade de 42 meses.

Ela possui boa utilidade para investigação diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento, além de boa especificidade para diagnóstico de transtornos de linguagem, quando associada a outros formatos de avaliação. Contudo, dada a ausência de pontos de corte validados para a população brasileira, sua interpretação deverá ser realizada com parcimônia. Suas contribuições residem na possibilidade de analisar a linguagem em relação aos demais domínios do desenvolvimento infantil e monitorar a evolução terapêutica com uma medida formal reconhecida internacionalmente³².

É imprescindível ressaltar que a avaliação de função complexa como a linguagem não pode prescindir do raciocínio clínico fonoaudiológico. Interpretar as informações e achados da avaliação levando em consideração a diversidade de fatores que afetam a linguagem infantil implica em identificar o potencial impacto de aspectos não linguísticos, tais como, aqueles de ordem relacional, sócio afetiva, cultural, social e familiar.

ETAPAS DA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

No Quadro 2 apresentamos a sequência de etapas do processo de avaliação fonoaudiológica da linguagem infantil e seus respectivos objetivos. A depender das características e demandas de cada família o número de

sessões poderá ser ampliado ou reduzido. Sugere-se uma duração de 60 a 90 minutos para cada encontro.

Quadro 2 – Descrição e objetivos das sessões de avaliação fonoaudiológica

SESSÃO	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS
1º encontro	Entrevista semi dirigida com os pais e/ou cuidadores principais.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer vínculo com os pais e cuidadores; - Oferecer um espaço de escuta sensível e empática; - Conhecer a história de vida da criança e seu desenvolvimento; - Conhecer as queixas e demandas parentais; - Esclarecer a importância de uma avaliação da linguagem em momentos e locais distintos, ao invés de uma única medida transversal; - Encaminhar para avaliação auditiva.
2º encontro	Coleta de amostra de linguagem em contexto naturalístico (domicílio).	<ul style="list-style-type: none"> - Observar a interação da criança com os familiares e com o ambiente domiciliar; - Descrever o perfil comunicativo da díade criança-cuidador; - Descrever a interação da criança com objetos e brinquedos e as habilidades do brincar; - Descrever os recursos e funções de linguagem utilizados pela criança, espontaneamente, e sob demanda;
3º encontro	Coleta de amostra de linguagem em contexto naturalístico (creche, se aplicável).	<ul style="list-style-type: none"> - Observar a interação da criança com os pares e com o ambiente escolar; - Compreender as percepções e queixas da escola em relação ao desenvolvimento global da criança; - Observar o comportamento da criança e suas habilidades de linguagem nas rotinas escolares e brincadeiras com os pares.
4º e 5º encontros	Avaliação fonoaudiológica clínica e complementar.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de protocolos clínicos de avaliação fonoaudiológica da linguagem, bem como de provas e testes complementares, quando aplicável.
Interconsultas		<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de caso e/ou solicitação de avaliações interdisciplinares.
6º encontro	Devolutiva e apresentação do Relatório de Avaliação Fonoaudiológica da Linguagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar aos pais os resultados da avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; - Esclarecer as dificuldades de linguagem no contexto global do desenvolvimento infantil; - Apresentar e justificar uma proposta de manejo terapêutico fonoaudiológico (intervenção diagnóstica; intervenção direta com a criança ou indireta com os pais e cuidadores).

Em um primeiro momento, o acolhimento sensível e empático da família constitui o objetivo inicial. As narrativas parentais se estabelecem como a primeira forma de compreensão da criança no mundo. A partir destas, tem-se, não apenas informações sobre fatores de risco e marcos de desenvolvimento, mas, principalmente, a trajetória percorrida pela criança em uma díade e família específicas.

A anamnese envolvendo os aspectos do desenvolvimento infantil é um protocolo bem estabelecido na atuação fonoaudiológica. Contudo, atenção especial também deve ser dada ao desenvolvimento afetivo e relacional.

Sabe-se que mesmo em situações de atrasos transitórios de linguagem ocorre redução no número de interações espontâneas com os pares e cuidadores, emprego de recursos linguísticos e de conversação limitados e alteração no estilo de conversação dos cuidadores. Tais fatores limitam as experiências sociais da criança e o papel estimulante do ambiente.

Desse modo, a observação da díade criança-cuidador constitui um importante momento da avaliação fonoaudiológica, pois, possibilitará descrever as habilidades interacionais e linguísticas de ambos e, com isso, fornecer informações para o planejamento da intervenção fonoaudiológica.

Após o momento de vinculação com os pais, considera-se imprescindível a observação da competência comunicativa da criança em ambientes os mais naturalísticos possíveis, antes que uma avaliação estruturada da linguagem seja aplicada.

Tais observações poderão ser realizadas no ambiente doméstico e escolar, após autorização dos pais, e deverão ser neutras, sem interferência direta do fonoaudiólogo. O intuito, nesse momento, será observar o funcionamento da criança em situação de vida real e não testar habilidades específicas. Esta avaliação inicial permitirá identificar variáveis contextuais com potencial impacto na linguagem da criança.

Em contexto domiciliar é importante estar atento às rotinas familiares e da criança, sua interação com os membros da família, a maneira como explora e se comporta no ambiente, como, quando e em que situações se comunicam, como os cuidadores reagem às suas demandas e como ela brinca. Na creche ou escola, informações importantes poderão

ser observadas quando da interação da criança com demandas ambientais distintas e com os pares.

A escuta dos pais e a observação da criança em diferentes contextos suscitará hipóteses iniciais quanto a um eventual problema de linguagem, bem como, sua inter-relação com os demais domínios do desenvolvimento infantil (DI). Nesse momento, é importante discutir com os demais profissionais envolvidos a necessidade de avaliação compreensiva do desenvolvimento infantil.

Após o conhecimento acerca da história da criança, das percepções e queixas parentais e da observação de seu comportamento comunicativo em ambientes naturalísticos, a avaliação fonoaudiológica clínica e complementar fornecerá subsídios ao raciocínio clínico quanto ao diagnóstico fonoaudiológico em linguagem e o manejo terapêutico indicado.

A utilização de provas e testes é complementar à avaliação clínica e deverá ser planejada após os primeiros contatos e observações em formato semiestruturado e livre.

Ao final do processo de avaliação importa ao fonoaudiólogo responder aos seguintes questionamentos:

- Existe uma diferença real no desenvolvimento da linguagem infantil?
- Tal diferença envolve o ritmo e a velocidade de aquisição e/ou a qualidade do desenvolvimento linguístico?
- Como tal diferença se associa aos demais domínios do desenvolvimento infantil?
- Qual o impacto dessa diferença no comportamento adaptativo da criança?
- Tal diferença pode ser mais bem explicada por diferenças de cultura, língua ou dialeto?
- Tal diferença pode ser mais bem explicada por fatores associados à vulnerabilidade social, tais como, baixo nível de escolaridade materna, depressão materna, dentre outros?

- Tal diferença pode ser mais bem explicada por fatores identificáveis, tais como, deficiências sensoriais ou intelectuais, doenças neurológicas e/ou genéticas?
- Tal diferença pode ser mais bem explicada por fatores de ordem relacional, emocional ou afetiva?

Tais questões nortearão a distinção entre os grupos de crianças que apresentam variações, atrasos transitórios ou transtornos de linguagem e, por conseguinte, a escolha do manejo terapêutico.

A noção de risco para o desenvolvimento é um construto bem estabelecido e deve ser utilizada nos diálogos com os pais, antes que um diagnóstico interdisciplinar seja proposto, especialmente no que se refere à gênese etiológica.

Crianças com dificuldades de linguagem ou expostas a outros riscos reconhecidos para o desenvolvimento da linguagem deverão ser avaliadas e monitoradas o mais precocemente possível, mesmo que um diagnóstico definitivo ainda não tenha sido alcançado. Em tais situações sugere-se o emprego, pelo fonoaudiólogo, de um processo de avaliação dinâmica descrito na seção a seguir.

RACIOCÍNIO FONOAUDIOLÓGICO: DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

A tomada de decisões clínicas é um fenômeno interativo e contextualizado composto por dois elementos, a saber: raciocínio diagnóstico e raciocínio terapêutico. O raciocínio diagnóstico envolve coletar e analisar informação e o terapêutico garantir que as demandas e necessidades da criança e de sua família sejam atendidas⁷.

O fonoaudiólogo não pode prescindir de realizar avaliação e diagnóstico em seus campos de atuação, pois, apenas por meio de tais processos ele poderá garantir a adoção das melhores práticas e ações fonoaudiológicas, inclusive da elegibilidade para a intervenção fonoaudiológica³⁷.

Tendo em vista a grande variabilidade interindividual no desenvolvimento linguístico, especialmente nos primeiros anos de vida, e a

dificuldade para diferenciar atrasos de linguagem transitórios e persistentes, a utilização da avaliação dinâmica poderá trazer maior segurança à tomada de decisões.

A Avaliação Dinâmica constitui uma estratégia interativa de avaliação, no formato de teste-ensino-reteste ou de modelagem com pistas progressivas, que objetiva identificar as características inerentes à responsividade da criança às experiências de mediação da aprendizagem³².

Constitui, assim, um processo de intervenção diagnóstica por meio do qual se analisará a interferência de fatores contextuais no desenvolvimento da linguagem, quais sejam: nível e qualidade da estimulação ambiental, estratégias e perfil comunicativo dos pais e variação interindividual no ritmo e estilo de aquisição da linguagem^{32,38}.

Crianças que são hábeis para fazer significativas mudanças em sessões mediadas pelo fonoaudiólogo, em um curto espaço de tempo, provavelmente são aquelas com atrasos transitórios ou variações de linguagem. Em oposição, a necessidade de suportes e mediações extensivas e a dificuldade para generalizar as habilidades desenvolvidas evidenciam um possível atraso persistente, indicativo de Transtorno de Linguagem.

Além do diagnóstico fonoaudiológico diferencial entre atrasos transitórios, variações e transtornos de linguagem, o fonoaudiólogo necessitará estar atento à possível ocorrência simultânea de Transtornos Motores da Fala (TMF).

A categoria diagnóstica de TMF inclui a Apraxia de Fala na Infância (AFI), a Disartria do Desenvolvimento (DD), uma combinação de AFI e DD e um quarto comprometimento, recentemente descrito, o Atraso Motor da Fala (AMF)³⁹.

O diagnóstico de TMF antes de três anos de idade nem sempre poderá ser estabelecido dada a restrita amostra de fala da criança e a dificuldade para realizar todos os procedimentos de avaliação. Todavia, diagnósticos provisórios ou de suspeição, inclusive de AFI, deverão ser estabelecidos, pois impactarão no planejamento da intervenção fonoaudiológica e, por conseguinte, no prognóstico de recuperação da criança.

Durante a avaliação da linguagem infantil o fonoaudiólogo deverá, portanto, estar atento a sintomas sugestivos de comprometimento motor da fala em crianças com queixas de AL até a idade de três anos, quais sejam:

- Poucas vocalizações e/ou balbúcio monótono ou ausente;
- Padrões atípicos na sequência de aquisição de sons e fonemas;
- Importante restrição no inventário de fonemas consonantais ou vocálicos;
- Inconsistência na produção da fala;
- Falha na transição e encadeamento de sons em sílabas e palavras;
- Dificuldades para imitar sons e repetir palavras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliação fonoaudiológica da linguagem infantil deverá ser realizada sempre que houver queixa parental ou escolar, principalmente se associada à história familiar positiva de transtornos da comunicação e/ou dúvida quanto à capacidade de compreensão verbal, linguagem não-verbal e brincar da criança.

O diagnóstico em linguagem na primeiríssima infância não possui um único esquema que seja universalmente aceito e depende da integração de informações provenientes de diferentes fontes, quais sejam: relato parental e escolar; observação de amostras naturalísticas de linguagem; medidas formais de avaliação e percepções dos demais profissionais envolvidos.

O fonoaudiólogo deverá analisar todos os achados para determinar a necessidade de intervenção fonoaudiológica com a criança e/ou familiares. Tal julgamento partirá da diferenciação entre variações, atrasos transitórios ou persistentes de linguagem, bem como, da suspeição de TMF associados.

REFERÊNCIAS

1. Marino E, Pluciennic GA. Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2013.
2. Del Ré A. Um caminho em direção à constituição da identidade na criança: enunciação, linguagem e cognição. *Letras Hoje*. 2009;44(3):44-52.
3. National Scientific Council on the Developing Child. Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined [internet]. Cambridge: Center on the Developing Child, Harvard University; 2020. (Working Paper, 15). [acesso em 2020 maio 5]. Disponível em: https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2020/06/wp15_health_FINAL.pdf
4. *Chevrie-Muller C, Narbona J. A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
5. Borges LC, Salomão NMR. Aquisição da linguagem: considerações da perspectiva da interação social. *Psicol Reflex Crít*. 2003;16(2):327-36. doi:10.1590/S0102-79722003000200013.
6. Sim F, O'Dowd J, Thompson L, Law J, Macmillan SC, Affleck M, et al. Language and social-emotional problems identified at a universal developmental assessment at 30 months. *BMC Pediatr*. 2013;13:206. doi:10.1186/1471-2431-13-206.
7. Paul R, Norbury C, Gosse C. *Language disorders from infancy through adolescence: listening, speaking, reading, writing, and communicating*. 5. ed. Maryland: Elsevier; 2018.
8. Zambrana IM, Ystrom E, Schjolberg S, Pons F. Action imitation at 1 ½ years is better than pointing gesture in predicting late development of language production at 3 years of age. *Child Dev*. 2013;84(2):560–73. doi:10.1111/j.1467-8624.2012.01872.x.
9. Paul R, Roth FP. Characterizing and predicting outcomes of communication delays in infants and toddlers: implications for clinical practice. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2011;42(3):331-40. doi:10.1044/0161-1461(2010/09-0067).
10. van Balkom H, Verhoeven L, van Weerdenburg M. Conversational behaviour of children with developmental language delay and their caretakers. *Int J Lang Commun Disord*. 2010;45(3):295–319. doi:10.3109/13682820902994226.
11. Haguette RCB, Oliveira JWL. Elaboração e validação de conteúdo de uma escala para triagem do atraso de linguagem infantil. In: Jorge MSB, Morais JB, Brillhante APCR, Santos AAGS, Leitão IMTA, organizadores. *Produção do conhecimento em saúde coletiva*. Fortaleza: EdUECE; 2016. p.31-49.

12. Fisher EL. A systematic review and meta-analysis of predictors of expressive-language outcomes among late talkers. *J Speech Lang Hear Res.* 2017;60(10):2935-48. doi:10.1044/2017_JSLHR-L-16-0310.
13. Fundação Abrinq. Cenário da infância e da adolescência no Brasil em 2019: ficha técnica. São Paulo: Fundação Abrinq para os direitos das crianças; 2017.
14. Silva JJ, Bruno MAP, Silva DBN. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. *Rev Econom Polít.* 2020;40(1):138-60.
15. Perkins SC, Finegood ED, Swain JE. Poverty and Language development: roles of parenting and stress. *Innov Clin Neurosci.* 2013;10(4):10-9.
16. Glascoe FP, Leew S. Parenting behaviors, perceptions, and psychosocial risk: impacts on young children's development. *Pediatrics.* 2010;125(2):313-9. doi:10.1542/peds.2008-3129.
17. McLeod S, Harrison LJ. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *J Speech Lang Hear Res.* 2009;52(5):1213-29. doi:10.1044/1092-4388(2009/08-0085).
18. Dale PS, Patterson JL. Identificação precoce de atrasos de linguagem. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDV, editor. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* [Internet]. Montreal; 2011. [acesso em 2011 out 12]. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Dale-PattersonPRTxp1-Linguagem.pdf>
19. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. A multinational and multidisciplinary Delphi Consensus Study: identifying language impairments in children. [published correction appears in *PLoS One.* 2016 Dec 9;11(12):e0168066]. *PLoS ONE.* 2016;11(7):e0158753. doi:10.1371/journal.pone.0158753.
20. Marteleto MCF, Tamanaha AC, Perissinoto J. Detecção dos sinais de alerta para os transtornos do espectro do autismo. In: Tamanaha AC, Perissinoto J. *Transtornos do espectro do autismo: implementando estratégias para a comunicação.* Ribeirão Preto: Book Toy; 2019. p.49-64.
21. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics.* 2020;145(1):e20193448. doi:10.1542/peds.2019-3447.
22. Swineford I. Screening for ASD in toddlers: an update on recommendations and practices. *Perspectives.* 2017;2(part 1):5-10. doi:10.1044/persp2.SIG1.5.
23. Robins DL, Fein D, Barton ML. Questionário modificado para a triagem do autismo em crianças entre 16 e 30 meses, revisado, com entrevista de seguimento (M-CHAT-R/F)TM [internet]. *Mchatscreen*; 2009. Resegue RM, tradutor. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2018/04/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portugese.pdf.

24. Filgueiras A, Pires P, Maissonette S, Landeira-Fernandez J. Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the ages and stages questionnaire in public child day care centers. *Early Hum Dev.* 2013;89(8):561-76. doi:10.1016/j.earlhumdev.2013.02.005.
25. Moreira RS, Magalhães LC, Siqueira CM, Alves CRL. Cross-cultural adaptation of the child development surveillance instrument “Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)” in the Brazilian context. *J Hum Growth Dev.* 2019;29(1):28-38. doi:10.7322/jhgd.145001.
26. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, et al. Denver II: training manual. Denver: Denver Developmental Materials; 1992.
27. Lamônica DAC, Ferreira-Vasques AT. Escalas de desenvolvimento para avaliação de crianças. In: Giacheti CM, organizadora. *Avaliação da fala e da linguagem: perspectivas interdisciplinares.* Marília: Oficina Universitária; 2016. p.193-207.
28. Coplan J. *Early language Milewstone Scale [kit].* 2. ed. Austin, Texas: ProEd; 1993.
29. Fenson L, Dale P, Reznick JS, Thal D, Bates E, Hartung et al. *The MacArthur communicative developmental inventories: user’s guide and technical manual.* San Diego: Singular; 1993.
30. Lima MCMP, Ruivo NGV, Casali RL, Françoso MF, Colella-Santos MF, Alves MC. Comparação do desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas a termo e pré-termo com indicadores de risco para surdez. *Dist Comum.* 2011;23(3):297-306.
31. Silva CTS. Considerações em torno da adaptação do protocolo palavras e gestos do inventário MacArthur de desenvolvimento comunicativo. *Inventário [Internet].* 2006 [acesso em: 2020 jun 10]. 5:1-19. Disponível em: <http://www.inventario.ufba.br/05/05csilva.htm>.
32. Weiss LG, Oakland T, Aylward GP. *Bayley-III: uso clínico e interpretação.* São Paulo: Pearson Clinical Brasil; 2017.
33. Bortagarai FM, Peruzzolo DL, Ambrós TMB, Souza APR. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Dist Comum.* 2015;27(2):392-400.
34. Hage SRV, Pereira TC, Zorzi J. Protocolo de observação comportamental – PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. *Rev CEFAC;*14(4):677-90. doi.org/10.1590/S1516-18462012005000068
35. Menezes ML. *Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem – ADL 2: manual do examinador.* Ribeirão Preto: Booktoy; 2019.
36. Bayley N. *Bayley scales of infant and toddler development.* 3. ed. San Antonio, TX: Pearson; 2005.

37. Giacheti CM, Ferrari C. Roteiro descritivo da avaliação fonoaudiológica da criança. In: Giacheti CM, organizadora. Avaliação da fala e da linguagem: perspectivas interdisciplinares. Marília: Oficina Universitária; 2016. p.245-61.
38. Caesar LG, Kohler PD. The state of school-based bilingual assessment: actual practice versus recommended guidelines. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2007;38(3):190-200. doi:10.1044/0161-1461(2007/020).
39. Shriberg LD, Kwiatkowski J, Mabie HL. Estimates of the prevalence of motor speech disorders in children with idiopathic speech delay. *Clin Linguist Phon.* 2019;33(8):679-706. doi:10.1080/02699206.2019.1595731.