



*Paula Camilo Soares Calders*



**ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
2008 - 2009**



**MONOGRAFIA**

*MON  
PESQ  
2009*

U.F.R.J.  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 723104  
N. SISTEMA 723104  
CÓD. BARRA

UFRJ  
Maternidade-Escola



561790

new-002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**PAULA CAMELO SOARES CALDAS**

**COMO OS PREMATUROS SE DESENVOLVEM?  
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LINGUAGEM**

Rio de Janeiro  
2009

**PAULA CAMELO SOARES CALDAS**

**COMO OS PREMATUROS SE DESENVOLVEM?  
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LINGUAGEM**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Maria Amélia Sayeg Porto

Rio de Janeiro  
2009



**COMO OS PREMATUROS SE DESENVOLVEM?  
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LINGUAGEM**

PAULA CAMELO SOARES CALDAS

MARIA AMÉLIA SAYEG PORTO

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Interlocutora

---

Orientadora

Nota:  
Conceito:

Rio de Janeiro, 1 de julho de 2009.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.*

*Cora Coralina*

## **AGRADECIMENTOS**

À Maria Amélia Sayeg pela orientação e confiança em meu trabalho;

À Michele Soltosky pelas contribuições à monografia e interlocução;

Aos coordenadores do curso e professores convidados pelo compartilhamento de saberes;

Aos colegas de turma pela troca de experiências;

Aos meus pais e familiares pelo incentivo à formação acadêmica;

Aos meus amigos pelo apoio e compreensão aos momentos de ausência;

À Equipe dos Ambulatórios de Fonoaudiologia Especializado em Linguagem e Neurologia do Instituto Fernandes Figueira pela contribuição e importância à minha experiência profissional.

## RESUMO

O aumento na sobrevivência de recém-nascidos prematuros (< 37 semanas de Idade Gestacional) e/ou baixo peso (< 1500g) observado foi viabilizado pelo desenvolvimento científico da Medicina. A prematuridade configura-se em um problema de Saúde Pública uma vez que representa um determinante de mortalidade e morbidade neonatal sendo considerados fatores de risco para diversas alterações no desenvolvimento da criança, dentre elas, a linguagem. O objetivo desta monografia é contribuir para a compreensão do desenvolvimento da linguagem desta população a partir da correlação dos dados da observação do desenvolvimento da linguagem no Ambulatório de Recém Nascidos de risco da Maternidade Escola da UFRJ e discussão à luz do referencial teórico encontrado.

**Resultados:** A amostra possibilitou a apresentação de achados semelhantes aos da literatura. De acordo com os dados, 55% apresentou dados compatíveis com desenvolvimento da linguagem adequado. No entanto, embora a população não tenha apresentado em sua maioria, sinais de desenvolvimento da linguagem atípico, observou-se grande tendência a esta repercussão, considerando-se a prematuridade e o baixo peso como fatores de risco para alterações no desenvolvimento global.

**Conclusão:** A avaliação do desenvolvimento da linguagem pode oferecer sinais de alterações de maneira precoce, buscando a prevenção ou a minimização de alterações posteriores e a orientação aos pais. É importante que os profissionais da área da saúde estejam atentos às possíveis alterações associadas à prematuridade e o baixo peso.



## **ABSTRACT**

The increase in the supervised one of newborn premature and/or with low weight, made possible for the scientific development of the Medicine. Low birth configures in a problem of Public Health a time that represents determinative of mortality and neonatal morbidity, considered as factors of risk for diverse alterations in the development of the child, like the language. The objective of this monograph is to contribute for the understanding of the language development of this population from the correlation of the data of the comment of the development of the language in the Ambulatory de Recem Nascidos de Risco na Maternidade Escola da UFRJ and quarrel to the light of the referential joined theoretician.

Results: This study made possible the presentation of some similar findings in literature. In accordance with the data, were observed that 55% of the sample presented, given compatible with adequate language development. Although the study population has not presented, in its majority, signals of development of the atypical language, a great trend to this repercussion was observed, considering itself it low birth and the low weight as factors of risk for alterations in the global development.

Conclusion: The accomplishment of evaluations can offer to signals of alterations already in the first years of life, searching the prevention or the decreasing of posterior alterations and the orientation to the parents. It is important that the health professionals' intent for the possible alterations associates the low birth and weight.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
METODOLOGIA .....	14
CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO TÍPICO DA LINGUAGEM .....	15
CAPÍTULO II - REPERCUSSÕES DO NASCIMENTO PREMATURO	
II. 1 O BEBÊ PREMATURO E A LINGUAGEM .....	22
II. 2 O BEBÊ PREMATURO E SUA FAMÍLIA .....	27
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM E PREMATURIDADE: REALIDADE DA MATERNIDADE ESCOLA .....	32
Tabela 1 – Perfil da amostra .....	33
Tabela 2 – Correlação dos Achados .....	33
CONCLUSÃO .....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXO I .....	44
ANEXO II .....	46

## INTRODUÇÃO

Após o término da graduação em Fonoaudiologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, ingressei no Curso de Capacitação Profissional em Serviço no Instituto Fernandes Figueira, uma Instituição com caráter voltado ao Ensino e Pesquisa. No Ambulatório de Fonoaudiologia Especializado em Linguagem, tive a oportunidade de atuar junto à população de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, inserida em um projeto de pesquisa que visa seu acompanhamento multidisciplinar longitudinal. Este acompanhamento, que normalmente ocorre em grandes centros, tem como objetivo de identificar precocemente sinais de anormalidades do desenvolvimento, para que uma intervenção apropriada possa ter início, na tentativa de que estas sejam minimizadas. Através da realização de avaliações periódicas do desenvolvimento da linguagem desta população, pode-se observar também seu desenvolvimento global, a partir de aspectos de seu comportamento, sua interação com o meio ambiente e desenvolvimento cognitivo. Apesar da grande importância, a observação do desenvolvimento da linguagem ainda não ocorre de forma sistemática nestes serviços, e são escassos os estudos publicados, sobretudo no Brasil. Desta maneira, as repercussões do parto prematuro para o desenvolvimento da linguagem passaram a ser meu objeto de estudo.

Os critérios de classificação para a condição de nascimento são preconizados por diversos autores (LUBCHENCO, 1984; ALEXANDER, 1986). No entanto, para fins de classificação neste trabalho, será utilizado o critério deste último. Segundo ele, os bebês podem nascer *a termo*, com idade gestacional (IG) entre 37 e 41 semanas e 6 dias; *pós termo*, aqueles nascidos com IG após 42 semanas ou; *pré-termo* ou prematuro, objeto deste estudo, os bebês nascidos com IG de até 36 semanas e 6 dias. Nesta subdivisão, o bebê pré-termo pode ser classificado como *limitrofe*, cujo nascimento ocorreu entre as 35 e 36ª semanas de gestação; *moderado*, de 31 a 34 semanas; ou ainda, *extremo*, quando nasceu antes da 30ª semana gestacional. Em relação ao peso, pode ser classificado como *extremo baixo peso*, o bebê com peso inferior a 1.000g ao nascimento; *muito baixo peso*, aquele com peso maior ou igual a 1.000g; *baixo peso*, o bebê

com peso maior ou igual a 1.500g; *peso insuficiente*, o bebê com peso entre 2.500 e 3.000g; ou *peso adequado*, aquele com peso acima deste último valor.

De maneira crescente, observa-se um aumento significativo na sobrevivência de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso. Esta situação foi viabilizada pelo desenvolvimento científico da Medicina, principalmente da Neonatologia, há cerca de três décadas, através dos recursos tecnológicos e capacitação dos profissionais envolvidos desde o período pré-natal até os cuidados nas unidades de terapia intensiva (GRUNAU, 2004). O acesso crescente às unidades de terapia intensiva, sobretudo em locais com condições menos favoráveis, oferece repercussões na qualidade de assistência, e conseqüente aumento da preocupação com fatores de risco perinatais e neonatais, relacionados aos cuidados de saúde (SCOCHI *et al.*, 2003).

A prematuridade não está relacionada a uma causa específica. Como eventos relacionados a esta condição de nascimento, observam-se: o aumento do número de mulheres grávidas na faixa etária abaixo de 17 ou acima de 35 anos; o aumento de gestações múltiplas, devido ao acesso às técnicas de fertilização *in vitro*; a ocorrência de infecções urinárias ou doenças sexualmente transmissíveis; hábitos da gestante (tabagismo, desnutrição, ganho ponderal inadequado, estresse); baixo nível sócio-econômico; e prematuridade anterior (BEZERRA *et al.*, 2006).

De acordo com dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), um sistema criado pelo Ministério de Saúde com o objetivo de coletar e sistematizar as informações epidemiológicas referentes ao número de nascimentos informados em todo o território nacional, há referência a 128.918 nascimentos prematuros, ano de 1996, valor que representa 4,37% do total. Destes, a grande maioria (31.370), está concentrada na Região Sudeste. Em relação aos dados do ano de 2006, foram registrados 194.783 nascimentos prematuros, correspondendo a 6,61% deste total, onde 86.017 nascimentos são referentes a esta região. De acordo com esses números, é possível comprovar estatisticamente, um grande aumento na ocorrência destes nascimentos (BRASIL, 2009). Outro fator relacionado ao aumento da notificação de casos de nascimentos prematuros foi a melhora ao acesso à informação. De acordo com

dados de Kreling *et al.* (2006), referente às estatísticas de 1999, nos Estados Unidos, 1,5% dos nascimentos são de recém nascidos de muito baixo peso, enquanto na Europa, é constituída por 1% dos nascimentos anuais.

Cascaes *et al.* (2008), afirmam que a prematuridade configura-se em um grave problema de Saúde Pública, especialmente em países em desenvolvimento, uma vez que representa um determinante de morbidade e mortalidade neonatal, ou conseqüente evolução com alterações no desenvolvimento global. Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior àquelas nascidas a termo com peso adequado. Desta forma, a redução da taxa de nascimentos prematuros é o principal objetivo da prática obstétrica contemporânea.

No entanto, apesar do sucesso terapêutico alcançado pela minimização das questões relacionadas ao nascimento prematuro, ocorreu a mobilização dos profissionais acerca das possíveis morbidades associadas à prematuridade e à sua qualidade de vida (BÜHLER *et al.*, 2007). Esta situação é pautada na condição plausível de que estas crianças, antes consideradas inviáveis, atualmente sobrevivem aos efeitos de um nascimento ocorrido sem que as condições fisiológicas necessárias à vida extra-uterina estivessem completamente desenvolvidas, já que o nascimento prematuro ocorre em um período de acentuado desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC).

As seqüências do neurodesenvolvimento podem ser identificadas como marcos do desenvolvimento (JOHNSON e BLASCO, 1997). A linguagem também não foge à regra. Em um processo típico de desenvolvimento, ela é adquirida da mesma maneira pelos indivíduos. Essa seqüência de desenvolvimento é resultado de forças extrínsecas e intrínsecas e provocam variações de um indivíduo para outro. Desta forma, é possível verificar, sistematicamente, os avanços da criança no tempo.

A prematuridade e o baixo peso são considerados fatores de risco para diversas alterações no desenvolvimento da criança, achado correlacionado aos dados daquelas nascidas a termo (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2009). Klein e Linhares (2007) definem fator de risco como “uma variável positivamente relacionada a um resultado desenvolvimental negativo; (...) e pode ser identificado

torna-se de extrema relevância o acompanhamento prospectivo desta população. A atuação precoce e individualizada, até pelo menos a idade escolar tem como objetivo reconhecer possíveis seqüelas, intervir precocemente e de forma multidisciplinar, e ajudar a família e o bebê no processo de adaptação à escola e sociedade. Esse acompanhamento é preconizado por diversos autores (SALT e REDSHAW, 2006; SOUSA e ANDRADE, 2002; HACK e TAYLOR, 2000), que reconhecem a necessidade de formação de profissionais que estejam aptos a acompanhar esta população, e detectar alterações no desenvolvimento. Em casos de prematuros, é de extrema importância a aplicação da idade corrigida, que corresponde à diferença entre a idade pós-natal e o referencial de 40 semanas, considerado como idade ideal para o nascimento, ainda que crianças a termo sejam consideradas como tal a partir de 37 semanas de IG. O recurso da idade corrigida é utilizado até que a criança complete dois anos de idade cronológica, onde é pressuposto que deve ter alcançado de maneira adequada os marcos do desenvolvimento (RUGOLO, 2005).

Há que se considerar ainda, que os fatores de riscos biológicos comumente se agregam a fatores de risco psicossociais, estabelecendo-se uma relação viciosa, onde um reforça o outro, potencializando o risco de um desenvolvimento considerado adequado (KLEIN e LINHARES, 2006). Para o desenvolvimento global da criança, é necessário além de um meio afetivo, motor e cognitivo, um meio sócio-emocional. As emoções abrangem os sentimentos da criança e suas expressões, e têm um importante papel no desenvolvimento do indivíduo. Nos primeiros meses de vida elas terão o papel de garantir a sobrevivência do bebê e progresso da noção do eu. A figura materna tem papel decisivo na construção, tendo elemento primordial na formação do indivíduo. Essa habilidade reflete a noção de que elas influenciam e, por sua vez, são influenciadas por fatores sociais. A criança possui habilidade mais acentuada para discriminar estímulos sociais (sons da fala), do que estímulos não-sociais (sons ambientais) (JONHSON e BLASCO, 1997). Desta forma, constitui-se elemento de fundamental importância, uma vez que a linguagem apresenta uma função social: a de comunicar-se.

De acordo com Zorzi (2002), a linguagem é o uso convencional de palavras faladas ou escritas, tendo por objetivo a comunicação interpessoal. Pode-se complementar esse conceito ao de Vygotsky (1991), que postula que o desenvolvimento do pensamento, a atividade cognitiva, é determinado pela linguagem, pelos instrumentos lingüísticos do pensamento e pela experiência sócio-cultural da criança. A aprendizagem e o desenvolvimento estão estreitamente relacionados entre si, sendo que as crianças se inter-relacionam com o meio social e do objeto, internalizando o conhecimento advindo de um processo de construção. Ele acrescenta que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida e as funções psicológicas superiores são construídas ao longo da mesma. Para ele o sujeito não é ativo nem passivo: é interativo. A criança usa as interações sociais como formas privilegiadas de acesso a informações. Neste processo de desenvolvimento cognitivo, a linguagem tem papel preponderante na determinação de como a criança vai aprender a pensar, uma vez que formas avançadas de pensamento são transmitidas à criança através de palavras. Menezes (2003) reafirma a fundamental importância da linguagem como característica do desenvolvimento global e na inserção do indivíduo no meio, acontecendo, através dela, a constituição como sujeito, a socialização com seus pares, o desenvolvimento do aprendizado, integração à cultura e construção de sua história.

No entanto, alguns fatores podem alterar a aquisição da linguagem e causar distúrbios no desenvolvimento. A prematuridade e o baixo peso são considerados fatores de risco para alterações no desenvolvimento da linguagem. Crianças que apresentam déficits na compreensão e na expressão verbal têm como consequência dificuldades na socialização e no aprendizado. Desta forma, considera-se de extrema importância a identificação dos transtornos de linguagem, uma vez que incidem de forma significativa no desenvolvimento social e cognitivo de crianças (MULAS *et. al*, 2006). Portanto, em virtude da íntima relação entre linguagem e processos mentais, devem-se buscar referenciais teóricos acerca do desenvolvimento cognitivo, de forma a incorporá-los aos elementos de análise e compreensão dos distúrbios da comunicação.

Pelo fato das tecnologias que possibilitam a sobrevivência das crianças prematuras terem sido difundidas recentemente, o número crescente de publicações, apesar de ainda inadequado, não permite definições acerca de seu prognóstico. Entender as conseqüências em longo prazo é de grande necessidade, para que possam haver intervenção apropriada, na tentativa de minimizar as possíveis alterações. Observam-se estudos sobre seguimento e prognóstico em longo prazo de prematuros, especialmente na literatura internacional, indicando que esta população é foco de grande interesse da Medicina (JENNISCHE e SEDIN, 1999; SALT e REDSHAW, 2006). No entanto, sua maioria discorre sobre aspectos cognitivos, neurológicos e psicomotores, sem, contudo, focar a linguagem. Em relação aos estudos nacionais, observa-se um número ainda mais reduzido de publicações cuja temática principal aborde especificamente o desenvolvimento da linguagem das crianças prematuras (KLEIN e LINHARES, 2006; LINHARES *et al*, 2004).

Considerando a preocupação com o impacto da condição de prematuridade e baixo peso e as intercorrências submetidas no curso do desenvolvimento desta população, com foco na linguagem, como fatores de risco para alterações em seu desenvolvimento posterior, é de extrema relevância a realização de estudos visando à compreensão deste aspecto.

Desta forma, o objetivo desta monografia é contribuir para a compreensão do desenvolvimento da linguagem da população de prematuros e baixo peso a partir da correlação dos dados da observação do desenvolvimento da linguagem da população referenciada na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e discussão à luz do referencial teórico encontrado. Para tal, cumprir-se-ão os objetivos específicos de traçar um panorama do desenvolvimento considerado típico da linguagem; coletar dados da avaliação da linguagem das crianças nascidas prematuras e baixo peso no segundo ano de vida, a partir de análise retrospectiva de prontuário; e descrever as principais questões relacionadas à população de estudo: história gestacional, idade gestacional, peso, intervenções clínicas durante a internação, fatores perinatais associados.



## **METODOLOGIA**

Será realizado um estudo descritivo e prospectivo, através de amostra de conveniência, no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A pesquisa será baseada em dados observacionais, onde será feita a coleta de dados nos prontuários das crianças nascidas prematuras e baixo peso acompanhadas.

O estudo foi iniciado após a aprovação em Comitê em Ética e Pesquisa da referida Instituição, e está em consonância com o estabelecido na resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde e suas complementares e com o código de ética médica de 1998, artigos 122 a 130, que se referem aos princípios éticos em pesquisa humana (Anexo I).

A coleta de dados foi realizada a partir de protocolo específico, elaborado pela pesquisadora, com o objetivo de armazenar as informações referentes ao histórico perinatal e dados de desenvolvimento informados nas consultas de acompanhamento. Os dados relacionados à linguagem foram baseados na aquisição dos marcos de desenvolvimento da linguagem, que serão explicitados em capítulo específico. Para análise dos resultados, será feita uma amostra do perfil destas crianças, a fim de discutir os elementos encontrados e o referencial teórico (Anexo II).

A amostra da pesquisa foi constituída através do preenchimento dos critérios de inclusão: crianças nos primeiro e segundo anos de vida que tenham nascido prematuras (IG<37 semanas), e baixo peso (inferior a 1500g), e sejam acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém Nascidos de Risco na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foram excluídas da amostra as crianças nascidas prematuras (IG<37 semanas), com peso de nascimento superior a 1500 gramas; e as crianças que apresentam qualquer desordem específica que não apenas a prematuridade, como perda auditiva, paralisia cerebral; síndromes genéticas ou neurológicas.

## **I. DESENVOLVIMENTO TÍPICO DA LINGUAGEM**

A fim de tornar a leitura mais didática, neste capítulo será focado o processo normal de desenvolvimento da linguagem e suas implicações nas diversas fases do desenvolvimento. Conhecer o processo normal de aquisição de um comportamento nos fornece subsídios para a observação de possíveis desvios.

Vygotsky (1991), em seu referencial teórico acerca do desenvolvimento da linguagem, apresenta a linguagem como aspecto constituidor das funções mentais superiores. A partir dela, o indivíduo considera as funções de uso referentes às questões cognitiva e social. Esse processo, no entanto, se dá de maneira inconsciente: ao mesmo tempo em que possui o objetivo de regular seu comportamento, também serve para seu contato social com o mundo. Outros autores corroboram sua idéia. A aquisição da linguagem é o principal marco do desenvolvimento cognitivo e social do ser humano (JENNISCHE & SEDIN, 1999). A principal proposta da linguagem é proporcionar interação entre os indivíduos, nos auxiliando a entender o mundo e nossas experiências. As palavras constituem um meio de aprender novos conceitos e organizar pensamentos (SIMMS, 2007).

Desta forma, a habilidade da criança para falar e comunicar-se com seus pais e amigos influenciará decisivamente na sua adaptação social. Ainda é importante ressaltar que o domínio das habilidades lingüísticas específicas é primordial para o desenvolvimento e a qualidade do aprendizado escolar.

A fala corresponde ao comportamento do uso de signos mais importante que ocorre ao longo do desenvolvimento da espécie humana. Vygotsky (1991) considera a linguagem como um instrumento complexo que permite a comunicação e a vida em sociedade. A aquisição da linguagem na criança se dá devido à sua interação com o meio no qual está inserida e o convívio com outros indivíduos da mesma espécie. A linguagem, entretanto, não representa somente uma expressão do conhecimento adquirido pela criança, ela tem papel primordial na formação do pensamento e do caráter do indivíduo. Ele postula que pensamento e linguagem possuem origens diferentes. Inicialmente, o pensamento não é verbal e a fala não é intelectual. Desta maneira, os comportamentos de balbúcio e o choro da criança nos primeiros meses de vida, correspondem a

estágios do desenvolvimento da fala não relacionados com a evolução do pensamento, e por sua vez, considerados como manifestações de comportamento emocional. Esse significado, no entanto, vai ser dado pelas pessoas que convivem com a mesma. Já as risadas e os sons inarticulados são meios que o bebê dispõe de contato social. Fernandes (2003), acerca da teoria de Vygotsky, ressalta que a descoberta mais importante da vida da criança ocorre por volta dos dois anos de idade, quando pensamento e fala se cruzam e unem-se para formar uma nova forma de comportamento, caracterizado pela fala racional ou pensamento verbal. Desta maneira, “os primeiros contatos entre língua e pensamento passam a interferir no complexo cognitivo da criança”. Neste período, a criança percebe que cada coisa tem um nome, um signo, um significado, e desenvolve seu vocabulário.

A linguagem é uma ferramenta social, um complexo sistema de símbolos e regras que norteiam o uso destes símbolos. Os falantes da língua necessitam ter conhecimento dos símbolos que são utilizados a fim de compreender o sentido dos conceitos expressos por meio deles, nas palavras, frases e textos. Todo esse conhecimento construído ao longo dos anos deve resultar em um sistema de comunicação produtivo, que dê ao falante a habilidade de representar simbolicamente a realidade, sem dependência ou necessidade imediata do suporte do meio ambiente.

“O desenvolvimento da linguagem não é um processo separado das demais capacidades e habilidades humanas. A interface biológica, psicológica e sociocultural atua e define o percurso do desenvolvimento do ser humano (...) As crianças variam não somente na velocidade do desenvolvimento da linguagem, mas também no percurso. Aqueles que se desenvolvem dentro do considerado normal, ou esperado, apresentam diferenças individuais relacionadas ao desenvolvimento intelectual e/ou cognitivo, na personalidade e na aprendizagem” (SCHEUER, 2003, p. 281).

Fazendo referência à dependência de capacidades cognitivas inatas para a criança adquirir uma língua, neurocientistas têm chamado a atenção para a complexidade da integração desses elementos envolvidos no desenvolvimento da criança. De acordo com Shore (1997), a maneira pela qual o ser humano se

desenvolve e aprende está intimamente relacionada à interação contínua entre a herança genética individual, correspondendo à uma predisposição biológica; e os comportamentos apreendidos ou fornecidos – nutrição, estimulação, cultura e ensinamentos, relacionado ao meio ambiente ao qual a criança é exposta.

Oliveira *et al* (2003), em relação ao desenvolvimento normal de linguagem afirma que este corresponde “à via final comum, que depende da integridade de muitos sistemas neurais, incluindo audição, processo auditivo central, desenvolvimento cognitivo, função motora, visão e processamento central da informação visual”. Desta forma, observa-se a importância e a íntima relação de um aparato biológico para a emergência da linguagem.

Durante muitos anos, considerou-se que a aquisição da linguagem se restringia a um inventário de sons, palavras e tipos de sentenças produzidos pela criança em seus diversos estágios de desenvolvimento (BISHOP e MOGFORD, 2002). A partir da década de 70, o interesse na relação entre o desenvolvimento da linguagem e da cognição da criança, aprofundou-se, devido à constatação da interdependência desses processos. As primeiras emissões vocais da criança expressam relações semânticas simples, que vão se tornando progressivamente mais complexas.

O desenvolvimento da linguagem não é só verbal. A aquisição de linguagem progride de habilidades comunicativas pré-lingüísticas à habilidades lingüísticas, e compreensão da informação precede o uso de palavras faladas. Ao final do 2º trimestre de gestação, os bebês podem perceber a voz da mãe, quando iniciam a aprendizagem acerca dos sons da sua língua materna e sua variação prosódica. Logo após o nascimento, os bebês começam a discriminar os sons da fala. O bebê passa a reconhecer a voz da mãe e distingue-a de sons de línguas estrangeiras (LAMPRECHT, 2004). Durante o primeiro ano de vida do bebê, ocorrem uma série de eventos que podem ser considerados como preditores para o desenvolvimento da linguagem, que corresponderia à uma linguagem visual.

O primeiro marco pré-lingüístico é a fixação ocular, que emerge durante as primeiras semanas de vida. O sorriso social também tem papel preponderante,

e está presente por volta das 4 à 6 semanas de vida. A atenção à voz do adulto, sua expressão facial e resposta com movimentos corporais estão presentes aos 3 meses. O desenvolvimento da linguagem tem início quando o recém-nascido se manifesta por intermédio do choro, que inicialmente sem significado, passa a ser diferenciado pela mãe, que atende às necessidades básicas e afetivas do bebê. Essa forma primitiva de comunicação constitui um dos precursores para a atividade dialógica. A localização visual para um estímulo auditivo (virar-se para a voz, ou para um sino – som ambiental) está estabelecida pela idade de 4 à 5 meses. A coordenação entre a atividade manual e visual possibilita aos bebês demonstrarem o desejo de pegar objetos e explorá-los sensorialmente, por meio da audição, visão e tato. Aos 6 meses, ocorre o início da imitação e as trocas recíprocas vocais, as respostas dos bebês de forma verbal ao adulto, emergem. A vocalização, caracterizada pela emissão de sons vocálicos repetitivos, (ex. "aaa"), como forma de descoberta da possibilidade de realização de sons.

Muitos bebês demonstram entendimento de palavras pelo apontar seletivo de um pedido ou através de outros meios comportamentais antes de dizer palavras. O apontar possui grande importância enquanto comunicação, uma vez que envolve o ato de referência a objetos externos e eventos. Os gestos também fornecem indícios sobre as capacidades cognitivas da criança, associados à outros gestos e vocalizações (BÜHLER, 2008).

É também por volta desta época que as crianças ocupam-se de brincadeiras como de se esconder. Entre os 8-9 meses, as crianças correspondem e finalmente passam a iniciar esses jogos. Por volta de 9 meses, as crianças dão tchau após comando de forma apropriada.

As crianças expressam seu desejo por um objeto pelo gesto e pelo choro entre os 9 e 12 meses. Este comportamento deve ser estimulado pelos pais que, mesmo que não entendam o que a criança quer, devem estimular esse comportamento. Aos 12 meses, começam a apontar com o dedo os objetos que desejam. As habilidades de apontar e nomear uma palavra emergem de maneira quase simultânea, uma vez que ambas refletem a habilidade de se comunicar simbolicamente (SIMMS, 2007).

A imitação também constitui um aspecto importante do desenvolvimento infantil. Quando o adulto propõe um modelo sonoro ou gestual, já reproduzido de maneira espontânea pela criança, aumenta a possibilidade de que seja aprendido. A partir do primeiro ano, as crianças passam a se interessar cada vez mais pela imitação de modelos novos (ZORZI, 2002).

O primeiro ano de vida é marcado pela intensa descoberta de que a linguagem e a comunicação constituem jogo espontâneo. Desta forma, são construídos os diferentes significados decorrentes e representativos das experiências da criança em seu ambiente linguístico e não linguístico. Fazendo e experimentando, o meio ambiente fornece a experiência, a criança balbucia, caracterizada pela emissão de sílabas (ex. “ba”, “ma”), na tentativa de imitar a fala de seu interlocutor. Desta forma, ela acrescenta estas emissões verbais ao seu discurso, fazendo-se entender, e conquistando seu espaço na família. Os comportamentos de fala, sons, gestos e atenção compartilhada são fatores de valores preditivos da linguagem aos 10 meses.

O período esperado para a aquisição de linguagem é compreendido entre um e dois anos de idade. O surgimento das primeiras palavras ocorre por volta dos 12 meses de idade. A fala, ainda restrita, tem o objetivo de comunicar e dizer sobre as descobertas da criança (utilização de “bó” para nomear, pedir ou fazer com que o adulto veja a bola). Neste momento, apenas uma palavra é necessária para representar o desejo da criança. O interlocutor entenderá o que a criança quer e lhe entregará a bola, por exemplo.

Uma manifestação mais complexa do comportamento é representada pelo uso da brincadeira simbólica. O simbolismo é representado pelas condutas que mesmo ausentes, são representadas pela capacidade de evocar. Isto pode ser evidenciado pelo cuidar de uma boneca assim como é cuidado em casa, dar comida e colocar para dormir; ou ainda pela substituição de objetos ou ações de “mentira”, como o uso de um lápis para representar um microfone ou a abertura de uma torneira fictícia para “lavar” as louças (ZORZI, 2002).

Com o passar do tempo, a criança vai atribuindo complexidade, de maneira contínua e ordenada à sua expressão verbal, pela aquisição de quatro sistemas interdependentes: (1) o pragmático, atribuído pelo uso comunicativo da

linguagem em um determinado contexto social; (2) o fonológico, que engloba a habilidade de percepção e produção de sons, que combinados, formam palavras; (3) o semântico, representado pelas palavras e seu significado, sendo este visto como “o aspecto da linguagem mais diretamente ligado ao desenvolvimento cognitivo” (BROWN, 1973 *Apud* MENEZES, 2003); e (4) o gramatical, abrangendo as regras sintáticas e morfológicas, pela combinação de palavras em frases. Os sistemas fonológico e gramatical correspondem à forma da língua. O sistema semântico é relativo ao conteúdo, o que se quer comunicar. O sistema pragmático, correspondente ao uso, refere-se à intenção de comunicar-se (muitas vezes expressa de forma não-verbal), chamar a atenção para si, manter atenção compartilhada, conferindo à linguagem a adaptação a situações sociais específicas. (SCHIRMER *et al*, 2004)

A partir do segundo ano de vida, entre 18 e 24 meses de idade a velocidade do aprendizado verbal aumenta consideravelmente. A criança começa a juntar palavras em combinações, tais como “qué água”, “neném mimiou”, “papato mamãe”, apresentando aumento considerável de vocabulário. Neste momento é freqüente o emprego inadequado dos sons da fala, uma vez que o sistema fonológico ainda está em desenvolvimento. A criança tenta imitar o modelo de fala do adulto, e pode haver comprometimento da inteligibilidade da fala. Aos 24 meses, apresentam um léxico de cerca de 200 a 300 palavras. O emprego da estrutura da língua evidencia o entendimento da gramática (sintaxe). Nesta idade também, já utilizam estruturas de frases e começam a dominar o vocabulário gramatical de suas línguas. Em torno dos três anos, na maioria das vezes, as crianças usam as palavras gramaticais e as construções da língua materna, quando então se tornam fluentes e conversadoras (DRONKERS *et. al*, *Apud* MENEZES, 2003). Elas já devem apresentar um vocabulário ativo, suficiente para a comunicação eficaz em ambiente social (SIMMS, 2007).

Com cinco anos de idade, muitas crianças são capazes de responder perguntas abertas com os pronomes “quando”, “porque” e “como”, mostrando complexidade na aquisição da linguagem. As habilidades conversacionais os permitem a manter uma pequena conversação, manter um tópico, usar a linguagem para obter informações e regular o comportamento. A medida que as

habilidades do desenvolvimento da comunicação procedem, as crianças adquirem de maneira crescente e sofisticada facilidade em entender e usar a linguagem para iniciar e regular as interações sociais. (SIMMS, 2007)

O início tardio da fala é tido por alguns autores como preditivo de alteração de linguagem posteriores. Em geral, as crianças aprendem rapidamente a língua a que estão expostas, sem necessitar de instruções. Quando ocorre apenas um atraso, caracteriza-se o retardo no desenvolvimento da linguagem. Entretanto, há outras crianças que admitem dificuldades para a aquisição de linguagem, levada por alteração na sincronia de seus diversos subsistemas. A esta alteração do desenvolvimento designa-se, como distúrbios do desenvolvimento da linguagem, que está normalmente associado a problemas de saúde crônicos, como a deficiência auditiva, alterações em todas as habilidades cognitivas (retardo mental), o transtorno invasivo do desenvolvimento (autismo) e o distúrbio específico na aquisição da linguagem expressiva (FERNANDES, 2003).

“Os transtornos do desenvolvimento da linguagem podem ocorrer em diferentes extensões, desde as alterações de compreensão de uma palavra isolada até o discurso como um todo, e isto pode estar atrelado ao funcionamento cognitivo de um lado, afetivo de outro, ou ambos interagindo, e refletem em diferenças individuais, apesar de estarem na maioria das vezes, sob um mesmo diagnóstico” (SCHEUER, 2003, p. 281).

Desta forma, destacamos que a linguagem não é apenas uma expressão do conhecimento adquirido pela criança. Existe uma inter-relação fundamental entre pensamento e linguagem, onde um proporciona recursos ao outro. A linguagem representa um papel essencial na formação do pensamento e do caráter do indivíduo.

Bühler (2008) afirma que ao se considerar que os primeiros meses de vida são de fundamental importância para a maturação neurológica, formação do vínculo e construção do conhecimento, as crianças com histórico de prematuridade apresentam alto risco para alterações do desenvolvimento cognitivo e conseqüentemente, o de linguagem.



## II. REPERCUSSÕES DO NASCIMENTO PREMATURO

### 1.1 O BEBÊ PREMATURO E A LINGUAGEM

À medida que recém-nascidos prematuros e de baixo peso se desenvolvem, como relatado anteriormente, passam a ser descritas as possibilidades de ocorrência de diversos comprometimentos motores, cognitivos ou comportamentais nas faixas etárias pré-escolar e escolar. De acordo com achados da literatura, a prematuridade e o baixo peso são considerados um dos principais fatores de risco para os distúrbios de linguagem. Marston *et al.* (2007), afirma que o desenvolvimento de linguagem pode ser considerado um bom substituto precoce para o desenvolvimento cognitivo completo em crianças nascidas prematuras, o que justifica a relevância de seu estudo.

Após revisão bibliográfica utilizando as publicações que enfocaram algum aspecto da linguagem, observou-se, de maneira geral, conclusões apontando para uma maior propensão da população de prematuros apresentar risco de desenvolvimento atípico.

Sansavini *et al* (2006) (*apud* BÜHLER, 2008), postularam que no caso de grande imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC), que ocorre, sobretudo em prematuros extremos, a condição pós-natal prolongada de estresse biológico e ambiental, pode acarretar em imaturidade do desenvolvimento sináptico e cortical, levando, por sua vez, ao aumento da probabilidade de risco de um desenvolvimento da linguagem atípico. Buhler (2008) levanta a hipótese de que nesses casos quando relacionados à um posterior estímulo externo inadequado, podem causar atraso ou padrão diferente para o desenvolvimento da percepção da fala e discriminação, gerando dificuldades iniciais nos processamentos lingüístico e auditivo. Desta forma, podem afetar posteriormente, as competências lingüísticas mais complexas, como a produção e a compreensão da fala. Os resultados de Sousa e Andrade (2002) podem ser acrescidos à esta teoria, uma vez que sugerem que os prematuros apresentam defasagem em relação aos nascidos a termo, tanto no processamento da linguagem quanto no da fala,

manifestado pela diminuição do número de palavras produzidas por minuto e velocidade articulatória.

Salientamos que os recém-nascidos prematuros apresentam maiores chances de manifestarem atraso no desenvolvimento da linguagem, onde a linguagem expressiva (fala) é menos complexa em relação às crianças da mesma idade, e piores compreensão da linguagem, memória auditiva, raciocínio verbal e pobreza expressiva na habilidade de nomeação (SCHIRMER, 2006).

Oliveira *et al.* (2003), acompanharam mensalmente uma coorte de prematuros AIG até os 18 meses, e observaram atraso significativo no 12º mês de vida na produção das primeiras palavras. As maiores taxas de deficiências são observadas quanto menores forem as faixas de idade gestacional e peso, correlacionando-se com a incidência de complicações no período neonatal.

Marston *et al.* (2007) é categórica ao afirmar que os escores de desenvolvimento de linguagem de prematuros são frequentemente mais baixos em relação aos nascidos a termo, especialmente quando associada ao aumento da prematuridade. Para tal, utilizou coorte de crianças prematuras extremas, com IG compreendida entre 23 e 28 semanas com o objetivo de avaliar a aquisição do vocabulário expressivo por meio de questionário preenchido pelos pais. Bühler (2008), afirma que os bebês pré-termo, quando tiveram os resultados comparados em relação à aplicação de bateria de testes de bebês a termo (grupo controle), não atingiram, aos 18 meses, a possibilidade de produção de duas ou mais palavras. Caravale *et al.* (2005), em estudo prospectivo com prematuros na faixa etária de 3 e 4 anos de idade, encontraram diferenças significativas de compreensão lexical, gramatical, e vocabulário, quando comparadas ao grupo controle.

Segundo Hack e Taylor (2000), as crianças prematuras apresentam até 50% mais probabilidade de necessitar de educação especial, quando comparadas às crianças nascidas a termo. Uma das principais causas da necessidade de educação especial é a dificuldade específica de aprendizagem. Verificou-se ainda, que esta população apresenta maior dificuldade na realização de tarefas que

exijam atenção, processamento viso-espacial e memória de trabalho (CARAVALE *et al.*, 2005), habilidades que apresentam íntima relação com o aprendizado. Como achados correlatos, observa-se maior propensão ao aparecimento de deficiências cognitivas, e déficit de atenção e hiperatividade (KLEIN e LINHARES, 2006; JIMENEZ MARTIN *et al.*, 2008).

Grunau (2004), após revisão bibliográfica, encontra relatos de inabilidade em lidar com situações novas e solução de problemas de forma independente, e pobre comportamento adaptativo, intimamente relacionado ao aspecto cognitivo. Além disto, seus achados sugerem que haja a continuação de áreas múltiplas de vulnerabilidade nos domínios cognitivo, acadêmico, comportamental e social, observados após testagem objetiva, refletidas na auto-avaliação de adolescentes com histórico de prematuridade, ou na avaliação realizada por seus pais.

A influência do ambiente social é de extrema importância no desenvolvimento global da criança. Estudos identificaram diferenças de interação nas díades mãe-criança com histórico de prematuridade e mãe-criança nascida a termo, nas fases pré-escolar, escolar e adolescente. Segundo dados encontrados nos estudos de Cho, Holditch-Davis & Belyea (2000) crianças prematuras com baixo nível intelectual eram menos envolvidas com a brincadeira do que as crianças com nível intelectual normal. Os comportamentos das mães, por sua vez, estavam diretamente relacionados ao desempenho de linguagem posterior. As crianças que apresentavam desenvolvimento adequado tinham mães que estimulavam o desenvolvimento social e cognitivo, e ofereciam materiais apropriados para brincadeira; da mesma maneira que as mães das crianças com distúrbios de linguagem interagiam e falavam menos, e expressavam menos afeto. Os mesmos autores em 2004 observaram que as mães de prematuros aos com menor idade gestacional, os tocavam, e interagiam menos e proviam menos materiais lúdicos em situação de brincadeira, enquanto estes, por sua vez, brincavam menos com os objetos em relação aos nascidos à termo. Klein e Linhares (2007) citando estudo de Schothorst e Van Engeland (1996), apontam os prematuros moderados ou PIG uma maior propensão à problemas sociais na idade escolar em relação a crianças a termo.

As condições ambientais familiares podem atuar de modo significativo a atenuar ou agravar o desencadeamento de problemas na criança. O risco torna-se mais expressivo quando se leva em conta o contexto ambiental da criança, que pode intensificar o risco perinatal (KLEIN e LINHARES, 2006); a pobreza de estímulos responde pelo agravamento do risco de estas crianças apresentarem problemas no desenvolvimento global. De maneira análoga, a exposição a um maior número de estímulos tende a minimizar questões de risco. As situações de interação dos pais com a criança devem ser enfatizadas. A mediação de desenvolvimento e aprendizagem constitui-se em variável importante para ativar potencialidades da criança ou minimizar efeitos adversos da vulnerabilidade biológica da criança prematura e de extremo baixo peso.

Estudos de Schmidt & Lawson (2002) ao analisar as variáveis de contato ocular e sorriso afetivo em grupo de prematuros nascidos com extremo baixo peso, concluem que os que freqüentemente apresentaram esses comportamentos, obtiveram valores mais altos de inteligência verbal e menos problemas comportamentais quando comparados aos que foram menos competentes. O comportamento do cuidador de focar a atenção da criança, utilizando gestos associados a descrições verbais, e o comportamento da criança de compartilhar a atenção foram preditores do QI verbal. Essas habilidades, consideradas pré-verbais e, portanto, de fundamental importância para o desenvolvimento posterior da linguagem, já foram descritas anteriormente.

O nível sócio-econômico da família também pode estar relacionado ao desenvolvimento da linguagem. De acordo com Fraga *et al.* (2008), quando baixo, está fortemente associado a um maior risco de desenvolvimento cognitivo diminuído e menor responsividade das mães nos primeiros três anos de vida de crianças que tiveram muito baixo peso ao nascer.

O nível de escolaridade também foi verificado e em resposta, foi observado que quando mais elevado, pode ser associado à maior variedade de estímulos. Aspectos de responsividade materna são citados como sendo precursores de melhores linguagens receptiva e expressiva, e habilidades sociais. Sendo assim, o comportamento materno quando em interação com a criança atua como moderador do risco biológico do nascimento, ao passo que exercem efeito

diferencial em crianças que apresentam fatores de risco para alterações do desenvolvimento (KLEIN e LINHARES, 2006).

Magalhães *et al.* (2003), relacionam estudos que apontem para dificuldades motoras, com falhas na coordenação motora fina, com possível prejuízo na escrita e no desempenho de atividades de vida diária. No entanto, apesar destes achados, observam que, embora a literatura apresente tendência à maior freqüência de distúrbios do desenvolvimento em crianças com histórico de prematuridade, as controvérsias ainda são muitas e não existe um consenso quanto às alterações e extensão dos déficits apresentados em longo prazo. Parece claro que em face da ocorrência de um número maior de fatores de risco, de maneira análoga, maiores serão as chances de a criança vir apresentar seqüelas neurológicas e cognitivas; entretanto, isto nem sempre se constitui desta forma. No entanto, ressaltam a ocorrência de outro fator relevante, de que na ausência de condições mais graves, como paralisia cerebral e retardo mental, um número significativo de crianças com história de prematuridade vêm a apresentar sinais de comprometimentos considerados menos severos, já explicitados neste capítulo.

Guedes (2008), após análise de dois artigos internacionais, conclui que aparentemente, aos dois anos de idade, as crianças nascidas prematuras não apresentam grandes achados de prejuízos; entretanto, ressaltam a possibilidade da ocorrência de riscos futuros.

Desta forma, fica evidente a importância de um acompanhamento longitudinal das crianças prematuras, preconizada por Salt e Redshaw (2006), uma vez que muitas habilidades ainda não estão desenvolvidas nos dois primeiros anos de vida. A avaliação destas habilidades, neste período, pode ainda não mostrar a real defasagem que essas crianças poderão vir a apresentar, ou maximizar as dificuldades observadas já apresentadas no decorrer de seu desenvolvimento.

Como podemos observar a literatura, ainda que escassa, em sua maioria, fornece diversos indicativos que o desenvolvimento da linguagem desta população

se dá tardiamente, dentre outras questões de extrema relevância enumeradas como complicadores, contribuindo assim, para um prejuízo no desenvolvimento global.

## **1.20 BEBÊ PREMATURO E SUA FAMÍLIA**

Apesar das relações familiares não serem o foco deste trabalho, julgou-se de extrema importância a abordagem deste tema. Além do risco do ponto de vista biológico, a prematuridade pode ser considerada também fator de risco psíquico, uma vez que promove ruptura precoce no vínculo e no apego do bebê com sua mãe. Estas questões podem estar prejudicadas com essa condição de nascimento. Kenell e Klaus (1998) definem vínculo como uma relação única entre duas pessoas que é estabelecida e mantida por um período de tempo, e se constituiria como uma ligação emocional dos pais ao seu filho; apego é uma terminologia utilizada em relação à ligação da criança aos seus pais. O apego ou vínculo desenvolvido entre pais e o bebê começa durante a gravidez e aumenta um pouco após o nascimento. O vínculo daqueles que cuidam é crucial para sua sobrevivência e desenvolvimento, e normalmente é estabelecido pelos pais da criança. De acordo com Moreira (2007), o nascimento prematuro apresenta-se de forma traumática para mãe e bebê. A mãe (e a família) que o esperam, não estão preparadas para seu nascimento muitas vezes tão precoce; e de maneira ambígua, o bebê também não está pronto. Biologicamente, ele não apresenta as condições necessárias ao nascimento, e são freqüentes os casos em que ele tem necessidade de permanecer na UTI neonatal. Bowlby (Apud: Cunha, 1995), sobre a teoria do apego, defende a premissa de que “a tecnologia, embora tenha criado um habitat substituto do mundo intra-uterino, possibilitando a sobrevivência de RN de alto risco, não supriu os efeitos da separação precoce dos componentes da díade mãe-bebê”. A incubadora, normalmente associada à presença de aparelhos e aparatos que possibilitam a sobrevivência do bebê, tais como fios, tubos, medicações, além do barulho excessivo, envolve assustadora estrutura de cuidados, e permite aos pais que vejam seu filho através de um vidro. O seu calor, apesar de muitas vezes indispensável, deixa a desejar quando se põe em foco as questões

psíquicas, como o calor humano, o toque, o aconchego. O contato é restringido ao olhar (CUNHA, 1995).

Os pais, frente a esta situação, acabam por interromper o processo de elaboração do bebê imaginário pelo confronto ao bebê real<sup>1</sup>, onde em uma situação indesejada, os procedimentos estão relacionados à sobrevivência do bebê e não à qualidade dos cuidados que lhe são oferecidos. Kennel e Klaus (1998) descrevem os sentimentos de culpa e ansiedade como os mais visíveis nas mães destes bebês: a culpa é relativa à idéia de que possa ter feito ou deixado de fazer algo tido como recomendado, e a ansiedade, referente à situação do bebê. Observam-se, ainda, o sentimento de entrega, de investimento no bebê, ou ainda um processo mais lento de relacionamento, pautado no medo em que esse bebê venha a não sobreviver. De acordo com Klein e Linhares (2006), as mães das crianças que apresentaram acentuado comprometimento exprimiram mais comportamentos de engajamento qualitativamente positivos e adequados ao interagir com a criança, do que as mães de crianças nascidas pré-termo em condições saudáveis ou a termo. No entanto, Assel *et al.* (2002), após observação de situações de cuidado e brincadeira de dois grupos constituídos por mães e seus filhos prematuros e a termo, aos três anos de idade, não encontraram diferenças nos indicadores de aceitação calorosa e flexibilidade.

Segundo França (Apud: Moreira, 2007), “o prematuro é privado de três aspectos fundamentais para seu desenvolvimento: o útero materno, a interação afetiva com os pais e o meio familiar”. Esses aspectos, no entanto, podem ser decisivos na constituição de uma experiência traumática, que “quebra o continuar a ser do bebê”. Os procedimentos invasivos e dolorosos aos quais diversas vezes são submetidos colaboram para esta situação, e lembra que devido à imaturidade cerebral, apresentam menor capacidade de inibição às dores, agravando mais ainda o trauma gerado por esses procedimentos. Muitas vezes, o choro do bebê (que vai ter significado conferido posteriormente) não atua como forma de comunicação. Cunha, 1995, em relação aos cuidados na UTI, afirma que estes podem “representar uma ameaça ao desenvolvimento neurofisiológico e psicossocial e conseqüentemente produzir alterações psíquicas na infância e na

---

<sup>1</sup> De acordo com o referencial teórico de Lebovici (1987), o bebê possui representações no imaginário dos pais. O bebê *imaginário* é o bebê das fantasias dos pais. O bebê *real* é aquele que os pais têm nos braços; é o bebê que nasce. De acordo com ele, existem ainda outros tipos de bebê (cf. Lebovici, 1987).

vida adulta". A presença da mãe é fundamental no processo desenvolvimento do prematuro (MOREIRA, 2007).

Winnicott (1990) afirma a existência de uma relação simbiótica entre mãe e bebê, "onde esta torna-se biologicamente condicionada para esta tarefa, que consiste em estar especialmente orientada para as necessidades de seu filho". Ela consegue desempenhar este papel, uma vez que se coloca na posição do bebê. Fazer com que a mãe participe do processo do cuidado de seu bebê é essencial: ela vai saber as necessidades de seu filho e agirá para supri-las. A Preocupação Materna Primária, conceito postulado pelo mesmo autor, corresponde à:

"Uma condição específica da mãe que gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente no final da gravidez; continua por algumas semanas depois do nascimento da criança; não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela" (p. 493)

No entanto, de acordo com Moreira (2007), a mãe prematura pode não estar pronta para assumir este estado descrito por Winnicott. A fragilidade do bebê e o estado de angústia podem fazer com que essa mãe tenha uma fuga para a sanidade. Ela pode provocar um distanciamento do bebê que ela não sabe se vai sobreviver.

A mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1990), representada por um ambiente facilitador que promova os cuidados necessários, e que necessariamente não corresponde à sua mãe biológica, pode ser constituída pela equipe de enfermagem ou outras pessoas que fazem parte do cotidiano da criança hospitalizada, podem criar um ambiente que se adapte às necessidades do recém-nascido e produzir condições futuras para a elaboração do trauma. A UTI deve ser um ambiente em que pais e famílias sintam-se à vontade.

Fraga *et al.* (2008) apresenta a ansiedade materna como outra variável que pode afetar o desenvolvimento da criança prematura. Após o nascimento e durante a internação em UTI, as mães apresentam ansiedade elevada, que tem



vido associada a maior atividade e intrusividade das mães na interação com seus bebês. Um ambiente familiar adequado, com a presença de fatores favorecedores, tais como responsividade parental, aceitação do comportamento da criança e disponibilidade de brinquedos, pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal, promovendo o aparecimento de sinais precoces de resiliência na criança (BRADLEY *et al.*, 1994). A díade mãe-filho, onde o comportamento do adulto significa a comunicação não-verbal, mostra um bebê receptivo ao contato com o outro, a partir de comportamentos reativos. Diversos autores sugeriram que os primórdios da constituição subjetiva antecedem o nascimento. Desta forma, o bebê não só reage ao meio como memoriza fatos, expressa desejos e demanda a satisfação de suas necessidades, ou seja, possui formas precoces de linguagem não-verbal e vida subjetiva. A interação social emerge com a capacidade do organismo em permanecer em estado de alerta para receber as informações cognitivas, sociais e emocionais e, em contrapartida, provocar e modificar estes contatos do mundo a seu redor.

Cunha (1995) reafirma a importância da teoria de Winnicott, que “coloca as qualidades humanas dos pais no centro do pensamento à respeito do desenvolvimento”. Apesar de o bebê possuir uma base neurobiológica apta ao aprendizado, tem a capacidade de ser influenciado pelo mais sutil e pouco visível fenômeno da percepção do outro, fenômeno responsável por moldar a fase inicial de seu desenvolvimento.

Brazelton *et al.* (*Apud.* KENELL E KLAUS, 1998), afirmam quando as enfermeiras auxiliam as mães a descobrir, e de maneira análoga, estimular algumas as habilidades de seus bebês, como virar-se para a voz da mãe, seguir sua face ou imitá-la, elas passam a interagir de forma mais apropriada com seus bebês e posteriormente. Desta forma, torna-se de fundamental importância o suporte da equipe de saúde no estabelecimento do vínculo entre bebês e família. O suporte familiar passou a ser mais valorizado, e tem o objetivo de promover e afirmar o vínculo entre a mãe e o bebê a partir de criação de oportunidades de contato físico e do prolongamento do aleitamento (CRUVINEL e MACEDO, 2007). O cuidado Mãe-Canguru aumenta o vínculo, promove amamentação e facilita o controle térmico, podendo ajudar na redução de altos níveis de morbidade e

mortalidade neonatal observados neste grupo. Kennel e Klaus (1998), concluem que durante a permanência em UTI neonatal, quando acariciado, tocado, embalado ou colocado ao colo, apresentará menos episódios de apnéia, com menor necessidade de tempo em aparelho de respiração artificial, ganho de peso significativo, avanço em algumas áreas de funcionamento do Sistema Nervoso Central e tiveram alta para casa mais cedo. Em seguida à alta, seu desenvolvimento progrediu mais normalmente.

Desta forma, observamos, além da inegável importância dos cuidados referentes à manutenção da vida, o envolvimento da família no investimento desta criança, que, como visto provoca repercussões positivas em seu desenvolvimento posterior.

### III. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM E PREMATURIDADE: REALIDADE DA MATERNIDADE ESCOLA

A Maternidade-Escola é um hospital escola e voltado para o Ensino, oferecendo assistência a gestantes e a recém-nascidos de alto risco. O Ambulatório de recém-nascidos inserido na Instituição, possui atendimento especializado para esta população, com acompanhamento multiprofissional – pediátrico, fonoaudiológico e fisioterapêutico. São elegíveis para este acompanhamento as crianças nascidas prematuras e/ou baixo peso.

Neste estudo, os prontuários das crianças nascidas prematuras foram analisados com o objetivo de mostrar o perfil de desenvolvimento de linguagem apresentadas por estes. A amostra da pesquisa foi constituída por 20 crianças nascidas e acompanhadas no referido Ambulatório, até o segundo ano de vida. Esta idade foi escolhida para análise pelo fato de que nesta idade ocorre um aumento considerável do vocabulário (COPLAN e GLEASON, 1990).

A avaliação foi baseada nas observações e condutas sugeridas nas consultas realizadas por duas médicas que acompanham a população do ambulatório. A avaliação realizada é baseada na aquisição dos marcos do desenvolvimento. Os marcos do desenvolvimento constituem a base da maior parte dos instrumentos de avaliação e triagem. “O desenvolvimento, de acordo com Gesell, é considerado como função do amadurecimento e crescimento neurológico” (JOHNSON e BLASCO, 1997). Os programas de follow-up são fundamentados nesta premissa, e têm como objetivo a detecção de alterações de forma precoce e individualizada, considerando o histórico da criança.

Foram consideradas com alteração no desenvolvimento da linguagem as crianças que apresentaram em alguma consulta algum relato de atraso na aquisição dos marcos do desenvolvimento da linguagem.

Nas tabelas a seguir, serão apresentados o perfil da amostra de pesquisa e posteriormente, são apresentados os achados.

**Tabela 1 – Perfil da amostra**

Nome	Sexo	Idade Gestacional (em semanas)	Peso (em g)	APGAR 1º/5º min	Via de parto	Marcos da Linguagem
BA	Masc	28	915	9/9	Normal	Adequado
TS	Fem	29	1135	3/8	Cesáreo	Adequado
TS	Fem	29	1200	7/8	Cesáreo	Adequado
TL	Fem	29	1290	8/9	Cesáreo	Adequado
KR	Masc	32	1280	8/9	Cesáreo	Adequado
MCA	Fem	28	890	6/8	Normal	Adequado
MCM	Fem	35	1425	9/10	Normal	Adequado
MAS	Fem	27	1045	9/9	Normal	Adequado
MN	Masc	28	1265	5/8	Cesáreo	Adequado
MG	Masc	27	1435	8/9	Normal	Adequado
PP	Masc	30	1335	4/9	Normal	Adequado
MC	Masc	29	955	9/9	Cesáreo	Inadequado
VB	Fem	32	1050	8/9	Cesáreo	Inadequado
GB	Masc	29	1105	8/8	Cesáreo	Inadequado
MA	Masc	26	980	8/9	Cesáreo	Inadequado
RT	Fem	26	800	7/8	Normal	Inadequado
ML	Fem	29	930	8/9	Cesáreo	Inadequado
MES	Fem	27	800	6/8	Normal	Inadequado
IP	Fem	29	915	8/9	Cesáreo	Inadequado
IV	Fem	28	1205	3/7	Normal	Inadequado

**Tabela 2 – Correlação dos achados**

Desenvolvimento da Linguagem Adequado		Atraso no Desenvolvimento da Linguagem
Masculino – 25% Feminino – 30%	<b>Sexo</b>	Masculino – 15% Feminino – 30%
31,8 semanas	<b>Média IG</b>	28,3 semanas
1201g	<b>Peso</b>	971,1g
6,9	<b>APGAR 1'</b>	7,2
8,7	<b>APGAR 5'</b>	8,4
Normais – 30% Cesáreas – 25%	<b>Via de Parto</b>	Normais – 15% Cesáreas – 30%
11 Crianças - <b>55%</b>	<b>TOTAL</b>	9 Crianças - <b>45%</b>

A amostra deste estudo, ainda que pequena, possibilitou a apresentação de alguns achados semelhantes aos encontrados na literatura.

De acordo com os dados obtidos, observou-se que 55% da amostra apresentou, durante a avaliação, dados compatíveis com desenvolvimento da linguagem adequado. A literatura abordada aponta, em sua maioria, a uma maior presença de atraso no desenvolvimento da linguagem desta população (OLIVEIRA *et al*, 2003; SCHIRMER *et al.*, 2006; BÜHLER, 2008).

Em relação ao sexo, os dados da literatura apontam para um maior número de distúrbio de linguagem em crianças do sexo masculino, o que não foi achado em nossa amostra.

Em relação à idade gestacional, com cálculo preferencial feito pelo método Ballard, foi encontrada uma maior tendência às crianças com distúrbio de linguagem apresentarem menor número de semanas. O peso ao nascimento também encontrou-se diminuído neste grupo. Quanto menores o peso ao nascimento e a idade gestacional, maior a probabilidade de alterações do desenvolvimento da linguagem, as quais podem persistir até a idade escolar e comprometer o desempenho da criança (ESPÍRITO SANTO, 2009).

O APGAR do 1º minuto apresenta-se maior no grupo com atraso no desenvolvimento da linguagem. No entanto, o APGAR do 5º minuto possui média inferior ao do outro grupo. Desta forma, pode-se sugerir que este grupo evoluiu com piora no quadro clínico, contribuindo para um risco de alteração no desenvolvimento.

Apesar dos dados de internação serem de suma importância para o desenvolvimento posterior da criança, e estarem previstos no protocolo elaborado, optou-se por não colocá-lo neste estudo, pois este exigiria uma melhor sistematização dos dados e posterior análise estatística, que não será realizada no presente estudo. No entanto, observou-se na literatura, que embora os déficits que esta população pode vir a apresentar sejam considerados consequência de complicações médicas associadas ao nascimento, a relação entre a associação de anormalidades cerebrais e prejuízos cognitivos ainda não foi definida (BÜHLER, 2008).

Destacamos, no entanto, a necessidade da avaliação de outros fatores que não estavam relatados foram nos prontuários médicos, e que se consideram

de extrema relevância, como relacionamento mãe-filho, hábitos e interesses no brincar, desempenho escolar (MAGALHÃES, 2003), e nível sócio-econômico e idade materna, já que pais adolescentes freqüentemente são mal preparados para estabelecer a unidade familiar devido a suas poucas habilidades paternas, imaturidade, fraco envolvimento com a mãe e a criança e baixa renda (KENNELL e KLAUS, 1998).

Os dados foram utilizados com o intuito de mostrar que, embora a literatura aponte para um risco das crianças nascidas prematuras e/ou baixo peso apresentarem atraso no desenvolvimento da linguagem, esta situação corresponde apenas a um fator de risco, não se configurando da mesma forma que na literatura apresentada. No entanto, admitimos que a amostra seja pequena para apresentar conclusões. O fato do desenvolvimento da linguagem ter sido observado de forma espontânea, sem a presença de instrumentos padronizados, pode mascarar ou evidenciar um desenvolvimento da linguagem atípico, não mostrando as reais capacidades da criança. De acordo com Santos *et al* (2008), grande parte dos serviços que realizam o acompanhamento em longo prazo de crianças prematuras não utiliza escalas de desenvolvimento normatizadas para a população brasileira, fazendo o uso, portanto de medidas de desenvolvimento baseadas na observação do comportamento. Desta forma, é reforçada a necessidade de instrumentos avaliativos e padronizados a fim de observar as características do desenvolvimento de linguagem desta população.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se contribuir para a compreensão do desenvolvimento da linguagem da população de prematuros e baixo peso a partir da correlação dos dados da observação do desenvolvimento da linguagem da população referenciada na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Embora a população de estudo não tenha apresentado, em sua maioria, sinais de desenvolvimento da linguagem atípico, observou-se uma grande tendência à esta repercussão, considerando-se a prematuridade e o baixo peso podem como fatores de risco para alterações no desenvolvimento global. Há que se considerar, no entanto, que esta análise foi pautada na observação espontânea da linguagem, sem a aplicação de testes padronizados, que são de extrema importância, uma vez que permitem ao fonoaudiólogo observar informações específicas acerca das habilidades comunicativas da criança.

Apesar das controvérsias sobre a interferência da prematuridade nos diferentes aspectos do desenvolvimento infantil, os estudos destacaram a necessidade da avaliação precoce e do acompanhamento interdisciplinar longitudinal dos pré-termo.

A realização de avaliações pode oferecer sinais de alterações já nos primeiros anos de vida, buscando a prevenção ou a minimização de alterações posteriores e a orientação aos pais. Desta forma, contribui-se para uma melhor qualidade de vida dessas crianças e inserção na sociedade.

É importante que os profissionais da área da saúde estejam atentos para prevalência, a incidência e os fatores de risco para a prematuridade e o baixo peso, a fim de alocar recursos suficientes para controlar os problemas associados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER GR, HIMES, JH; KAUFMAN, RB; MOR, J; KOGAN, MA. United States National Reference for fetal growth. *Obstet Gynecol.* V.2, n. 87, p. 163-8, 1986;

ASSEL, MA; LANDRY, SH; SWANK, PR; STEELMAN, L; MILLER-LONCAR, C; SMITH, KE. How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioral outcomes? *Apud:* KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Estudo, Maringá*, 11(2), 2006;

BEZERRA, LC; OLIVEIRA, SMJV; LATORRE, RMDO; Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, 6(2): abr/jun, 2006;

BISHOP, D; MOGFORD, K. Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro, Revinter, 2002;

BOWLBY, J. Trilogia Apego e Perda, 1990. *Apud:* CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: Uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *In:* ARAGÃO, RO (org.) O Bebê, o Corpo e a Linguagem. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004;

BRADLEY, RH; WHITESIDE, L; MUNDFROM, D; CASEY, PH; KELLEHER, K; POPE, S. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children, living in poverty. *Apud:* KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Estudo, Maringá*, 11(2), 2006;

BRAZELTON, TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação, 1988. *Apud:* KENNEL, JH; KLAUS, MH. Vínculo Afetivo: Observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatrics in Review*, 19(1), 1998;



BROWN, R. A first language, the early stages. Harvard University, Cambridge, 1973. *Apud*: MENEZES, M.L.N. A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para a padronização e validação. Tese de Doutorado em Ciências/Saúde da Criança: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/ FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2003;

BÜHLER, KECEB; FLABIANO, FC; MENDES, AE; LIMONGI, SCO. construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.9, n.3, 300-7, jul-set, 2007;

BÜHLER, KECEB. Desenvolvimento cognitivo e de linguagem expressiva em bebês pré-termo em seus estágios Iniciais. Tese de doutorado em Ciências da Saúde: Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008;

CASCAES, AM; GAUCHE, H.; BARAMACHI, FM; BORGES, CM; PERES, K.G. (2008) Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: Análise dos Dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (5): 1024-1032;

CARAVALE, B; TOZZI C; ALBINO G; VICARI S. Cognitive development in low risk preterm infants at 3-4 years of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 90(9), 2005;

COPLAN, J, GLEASON, JR. Quantifying language development from birth to 3 years using the Early Language Milestone Scale. *PEDIATRICS* 86, 1990;

CHO, J, HOLDITCH-DAVIS, D; BARTLETT, TR & BELYEA, M. Developmental problems and interactions between mothers and prematurely born children. *Apud*: KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicol Estudo*, Maringá, 11(2), 2006;

CHO, J, HOLDITCH-DAVIS, D & BELYEA, M. Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (3), 157-167, 2004.

CRUVINEL, FG; MACEDO, EC. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita

na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, 7 (4) Recife out./dez, 2007;

CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: Uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *In: ARAGÃO, RO (org.) O Bebê, o Corpo e a Linguagem*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004;

DRONKERS, NF; PINKER, S; DAMASIO, A. A Language and the Aphasia. *Apud: MENEZES, MLN*. A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para a padronização e validação. Tese de Doutorado em Ciências/ Saúde da Criança: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003;

ESPÍRITO SANTO, JL; PORTUGUEZ, MW; NUNES, ML. Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *J Pediatr (Rio J)*. 85(1), 2009;

FERNANDES, E. Teorias de Aquisição de Linguagem. *In: Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003;

FERNANDES, FDM. Os atrasos de aquisição de linguagem numa perspectiva pragmática. *In: Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003;

FRAGA, DA; LINHARES, MBM; CARVALHO, AEV; MARTINEZ, FE. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 13 (2), 2008;

FRANÇA, A. O Desamparo do bebê prematuro na unidade de risco neonatal: Implicações psico-afetivas. Monografia (Especialização em Psicologia da Saúde) PUC/MG. Betim, 2004. *Apud: MOREIRA, JO*. A Ruptura do Continuar a Ser: Trauma do Nascimento Prematuro. *Mental*, jun, vol.5 n8 Barbacena, 2007;

FREITAS, M; SIQUEIRA, A; SEGRE, CAM. Seguimento de crianças com peso de nascimento igual ou inferior a 2.000 g. *São Paulo Medical Journal*, 122, 2004;

GRUNAU, RE; WHITFIELD, MF; FAY, TBB. Psychosocial and academic characteristics of extremely low birth weight (<800g) adolescents who are free of major impairment compared with term-born control subjects. *Pediatrics*, 114 (6), 2004;

GUEDES, ZCF. A Prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. *Soc. Bras. Fonoaudiol.* 13 (1), 2008;

HACK M, TAYLOR HG. Perinatal brain injury in preterm infants and later Neurobehavioral function. *JAMA*, 284:1973-4, 2000;

JENNISCHE, M; SEDIN, G. Speech and Language skills in children who required neonatal intensive care. *ACTA PAEDIATR* 88 (1), 1999;

JIMENEZ MARTIN, AM; GINARD, CS; JAAUME, AR; JUAN, GF; RODRIGUEZ, JP. Seguimiento de recién nacidos de peso menor o igual a 1000g durante los tres primeros años de vida. *Pediatr*, 68 (4), 2008;

JOHNSON, CP; BLASCO, PA. Crescimento e desenvolvimento infantil. *Pediatrics in Review*, 18 (7), 1997;

KENNEL, JH; KLAUS, MH. Vínculo Afetivo: Observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatrics in Review*, 19(1), 1998;

KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Estudo*, Maringá, 11(2), 2006;

KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17 (36), 2007;

KRELING, KCA, BRITO, ACJ; MATSUO, T. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. *Pediatria (São Paulo)*, 28(2): 2006;

LAMPRECHT, RR (org). Aquisição fonológica do português: Perfil de desenvolvimento e subsídios para terapia. Porto Alegre, Artmed, 2004;

LEBOVICI, S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre, Martins Fontes, 1987;

LINHARES, MBM; CARVALHO, AEV; BORDIN, MBM; CHIMELLO, JT; MARTINEZ, FE; JORGE, SM. Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, 122, 2004;

LUBCHENCO, LO. Determinação do peso e idade gestacional. In: AVERY, G. (org), Neonatologia. Rio de Janeiro: Médica e Científica. 207-227, 1984;

MAGALHÃES, LC; CATARINA, PW; BARBOSA, VM; MANCINI MC, KC; PAIXÃO, ML. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 61(2) São Paulo, jun, 2003;

MARSTON, L; PEACOCK, JL; CALVERT, SA; GREENOUGH, A; MARLOW, N. Factors affecting vocabulary acquisition at age 2 in children born between 23 and 28 weeks' gestation. *Dev Med Child Neurol.* 49(8), 2007;

MENEZES, MLN. A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para a padronização e validação. Tese de Doutorado em Ciências/ Saúde da Criança: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003;

MOREIRA, JO. A Ruptura do Continuar a Ser: Trauma do Nascimento Prematuro. *Mental*, jun, vol.5 n8 Barbacena, 2007;

Mulas, F; Etchepareborda, MC; Díaz-Lucero, A; Ruiz-Andrés, R. El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Rev Neurol*, 42 (2), 2006;

OLIVEIRA, LN; LIMA, MCMP; GONÇALVES, VMG. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento - Aquisição de Linguagem. *Arq. Neuropsiquiatr*, 61(3-B): 2003;

RUGOLO, LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. 81(1), 2005;

SALT A., REDSHAW, M. (2006). Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow up after two years. *Early Human Development* 82, 185-197;

SANSAVINI, A; GUANNINI, A; ALESSANDRONI, R. Early relations between lexical and grammatical development in very premature Italian preterms. *Apud*: BÜHLER, KECB. Desenvolvimento cognitivo e de linguagem expressiva em bebês pré-termo em seus estágios Iniciais. Tese de doutorado em Ciências da Saúde: Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008;

SANTOS, RS; ARAÚJO, AP, PORTO, MA; Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: Assessment instruments. *J. Pediatr*. Rio de Janeiro, 84(4), 2008;

SCHIRMER RC, FONTOURA, DR, NUNES ML. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 80(2), 2004;

SCHIRMER RC, PORTUGUEZ WM, NUNES ML. Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. Division of Neurology - Hospital São Lucas and School of Medicine Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). *Arq Neuropsiquiatr*, 64(4), 2006;

SCHEUER, CI. Transtornos do desenvolvimento da linguagem. *In*: ASSUMPÇÃO JUNIOR, FB; KUZCZYNSKY, E. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Atheneu, São Paulo, 2003;

SCHIMIDT, CL. & LAWSON, KR. Caregiver attention-focusing and children's attention-sharing behaviors as predictors of later verbal IQ in very low birth weight children. *In*: KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia Estudo*, Maringá, 11(2), 2006;

SCHOTHORST, PF; VAN ENGELAND, H. Long-term behavioral sequelae of prematurity, 1996. *In*: KLEIN, VC; LINHARES, MBM. Temperamento,

comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17 (36), 2007;

SCOCHI, CGS; KOKUDAY, MLP; RIUL, MJS; ROSSANEZ, LSS; FONSECA, LMM; LEITE, AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 11(4), 2003;

SIMMS, M. Language disorders in children: Classification and clinical syndromes. *Pediatr Clin N Am*. 54, 2007;

SINASC, Ministério da Saúde. BRASIL. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) Acesso em: 13/07/2009;

SHORE, R. Rethinking the brain: New insights into early development. New York: Families and Work Institute. *Apud*: MENEZES, MLN. A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para a padronização e validação. Tese de Doutorado em Ciências/Saúde da Criança: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003;

SOUZA, R; ANDRADE, CRF. O perfil da fluência de fala e linguagem de crianças nascidas pré-termo. 10º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. Belo Horizonte, 2002;

VYGOTSKY, L.S. Pensamento e Linguagem. 3. ed. São Paulo: *Martins Fontes*, 1991;

ZORZI, JL. A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil. Rio de Janeiro, Revinter, 2ªed., 2002;

WINNICOTT, DW. Desenvolvimento emocional primitivo. *In*: Natureza Humana. Rio de Janeiro. Ed: Imago, 1990.

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
Maternidade-Escola  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 19 de maio de 2009.

Informamos a V. S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 04/2009**  
**CAAE: 0005.0.361.000-09**

**Título do Projeto:** *“Como se desenvolvem as Crianças Prematuras? Considerações Acerca do Desenvolvimento da Linguagem”*

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Paula Camelo Soares Caldas

**Instituição onde o trabalho de campo se realizará:** Maternidade Escola da UFRJ

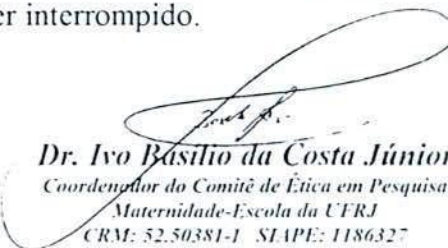
**Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ:** 07/04/2009

**Data de apreciação:** 06/05/2009

**Parecer do CEP/ME-UFRJ:** APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.

  
**Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Maternidade-Escola da UFRJ  
CRM: 52.50381-1 - SIAPE: 1186327



## FORMULÁRIO – COLETA DE DADOS

### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Os pais moram juntos? \_\_\_\_\_  
Problemas de Saúde na família \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_  
Número de Gestações: \_\_\_\_\_ Abortos → número: \_\_\_\_\_ espontâneo(s) \_\_\_\_\_  
Irmãos número: \_\_\_\_\_ Histórico de Prematuridade? \_\_\_\_\_  
Patologia(s) apresentada (s): \_\_\_\_\_

### Gestação

Fez pré-natal? \_\_\_\_\_ N° Consultas? \_\_\_\_\_  
Problemas de saúde durante a gestação \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_  
Uso de: cigarro (n° maços/dia) \_\_\_\_\_ Álcool \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_  
Uso de medicamentos durante a gestação \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

### Parto

Cesáreo \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_  
Complicações \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_  
Idade Gestacional: D.U.M. \_\_\_\_\_ Ballard \_\_\_\_\_  
APGAR (1/5min) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_  
Classificação do Tamanho: PIG  AIG  GIG

### Internação

N° de dias \_\_\_\_\_  
Uso de O<sub>2</sub> (dias) \_\_\_\_\_  
Alimentação Parenteral \_\_\_\_\_ Quantos dias iniciou alimentação por VO? \_\_\_\_\_  
Uso de sonda: \_\_\_\_\_  
Ventilação mecânica \_\_\_\_\_  
Hemorragia Intra-ventricular (grau): \_\_\_\_\_  
Convulsões \_\_\_\_\_ Icterícia \_\_\_\_\_ Outras \_\_\_\_\_

### Avaliação Fonoaudiológica

Marcos da Linguagem: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Data da Coleta de Dados: \_\_\_\_\_