

**Rita de Cássia Duarte Leite**

**O OLHAR PEDIÁTRICO NO DIAGNÓSTICO DAS  
ALTERAÇÕES ESPECÍFICAS DO DESENVOLVIMENTO DA  
LINGUAGEM**

**Belo Horizonte  
2008**

**Rita De Cássia Duarte Leite**

**O OLHAR PEDIÁTRICO NO DIAGNÓSTICO DAS  
ALTERAÇÕES ESPECÍFICAS DO DESENVOLVIMENTO DA  
LINGUAGEM**

**Dissertação apresentada ao programa  
de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em  
Ciências da Saúde. Área de  
concentração em Saúde da Criança e  
do Adolescente**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha  
Co-orientador: Prof<sup>o</sup> Dr Jaime Luiz Zorzi**

**Belo Horizonte  
2008**

Leite, Rita de Cássia Duarte.  
D533o O olhar pediátrico no diagnóstico das alterações específicas do desenvolvimento da linguagem [manuscrito]. /Rita de Cássia Duarte Leite. Belo Horizonte: 2008.  
99f.  
Orientadora: Regina Lunardi Rocha.  
Co-orientador: Jaime Luiz Zorzi.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Linha de pesquisa: Saúde do Adolescente.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
1. Linguagem Infantil. 2. Desenvolvimento da Linguagem 3. Pediatria 4. Questionários. 5. Conhecimento. 6. Prevenção Primária. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Rocha, Regina Lunardi. II. Zorzi, Jaime Luiz. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.  
NLM: WS 105.5

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**  
**Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de Concentração em Pediatria: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Prof<sup>a</sup> Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha

Ludmila Teixeira Fazito (Rep. Disc. Titular)

Dorotéa Starling Malheiros (Rep. Disc. Suplente)

*Ao meu marido, João,  
por todos os momentos.*

### *Agradecimentos*

*À Deus por se fazer presente em todos os momentos de minha vida.*

*Aos meus filhos pelo imenso amor e por terem sido tão pacientes e fortes em minha ausência.*

*Ao meu marido, pelo amor, compreensão e incentivo constante.*

*Aos meus pais, pelo exemplo de vida e dedicação.*

*Às minhas irmãs, pelos bons momentos e por fazerem parte da minha vida.*

*Aos meus sobrinhos queridos por sempre me fazerem feliz.*

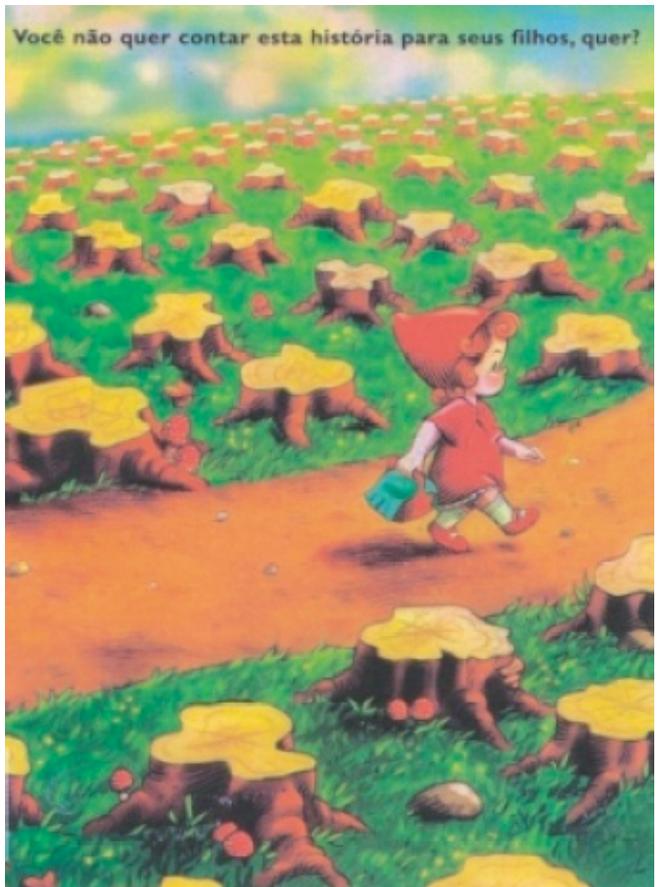
*À minha sogra, pelo apoio e por acreditar em mim.*

*À minha orientadora e meu co-orientador, pela colaboração valiosa na conclusão do presente estudo.*

*Às minhas queridas colegas da FEAD, em especial você: Juliana, por me socorrer a todo momento.*

*Aos pediatras da rede municipal de saúde por contribuírem com a pesquisa.*

Você não quer contar esta história para seus filhos, quer?



## **NOTA EXPLICATIVA**

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), esta dissertação foi apresentada no formato de artigos científicos. Assim, sua formatação foi estabelecida de acordo com o esquema abaixo:

### **1. Considerações Iniciais**

### **2. Objetivos**

### **3. Material e Método**

### **Referências Bibliográficas**

### **4. Resultados**

**Artigo I: Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem na Perspectiva do Pediatra**

**Artigo II: Práticas Pediátricas Referentes à Investigação da Aquisição e**

**Desenvolvimento da Linguagem**

### **5. Considerações Finais**

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a percepção dos pediatras, bem como a sua prática profissional ao realizar o encaminhamento de crianças com sintomas de alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem para intervenção fonoaudiológica e elaborar um protocolo de observação da linguagem para uso dos pediatras. **Métodos:** Estudo descritivo, com delineamento de levantamento, por meio da utilização de questionário, sendo este de auto-respostas, com questões fechadas e semi-abertas abrangendo as seguintes áreas: formação e atuação do pediatra, grau de percepção dos pediatras a respeito do desenvolvimento da linguagem, critérios de encaminhamento das crianças com suspeita de alterações no desenvolvimento da linguagem, conhecimento da prática pediátrica referente à investigação do desenvolvimento da linguagem nas consultas. A amostra foi constituída de 91 pediatras locados nos centros de saúde do município de Belo Horizonte. O questionário foi distribuído aos pediatras pelos próprios distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O aplicativo MS-Excel foi utilizado na tabulação dos dados e geração dos gráficos. Os dados foram transferidos, posteriormente, para o aplicativo SPSS 15.0. Para fins de análise descritiva foi realizada a distribuição de frequência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Os Testes Qui-quadrado e T-Student foram utilizados para a análise inferencial em um nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra avaliada nesta pesquisa apresenta caracterização semelhante, quanto aos aspectos acadêmicos, a maioria dos pediatras (46,2%) graduou-se no período de 1981 a 1989, a instituição mais citada na formação da graduação foi a Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais (68,1%), 44,0% dos pediatras atuam na Pediatria de 21 a 30 anos. 83,5% dos pediatras consideram possuir informações específicas a respeito do desenvolvimento da linguagem. Quanto à percepção dos pediatras acerca da aquisição e desenvolvimento da linguagem, destaca-se que as etapas lingüísticas são identificadas apenas em seus marcos maiores. Sendo que na linguagem expressiva, demonstraram maior conhecimento relacionado à época de surgimento do balbucio na fase pré-verbal e emissão de frases simples na fase verbal. Na linguagem receptiva, o conhecimento ficou centrado nos aspectos da criança não atender a solicitações verbais e ordens rotineiras durante as consultas. O teste qui-quadrado mostrou que há uma associação estatisticamente significativa (valor-p = 0,00) entre o ano de formação e o enfoque dado pelo Pediatra no estudo do desenvolvimento da linguagem. Foi possível verificar que os pediatras realizam a observação das etapas do desenvolvimento de linguagem, por meio de observação direta e perguntas direcionadas aos pais. O teste qui-quadrado demonstrou que há uma associação estatisticamente significativa (valor-p = 0,00) entre a observação das etapas do desenvolvimento da linguagem e a realização de orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem. Esse fato destaca que a maioria dos pediatras (93,4%) observa o desenvolvimento da linguagem durante a consulta e, destes, apenas 49,5% realiza orientações aos pais. **Conclusões:** A relação Fonoaudiologia e Pediatria precisam ser estreitadas para um melhor acompanhamento da criança no que se refere à identificação das etapas de desenvolvimento comunicativo, principalmente quanto às etapas pré-verbais e habilidades comunicativas não-verbais, para que, assim, o pediatra instrumentalize-se a fim de verificar precocemente alterações específicas de linguagem em crianças.

**Palavras-chave:** Linguagem Infantil. Desenvolvimento. Pediatria. Conhecimento. Prevenção Primária.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the perception of the pediatricians as well as their professional practices to undergo the directing children with symptoms of any alteration on the language acquisition and development to phonoaudiological intervention and to elaborate a language observation protocol to the pediatricians. **Methods:** Descriptive study, with lined-up raising, through a questionnaire. It was mainly self-answers kind, with especially multiple choice questions, concerning to the following areas: pediatrician's graduation and intervention, and pediatricians perception degree concerning to language development, criteria to direct children suspected of alterations in language development. The sample was designed with 91 pediatricians located in Belo Horizonte municipality public health centers. The questionnaire had been distributed to the pediatricians by the Secretaria Municipal de Saúde<sup>1</sup> de Belo Horizonte sanitary districts itself. MS-Excel was used to tabulate the data and to generate the graphics. Later, the data were transferred to SPSS 15.0. The descriptive analysis was made by using the frequency distribution of the categorical variables and the central bias measures analysis and the dispersion of continue variables, the Qui-square, Kruskall-Wallis, Mann-Whitney and T-Student tests were applied to the inferential analysis at a significance level of 5%. **Results:** The sample assessed in this research shows similar characterization: concerning to academic aspects, most of the pediatricians (46.2%) had graduated from 1981 to 1989 and the most referred institution was the Medical School of the UFMG<sup>2</sup>. From the pediatricians, 44.0% work as pediatricians from 21 to 30 years. 83.5% of the pediatricians consider they have information enough about language. Concerning to the perception of the pediatrician referring to linguistic and pre-linguistic development, it is shown that the linguistic phases are identified only in their higher marks, since that, in expressive language; they showed more knowledge relates to the stage when the first babbling starts in pre-verbal phase and the emission of simple sentences in verbal phase. In receptive language, the knowledge was centered on the aspects of children do not answer to verbal requirements and daily orders during the consultations. The Qui-squared test showed that there is a statistically significant association (value-p = 0.00) between the year of graduation and the approach given by the pediatrician to the study of language development. It was possible to check that the pediatricians observed the language development thus direct observation and questioning the parents. The study also showed the age which pediatricians suspect alterations on the language acquisition and development may be consider inadequate. The Qui-squared test showed that there is a statistically significant association (value-p = 0.00) between the observation of language development and the counseling to parents referring to language development. This fact highlights the most of pediatricians (93.4%) observes the language development during consultation and, from them, only 49.5% direct parents (Graphic 8). **Conclusions:** The relation between Pediatrics and Fonoaudiology has to be increased to a better escorting to children to an identification of communicative development, especially in what concerns to pre-verbal phases and non-verbal communicative abilities in order that the pediatricians instrument themselves so they can earlier detect specific alterations in children language.

**Key words:** Children Language. Development. Pediatrics. Knowledge. Primary Prevention.

---

<sup>1</sup> Municipal Health Secretary in Portuguese

<sup>2</sup> Federal University of Minas Gerais State

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

	Folhas
FIGURA 1 – Amostra Final .....	25
FIGURA 2 – Apresentação das variáveis.....	26

## QUADROS

Folhas

QUADRO 1 - Distribuição de pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH .....	24
QUADRO 2 - Associação entre ano de conclusão da graduação em Medicina e enfoque dado pela Pediatria ao estudo da linguagem.....	44
QUADRO 3 - Associação entre a idade adequada para o encaminhamento de avaliação fonoaudiológica e opinião do pediatra acerca da intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade.....	69
QUADRO 4 - Associação entre idade de encaminhamento de crianças com sinais de alterações na linguagem e observação do desenvolvimento lingüístico nas consultas pediátricas.....	71
QUADRO 5 - Associação entre a prática pediátrica de observação do desenvolvimento da linguagem nas consultas pediátricas e orientação aos pais.....	72
QUADRO 6 - Protocolo de observação do desenvolvimento da linguagem. ....	74

## GRÁFICOS

Folhas

GRÁFICO 1 - Áreas de conhecimento relatadas pelos pediatras que afirmaram possuir informações a respeito da Linguagem ..... 41

GRÁFICO 2 - Associação entre tempo de atuação na Pediatria e se o pediatra possui ou não informações a respeito da linguagem ..... 44

GRÁFICO 3 - Associação entre ano de conclusão da Graduação em Medicina e enfoque dado pela Pediatria ao estudo da linguagem e suas alterações ..... 45

GRÁFICO 4 - Relação entre a idade adequada para o encaminhamento de avaliação fonoaudiológica e opinião do pediatra acerca da intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade ..... 69

GRÁFICO 5 - Associação entre idade de encaminhamento de crianças com sinais de alterações na linguagem e observação do desenvolvimento lingüístico nas consultas pediátricas ..... 70

GRÁFICO 6 - Associação entre a prática pediátrica de observação do desenvolvimento da linguagem nas consultas pediátricas e orientação aos pais ..... 71

## LISTA DE TABELAS

	Folhas
TABELA 1 - Caracterização da amostra quanto a formação acadêmica, tempo de atuação em Pediatria e gênero .....	40
TABELA 2 - Visão dos pediatras quanto ao conhecimento do desenvolvimento da linguagem .....	41
TABELA 3 - Conhecimento do pediatra acerca do desenvolvimento da linguagem Receptiva da criança.....	42
TABELA 4 - Conhecimento do pediatra acerca do desenvolvimento pré-verbal e linguagem expressiva da criança .....	43
TABELA 5 - Associação entre tempo de atuação na Pediatria e se o pediatra possui ou não informação a respeito da linguagem .....	43
TABELA 6 - Prática pediátrica quanto à investigação dos aspectos da linguagem das crianças nas consultas periódicas .....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL .....	Atraso do desenvolvimento da linguagem
AEDL.....	Alterações específicas do desenvolvimento da linguagem
ASHA .....	American Speech-Language-Hearing Association
ASQ .....	Ages & Stages Questionnaires
BSID-II.....	Bayley Scales of Infant Developmental
CEP – SMSA/BH .....	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
COEP – UFMG .....	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
DDL .....	Distúrbio do desenvolvimento da linguagem
DDST.....	Denver Developmental Screening Test
EDC .....	Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança
FM-UFMG .....	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
GPARH.....	Gerência de Planejamento e Administração de Recursos Humanos
PEDS: DM.....	Parent's Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones
PSC .....	Pediatric Symptom Checklist
SMSA/BH.....	Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte

## SUMÁRIO

Folhas

### LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Quadros

Gráficos

### LISTA DE TABELAS

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	18
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	23
Objetivo Geral .....	23
Objetivos Específicos .....	23
<b>3. MÉTODO</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	28
<b>4. RESULTADOS</b> .....	32
<b>ARTIGO I</b> .....	32
Resumo .....	33
Abstract.....	34
Introdução.....	35
Método.....	38
Resultados.....	40
Discussão.....	46
Conclusão .....	51
Referências Bibliográficas.....	52
<b>ARTIGO II</b> .....	56
Resumo .....	57
Abstract.....	58
Introdução.....	59
Método.....	65
Resultados.....	67
Discussão .....	76
Conclusão .....	80
Referências Bibliográficas.....	81
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
APÊNDICE A.....	89
APÊNDICE B.....	90
APÊNDICE C.....	93
APÊNDICE D.....	95
ANEXO A .....	96
ANEXO B.....	98

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Uma das situações mais comuns na clínica fonoaudiológica são as crianças chegarem encaminhadas por profissionais da saúde ou da educação, tais como: médicos, dentistas e professores. Dentre os motivos destes encaminhamentos, as alterações no desenvolvimento da linguagem apresentam-se como uma das queixas de maior relevância que comprometem a comunicação humana.

Porém, outras patologias podem alterar a comunicação humana, tais como as alterações na fala, com a presença de alterações fonéticas, relacionadas à capacidade de produção dos sons ou fonológicas, que dizem respeito à organização dos sons na fala (HERNANDONERA; LAMPRECHT; YAVAS, 2002). Pode-se também encontrar alterações comunicativas advindas de fatores relacionados a surdez, deficiência mental, comprometimentos neurológicos e outros.

No entanto, antes de dar continuidade aos aspectos relacionados às alterações do desenvolvimento da linguagem, dois conceitos precisam estar claros: comunicação humana e linguagem. A comunicação humana é a habilidade de transmitir informações, relatar sentimentos, desejos, experiências, conhecimentos, por meio de símbolos sonoros, iconográficos e gestuais (PEÑA, 2002; NICOLSI; HARRYMAN; KRESHECK, 1996). A linguagem refere-se a este conjunto de símbolos convencionais, além de um conjunto de procedimentos (regras), os quais combinados são utilizados para a comunicação interpessoal (RIGOLET, 1998; LAW, 2001). Assim, para que o processo de aquisição da linguagem ocorra, quatro sistemas interdependentes são necessários: o pragmático, que se refere ao uso comunicativo da linguagem num contexto social; o fonológico, que diz respeito a percepção e produção dos sons, envolvendo o componente fonético – articulação – e componente fonológico - organização mental dos sons, para formar palavras; o semântico, respeitando as palavras e seus significados; e o morfossintático, que compreende as regras sintáticas e morfológicas para combinar palavras em frases (RIGOLET, 1998; ZORZI, 2002; BORGES; SALOMÃO, 2003).

Uma questão a ser considerada, ao retomar o foco deste estudo, diz respeito aos estudos que demonstram a prevalência dos distúrbios da comunicação. Segundo pesquisa realizada por Andrade (1997), para determinar o perfil epidemiológico das patologias da comunicação de causa idiopática, em crianças de um a 11 anos de idade, no bairro Butantã da Cidade de São Paulo; foi constatado que de um total de 2.980 crianças, 125 apresentavam alterações fonoaudiológicas, sendo a faixa etária de três a oito anos, a idade com prevalência

mais alta de alterações, com fase crítica na fase de quatro a cinco anos. A desordem comunicativa de maior prevalência foi a alteração articulatória (47%) e a segunda maior em prevalência foi a desordem da linguagem (21%).

Ortiz; Bertachini e Pereira (2000) enfatizaram que no programa de vigilância do crescimento e desenvolvimento, que acontece na Unidade Básica de Saúde no município de Embu, 1.000 crianças foram avaliadas em uma ação integrada Pediatria/Fonoaudiologia e as alterações mais encontradas referiram-se à alimentação, linguagem e processamento auditivo.

As autoras ainda apresentaram dados de um programa fonoaudiológico desenvolvido no Centro de Saúde da Escola Paulista de Medicina, no qual 81 crianças foram avaliadas. Destas, 16,04% apresentaram desenvolvimento da audição e da linguagem esperados para a sua faixa etária, 25,92% das crianças necessitaram de orientação específica devido aos desvios do desenvolvimento e em 58,02% das crianças foram encontrados distúrbios da comunicação, dentre eles alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Um estudo deve ser destacado, o qual relata que os distúrbios da comunicação que comprometem a fala, linguagem ou audição afetam uma em cada 10 pessoas nos Estados Unidos (TAHIR; KING, 2007), sendo este um dado relevante quanto a prevalência dos distúrbios da comunicação.

Outra questão a ser considerada quanto ao encaminhamento de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem e que pode ser demonstrada pela prática clínica fonoaudiológica, refere-se às crianças normalmente chegarem ao atendimento fonoaudiológico quando já estão com três ou quatro anos de idade (LIMA et al., 2004; ZORZI, 2000).

Palfrey *et al.* (1987) relataram que as deficiências graves normalmente são reconhecidas ainda na infância, porém alterações como hiperatividade, atraso no desenvolvimento da linguagem e distúrbios emocionais não são identificados antes dos três ou quatro anos de idade. Aneja (1999) confirmou os dados acima, quando citou que, geralmente, os distúrbios da comunicação são transtornos de baixa visibilidade e por isso, muitas vezes, são identificados tardiamente.

Desta forma, determina-se a importância de chamar a atenção para a identificação precoce das alterações no desenvolvimento da linguagem.

A literatura e a observação prática de pais e profissionais que acompanham o desenvolvimento infantil apontam que a maioria das crianças por volta do primeiro ano de vida começa a emitir as primeiras palavras (AGUADO, 2005; CHEVRIE-MULLER; NARBONA, 2005; DEL RIO; VILASECA, 2002; JAKUBOVICZ, 2002; ZORZI; HAGE,

2004). Porém, antes de chegarem a esta forma verbal de linguagem, as crianças já desenvolveram uma série de habilidades comunicativas pré-verbais mais gerais (contato visual, expressões faciais e gestos), que revelam a intencionalidade da criança na comunicação, por exemplo, a utilização de gestos indicativos: a criança olha para um brinquedo, logo em seguida olha para um adulto e aponta para o brinquedo, expressando seu desejo de obtê-lo. A criança pode balançar a cabeça indicando “não” a algum objeto oferecido a ela ou ainda, pode solicitar por meio de vocalizações, objetos, e ao recebê-los joga-os ao chão para que o adulto pegue-os novamente (ANEJA, 1999; ZORZI, 2002).

Mysak (1998) relatou que o desenvolvimento e a estruturação da linguagem ocorrem nos primeiros anos de vida da criança, o que torna essa etapa um dos momentos de maior importância da vida do indivíduo. Zorzi (2000) enfatizou que a aquisição da linguagem inicia-se ao nascimento e até aos 05 anos o seu desenvolvimento completa-se, pois a partir dessa idade a linguagem segue aprimorando-se quanto aos aspectos formais (regras da língua, conteúdo) e funções comunicativas. Porém, o que chama a atenção é que ambos os autores ressaltam que, quando as primeiras palavras surgem, as crianças já detêm um domínio enorme da comunicação. Pois, desde cedo, ela já é capaz de revelar seus desejos fisiológicos e afetivos, por meio de recursos não-verbais.

Para Aneja (1999); Zorzi e Hage (2004), os dados acima confirmam que a criança ainda no primeiro ano de vida participa de interações comunicativas com o adulto e estas interações propiciam o entendimento da criança quanto às formas de expressar seus desejos e entender os desejos do outro. Zorzi e Hage (2004) ainda evidenciaram que as habilidades comunicativas pré-verbais são aspectos importantes para o surgimento de habilidades conversacionais, levando a aquisição de formas lingüísticas mais evoluídas. Pode-se falar, então, em atrasos de desenvolvimento da linguagem atingindo a evolução de níveis pré-verbais antes de se manifestarem em níveis verbais (HAGE, 2001).

Desta forma, ressalta-se a importância de deter-se aos sinais e sintomas de alterações de linguagem, quando todas as outras áreas de desenvolvimento apresentam-se dentro do esperado, pois podem estar caracterizando alterações específicas do desenvolvimento da linguagem (AEDL). Stark; Tallal (1981) e Lahey (1990) destacaram que as AEDL são alterações exclusivas dos aspectos lingüísticos; quer dizer, não são decorrentes de alterações mais globais do desenvolvimento, como: deficiência mental, deficiência auditiva, autismo infantil e outros.

Nogueira *et al.* (2000) citaram a necessidade de se dar atenção a alguns sinais de alerta, tais como: ausência de resposta a vozes ou sons até dois meses, não surgimento de

vocalizações aos 10 meses, as primeiras palavras não aparecerem até 18 meses, fala ininteligível aos três anos de idade; os quais podem estar relacionados às dificuldades no desenvolvimento lingüístico. Aneja (1999) também constatou alguns sinais que podem indicar alterações no desenvolvimento da linguagem, como: a ausência de emissão de palavras ou de holófrases (enunciados de duas palavras) aos 18 meses, a falta de comportamento imitativo ou representativo aos dois anos; não fazer uso de frases com três palavras e fala ininteligível aos 03 anos de idade. Sendo que os sinais relacionados às emissões das primeiras palavras e fala ininteligível, coincidem com os destacados por Nogueira *et al.* (2000).

Vale reforçar, que nestes casos, deve-se estar atento principalmente quanto à aquisição e desenvolvimento da linguagem, já que as demais áreas do desenvolvimento infantil podem estar evoluindo normalmente.

De acordo com Zorzi (2002), as crianças tendem a adquirir a linguagem no decorrer do segundo ano de vida, entre um e dois anos de idade e as que chegam a esta faixa etária sem terem adquirido linguagem merecem uma atenção especial, pois podem estar revelando dificuldades quanto ao desenvolvimento lingüístico.

Estabelecido que o período esperado para a aquisição de linguagem vai de um a dois anos de idade, surge então, a seguinte questão: como tais crianças ultrapassaram os dois anos iniciais sem terem adquirido a linguagem, chegando aos três ou quatro anos sem o desenvolvimento das habilidades lingüísticas esperadas e ainda não foram encaminhadas para uma avaliação fonoaudiológica? Qual o profissional seria mais indicado para estar atento a esta questão, precocemente?

Sendo os profissionais da área médica, especialmente os pediatras - “com uma visão ampla em relação à criança e ao adolescente, preocupando-se com problemas orgânicos e psíquicos de modo preventivo e curativo” (MARCONDES, 1998) -, os primeiros a acompanhar o desenvolvimento da criança em consultas periódicas. Eles, os pediatras, são os mais indicados a estarem atentos às etapas de aquisição da linguagem para intervir quando suspeitarem de problemas neste sentido, realizando os encaminhamentos necessários.

O que vem de acordo com a afirmação de Aneja (1999), que é comum as crianças chegarem às consultas pediátricas e ainda não estarem falando, demonstrando um atraso na aquisição da linguagem. Entretanto, a avaliação desses casos nem sempre é fácil e para chegar a um diagnóstico faz-se necessário uma avaliação detalhada, realizada por um fonoaudiólogo. Contudo, o primeiro exame sempre fica a cargo do pediatra.

Marcondes (2003) reforçou o dado acima ao afirmar a importância de outros profissionais da saúde no atendimento à população infantil, para a contribuição do desempenho da pediatria na atenção primária, secundária e terciária.

Outro aspecto relevante é que esta identificação prévia favorece uma intervenção terapêutica preventiva, bem planejada, segura e eficiente; evitando assim, outras alterações tardias advindas destas, como: distúrbios de aprendizagem, desvios fonológicos e até mesmo, alterações emocionais e sociais (BEDREGAL, 2006; BEFI-LOPES, 2003; FERES; VITTO, 2005; PERISSINOTO, 2006).

Diante destas citações destaca-se a necessidade da integração entre Pediatria e Fonoaudiologia no processo de encaminhamento precoce de crianças com sintomas de AEDL, pois a partir desta integração, programas fonoaudiológicos preventivos e curativos poderão ser criados.

Assim, este estudo teve como objetivo verificar a percepção dos pediatras quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem, desde a fase pré-lingüística até a fase lingüística. Bem como a sua prática profissional ao investigar aspectos lingüísticos e realizar o encaminhamento de crianças com suspeita de alterações específicas no desenvolvimento da linguagem para intervenção fonoaudiológica.

## **1. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Conhecer a percepção dos pediatras quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem. Bem como a sua prática profissional ao investigar aspectos lingüísticos e realizar o encaminhamento de crianças com sinais de alterações específicas no desenvolvimento da linguagem para intervenção fonoaudiológica.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

**2.2.1. Artigo I e II** - Caracterizar os pediatras entrevistados quanto a formação e atuação.

**2.2.2. Artigo I** - Conhecer a opinião dos pediatras sobre o conhecimento que possuem a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem.

**2.2.3. Artigo I** - Verificar a visão dos pediatras quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem, desde a fase pré-lingüística até a fase lingüística.

**2.2.4. Artigo II** - Estabelecer a prática pediátrica, por meio de relatos dos entrevistados, quanto à investigação dos aspectos lingüísticos das crianças nas consultas periódicas.

**2.2.5. Artigo II** - Estimar a idade na qual os pediatras encaminham crianças com sinais de alterações específicas no desenvolvimento da linguagem para avaliação fonoaudiológica

**2.2.6. Artigo II** - Elaborar protocolo de observação da linguagem, para que os pediatras possam utilizá-lo nas consultas periódicas das crianças, a fim de identificar sinais de alterações específicas no desenvolvimento da linguagem, precocemente.

### 3. MÉTODO

Estudo transversal descritivo, com delineamento de levantamento, por meio da utilização de documentação direta intensiva: questionário, sendo este de auto-respostas, com questões fechadas e semi-abertas, abrangendo três temas centrais:

- ✓ Formação e atuação.
- ✓ Visão pediátrica: aquisição e desenvolvimento da linguagem.
- ✓ Práticas pediátricas referentes à aquisição e desenvolvimento da linguagem.

A população referência deste estudo foram os pediatras vinculados aos centros de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte (SMSA/BH).

A SMSA/BH possui 09 regionais, nas quais estão estabelecidos os distritos sanitários, com a distribuição dos centros de saúde e pediatras. Esta relação pode ser visualizada no Quadro 1, a seguir.

**QUADRO 1** - Distribuição de pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH

Distritos Sanitários	Centros de Saúde	Pediatras
D. S. Barreiro	20	19
D. S. Centro – Sul	12	17
D. S. Leste	14	23
D. S. Nordeste	21	21
D. S. Noroeste	19	26
D. S. Norte	16	16
D. S. Oeste	15	25
D. S. Pampulha	08	09
D. S. Venda Nova	12	17
Total	137	173

Fonte: Gerência de Planejamento e Administração de Recursos Humanos (GPARH) da SMSA/BH

Base de dados: Março de 2007

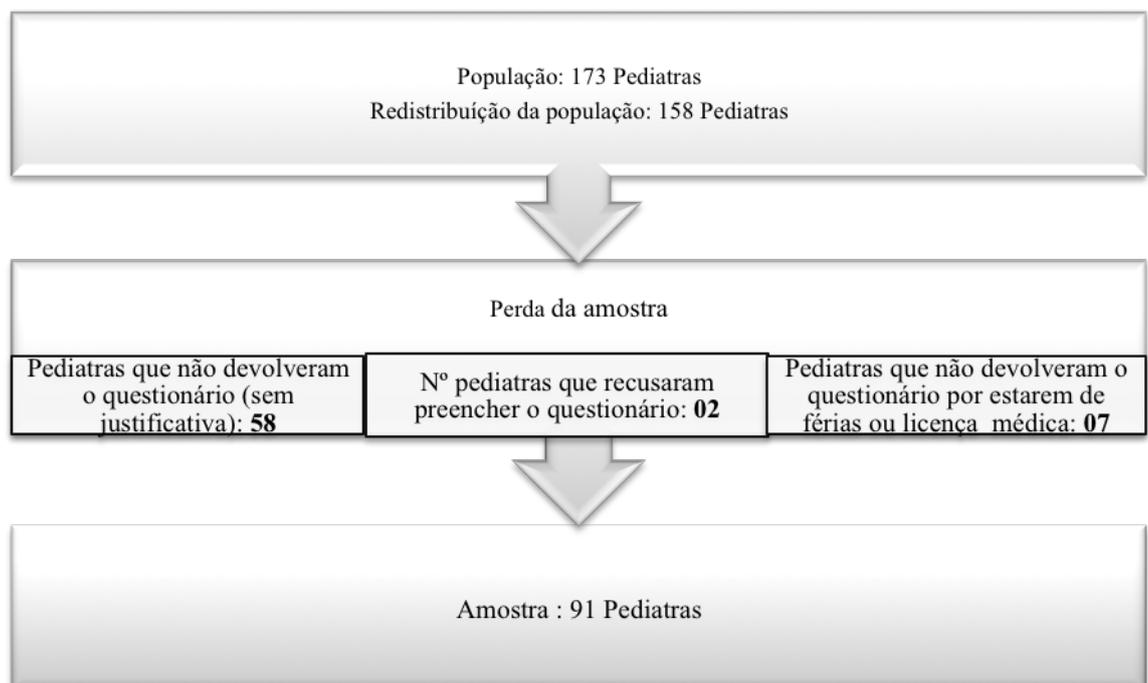
O estudo foi aprovado, inicialmente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/BH), sob o protocolo de número 046/2007 (Anexo A); posteriormente foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), sob o protocolo de número ETIC 364/07 (Anexo B).

Após aprovação do CEP-SMSA/BH e do COEP-UFMG foi realizado contato com os gerentes dos distritos sanitários da SMSA/BH, a fim de informá-los a respeito da pesquisa. Neste contato ficou estabelecido que, ao invés do que foi proposto pela pesquisadora quanto à distribuição dos questionários aos pediatras (envio do questionário via correio, com envelope resposta) a distribuição seria realizada pelos próprios distritos sanitários por meio de malote. Os pediatras fizeram a devolução, em data marcada pela pesquisadora, aos próprios distritos sanitários. Juntamente com o questionário foi apresentada uma carta aos pediatras (Apêndice A) informando-os do caráter voluntário da pesquisa, seus objetivos, benefícios e possíveis repercussões, além da solicitação de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

Foram incluídos 173 pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH. Porém, durante a coleta de dados, verificou-se que alguns pediatras atendiam em mais de um centro de saúde, pertencente ao mesmo distrito sanitário ou distrito sanitário diferente. E assim a distribuição de pediatras variou quanto ao relatório apresentado pela GPARH da SMSA/BH.

Devido a este novo dado, definiu-se uma amostra de 158 pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH e não mais de 173, como descrito anteriormente. Como critério de inclusão determinou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e de exclusão o pediatra perder o vínculo com a SMSA/BH na data da pesquisa.

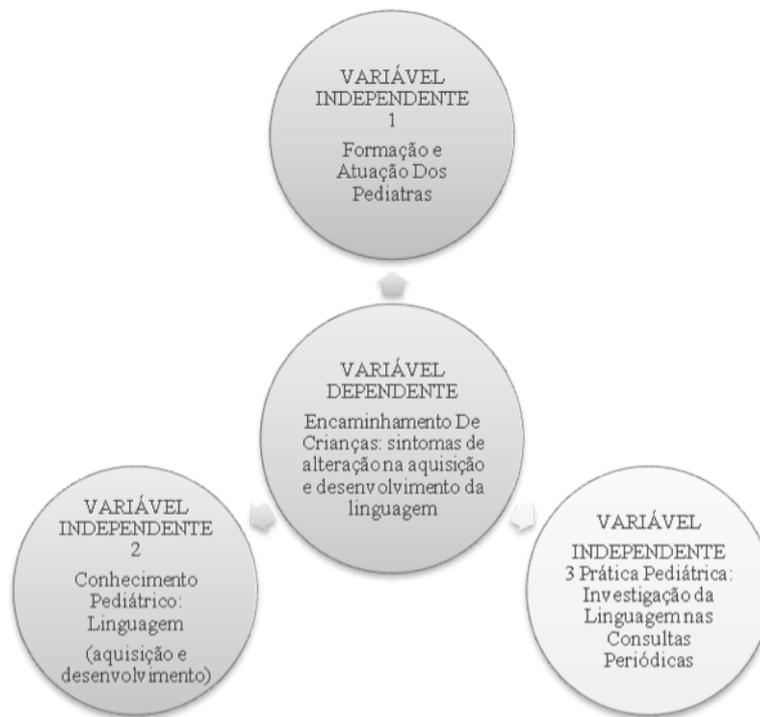
A Figura 1 demonstra a distribuição final da amostra.



**Figura 1.** Amostra final

O instrumento utilizado para a realização desta pesquisa foi um questionário de auto-respostas (Apêndice C), elaborado com questões estruturadas e predominantemente fechadas. Para cada participante da pesquisa as seguintes informações foram obtidas, por meio do questionário: a formação e atuação do pediatra, o grau de percepção dos pediatras a respeito do desenvolvimento da linguagem, critérios de encaminhamento das crianças com suspeita de alterações no desenvolvimento da linguagem para intervenção fonoaudiológica, conhecimento da prática pediátrica durante o exame periódico das crianças referente à investigação do desenvolvimento da linguagem.

O questionário foi elaborado pela pesquisadora, tendo como base modelos de questionários utilizados em pesquisas que tiveram como propósito verificar a prática e a visão dos pediatras quanto aos problemas otorrinolaringológicos da criança e do adolescente (FORTINI, 2003), conhecer o grau de informação de pediatras em relação à área oftalmológica (MANICA et al., 2003), investigar o nível de conhecimentos e atitudes dos médicos pediatras em relação à saúde bucal (FREIRE; MACÊDO; SILVA, 2000) e investigar o médico pediatra a respeito da importância do fonoaudiólogo na prevenção, avaliação e diagnóstico das patologias da fala, linguagem, audiolgia, voz e motricidade oral (RABELO et al., 2003), sendo então possível determinar as variáveis esquematizadas na Figura 2.



**Figura 2.** Apresentação das variáveis.

## **Procedimentos**

Primeiramente, foi realizado um estudo piloto com 10 pediatras não vinculados aos centros de saúde de Belo Horizonte, para padronização e reestruturação das questões e estrutura das respostas do questionário.

Após o estudo piloto, com a devida adequação das questões, principalmente no que se refere ao padrão de respostas, formatou-se um novo modelo de questionário (Apêndice C), e só depois estes foram enviados aos pediatras por intermédio dos distritos sanitários. Os pediatras tiveram do dia 21 de dezembro de 2007 até 25 de janeiro de 2008 para devolução dos questionários aos distritos sanitários. Na data determinada, a pesquisadora entrou em contato com cada gerência dos distritos sanitários para contabilizar esta devolução. Inicialmente, obteve-se uma média inferior a 50% de devolução dos questionários. Assim, a pesquisadora entrou em contato com os pediatras em cada centro de saúde, com a autorização da gerência dos distritos sanitários, via telefone, para solicitação da participação na pesquisa. Uma nova data foi determinada para entrega dos questionários, sendo até o dia 15 de fevereiro de 2008. Apenas em um distrito sanitário a pesquisadora distribuiu pessoalmente os questionários, por orientação da gerência.

As opções de respostas dos questionários foram codificadas e introduzidas em um banco de dados para computação e análise estatística. O aplicativo MS-Excel foi utilizado na tabulação dos dados e geração dos gráficos. Os dados foram transferidos, posteriormente, para o aplicativo SPSS 15.0. Para fins de análise descritiva foi realizada a distribuição de frequência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. O teste para 2 proporções foi utilizado para verificar a diferença entre as proporções. Os testes Qui-quadrado e T-Student foram utilizados para a análise inferencial em um nível de significância de 5%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGUADO, G. – Dimensões perceptivas, sociais, funcionais e comunicativas do desenvolvimento da linguagem. In: CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. - **A Linguagem da Criança: Aspectos normais e patológicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p.71-87.
- 2 ANDRADE, C. R. F. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 495-501, Out. 1997.
- 3 ANEJA, S. Evaluation of a Child with Communication Disorder. **Indian Pediatrics**, New Delhi, v. 36, p.887-890, 1999. Disponível em:  
<<http://www.indianpediatrics.net/sep4.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2006.
- 4 BEDREGAL, P. Eficacia y efectividade en la atención de niños entre 0 y 4 años. **Expansiva**, Chile, p.1-30, 2006.
- 5 BEFI-LOPES, D. M. Alterações Do Desenvolvimento Da Linguagem. In: LIMONGI, S. C. O. **Fonoaudiologia Informação para a Formação**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003. p. 19-32.
- 6 BORGES, L.C; SALOMÃO, N. M. R. Aquisição da linguagem: considerações da perspectiva da interação social. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 2, p.327-336, 2003.
- 7 CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. - Modelos psicolinguísticos do desenvolvimento da linguagem. In: CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. **A Linguagem da Criança: Aspectos normais e patológicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p.52-70.
- 8 DEL RIO, M. J., VILASECA, R. Sobre A Aquisição E Desenvolvimento Da Linguagem. In: CASANOVA, J. P. **Manual de Fonoaudiologia**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. p.16-30.
- 9 FERES, M. C. L. C.; VITTO, M. M. P. Distúrbios Da Comunicação Oral Em Crianças. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, p. 229-34, jul/dez. 2005.

- 10 FORTINI, M. S. **A Prática e a Visão do pediatra na Abordagem dos Problemas Otorrinolaringológicos: Análise dos determinantes envolvidos nessa relação.** 2003. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Áreas de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 11 FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.39-45, Mar. 2000.
- 12 HAGE, S. R. V. **Avaliando A Linguagem Na Ausência Da Oralidade: Estudos Psicolinguísticos.** Bauru: EDUSC, 2001. 96p.
- 13 HERNANDORENA, C. M.; LAMPRECHT, R. R.; YAVAS, M. **Avaliação Fonológica da Criança: Reeducação e terapia.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2. ed, 2002. 148p.
- 14 JAKUBOVICZ, R. Desenvolvimento Da Linguagem Em Paralelo Com Outras Habilidades Não-Linguísticas. In: JAKUBOVICZ, R. **Atraso de Linguagem.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 19-31.
- 15 LAHEY, M. Who shall be called language disordered? Some reflections and one perspective. **J Speech Hear Disord.** v. 55 n. 4, p.612-20, Nov. 1990.
- 16 LAW, J. O Desenvolvimento da Comunicação na Infância. In: LAW, J. **Distúrbios da Linguagem na Criança.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 1-20.
- 17 LIMA, M. C. M. P. et al. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditivas e visuais em lactentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.1, p.106-12, 2004.
- 18 MANICA, M. B. et al. O que os pediatras conhecem sobre afecções oculares na criança?. **Arq. Bras. Oftalmol.** São Paulo, v. 66, n. 4, p.489-492, jul./agos. 2003.
- 19 MARCONDES, E. Apresentação. In: ANDRADE, C. R. F.; MARCONDES, E. **Fonoaudiologia em Pediatria.** São Paulo: Sarvier, 2003.
- 20 MARCONDES, E. A Pediatria e o ensino da atenção primária. **Pediatria.** São Paulo, v. 20, n. 3, p.171. 1998.

- 21 MYSAK, E. D. **Patologias dos sistemas da fala. Identificação dos distúrbios da fala, princípios de exame e tratamento.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- 22 NOGUEIRA, S. et al. A Criança Com Atraso da Linguagem. **Saúde Infantil.** Coimbra, v.22, n. 1, p. 5-16, 2000.
- 23 NICOLOSI, L.; HARRYMAN, E.; KRESHECK, J. **Vocabulário dos Distúrbios da Comunicação: Fala, Linguagem e Audição.** Porto Alegre: Artes Médicas, 3 ed, 1989. 466p.
- 24 ORTIZ, K. Z.; BERTACHINI, L.; PEREIRA, L. D. Atuação Fonoaudiológica em Unidades Básicas de Saúde. In: VIEIRA, R. M. et al.(Org). **Fonoaudiologia e Saúde Pública.** Carapicuíba: Pró-Fono, 2 ed, 2000. p. 121-35.
- 25 PALFREY, J. et al. Early identification of children's special needs: A study in five metropolitan communities. **Journal of Pediatrics,** Boston, v 111, n 5, p.651-59.1987. Disponível em: [www.ncbi.nlm.gov/pubmed/2444688?ordinalpos=37&itool=2](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/2444688?ordinalpos=37&itool=2). Acesso em: 21 jan. 2007.
- 26 PEÑA, J. C. Dados de Introdução à Patologia e Terapêutica da Linguagem. In: PEÑA, J. C. **Manual de Fonoaudiologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 3 ed, 2002. p. 1-15.
- 27 PERISSINOTO, J. et al. Caracterização De Comportamentos Lingüísticos De Crianças Nascidas Prematuras, Aos Quatro Anos De Idade. **Rev CEFAC,** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-54, abr/jun. 2006.
- 28 RABELO, B. G. R. et al. Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. **Fono Atual,** São Paulo, v. 7, n. 27, p. 4-10, abril/jun. 2004.
- 29 RIGOLET, S. A. N. **Para uma Aquisição Precoce e Otimizada da Linguagem: Linhas de orientação para crianças até aos 6 anos.** Portugal: Porto Editora, 1998. 176p.
- 30 STARK, R.; TALLAL, P. Selection of children with specific language deficits. **J Speech Hear Disord.** v. 46, p.114-122, May. 1981.
- 31 TAHIR, T.; KING, S. **Yourtotalhealth: Communication Disorders.** Disponível em: <http://yourtotalhealth.ivillage.com/communication-disorders.html#1>. Acesso em: 12 abr. 2007.

- 32 ZORZI, J. L. Aspectos Básicos Para Compreensão, Diagnóstico E Prevenção Dos Distúrbios De Linguagem Na Infância. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-5, jan/jun. 2000.
- 33 ZORZI, J. L. **A Intervenção Fonoaudiológica Nas Alterações da Linguagem Infantil**. Rio de Janeiro: Revinter, 2. ed, 2002. 154p
- 34 ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC - Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos: Pulso, 2004. 93p

## **4. RESULTADOS**

### **ARTIGO I**

#### **AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NA PERSPECTIVA DO PEDIATRA**

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar os pediatras entrevistados quanto a sua formação e atuação, conhecer a opinião dos mesmos sobre o conhecimento que possuem a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem e verificar a visão dos pediatras quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem, desde a fase pré-lingüística até a fase lingüística. **Métodos:** Estudo descritivo, com delineamento de levantamento, por meio da utilização de questionário. Sendo este de auto-respostas, com questões predominantemente fechadas, abrangendo as seguintes áreas: formação e atuação do pediatra, grau de percepção dos pediatras a respeito do desenvolvimento da linguagem. A amostra foi constituída de 91 pediatras locados nos centros de saúde do município de Belo Horizonte. O questionário foi distribuído aos pediatras pelos próprios distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A análise descritiva foi realizada empregando-se a distribuição de freqüência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para análise inferencial, os Testes Qui-quadrado e T-Student foram utilizados em um nível de significância de 5%. **Resultados:** Constatou-se que 46,2% dos pediatras graduaram-se no período de 1981 a 1989, a instituição mais citada na formação da graduação foi a Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais (68,1%). O tempo de atuação na Pediatria com maior relevância foi de 21 a 30 anos, sendo citado por 44,0% dos pediatras. A maioria dos pediatras (83,5%) considerou possuir informações a respeito da linguagem. Quanto ao conhecimento do pediatra acerca do desenvolvimento pré-lingüístico e lingüístico: 70,3% dos pediatras não identificaram adequadamente a idade em que a criança inicia a manifestação de intenção comunicativa, 92,3% reconhecem como inadequado a ausência de balbucio até o 8º mês, a idade adequada para o surgimento das primeiras palavras (entre 12 e 18 meses) não foi determinada pela maior parte dos pediatras (58,2%). Quanto menos tempo de formado, mais o pediatra se sente satisfeito com o enfoque dado pela Pediatria ao estudo da linguagem e suas patologias, mostrando ser uma associação estatisticamente significativa ( $p = 0,00$ ). **Conclusões:** A partir desta pesquisa vê-se a importância da integração da Pediatria e Fonoaudiologia na promoção de saúde da criança.

**Palavras-chave:** Linguagem Infantil. Desenvolvimento. Pediatria. Conhecimento. Prevenção Primária.

## ABSTRACT

**Objective:** Characterize the interviewed pediatricians according to their graduation field and intervention, know the opinion of pediatricians on the knowledge that have the respect of the acquisition and development of language and also to verify their vision about the language development aspects since the pre-linguistic phase until the linguistic one. **Methods:** Descriptive study, with lined-up raising, through a questionnaire. It was mainly self-answers kind, with especially multiple choice questions, concerning to the following areas: pediatrician's graduation and intervention, and pediatricians perception degree concerning to language development. The sample was designed with 91 pediatricians located in Belo Horizonte municipality public health centers. The questionnaire had been distributed to the pediatricians by the Secretaria Municipal de Saúde<sup>3</sup> de Belo Horizonte sanitary districts itself. The descriptive analysis was made by using the frequency distribution of the categorical variables and the central bias measures analysis, the Qui-square and T-Student tests were applied at a significance level of 5%. **Results:** It has affirmed that 46.2% of the pediatricians had graduated from 1981 to 1989 and the most referred institution was the Medical School of the UFMG<sup>4</sup>. From the pediatricians, 44, 4% work as pediatricians from 21 to 30 years. 83.5% of the pediatricians consider they have information enough about language. Concerning to the knowledge of the pediatrician referring to linguistic and pre-linguistic development: 70.3% of the pediatricians were wrong to determine the age when children start manifestations with communicative intention, 92.3% were right to set as inadequate absence of babbling until the 8<sup>th</sup> month, 58.2% were wrong to determine the manifestation of the first words between 12 and 18 months. As less time of graduation, more the pediatrician feels satisfied with the approach given by Pediatrics to the language studies and its pathologies, showing to be a statistically significant association ( $p = 0.00$ ). **Conclusions:** From this research, it is seen the importance of the integration between Pediatrics and Fonoaudiology in the promotion of the health of children.

**Key words:** Children Language. Development. Pediatrics. Knowledge. Primary Prevention.

---

<sup>3</sup> Municipal Health Secretary in Portuguese

<sup>4</sup> Federal University of Minas Gerais State

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1982), 10% das crianças, de diferentes nações, apresentam alterações no seu desenvolvimento, advindas de transtornos físicos, mentais ou sensoriais, sendo estes adquiridos ou congênitos. Outro dado relevante é que 14,5% dos brasileiros (24,5 milhões) apresentam algum tipo de deficiência e apenas 2% destes, em 1991, recebiam atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Porém, nos casos em que as deficiências mais graves não são a questão maior, como no caso das AEDL, como fica esta identificação? De acordo com Levy e Hyman (1997), as deficiências graves do desenvolvimento normalmente são reconhecidas precocemente na infância, bem como a alteração motora é identificada mais precocemente do que as AEDL ou as alterações cognitivas, que geralmente, são diagnosticadas após os três ou quatro anos de idade.

Todavia, se a criança recebe acompanhamento amplo, com abordagem em seu crescimento e desenvolvimento do nascimento aos cinco anos de idade, torna-se possível o diagnóstico precoce das situações de risco que podem impedir ou dificultar o desenvolvimento infantil. Realizando, inclusive, a identificação de alterações mesmo quando elas não estiverem relacionadas às deficiências mais graves (NINIO, 1992)

Estudos demonstraram que quando crianças com sinais de intercorrências no seu desenvolvimento são envolvidas em programas de intervenção precoce, apresentam resultados favoráveis quanto ao desaparecimento destas ou minimização das mesmas (BERLIN *et al.*, 1998; MOLINA *et al.*, 2002). Assim, verifica-se que a atenção a estas questões deve ser uma das ações dos profissionais que acompanham as crianças ao longo do seu crescimento e desenvolvimento.

Sendo o pediatra o profissional que primeiro acompanha a criança, vê-se a importância de ele estar atento não só às questões do desenvolvimento motor, do crescimento, nutrição; mas também da aquisição e desenvolvimento da linguagem. Pois, de acordo com Zorzi (2000), o surgimento da linguagem sinaliza um curso de evolução saudável, demonstrando o funcionamento de funções nervosas superiores, além das habilidades comunicativas, interacionais, emocionais e cognitivas em evolução.

Esta visão de que o pediatra é o profissional com primeiro acesso às crianças na fase de seu desenvolvimento, diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de conhecer a relação da Pediatria com outras áreas da saúde. Todos os estudos utilizaram questionário como instrumento de coleta de dados. Barros; Galindo e Jacob (2002) estudaram o

conhecimento e as condutas dos pediatras de uma cidade do interior de São Paulo frente à deficiência auditiva e constataram que a maioria (92,31%) dos pediatras pesquisa a audição nos primeiros seis meses de vida. Porém, a minoria conhece os graus da deficiência auditiva (15,38%) e os tipos de deficiência auditiva (7,69%). Estudo realizado na Santa Casa de Porto Alegre buscou determinar o grau de conhecimento dos pediatras a respeito dos problemas oculares nas crianças referentes ao diagnóstico e conduta de encaminhamento (MANICA *et al.*, 2003). Os resultados sugeriram déficit no conhecimento dos pediatras quanto aos aspectos oftalmológicos, sendo que 45% dos entrevistados desconhecem a conduta de encaminhamento das crianças para avaliação oftalmológica, 15% desconhecem a respeito do manejo da criança com estrabismo e 70% não conheciam o termo ambliopia (redução importante da acuidade visual). Freire *et al.* (2000), Cordoni-Júnior, Dalto e Turini (2008) tiveram como objetivo investigar o conhecimento pediátrico, as atitudes e práticas pediátricas em relação à saúde bucal. Os estudos foram realizados, respectivamente, nas cidades de Goiânia-GO e Londrina-PR, com os pediatras do serviço público e em Londrina também com os pediatras de clínicas e hospitais particulares. Os resultados, ao contrário das pesquisas acima, demonstraram atitudes e práticas pediátricas positivas em relação aos cuidados dos pacientes no que diz respeito à saúde bucal e ambos os estudos citaram que informações a respeito da cárie dentária precisam ser mais bem esclarecidas aos pediatras. Fortini (2003) realizou pesquisa com o objetivo de conhecer a prática e a visão dos pediatras de Minas Gerais em relação aos problemas otorrinolaringológicos. Neste estudo ele destacou que, mais do que identificar as falhas e as necessidades dos pediatras nesta área, o importante é refletir a respeito da formação, atuação e contextualização do profissional no aspecto político-social.

Outros estudos também fizeram referência à relação da pediatria com outras áreas que cuidam da saúde infantil. Dalvi e Motta (2007) constataram as condutas e práticas de encaminhamento dos médicos que atuam em Pediatria no sul da Bahia, quanto aos aspectos dos hábitos deletérios. Neste estudo, observou-se que 60% dos pediatras encaminham os pacientes para o fonoaudiólogo quando há necessidade de retirada de hábitos, outro dado relevante é que 90% dos pediatras não indicam uso de chupeta e 43,3% dos pesquisados orientam a eliminação da sucção digital entre 13 e 24 meses de idade da criança. Assim, as autoras concluíram que a amostra pesquisada apresenta atuação parcial em relação à Fonoaudiologia. Outra pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção de pediatras, filiados à Sociedade Brasileira de Pediatria, a respeito de alergia alimentar. Neste estudo ficou constatado que há necessidade de ampliação dos conhecimentos dos pediatras acerca do diagnóstico e tratamento da alergia alimentar (SOLE *et al.*, 2007).

Para que a relação entre Pediatria e outras áreas de saúde estabeleça, evidencia-se a necessidade de o pediatra aprimorar o seu conhecimento a respeito das áreas do desenvolvimento infantil. Entre elas, o conhecimento das fases do desenvolvimento da linguagem, pois este conhecimento favorecerá a identificação precoce dos sinais de alterações específicas do desenvolvimento da linguagem.

Portanto, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos pediatras acerca do desenvolvimento da linguagem. Pois, a partir desta constatação espera-se determinar ações que contribuam para o crescimento da relação entre Fonoaudiologia e Pediatria, na busca da identificação precoce das AEDL.

## MÉTODO

Estudo transversal descritivo, com delineamento de levantamento, por meio da utilização de documentação direta intensiva: questionário, sendo este de auto-respostas, com questões fechadas e semi-abertas, abrangendo dois temas centrais:

- ✓ Formação e atuação.
- ✓ Visão pediátrica: aquisição e desenvolvimento da linguagem.

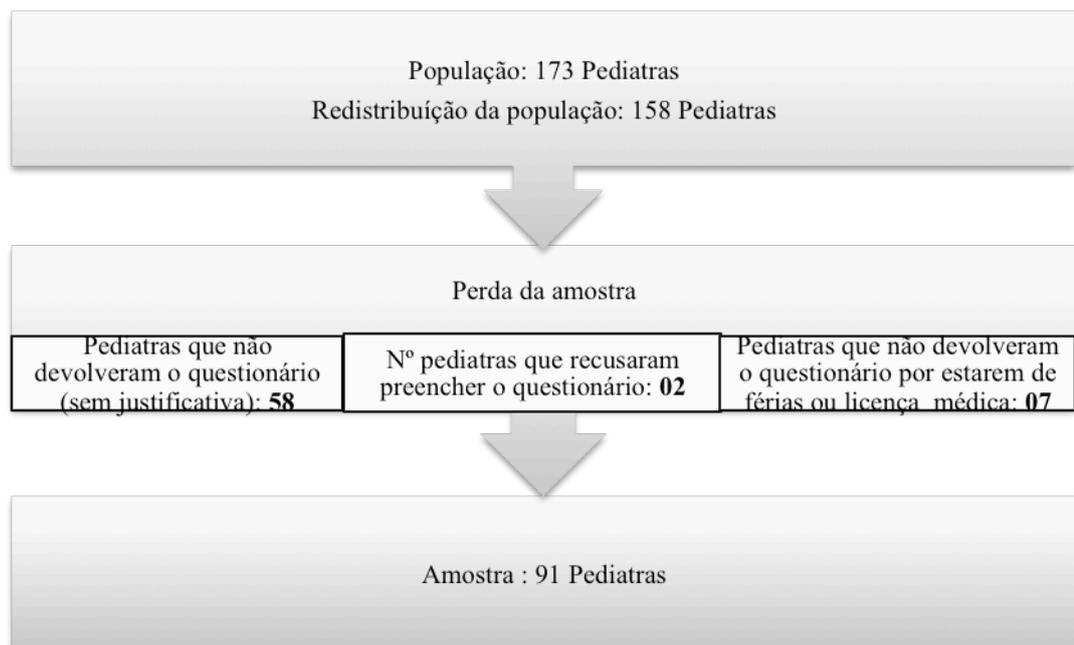
### Amostra

A população referência deste estudo foram os pediatras vinculados aos centros de saúde da SMSA/BH.

De acordo com os dados fornecidos pela GPARH da SMSA/BH, em março de 2007, 173 pediatras estavam distribuídos nos centros de saúde da rede municipal. Porém, durante a coleta de dados, verificou-se que alguns pediatras pertenciam a mais de um centro de saúde. Assim a distribuição de pediatras variou quanto ao relatório apresentado pela GPARH da SMSA/BH.

Devido a este novo dado, definiu-se uma amostra de 158 pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH e não mais de 173, como descrito anteriormente.

A Figura 1 demonstra a distribuição final da amostra.



**Figura 1.** Amostra final

**Critérios de Inclusão**

- ✓ Pediatras vinculados ao Centro de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte - MG.
- ✓ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

**Critérios de Exclusão**

- ✓ Perder o vínculo com o centro de saúde da SMSA/BH.

**Procedimentos**

O estudo foi aprovado, inicialmente, pelo CEP-SMSA/PBH, sob o protocolo de número 046/2007 (Anexo A); posteriormente, foi aprovado pelo COEP-UFMG, sob o protocolo de número ETIC 364/07 (Anexo B).

O instrumento utilizado para a realização desta pesquisa foi um questionário de auto-respostas (Apêndice C), elaborado com questões estruturadas e predominantemente fechadas.

Após aprovação do CEP-SMSA/BH e do COEP-UFMG foi realizado contato com os gerentes dos distritos sanitários da SMSA/BH, a fim de informá-los a respeito da pesquisa.

A distribuição dos questionários foi realizada pelos próprios distritos sanitários por meio de malote. Os pediatras fizeram a devolução dos mesmos, em data marcada pela pesquisadora, aos próprios distritos sanitários.

Juntamente ao questionário foi apresentada uma carta informando os pediatras (Apêndice A) do caráter voluntário da pesquisa, seus objetivos, benefícios e possíveis repercussões, além da solicitação de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

As opções de respostas dos questionários foram codificadas e introduzidas em um banco de dados para computação e análise estatística. O aplicativo MS-Excel foi utilizado na tabulação dos dados e geração dos gráficos. Os dados foram transferidos para o aplicativo SPSS 15.0. Para fins de análise descritiva foi realizada a distribuição de frequência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. O teste para 2 proporções foi utilizado para verificar a diferença entre as proporções. Os testes Qui-quadrado e T-Student foram utilizados para a análise inferencial em um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A distribuição das variáveis relacionadas à caracterização da amostra pode ser visualizada na Tabela 1. Quanto a formação acadêmica destaca-se os intervalos de tempo em que ocorreu a conclusão da graduação em Medicina e de atuação em Pediatria. Também visualiza-se o local de atuação, a titulação acadêmica e gênero do pediatras.

**TABELA 1** - Caracterização da amostra quanto a formação acadêmica, tempo de atuação em Pediatria e gênero

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA							
Ano de Conclusão da Graduação em Medicina		Tempo de Atuação em Pediatria (anos)				Local de Atuação em Pediatria	
n	%	n	%	n	%	n	%
1972 a 1980	21 23,1	Até 10	11 12,1	Hospital	53	58,2	
1981 a 1989	42 46,2	11 a 20	34 37,4	Unidade Pronto Atendimento	35	38,5	
1990 a 1998	20 22,0	21 a 30	40 44,0	Consultório Particular	33	36,3	
1999 a 2007	7 7,7	Acima de 31	5 5,5	Instituições de Ensino	8	8,8	
Não respondeu	1 1,1	Não respondeu	1 1,1	Outros (1)	5	5,5	

Titulação Acadêmica	Sim		Não		Gênero	
	n	%	n	%	n	%
Residência Médica em Pediatria	88	96,7	3	3,3	<b>Masculino</b>	28 30,8
Título de Especialista em Pediatria	68	74,7	23	25,3	<b>Feminino</b>	63 69,2
Subespecialidade	31	34,1	60	65,9		
Mestrado	3	3,3	88	96,7		

**n=91**

(1) Outros= Preceptorial, Residência Médica, Cooperativa, Ambulatório, Núcleo Assistencial Caminhos Para Jesus

Destaca-se que a maioria dos pediatras (68,1%) concluiu a graduação em Medicina na FM-UFG. Todos os pediatras entrevistados não realizaram Doutorado. A média de idade dos pediatras foi de 45,9 anos.

A partir deste ponto pretende-se descrever a opinião dos pediatras quanto ao conhecimento que possuem a respeito da linguagem, bem como a visão dos mesmos quanto aos aspectos relacionados à aquisição e desenvolvimento da linguagem (Tabela 2).

TABELA 2 - Visão dos pediatras quanto ao conhecimento do desenvolvimento da linguagem

RELATO DOS PEDIATRAS A RESPEITO DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM QUANTO A:						
GRAU DE SATISFAÇÃO	Enfoque Do Curso De Pediatria Ao Estudo Da Linguagem		Opinião Do Pediatra Quanto Ao Seu Grau De Conhecimento Da Linguagem		Possui Informação A Respeito Da Aquisição E Desenvolvimento Da Linguagem?	
	n	%	n	%	n	%
	Satisfatório	2	2,2	5	5,5	Sim
Relativamente satisfatório	30	33,0	39	42,9	Não	15 16,5
Não satisfatório	59	64,8	45	49,5		
Não respondeu	0	-	2	2,2		

n=91

No Gráfico 1 visualiza-se as áreas de conhecimento relatadas pelos pediatras que afirmaram possuir informações a respeito da linguagem. A área de maior conhecimento citada diz respeito às alterações da linguagem e a de menor citação refere-se às etapas pré-verbais do desenvolvimento comunicativo. Quanto ao item “outras” as áreas citadas foram: desenvolvimento infantil geral, escala de Denver, informações da linguagem por meio do livro didático.

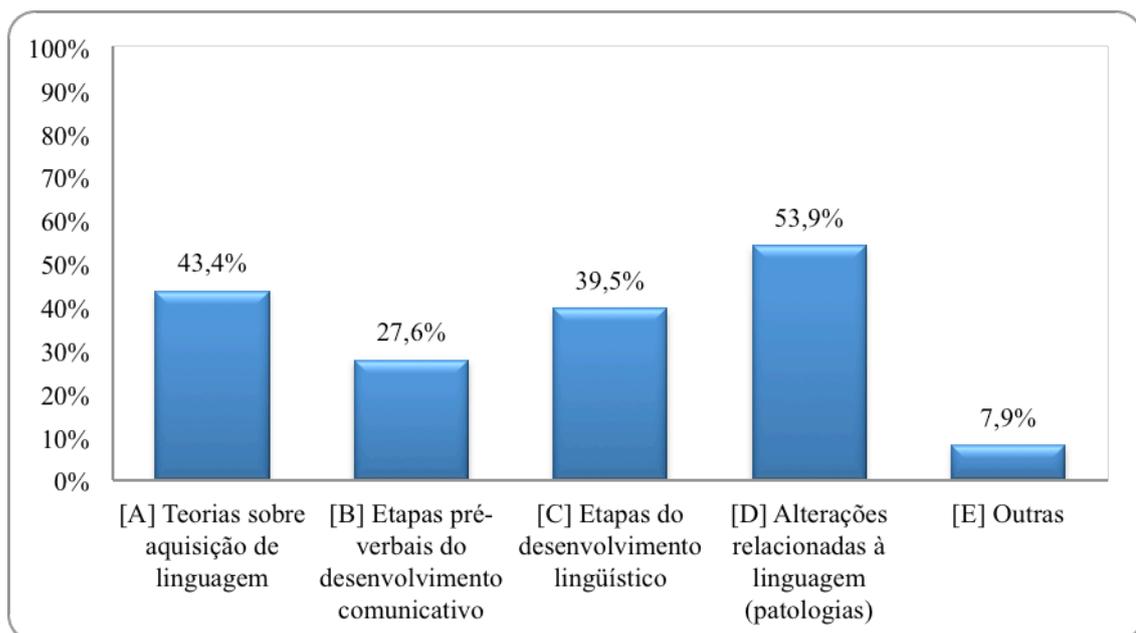


GRÁFICO 1 – Áreas de conhecimento relatadas pelos pediatras que afirmaram possuir informações a respeito da linguagem

O índice de respostas dos pediatras quanto a identificação adequada ou não da idade esperada para a ocorrência das etapas do desenvolvimento da linguagem receptiva pode ser verificado na Tabela 3. As respostas assinaladas pelos pediatras foram comparadas com a literatura, sendo que as idades esperadas foram destacadas em cada fase pesquisada (AGUADO, 2005; CHEVRIE-MULLER; NARBONA, 2005; DEL RIO; VILASECA, 2002; JAKUBOVICZ, 2002; LAMPRECHT et al., 2004; ZORZI; HAGE, 2004).

**TABELA 3** - Conhecimento do pediatra acerca do desenvolvimento da linguagem receptiva da criança

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM RECEPTIVA DA CRIANÇA	IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS ASSINALADAS PELOS PEDIATRAS DA IDADE ESPERADA PARA O SURGIMENTO DAS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM RECEPTIVA DA CRIANÇA				
	Adequada		Inadequada		Valor-p
	n	%	n	%	
Responde às solicitações verbais (até aos 07 meses)	89	97,8	2	2,2	*0,00
Atende ordens rotineiras com gestos (entre 8 e 9 meses)	38	58,2	53	41,8	*0,03
Cumprir ordens simples (entre 12 e 18 meses)	35	38,5	56	61,5	*0,00
Compreende ordens com duas ações (entre 18 e 24 meses)	45	49,5	46	50,5	0,88

**n=91**

\*Teste para 2 proporções

Na Tabela 4 verifica-se o índice de respostas dos pediatras quanto a identificação da idade esperada para a ocorrência de etapas do desenvolvimento da linguagem acerca das etapas do desenvolvimento pré-verbal e da linguagem expressiva. As respostas assinaladas pelos pediatras foram comparadas com a literatura, sendo que as idades esperadas foram destacadas em cada fase pesquisada (AGUADO, 2005; CHEVRIE-MULLER; NARBONA, 2005; DEL RIO; VILASECA, 2002; JAKUBOVICZ, 2002; LAMPRECHT et al., 2004; ZORZI; HAGE, 2004).

**TABELA 4** - Conhecimento do pediatra acerca do desenvolvimento pré-verbal e linguagem expressiva da criança

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO PRÉ-VERBAL E DA LINGUAGEM EXPRESSIVA DA CRIANÇA	IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS ASSINALADAS PELOS PEDIATRAS DA IDADE ESPERADA PARA O SURGIMENTO DAS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO PRÉ-VERBAL E DA LINGUAGEM EXPRESSIVA DA CRIANÇA				
	Adequada		Inadequada		Valor-p
	n	%	n	%	
Manifestação de intenção comunicativa (entre 6 e 7 meses)	27	29,7	64	70,3	*0,00
Ausência de balbucio (até 8º mês)	84	92,3	7	7,7	*0,00
Surgimento das primeiras palavras (entre 12 e 18 meses)	38	41,8	53	58,2	*0,03
Emissão de frases simples (entre 18 e 24 meses)	58	63,7	33	36,3	*0,00

n=91

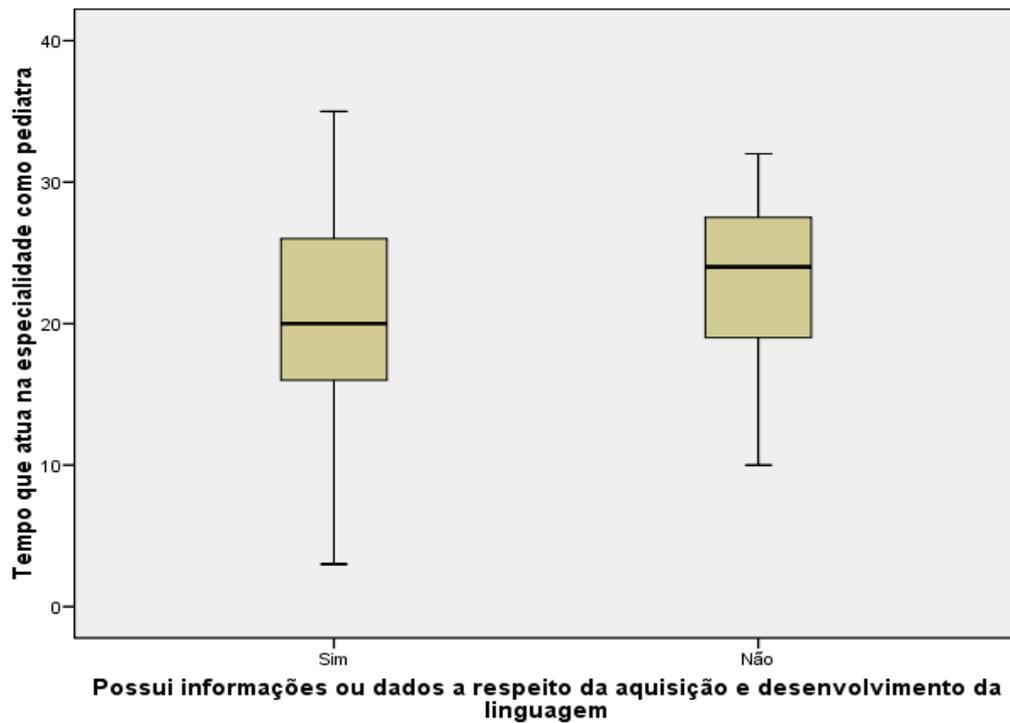
\*Teste para 2 proporções

Para avaliar se ocorreu diferença entre os pediatras que possuem informações a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem em relação ao tempo de atuação na Pediatria foi utilizado o teste T-student para variáveis independentes. Indicando que não houve diferença estatisticamente significativa (valor-p = 0,09), como pode ser observado na Tabela 5 e Gráfico 2.

**TABELA 5** - Associação entre tempo de atuação na Pediatria e se o pediatra possui ou não informação a respeito da linguagem

	O PEDITRA POSSUI INFORMAÇÕES A RESPEITO DA LINGUAGEM						
	Sim		Não		Diferença	Teste	P
TEMPO DE ATUAÇÃO	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
	19,8	7,2	23,2	6,2	3,6	-1,71	*0,09

\*Teste T –Student



**GRÁFICO 2** - Associação entre tempo de atuação na Pediatria e se o pediatra possui ou não informações a respeito da linguagem

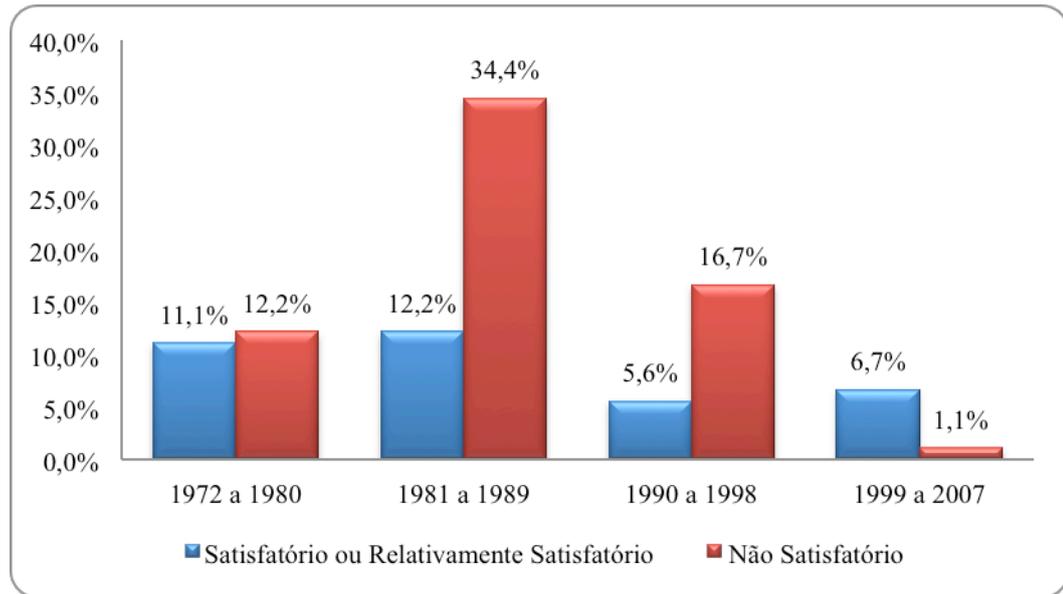
O teste qui-quadrado demonstrou uma associação estatisticamente significativa (valor- $p = 0,00$ ) entre o ano de conclusão da graduação em Medicina e o enfoque dado ao estudo da linguagem na formação em Pediatria. Demonstrando que, quanto menos tempo de formado, mais o pediatras se sentem satisfeitos com o enfoque dado ao estudo da linguagem (Quadro 2 e Gráfico 3).

**QUADRO 2** - Associação entre ano de conclusão da graduação em Medicina e o enfoque dado pela Pediatria ao estudo da linguagem.

ANO DE FORMAÇÃO	LINGUAGEM: ENFOQUE DO CURSO DE PEDIATRIA		TOTAL
	Satisfatório	Não satisfatório	
1972 a 1980	10	11	21
1981 a 1989	11	31	42
1990 a 1998	5	15	20
1999 a 2007	6	1	7
<b>TOTAL</b>	32	58	90

Teste Qui-quadrado: 11,59

\* $p = 0,00$



**GRÁFICO 3** – Associação entre ano de conclusão da Graduação em Medicina e enfoque dado pela Pediatria ao estudo da linguagem e suas alterações

## DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como enfoque a caracterização dos pediatras lotados nos centros de saúde do município de Belo Horizonte quanto a sua formação e atuação. Além de verificar a visão dos pediatras quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem, desde a fase pré-lingüística até a fase lingüística.

Para tal, foram distribuídos 158 questionários aos pediatras dos centros de saúde de Belo Horizonte, obtendo-se uma amostra de 91 questionários respondidos, que corresponde a 57,6%. Pesquisa realizada com 489 otorrinolaringologistas, utilizando questionário como instrumento de coleta de dados, para determinar a prática de otorrinolaringologistas pediátricos *versus* a prática de otorrinolaringologistas generalistas, recebeu 63,2% de retorno (TUNKEL *et al.*, 2002). Marconi e Lakatos (2005) afirmam que, em média, ocorrem apenas 25% de devolução dos questionários. Outros estudos obtiveram de 46,4% a 63,57% dos questionários respondidos (FORTINI, 2003; FREIRE; MACEDO; SILVA, 2000; MANICA, 2003). O que determina que os índices de devolução dos questionários desta pesquisa apresentaram-se dentro do esperado para pesquisas que utilizam este instrumento para coleta de dados. Marconi e Lakatos (2005) descrevem diversos fatores que podem exercer influência no retorno dos questionários. Entre eles, chama-se a atenção para a classe socioeconômica das pessoas a quem foi enviado, pois pessoas de classe socioeconômica mais baixa geralmente apresentam limitações no preenchimento dos questionários e, desta forma, ocorre baixo retorno dos mesmos. O que não é o caso desta pesquisa, porém outros fatores podem ter interferido para a ocorrência de 42,4.% de perda da amostra, apesar do empenho em alcançar a população estabelecida. Porém, determinar estas variáveis não foi foco de estudo nesta pesquisa.

A amostra avaliada nesta pesquisa apresenta caracterização semelhante quanto aos aspectos acadêmicos, sendo que a maioria dos pediatras graduou-se no período de 1981 a 1989 (Tabela 1) e a instituição mais citada na formação da graduação foi a Faculdade de Medicina-UFMG. Ainda, na Tabela 1, observa-se que a maioria dos pediatras realizou residência médica. Quanto ao título de especialista verifica-se um índice alto também, no qual 74,7% dos pediatras apresentam título de especialista. Porém, ao analisar a subespecialidade, um valor inverso ao encontrado na residência médica e quanto ao título de especialista foi verificado, pois a minoria dos pediatras apresentou subespecialidade. Relacionado a outros títulos acadêmicos, somente 3,3% dos pediatras apresentaram título de Mestre. Estes dados corroboram os achados de Fortini (2003), nos quais determinou-se uma

formação centrada na residência médica e especialização. Entretanto, no que tange à subespecialidade e outros títulos, este estudo apresentou diferenças em relação ao de Fortini (2003), que determinou valor expressivo quanto à subespecialidade (54,1%) e também o mestrado (8,8%). Quanto à área de atuação, a amostra do estudo de Fortini (2003) discordou do presente estudo, pois apresentou distribuição diversificada, com atuação na área docente (22,3%) e autônomo (89,2%). Esta diferença pode estar associada ao fato de que este estudo centrou-se nos pediatras com atuação nos centros de saúde da rede municipal (Tabela 1). Sendo a atuação dos mesmos, voltada para a realização de exame clínico para avaliar as condições de saúde da criança, verificar o estado de desenvolvimento e crescimento da mesma, além de realizar encaminhamento para os serviços de maior complexidade, como os especialistas, caso necessário (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2005).

Quanto à caracterização dos pediatras, a maioria pertence ao gênero feminino (Tabela 1), o que concorda com os estudos de Freire (2000) e Manica (2003), os quais apresentaram, respectivamente, 62,5% e 63,5% de pediatras do gênero feminino. Porém, de acordo com a pesquisa de Fortini (2003), o gênero feminino apresentou-se em menor parte (49%). Na variável relacionada à idade, a média encontrada neste estudo foi de 45,9 anos, o que corrobora com a média de idade encontrada nos estudos de Fortini (2003), 47,2 anos, Freire (2000), 43,7 anos e discorda da média de idade encontrada no estudo de Manica (2003) que foi de 37,7 anos. Quanto ao tempo de atuação na Pediatria, neste estudo a maioria dos pediatras apresentou tempo de atuação entre 21 e 30 anos (Tabela 1). Dados que concordam com os achados de Fortini (2003), no qual grande parte dos pediatras entrevistados apresenta tempo de atuação maior que 20 anos (48,8%). Assim, determinar o perfil dos pediatras, como foi realizado neste estudo, e nos outros apresentados, propiciou retratar a profissão em um determinado tempo, porém sabe-se que este perfil modifica de acordo com as mudanças provocadas pela sociedade, como visto na caracterização desta amostra com as dos demais estudos correlacionados (FORTINI, 2003).

A partir deste ponto, pretende-se descrever a percepção dos pediatras a respeito dos aspectos relacionados a aquisição e desenvolvimento da linguagem. A maioria dos pediatras (64,8%) considerou que a Pediatria não dá enfoque satisfatório ao estudo da linguagem (Tabela 2). O que pode representar que ao longo da formação acadêmica do pediatra, o conteúdo relacionado à aquisição e desenvolvimento da linguagem é ministrado de forma geral, ressaltando poucos aspectos dentro de cada etapa, como pode ser visto em um dos livros referência na Pediatria: *Pediatria Básica* (MARCONDES *et al.*, 2002). Degenszajn

(2002), colaboradora deste livro, cita que um dos parâmetros utilizados pelos pediatras para a identificação e intervenção precoce no desenvolvimento infantil centra-se na obra de Gesell, que capacita o profissional a conhecer o processo evolutivo da criança. Este processo tem base teórica na relação entre o desenvolvimento neurológico e o mental, na qual o comportamento do bebê pode ser observado em quatro áreas: motora (sentar, engatinhar, andar, além das habilidades de manipulação de objetos); adaptativa (cognitiva, que diz respeito à capacidade de integrar as experiências a sua adaptação ao mundo), lingüística (comunicação não-verbal e verbal, bem como as habilidades de compreensão e expressão) e social (relação indivíduo-ambiente) (KNOBLOCK; PASSAMANICK, 2002). Especificamente, quanto à linguagem, a escala de desenvolvimento de Gesell (1940) *apud* Degenszajn (2002), destaca apenas marcos relevantes em cada faixa etária, sem descrever aspectos mais específicos em cada idade e também não consideram os aspectos pré-verbais e funcionais (uso da linguagem). Estes dados justificam os achados deste estudo, quanto ao fato de os pediatras considerarem que a Pediatria não dá enfoque satisfatório no que diz respeito ao estudo da linguagem.

A maioria dos entrevistados (83,5%) considerou possuir informações a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem. No entanto, desta maioria, apenas 5,5% considerou o grau das informações que possui satisfatório, como pode ser visualizado na Tabela 2. Em pesquisa bibliográfica realizada na revista *Pediatria* (São Paulo), no período de 1998 até 2007, verificou-se que foram publicados apenas oito artigos relacionados à deficiência auditiva, dois a respeito de alterações de fala e nenhum acerca do desenvolvimento da linguagem ou AEDL. Estudo realizado com o objetivo de identificar o conhecimento de Pediatras acerca da atuação do fonoaudiólogo evidenciou um percentual baixo de pediatras que receberam informações a respeito da atuação do fonoaudiólogo durante o curso de graduação em Medicina (14,7%) e na residência em Pediatria (35,3%) (RABELO et al., 2004). Estes dados concordam com os achados deste estudo e ressaltam a dificuldade que os pediatras encontram ao buscar o aprimoramento de suas informações a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem. O que demonstra a necessidade de fortalecimento da relação Pediatria e Fonoaudiologia, sendo um dos recursos a inserção de publicações na área de linguagem em revistas científicas da Pediatria. Favorecendo, assim também, o esclarecimento da atuação do fonoaudiólogo no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem e das AEDL.

Os pediatras que afirmaram possuir conhecimento a respeito da linguagem destacaram como sendo a área de maior conhecimento as alterações da linguagem

(patologias), e a de menor conhecimento as etapas pré-verbais do desenvolvimento lingüístico (Gráfico 1). Estes resultados demonstram a necessidade de um procedimento de observação da linguagem que considere não só marcos das etapas verbais, mas também das etapas pré-verbais (ZORZI; HAGE, 2004).

Na Tabela 3 foi possível observar que, no que diz respeito ao considerar adequado ou não a idade em que a criança deve responder às solicitações verbais e atender ordens rotineiras com gestos, os pediatras apresentaram porcentagem maior em respostas adequadas. Ressaltando, novamente, a atenção destes voltada aos marcos maiores do desenvolvimento lingüístico. O Ministério da Saúde, na Série Cadernos de Atenção Básica (2002), que tem o objetivo de normatizar o acompanhamento da criança na atenção básica, determina que marcos tradicionais do desenvolvimento infantil sejam a base dos instrumentos de avaliação da criança. Sendo assim, verifica-se que a formação acadêmica do pediatra, quanto à observação da linguagem, tem tendência à verificação mais global do desenvolvimento, com foco na fase lingüística. O que também foi evidenciado neste estudo, já que os entrevistados demonstraram dificuldade em determinar a idade adequada para cumprir ordens simples e com duas ações, habilidades pouco citadas nas escalas de desenvolvimento utilizadas pelos pediatras, como a ficha de acompanhamento do desenvolvimento e o cartão da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984)

O índice das respostas adequadas ou não acerca das etapas do desenvolvimento pré-verbal e linguagem expressiva pode ser visualizado na Tabela 4. Um dado que chamou a atenção foi o baixo índice de respostas adequadas quanto à questão da manifestação da intenção comunicativa (29,7%), que pode indicar que o pediatra não se detém nas questões relacionadas à comunicação não-verbal, pois se apresentam com menor visibilidade no momento da consulta médica, já que dizem respeito a pragmática, área ainda com pequena ênfase no estudo da linguagem na Pediatria (DEGENSZAJN, 2002). Também quanto ao surgimento das primeiras palavras obteve-se um índice maior de respostas inadequadas (58,6%). Ressalta-se o alto índice de acertos para a questão da ausência do balbucio até o 8º mês (92,3%), o que pode ser justificado por ser um marco importante para o início da comunicação verbal e de grande visibilidade na observação do pediatra (DEGENSZAJN, 2002). De acordo com Oller; Eilers e Schwartz (1999), o estudo dos marcos do desenvolvimento lingüístico oferece subsídios para as ações de prevenção, diagnóstico e intervenção dos distúrbios da linguagem infantil. Desta forma, a ausência ou o atraso do balbucio pode ser considerado um fator de risco para as alterações da linguagem, sendo fundamental a observação da ocorrência ou não do mesmo, durante as consultas periódicas

das crianças. Contudo, percebe-se que no acompanhamento infantil, tanto se faz necessário uma observação global, quanto detalhada da linguagem, buscando determinar possíveis alterações ou atrasos. Este estudo evidenciou uma tendência dos pediatras em reconhecer somente marcos maiores das habilidades lingüísticas.

Na Tabela 5 foi possível observar que houve diferença clinicamente significativa ( $p=0,09$ ) entre os médicos que relataram possuir informações a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem e tempo de atuação pediátrica. Evidenciando que os pediatras com menor tempo de atuação demonstraram possuir informações a respeito da linguagem (Gráfico 2). Esta relação pode estar associada a mudanças na formação médica, como a introdução teórica de tópicos básicos de puericultura e promoção de saúde no momento do ensino da semiologia, o que favorece a observação clínica e melhora a relação médico-paciente (ALMEIDA, CIAMPO; OLIVEIRA, 2000; FERREIRA *et al.*, 2004).

Foi possível determinar associação estatisticamente significativa ( $p = 0,00$ ) entre o ano de conclusão da graduação e o enfoque dado pela Pediatra no estudo do desenvolvimento da linguagem (Quadro 2). Quanto menos tempo de formado, mais o pediatra se sente satisfeito com o enfoque do conteúdo dado pela Pediatria (Gráfico 3). Ferreira *et al.* (2004) descrevem que o Departamento de Pediatria da UFMG tem investido em reuniões anuais com o objetivo de adequar as estruturas curriculares na área, corrigindo inadequações da matriz curricular, aprimorando os conteúdos e metodologia educacional. Os autores também citam que é foco do Departamento de Pediatria desenvolver a prática interprofissional no cuidado da criança e das famílias em situações especiais. Dentro deste aspecto, percebe-se mudanças no ensino na área da pediatria que significam mudanças no perfil do profissional, o que justifica os achados do presente estudo, pois a maioria da amostra deste estudo formou-se na FM-UFMG.

## CONCLUSÃO

O presente estudo revelou homogeneidade da amostra quanto às características relacionadas ao gênero, titulação acadêmica, período de conclusão da graduação em Medicina, local e tempo de atuação pediátrica.

Quanto à percepção dos pediatras acerca da aquisição e desenvolvimento da linguagem, a maioria relatou possuir informações a respeito da mesma, porém a minoria revelou satisfação quanto ao enfoque dado pela Pediatria e o seu próprio conhecimento acerca deste assunto. Destacando a necessidade da criação de recursos que possam favorecer o aprimoramento dos pediatras quanto aos aspectos relacionados à aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Verificou-se tendência dos pediatras pesquisados em identificar as etapas lingüísticas relacionadas aos marcos maiores, com menor evidência aos aspectos relacionados às etapas pré-lingüísticas durante as consultas. Esta tendência justifica a manifestação da maioria dos pediatras de que a Pediatria não enfoca satisfatoriamente o estudo a linguagem, e assim, não possuem conhecimento satisfatório a respeito da mesma.

Este estudo revelou o conhecimento de um grupo específico e uma pesquisa com maior abrangência e uma amostra mais heterogênea pode mostrar resultados variados. No entanto, a partir desta pesquisa, foi possível determinar a importância da integração da Pediatria e Fonoaudiologia na promoção de saúde da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, C. A. N.; CIAMPO, L. A. D.; OLIVEIRA, J. E. D. Semiologia pediátrica: experiência de ensino e aprendizagem segundo uma nova proposta de curso médico. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 10-3. 2000,
- 2 AGUADO, G. Dimensões perceptivas, sociais, funcionais e comunicativas do desenvolvimento da linguagem. In: CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. - **A Linguagem da Criança: Aspectos normais e patológicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p.71-87.
- 3 CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. - Modelos psicolinguísticos do desenvolvimento da linguagem. In: CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. **A Linguagem da Criança: Aspectos normais e patológicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p.52-70.
- 4 BARROS, A. C. T.; GALINDO, M. A.C.; JACOB, R.T.S. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva. **Pediatria**, São Paulo, n. 24, p. 25-31, 2002.
- 5 BERLIN, L. J. et al. The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development. **Preventive Medicine**, n. 21, p.231-45.1998.<<http://openurl.ingenta.com/content?genre=article&issn=00917435&volume=27&issue=>>. Acesso em: 15 jan. 2008.
- 6 CORDONI-JÚNIOR, L.; DALTO, V.; TURINI, B. Conhecimento e atitudes de pediatras em relação à cárie dentária. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 12, n. 24, p.205-10, jan/mar. 2008.
- 7 DEGENSZAJN, R. D. Teorias sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor da Criança: Uma Revisão Crítica. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica: Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002 p.36-44.
- 8 DALVI, K. F.; MOTTA, A. R. Visão dos médicos que atuam em Pediatria no extremo sul da Bahia em relação aos hábitos orais deletérios. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v 12, n. 4, p. 281-6. 2007.

- 9 DEL RIO, M. J., VILASECA, R. Sobre A Aquisição E Desenvolvimento Da Linguagem. In: CASANOVA, J. P. **Manual de Fonoaudiologia**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. p.16-30.
- 10 FERREIRA, R. A. et al. Avaliação discente do ensino de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 1997-2000. **Pediatria**, São Paulo, v. 26, n.4, p. 219-29.
- 11 FORTINI, M. S. **A Prática e a Visão do pediatra na Abordagem dos Problemas Otorrinolaringológicos: Análise dos determinantes envolvidos nessa relação**. Belo Horizonte, 2003. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
- 12 FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H.. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151774912000000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151774912000000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 fev. 2008.
- 13 KNOBLOCK, H.; PASSAMANICK, B. – Triagem do Desenvolvimento. In: KNOBLOCK, H.; PASSAMANICK, B. **Gessel e Amatruda Psicologia do Desenvolvimento do Lactente e da Criança Pequena: Bases Neuropsicológicas e Comportamentais**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.375-90.
- 14 JAKUBOVICZ, R. Desenvolvimento Da Linguagem Em Paralelo Com Outras Habilidades Não-Lingüísticas. In: JAKUBOVICZ, R. **Atraso de Linguagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 19-31.
- 15 LAMPRECHT, R. R. et al. Cronologia da Aquisição dos Segmentos e das Estruturas Silábicas. In: LAMPRECHT, R. R. et al. - **Aquisição Fonológica do Português: Perfil De Desenvolvimento E Subsídios Para Terapia**. São Paulo: Artmed; 2004. p.167-176.
- 16 LEVY S. G., HYMAN, S. L. Pediatric assessment of the child with developmental delay. **Ped. Clin N Am**, v. 30, p259-67, 1997.
- 17 MANICA, M. B. et al. O que os pediatras conhecem sobre afecções oculares na criança? **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 66, n. 4, 2003.
- 18 MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica: Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

- 19 MARKONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 6 ed, São Paulo, Atlas, 2005.
- 20 MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Secretaria de Assistência à Saúde** – Coordenação de Atenção a Grupos Especiais – Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência. 1991.
- 21 MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Secretaria de programas especiais** – Divisão nacional de saúde materno-infantil. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – Normas Técnicas. Brasília, 1984.
- 22 MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Secretaria de Políticas de Saúde**. Deptº de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica. 2002.
- 23 MOLINA, H. et al. **Revisión Sistemática sobre Eficacia de Intervenciones para El Desarrollo**. Santiago: health promotion and protection Division/Family Health and Population Program.
- 24 NINIO, A. The Relation of Children's Single Word Utterances to Single Word Utterances in the Input. *Journal of Child Language*, n. 1, p. 87-110, 1992. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=JCL>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- 25 OLLER, D. K.; EILERS, R. E.; SCHWARTZ. Precursors to speech in infancy: the prediction of speech and language disorders. **J Commun Disord**. v. 32, p. 223-45. 1999.
- 26 OMS – Organização Mundial da Saúde – **Programa de ação Mundial para Pessoas com Deficiência** – Resolução 37/52 de 03 de dezembro de 1982 – Assembléia Geral das Nações Unidas.
- 27 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. 2005. Disponível em:<[http://portal1.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS\\_BH\\_2005\\_2008.pdf?id\\_conteudo=12107&id\\_nivel1=-1](http://portal1.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS_BH_2005_2008.pdf?id_conteudo=12107&id_nivel1=-1)>. Acesso em: 17 jan. 2008.
- 28 RABELO, B. G. R. et al. Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. **Fono Atual**, São Paulo, v. 7, n. 27, p. 4-10, abril/jun. 2004.

- 29 SOLE, D. et al. O conhecimento de pediatras sobre alergia alimentar: estudo piloto. **Rev. Paulista Pediatria.** v. 25, n. 4, p. 311-6, 2007.
- 30 TUNKEL, D. E. et al. Practice of Pediatric Otolaryngology Results of the Future of Pediatric Education II Project. **Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery.** n.7,v.128, p.759-764, 2002.
- 31 ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC - Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis.** São José dos Campos, Pulso, 2004. 93p
- 32 ZORZI, J. L. Aspectos Básicos Para Compreensão, Diagnóstico E Prevenção Dos Distúrbios De Linguagem Na Infância. **Rev CEFAC,** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-5, jan/jun. 2000.

**ARTIGO II**

**PRÁTICAS PEDIÁTRICAS REFERENTES À INVESTIGAÇÃO DA  
AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a prática pediátrica quanto à investigação dos aspectos lingüísticos das crianças e a idade na qual os pediatras as encaminham com suspeitas de alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Elaborar um protocolo de observação da linguagem, para uso dos pediatras. **Métodos:** Estudo descritivo, com delineamento de levantamento, por meio da utilização de questionário. Sendo este de auto-respostas, com questões predominantemente fechadas. A amostra foi constituída de 91 pediatras locados nos centros de saúde do município de Belo Horizonte. O questionário foi distribuído aos pediatras pelos próprios distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A análise descritiva foi realizada empregando-se a distribuição de frequência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para análise inferencial, os Testes Qui-quadrado e T-Student foram utilizados em um nível de significância de 5%. **Elaboração de um protocolo de observação da linguagem para uso dos pediatras. Resultados:** Constatou-se que 93,4% dos pediatras observam as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta pediátrica e os recursos utilizados (82,4%) para tal são perguntas dirigidas aos pais e observação direta dos comportamentos comunicativos. A orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem faz parte da rotina de 51,6% dos pediatras entrevistados. 50,5% consideraram que é necessário realizar encaminhamento das crianças entre o primeiro e segundo ano de vida para avaliação fonoaudiológica quando estas não usam a linguagem oral no referido período. A maioria dos pediatras (93,4%) observa o desenvolvimento da linguagem durante a consulta e, destes, apenas 49,5% realiza orientações aos pais, mostrando ser uma associação estatisticamente significativa ( $p = 0,00$ ). Foi elaborado o protocolo de observação da linguagem de crianças entre o primeiro e segundo ano de vida, para uso do pediatra. **Conclusões:** A partir desta pesquisa vê-se a importância da relação entre Pediatria e Fonoaudiologia na promoção de saúde da criança.

**Palavras-chave:** Linguagem Infantil. Desenvolvimento. Pediatria. Conhecimento. Prevenção Primária.

## ABSTRACT

**Objective:** To get to know the pediatrics practices referring to the investigation of the linguistic aspects of children at the age in which pediatricians suspect alterations on the language acquisition and development. To develop an observation protocol of language to pediatricians to use. **Methods:** Descriptive study, with lined-up raising, through a questionnaire. It was mainly self-answers kind, with especially multiple choice questions. The sample was designed with 91 pediatricians located in Belo Horizonte municipality public health centers. The questionnaire had been distributed to the pediatricians by the Secretaria Municipal de Saúde<sup>5</sup> de Belo Horizonte sanitary districts itself. The descriptive analysis was made by using the frequency distribution of the categorical variables and the central bias measures analysis and the dispersion of continue variables, the Qui-square and T-Student tests were applied at a significance level of 5%. Development of an observation protocol of language to pediatricians to use. **Results:** It was confirmed that 93.4% of the pediatricians observe the language development phases along the pediatric consultation and the used resources (82.4%) for that are questions to parents and direct observation of the communicative behaviors. The orientation to parents referring to language development is part of the routine in 51.6% of the interviewed pediatricians. 50.5% of them consider necessary to send children to a further fonoaudiological intervention between one and two years old when they do not present verbal expression during this period. Most pediatricians (93.4%) observe the development of language during the consultation and, from them, only 49.5% give guidelines to parents, showing to be a statistically significant association ( $p = 0.00$ ). To create an observation protocol of language of children between one and two years old to pediatricians to use. **Conclusions:** From this research, it is seen the importance of the integration between Pediatrics and Fonoaudiology in the promotion of the health of children.

**Key words:** Children Language. Development. Pediatrics. Knowledge. Primary Prevention.

---

<sup>5</sup> Municipal Health Secretary in Portuguese

## INTRODUÇÃO

As crianças adquirem a linguagem de forma natural, quer dizer, sem esforço nenhum, seja por parte dos pais ou da própria criança. Talvez esta observação pareça óbvia demais, porém não é, pois em algumas situações esta aquisição não acontece de forma natural. Determinadas crianças podem falhar neste momento e a aquisição da linguagem apresentar-se com atraso ou déficit ao longo do seu desenvolvimento.

O que leva a criança falhar no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem? Diversos fatores podem estar associados para que tal falha aconteça, tais como: características individuais relacionadas aos aspectos orgânicos (alterações neurológicas, deficiência mental, deficiência auditiva e outras), afetivos (relação com o outro, condições emocionais entre outras); bem como características ambientais, as quais podem estar relacionadas às questões sócio-familiares (estimulação pobre, com poucas oportunidades de aprendizagem; rejeição por parte dos pais ou ao contrário, super-proteção) (RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007; ZORZI, 2002).

Bishop; Mogford (2002), Lahey (1990) e Zorzi (2002) concordaram ao afirmar que as alterações da linguagem podem surgir como fator secundário a outras alterações, no caso, deficiência intelectual, deficiência auditiva, sintomatologia neurológica e outras. Nestes casos a identificação torna-se evidente, pois existem fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem e outras áreas do desenvolvimento podem encontrar-se comprometidas também.

Ervin (2001) citou que existem numerosos transtornos que afetam a linguagem na infância. Muitos são amplamente reconhecidos, como a síndrome de Down e autismo, por exemplo. Por outro lado, quando a alteração de linguagem não advém de outros fatores, como déficits neurológicos, sensoriais, intelectuais, emocionais, sendo a linguagem a única área do desenvolvimento comprometida, a identificação da alteração torna-se dificultosa e, freqüentemente, ocorre tardiamente. Nestas situações, em que a falha no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem é determinada por alterações lingüísticas específicas, como alterações primárias, caracteriza-se um quadro de AEDL (BOTTING; CONTI-RAMSDEN, 2004; CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, 2002; LAW; GARRET; NYE, 2004; STARK; TALLAL, 1981).

As AEDL são caracterizadas por dois grupos, sendo desde um atraso simples das habilidades lingüísticas, que tende a desaparecer ao longo do desenvolvimento infantil, com pequena ou nenhuma manifestação tardia, no que se refere ao aprendizado da linguagem escrita; até um distúrbio de linguagem, que se caracteriza por implicações lingüísticas

persistentes, as quais interferem no aprendizado da linguagem escrita (SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004).

As alterações lingüísticas que marcam a diferença entre o atraso do desenvolvimento da linguagem (ADL) e o distúrbio do desenvolvimento da linguagem (DDL) devem ser estabelecidas para um melhor conhecimento do quadro no qual as crianças com AEDL estão inseridas.

O ADL é marcado pelo surgimento ou desenvolvimento da linguagem atrasadamente em relação à idade esperada para as crianças com desenvolvimento típico de linguagem e o comprometimento costuma ser no mesmo grau em todos os componentes da linguagem (fonológico, semântico, morfossintático e pragmático) (PAWŁOWSKA et al., 2008). O que também é confirmado por Befi-Lopes; Araújo; Giusti (2002) e Landaeta; Barros; Slimming (2006), ao afirmarem que no ADL a dificuldade no funcionamento lingüístico tem como sinal maior o aparecimento tardio da linguagem.

No DDL, porém, verificam-se alterações mais graves, nas quais uma ou mais habilidade lingüística pode estar comprometida, demonstrando um desajuste na evolução da linguagem (HAGE, 2004). Ainda, quanto ao DDL, os déficits lingüísticos observados têm graus variáveis, em alguns casos a criança pode permanecer com habilidades lingüísticas não verbais (utilização de gestos convencionais ou simbólicos para se comunicar), quando já deveria estar utilizando aspectos verbais da linguagem. Em algumas crianças, o déficit pode estar centrado na área fonológica (atraso ou alterações na aquisição dos sons da língua, levando a uma fala ininteligível após três anos), as primeiras palavras têm surgimento tardio, em outras crianças observa-se a área da pragmática alterada (interação comunicativa dificultosa, habilidades comunicativas pouco desenvolvidas: intenção, troca de turno no discurso e outras), já em outras crianças a área morfossintática pode estar mais alterada (lentidão na aquisição de aspectos lexicais da língua), a expansão vocabular é menor do que em crianças com desenvolvimento adequado de linguagem, o que leva a um comprometimento na área semântica (BEFI-LOPES et al., 2007; LANDAETA; BARROS; SLIMMING, 2006).

Apesar de as crianças com AEDL apresentarem-se como um grupo heterogêneo, uma característica merece destaque, a presença de um déficit em torno de 12 meses entre a idade cronológica e a idade da linguagem. (BEFI-LOPES; GÂNDARA; FELISBINO, 2006; LAHEY, 1990; STARK; TALLAL, 1981; VERHOEM; BALKOM, 2004).

Como visto, as alterações lingüísticas encontradas nas AEDL são persistentes e, geralmente, interferem no processo de aprendizagem da linguagem escrita (BEFI-LOPES;

GÂNDARA; FELISBINO, 2006). Porém, apesar de o aprendizado da linguagem escrita estar centrado nas competências verbais, deve-se estar atento a outros fatores que podem afetar o aprendizado da linguagem escrita, pois nem sempre as AEDL justificam esta dificuldade (PAWŁOWSKA et al., 2008).

Diante do fato que as AEDL podem persistir ao longo do desenvolvimento, trazendo implicações para a criança, determina-se a importância de uma intervenção precoce com o objetivo de minimizar os sintomas do déficit lingüístico (LAW; GARRET; NYE, 2004). Além de evitar posteriores alterações educacionais e sociais (PINTO-MARTIN et al., 2005; SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004).

Verhoem e Balkom (2004) citaram que a prevalência de crianças com AEDL varia entre 5% e 10% da população. De acordo com Landaeta; Barros e Slimming (2006), os estudos internacionais indicaram que a prevalência dos AEDL alcança 6% da população infantil. Coplan (1982) afirmou que de 2% a 3% por cento de crianças com até três anos apresentam atraso de desenvolvimento de linguagem, sem fatores secundários, como a deficiência auditiva, deficiência mental e outros.

As pesquisas apresentadas ressaltaram a ocorrência de alterações na comunicação na população infantil; porém, destaca-se que na maioria das vezes estas crianças chegam ao atendimento fonoaudiológico tardiamente, quando já estão com três ou quatro anos de idade (LIMA et al., 2004).

Para que a intervenção precoce aconteça, faz-se necessário que as crianças com sinais de um quadro de AEDL sejam identificadas o mais cedo possível. Diante de todos os profissionais que acompanham o desenvolvimento infantil, o pediatra é o que tem acesso primeiro a este acompanhamento e também, por sua relação com as famílias e as crianças desde tenra idade, destaca-se como o profissional mais indicado para identificar precocemente alterações no desenvolvimento infantil (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001; RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007; D-WORKIN, 1992).

Procedimentos podem ser desenvolvidos para a identificação de alterações do desenvolvimento e assim aprimorar as consultas pediátricas no reconhecimento das mesmas, favorecendo o encaminhamento para avaliação multidisciplinar, quando houver necessidade (RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007; D-WORKIN, 1992;). Dentre estes procedimentos, destaca-se o uso de questionários para os pais responderem, registros dos pais acerca do comportamento da criança e também protocolos de identificação (D-WORKIN, 1992).

Estudos demonstraram que diversos materiais foram desenvolvidos para dar apoio a identificação de alterações no comportamento e desenvolvimento infantil. A American

Academy of Pediatrics (2004) publicou *The First Signs Autism Campaign* que tem como objetivo identificar precocemente sinais de autismo e desordens no desenvolvimento. O *Ages & Stages Questionnaires* (ASQ) é uma ferramenta para indicar a competência de crianças entre seis e 60 meses, em quatro áreas: linguagem, motora, psico-social e cognitiva, o qual pode ser utilizado pelos pais (CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, 2002). O *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) é um questionário que auxilia o pediatra na identificação de problemas emocionais e comportamentais de crianças, sendo o mesmo preenchido pelos pais (JELLINEK; MURPHY; ROBINSON, 2006). O *Parent's Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones* (PEDS: DM) para crianças de zero a oito anos verifica as áreas motoras, linguagem expressiva e receptiva, social e emocional, além de áreas como leitura e matemática para crianças mais velhas, os pais identificam os comportamentos nas áreas descritas e assinalam as respostas (GLASCOES, 1997). Na França, a escala de *Brunet-Lézine* é amplamente utilizada (CHEVRIE-MULLER, 2005).

Dentre as escalas de avaliação do desenvolvimento infantil utilizadas em outros países e também no Brasil destacam-se a *Gesell Developmental Schedules*, criada por Gesell e Amatruda (1945), denominada Escala de Gesell (KNOBLOCK; PASSAMANICK, 2002), que observa o comportamento da criança de zero a cinco anos em quatro áreas: motora (coordenações motoras globais e finas, postura e manuseio de objetos), adaptativa (uso da motricidade para resolução de problemas práticos), linguagem (verbal e não-verbal, na área expressiva e receptiva) e pessoal-social (interação as situações sociais). O *Denver Developmental Screening Test* – DDST, chamado Teste de Denver, utilizado em crianças de um mês a cinco anos, abrangendo os seguintes aspectos: coordenação motora ampla e fina, linguagem e adaptação pessoal-social (CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, 2002). Outra escala utilizada é *The Bayley Scales of Infant Developmental* – BSID-II, conhecido como Teste de Bayley, avalia o desenvolvimento de crianças de um a 42 meses, tendo como enfoque três escalas: mental, que avalia a área perceptiva, resolução de problemas, conceito de números, linguagem e aspecto pessoal-social; motora, observa os movimentos, integração sensorial e perceptivo-motora e o registro do comportamento infantil, que avalia o aspecto social da criança frente ao ambiente (CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, 2002). A Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança – EDC é um teste nacional, utilizado na avaliação de crianças de um a 12 meses para o diagnóstico e intervenção em casos de distúrbios do desenvolvimento (PINTO; VILANOVA; VIEIRA, 1997). Por último destaca-se a Ficha de Avaliação do Desenvolvimento do Ministério da Saúde, elaborado com o objetivo de substituir os protocolos utilizados pelos

pediatras, pois estes eram extensos e complexos para os serviços de saúde pública. Os quais, nos anos 80, foram iniciados com a proposta de atendimento às crianças de zero a cinco anos, nos serviços básicos de saúde. Para esta nova ficha simplificada, três áreas do comportamento ganharam destaque: grosso motor, psicomotor e adaptativo ou social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Apesar da existência destes diversos testes, todos com enfoque no desenvolvimento infantil, inclusive na área da linguagem, nenhum dá enfoque específico à mesma. Outra questão é que em algumas situações as escalas para observação do desenvolvimento infantil não são suficientes para a identificação de sintomas que indicam atrasos na aquisição e desenvolvimento da linguagem (GLASCOE; SHAPIRO, 1999).

Diversos testes específicos para averiguação de sintomas de AEDL podem ser citados, porém ainda sem tradução para o Português. Destaca-se o *Reynell Developmental Language Scales* (REYNELL; GRUBER, 1977), que mede as competências lingüísticas de crianças de um ano a seis anos e inclui duas escalas para avaliar processos essenciais da linguagem: compreensiva e expressiva. O *Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale* (CAPUTE; ACCARDO, 1978), utilizado em crianças de duas semanas até 24 meses de idade. É um teste de triagem para identificar atrasos na linguagem expressiva, as informações podem ser obtidas por meio de relato dos pais e interação direta entre o examinador e as crianças. A escala *Early Language Milestone*, foi desenvolvida com o objetivo de realizar uma breve análise das capacidades lingüísticas da criança, a partir do relato de observações feitas pelos pais e do examinador em crianças desde o nascimento até 36 meses de idade (COPLAN; GLEASON; RYAN, 1982). Esta foi traduzida para o Português, porém ainda não foi padronizada para as crianças brasileiras.

A literatura demonstra que os protocolos utilizados pelos pediatras para a observação do desenvolvimento infantil apresentam-se com itens globais do desenvolvimento e as escalas de linguagem encontram-se como referências da literatura internacional. Neste caso, qual recurso poderia ser utilizado pelos pediatras para a detecção precoce dos sintomas das AEDL? De acordo com Chevie-Muller (2005), um protocolo de rastreio específico seria o mais indicado.

Assim, este estudo teve como objetivo conhecer as práticas pediátricas em relação à observação da linguagem nas consultas; bem como os critérios para encaminhamento de crianças que apresentem algum sinal de comprometimento lingüístico e também elaborar um protocolo de observação da linguagem, para que os pediatras possam utilizá-lo nas consultas periódicas das crianças.

## MÉTODO

Estudo transversal descritivo com delineamento de levantamento por meio da utilização de documentação direta intensiva: questionário, sendo este de auto-respostas, com questões fechadas e semi-abertas, abrangendo dois temas centrais:

- ✓ Prática pediátrica: investigação da linguagem nas consultas periódicas
- ✓ Visão pediátrica: encaminhamento de crianças apresentando sinais e sintomas de AEDL

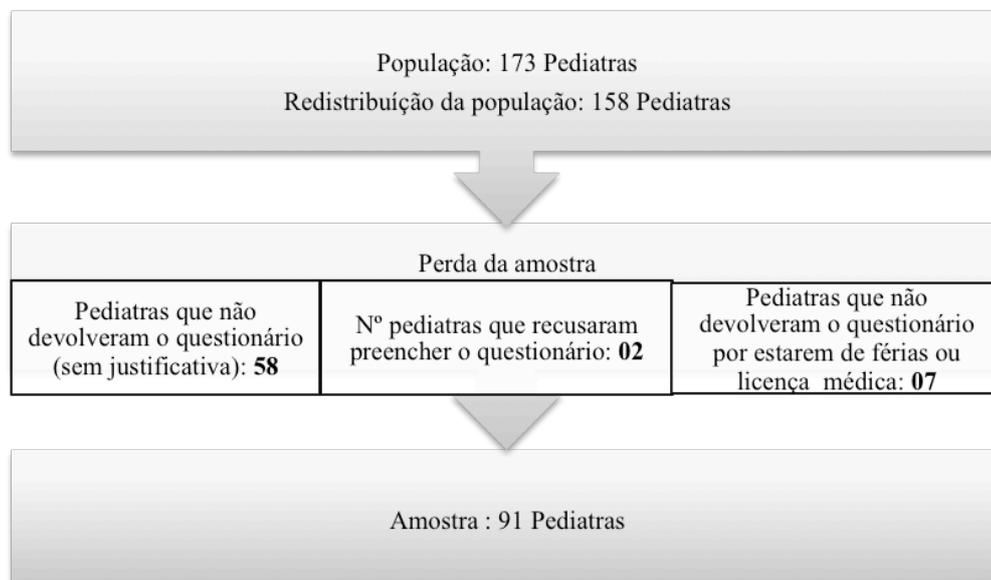
### Amostra

A população referência deste estudo foram os pediatras vinculados aos centros de saúde da SMSA/BH.

De acordo com os dados fornecidos pela GPARH da SMSA/BH, em março de 2007, 173 pediatras estavam distribuídos nos centros de saúde da rede municipal. Porém, durante a coleta de dados, verificou-se que alguns pediatras pertenciam a mais de um centro de saúde. Assim a distribuição de pediatras variou quanto ao relatório apresentado pela GPARH da SMSA/BH.

Devido a este novo dado, definiu-se uma amostra de 158 pediatras lotados nos centros de saúde da SMSA/BH e não mais de 173, como descrito anteriormente.

A Figura 1 demonstra a distribuição final da amostra.



**Figura 1.** Amostra final

**Critérios de Inclusão**

- ✓ Pediatras vinculados ao Centro de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte - MG.
- ✓ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

**Critérios de Exclusão**

- ✓ Perder o vínculo com o centro de saúde da SMSA/BH.

**Procedimentos**

O estudo foi aprovado, inicialmente, pelo CEP-SMSA/PBH, sob o protocolo de número 046/2007 (Anexo A); posteriormente, foi aprovado pelo COEP-UFMG, sob o protocolo de número ETIC 364/07 (Anexo B).

O instrumento utilizado para a realização desta pesquisa foi um questionário de auto-respostas (Apêndice C), elaborado com questões estruturadas e predominantemente fechadas.

Após aprovação do CEP-SMSA/BH e do COEP-UFMG foi realizado contato com os gerentes dos distritos sanitários da SMSA/BH, a fim de informá-los a respeito da pesquisa.

A distribuição dos questionários foi realizada pelos próprios distritos sanitários por meio de malote. Os pediatras fizeram a devolução dos mesmos, em data marcada pela pesquisadora, aos próprios distritos sanitários.

Juntamente ao questionário foi apresentada uma carta informando os pediatras (Apêndice A) do caráter voluntário da pesquisa, seus objetivos, benefícios e possíveis repercussões, além da solicitação de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

As perguntas e referentes opções de respostas dos questionários foram codificadas e introduzidas em um banco de dados para computação e análise estatística. O aplicativo MS-Excel foi utilizado na tabulação dos dados e geração dos gráficos. Os dados foram transferidos para o aplicativo SPSS 15.0. Para fins de análise descritiva foi realizada a distribuição de frequência das variáveis categóricas e a análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para a análise inferencial em um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A distribuição das variáveis relacionadas à caracterização da amostra pode ser visualizada na Tabela 1.

**TABELA 1** - Caracterização da amostra quanto a formação acadêmica, tempo de atuação em Pediatria e gênero

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA								
Ano de Conclusão da Graduação em Medicina		Tempo de Atuação em Pediatria (anos)				Local de Atuação em Pediatria		
n	%	n	%	n	%	n	%	
1972 a 1980	21	23,1	Até 10	11	12,1	Hospital	53	58,2
1981 a 1989	42	46,2	11 a 20	34	37,4	Unidade Pronto Atendimento	35	38,5
1990 a 1998	20	22,0	21 a 30	40	44,0	Consultório Particular	33	36,3
1999 a 2007	7	7,7	Acima de 31	5	5,5	Instituições de Ensino	8	8,8
Não respondeu	1	1,1	Não respondeu	1	1,1	Outros (1)	5	5,5

Titulação Acadêmica	Sim		Não		Gênero		
	n	%	n	%	n	%	
Residência Médica em Pediatria	88	96,7	3	3,3	<b>Masculino</b>	28	30,8
Título de Especialista em Pediatria	68	74,7	23	25,3	<b>Feminino</b>	63	69,2
Subespecialidade	31	34,1	60	65,9			
Mestrado	3	3,3	88	96,7			

n=91

(1)Outros= Preceptorial, Residência Médica, Cooperativa, Ambulatório, Núcleo Assistencial Caminhos Para Jesus

Os dados referentes à prática pediátrica quanto à observação da aquisição e desenvolvimento da linguagem, orientação aos pais e idade de realização de encaminhamento das crianças para intervenção fonoaudiológica podem ser visualizados na Tabela 6.

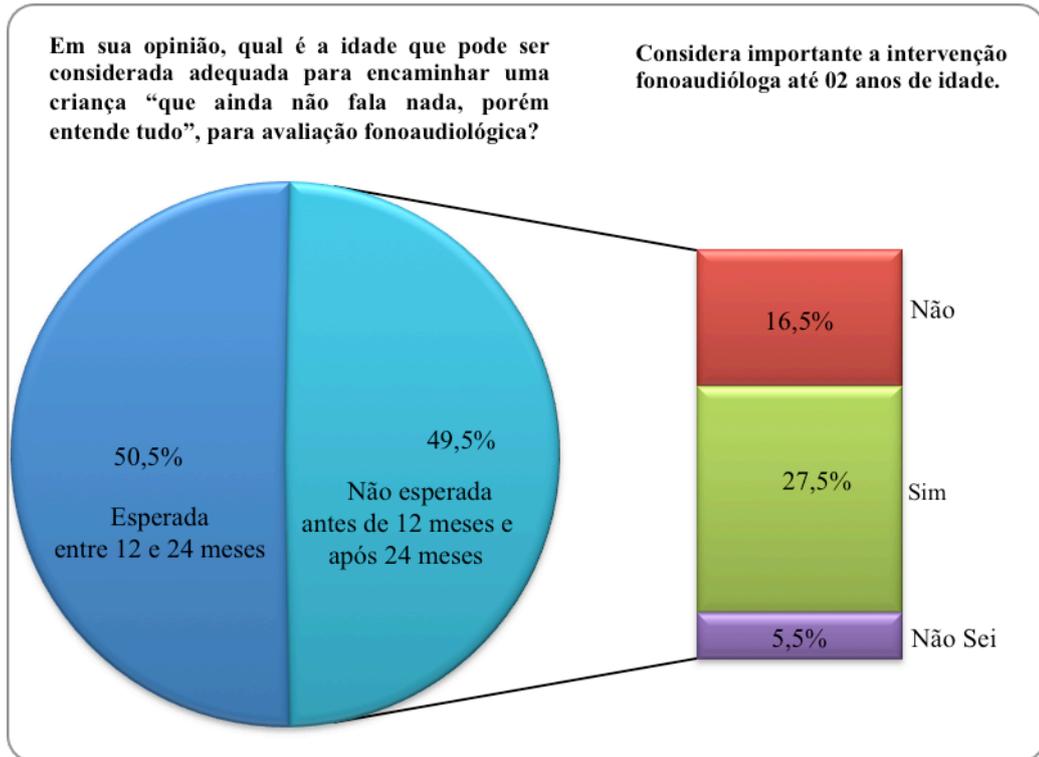
TABELA 6 - Prática pediátrica quanto à investigação da linguagem das crianças nas consultas periódicas

PEDIATRIA: PRÁTICAS REFERENTES À AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM							
Orientação Aos Pais Em Relação Ao Desenvolvimento Da Linguagem			Observação Da Linguagem Durante A Consulta Pediátrica			Idade Em Que O Pediatra Realiza Encaminhamento Das Crianças Para Avaliação Fonoaudiológica	
	n	%		n	%		%
Sim	47	51,6	Sim	85	93,4	Idade esperada (encaminhamento precoce - entre 12 e 24 meses)	50 50,5
Não	12	13,2	Não	6	6,6	Idade não esperada (antes de 12 meses - ou após 24 meses - encaminhamento tardio)	41 49,5
Às vezes	32	35,2					
Método De Observação Da Linguagem Das Crianças Pelos Pediatras							
				n	%		
				5	5,5	Perguntas aos pais	
				5	5,5	Observação direta	
				75	82,4	Duas alternativas anteriores	
				6	6,6	Outros (1)	

n=91

(1) Outros= Uso da Escala Denver (4 citações), interação com a criança (1 citação) e teste apropriado (1 citação)

No Gráfico 4 visualiza-se que 49,5% dos entrevistados responderam de acordo com a idade não esperada (antes 12 meses e após 24 meses) ao realizar encaminhamento para avaliação fonoaudiológica de crianças com sinais de alterações na linguagem e 50,5% responderam de acordo com a idade esperada (entre 12 e 24 meses). Dos 49,5% que responderam de acordo com a idade não esperada, 27,5% consideraram importante a intervenção fonoaudiológica em crianças até 2 anos, enquanto 16,5% responderam que não e 5,5% não souberam responder.



**GRÁFICO 4** - Relação entre a idade adequada para o encaminhamento de avaliação fonoaudiológica e opinião do pediatra acerca da intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade

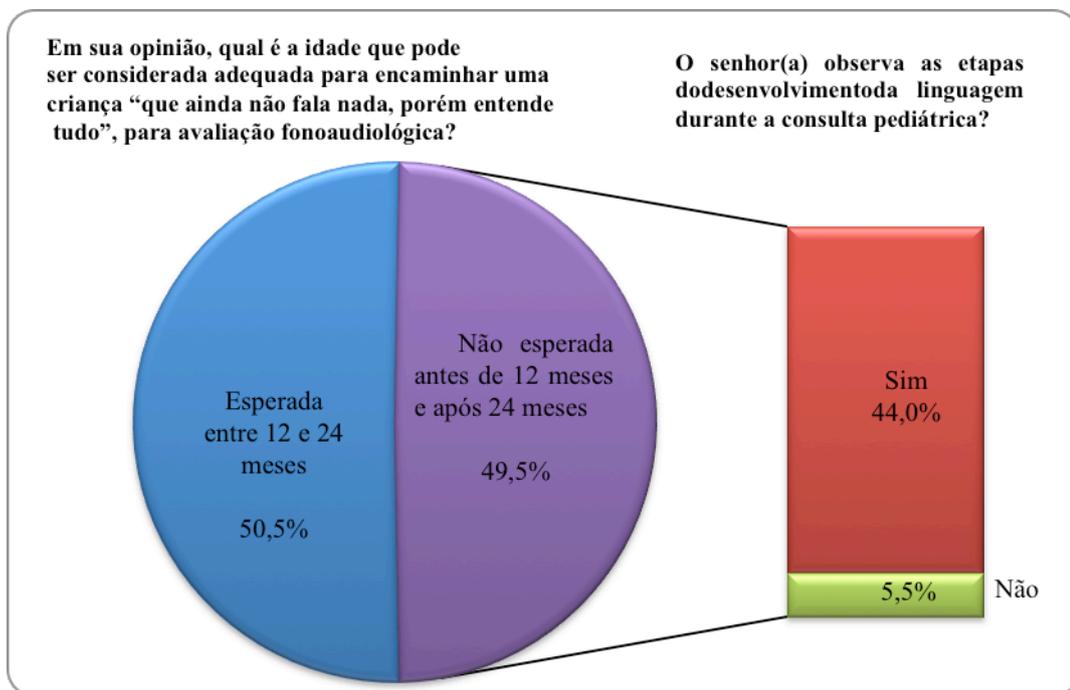
A associação entre a idade apontada pelo profissional de saúde como a adequada para encaminhar a criança para avaliação fonoaudiológica e a opinião se acha importante a intervenção fonoaudiológica em uma criança de até 2 anos de idade encontra-se no Quadro 3.

**QUADRO 3** - Associação entre a idade adequada para o encaminhamento de avaliação fonoaudiológica e opinião do pediatra acerca da intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade

OPINIÃO DO PEDIATRA QUANTO A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA ATÉ 2 ANOS DE IDADE	IDADE ADEQUADA DA CRIANÇA PARA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA		TOTAL
	Não Esperada (antes de 12 meses ou após 24 meses - encaminhamento tardio)	Esperada (entre 12 e 24 meses - encaminhamento precoce)	
Não	15	9	24
Sim	25	32	57
Não Sei	5	5	10
<b>TOTAL</b>	45	46	91

Teste Qui-quadrado: 2,34  
p = 0,30

Observa-se que 49,5% dos entrevistados responderam de acordo com a idade não esperada (antes de 12 meses e após 24 meses) ao realizar encaminhamento para avaliação fonoaudiológica de crianças com sinais de alterações na linguagem e 50,5% responderam adequadamente, na idade entre 12 e 24 meses. Dos 49,5% que responderam de acordo com a idade não esperada, 44% relataram observar as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta pediátrica, enquanto 5,5% disseram que não (Gráfico 5).



**GRÁFICO 5** - Associação entre idade de encaminhamento de crianças com sinais de alterações na linguagem e observação do desenvolvimento lingüístico nas consultas pediátricas

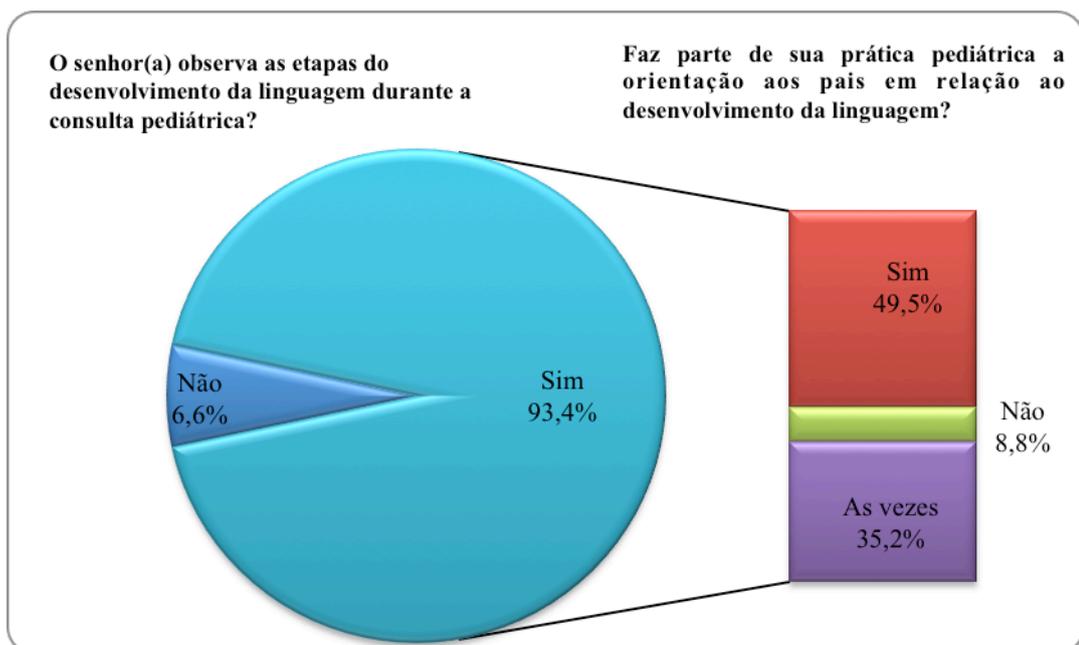
Visualiza-se no Quadro 4 a correlação entre a idade considerada adequada para encaminhar uma criança para avaliação fonoaudiológica e se o pediatra observa as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta.

**QUADRO 4** - Associação entre idade de encaminhamento de crianças com sinais de alterações na linguagem e observação do desenvolvimento lingüístico nas consultas pediátricas

IDADE ADEQUADA DA CRIANÇA PARA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	OBSERVA AS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM		TOTAL
	Sim	Não	
Não Esperada (antes de 12 meses ou após 24 meses - encaminhamento tardio)	40	5	45
Esperada (entre 12 e 24 meses encaminhamento precoce)	45	1	46
<b>TOTAL</b>	85	6	91

Teste Qui-quadrado: 2,95  
p = 0,08

Observa-se no Gráfico 6 que dos 93,4% dos pediatras que observam as etapas do desenvolvimento da linguagem, apenas 49,5% citaram orientar os pais em relação ao desenvolvimento da linguagem na consulta pediátrica, enquanto 35,2% afirmaram que as vezes realizam orientação e 8,8% relataram que não.



**GRÁFICO 6** - Associação entre a prática pediátrica de observação do desenvolvimento da linguagem nas consultas pediátricas e orientação aos pais

A correlação entre observar as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta pediátrica e se faz parte da prática pediátrica a orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem pode ser visualizada no Quadro 5.

**QUADRO 5** - Associação entre a prática pediátrica de observação do desenvolvimento da linguagem nas consultas pediátricas e orientação aos pais

OBSERVAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM DAS CRIANÇAS NAS CONSULTAS PERIÓDICAS	PRÁTICA PEDIÁTRICA DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS NAS CONSULTAS PERIÓDICAS			TOTAL
	Sim	Não	Às vezes	
Sim	45	8	32	85
Não	2	4	0	6
<b>TOTAL</b>	47	12	32	91

Teste Qui-quadrado: 16,60

\*p =0,00

Após análise dos dados dos questionários foi elaborado um protocolo de observação do desenvolvimento da linguagem para uso dos pediatras nas consultas periódicas das crianças (Quadro 6). O protocolo foi elaborado para a marcação dos aspectos lingüísticos observados na criança, quando esta estiver em consulta, seja por meio de perguntas ao acompanhante ou observação direta do comportamento comunicativo da criança.

Para elaboração do protocolo utilizou-se a tabela de desenvolvimento normal da linguagem desenvolvida por Zorzi e Hage (2004), pois é uma tabela que engloba as habilidades pré-verbais e verbais da comunicação até 24 meses e as áreas da linguagem (fonológica, morfossintática, semântica e pragmática) a partir do segundo ano de vida. Também foi utilizado o protocolo desenvolvido pela *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), traduzido por Zorzi (2000), para uso dos pais, no qual eles assinalam as habilidades auditivas e lingüísticas das crianças. O protocolo foi desenvolvido destacando as habilidades comunicativas até a idade de 24 meses, já que este estudo tem o enfoque de identificar alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem precocemente. Para o desenvolvimento esperado dos sons da fala, utilizou-se dados da tabela de aquisição fonológica de Lamprecht *et al.* (2004).

O protocolo foi composto por colunas contendo as etapas esperadas ao longo do desenvolvimento da linguagem da criança, desde o nascimento até o segundo ano de vida. Associado a estas etapas, estão as idades esperadas para o surgimento das mesmas. Ao realizar a observação da etapa da linguagem, por observação direta durante interação com a criança ou por meio de perguntas aos pais, o pediatra deverá marcar um “x” na intersecção entre a etapa observada e a idade da criança, ou assinalar com “o” a ausência da mesma na intersecção ocorrida.

Caso as marcações ocupem a parte de cor verde do protocolo, indicam que a criança apresenta-se com desenvolvimento típico de linguagem. Se, a maioria das marcações ocuparem a área de cor amarela, indica sinal de alerta, e na próxima consulta o pediatra deve observar se as mesmas evoluíram e atingiram os quadros de cor verde do protocolo. No entanto, se as marcações forem feitas na parte de cor vermelha, já sinalizam a necessidade do encaminhamento para avaliação fonoaudiológica. Ressalta-se que o período considerado de alerta é importante, pois a linguagem pode sofrer variações na velocidade e qualidade ao longo de sua aquisição inicial (CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH, 2002). As instruções detalhadas para marcação do protocolo de observação e acompanhamento do desenvolvimento da linguagem pode ser visualizado no Apêndice D.

## Protocolo de Observação da Linguagem (Leite, 2008)

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM ATÉ O 11º MÊS	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Quando a criança chora não dá para diferenciar se o choro indica sensação de fome, dor ou algum outro desconforto.	■	■	■										
Vocalizações reflexas pouco freqüentes do tipo vogais prolongadas: "aaaa", "uuuu".	■	■											
Ao ouvir a voz da mãe a criança pára de chorar	■	■											
Quando a criança chora dá para identificar se o choro indica que ela está com fome, sono, dor ou algum outro desconforto.		■	■	■	■	■							
A criança apresenta vocalizações, só que agora com entonação variada e relacionadas as sensações agradáveis da hora do banho, da alimentação e outras.		■	■	■	■	■							
Reage a fala humana: a criança parece olhar para quem está falando e quando a pessoa se cala, a criança vocaliza "aaaa", "uuuu".		■	■	■	■	■							
Balbuícios: a criança produz reduplicações silábicas (pa-pa; ma-ma) diversificadas quanto aos parâmetros sonoros (graves: sons mais grossos, agudos: sons mais finos).				■	■	■	■	■					
A criança olha quando é chamada.				■	■	■	■	■					
Ainda não apresenta intenção comunicativa, porém apresenta jogos vocais (o bebê vocaliza, dá uma pausa, a mãe repete a vocalização feita pelo bebê, nova pausa e o bebê vocaliza novamente).				■	■	■	■	■					
O bebê olha um objeto, aponta-o ou grita demonstrando seu interesse por ele, mas não olha para a mãe ou cuidador solicitando-o.							■	■	■	■			
É mais ativo na interação com seus cuidadores com respostas por meio de movimentos corporais, sorrisos, vocalizações.							■	■	■	■			
Balbuício diferenciado com emissões bem estabelecidas, seguindo a formação consoante-vogal, como: "mapama, patada".							■	■	■	■			
Imitação verbal ( repete os sons emitidos por outras pessoas).							■	■	■	■			
O balbuício ganha contorno da língua materna								■	■	■	■		
Inicia os comportamentos comunicativos: a princípio pela manifestação motora e gestual: olha alternadamente para a pessoa e um objeto e o indica com o dedo, demonstrando que o deseja.								■	■	■	■		
Atende a ordens imperativas, como: dá tchau, joga beijo, pare, venha cá e outras.								■	■	■	■		
Função regulatória da comunicação (utiliza-se de gestos, vocalizações para satisfazer suas necessidades, por exemplo: leva a mãe até a porta indicando que quer ir embora)									■	■	■	■	
A criança pode repetir palavras ditas pelo adulto, porém de maneira diferente, por exemplo: adulto - "quer banana?!" e a criança emite- "nana"										■	■	■	■
A criança apresenta comportamento dialógico (conversa) por meio de jargão (vogais e consoantes emitidas com entonação da língua materna, por exemplo: a mãe pergunta o que ela está fazendo e a criança responde "patamadã!")										■	■	■	■
Produz palavras isoladas, ainda que às vezes não entendidas (idioincrasias), por exemplo: emite "donadó" para a banheira ou "babapó" para o urso de pelúcia."										■	■	■	■



## DISCUSSÃO

Para a realização desta pesquisa foram distribuídos 158 questionários aos pediatras dos centros de saúde de Belo Horizonte, obtendo-se uma amostra de 91 questionários respondidos, que corresponde a 57,6%. Pesquisa realizada com 489 otorrinolaringologistas, utilizando questionário como instrumento de coleta de dados, para determinar a prática de otorrinolaringologistas pediátricos *versus* a prática de otorrinolaringologistas generalistas, recebeu 63,2% de retorno (TUNKEL et al., 2002). Marconi; Lakatos (2005), afirmaram que, em média, apenas 25% dos questionários são devolvidos. Outros estudos obtiveram de 46,4% a 63,57% dos questionários respondidos (FORTINI, 2003; FREIRE; MACEDO; SILVA, 2000; MANICA, 2003). O que determina que o índice de devolução dos questionários desta pesquisa em questão encontra-se dentro do esperado para pesquisas que utilizam este instrumento para coleta de dados.

Sabe-se também que estudos como este podem apresentar viés de informação (RABELO et al., 2004; SOLE et al., 2007), devido ao tipo de coleta de dados e limitação da amostra; porém, os resultados obtidos neste estudo foram suficientes para averiguar as práticas pediátricas referentes à observação da aquisição e desenvolvimento da linguagem e encaminhamento de crianças com AEDL.

Diante dos dados coletados, quanto à prática dos pediatras no acompanhamento do desenvolvimento da linguagem, na consulta periódica, ressalta-se que a maioria dos pediatras relatou observar as etapas do desenvolvimento da linguagem e os recursos utilizados para tal são perguntas dirigidas aos pais e observação direta dos comportamentos comunicativos (Tabela 6). Ocorreu a indicação do uso da escala Denver por quatro pediatras, apesar de a literatura indicar diversos instrumentos direcionados para a observação do desenvolvimento infantil (Escala de Gesell, DDST, BSID-II, ASQ, PSC, PEDS: DM, EDC, a Ficha de Avaliação do Desenvolvimento do Ministério da Saúde, entre outros). Tais achados estão em concordância com a literatura. De acordo com Figueiras et al. (2003), dos 113 profissionais de saúde entrevistados, apenas 31,8% indicaram o uso de protocolos de investigação, sendo que a diferença de utilização destes pelos enfermeiros foi estatisticamente significativa em relação aos médicos. Ainda nesta pesquisa, a utilização do cartão da criança foi o protocolo mais citado, além do Teste de Denver, citado por três pediatras. Outro estudo ressaltou que 52% dos pediatras utilizavam algum teste para a observação do desenvolvimento infantil e destes, apenas 15 a 20% utilizavam-no em mais de 10% dos pacientes (SMITH, 1978). Dados que corroboram com os achados deste estudo.

A orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem faz parte da rotina 51,6% dos entrevistados (Tabela 6). Blank (2003) evidenciou diversos estudos nos quais as famílias relataram sentir necessidade de maiores informações a respeito da saúde da criança do que normalmente recebem pelos pediatras e que além de receberem orientações verbalmente, outros recursos poderiam ser utilizados, como cartazes e manuais escritos. Neste sentido, a atuação multiprofissional poderia contribuir para o aprimoramento das ações de orientação.

Neste estudo, observou-se que 49,5% dos pediatras consideraram o encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, de crianças entre a idade de 12 e 24 meses, que não apresentam expressão verbal, inadequado (Tabela 6). Destes 49,5%, a maioria (36,3%) considerou que o encaminhamento para avaliação fonoaudiológica deve ocorrer após os 24 meses de idade da criança. Estudos chamam a atenção para o fato de que a ausência ou atraso na expressão verbal aos 24 meses pode ser um indicativo de que a linguagem não esteja evoluindo adequadamente, pois nesta idade a criança já faz uso de palavras isoladas e inicia o uso de frases com duas palavras (dá nenê) (ASHA, 2008; PSAROMMATIS *et al.*, 2001; ZORZI, 2000). Portanto, verifica um índice de encaminhamento tardio para avaliação fonoaudiológica.

Observou-se que não há uma associação significativa ( $p=0,30$ ) entre conhecer a idade adequada para encaminhar a criança e considerar importante a intervenção fonoaudiológica (Quadro 3 e Gráfico 4). Uma pesquisa realizada em uma clínica de grande porte de São Paulo, com o objetivo de averiguar quais os profissionais que mais realizam encaminhamento para o fonoaudiólogo constatou que do total de 1168 pacientes atendidos nos últimos 10 anos, somente 16 (1,36%) foram encaminhados por pediatra. O estudo concluiu que este baixo índice de encaminhamento pelo pediatra pode estar relacionado à falta de conhecimento do pediatra da atuação do fonoaudiólogo (MARCHESAN, 2005). Estes achados corroboram com o estudo em questão, sinalizando a necessidade de maior relação entre a Pediatria e a Fonoaudiologia.

Neste estudo, verificou-se que há uma associação clinicamente significativa ( $p=0,08$ ) entre a idade apontada pelo profissional de saúde como adequada para encaminhar ao fonoaudiólogo e a observação do desenvolvimento da linguagem durante a consulta (Quadro 4). Apesar de esta correlação ser clinicamente significativa, por qual motivo diversos estudos relataram a identificação tardia de crianças com sinais de alteração no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem? (ANEJA, 1999; LEVY & HYMAN, 1993). Esta pesquisa demonstrou que os pediatras apresentaram um índice representativo de observação das etapas

do desenvolvimento da linguagem, porém com uma visão inadequada das idades de surgimento das mesmas, o que pode levar ao encaminhamento tardio, quando necessário. Segundo Alcântara (2002), Bonilha; Rivorêdo (2005), a Pediatria cuida da criança ao longo do seu desenvolvimento, garantindo que o desenvolvimento físico e mental ocorra de forma saudável (puericultura). Além deste aspecto, a Pediatria destina-se a clínica pediátrica ou curativa, que busca resgatar aspectos alterados no desenvolvimento. Blank (2003) ressaltou que o pediatra, atualmente, dedica em torno de 40% de sua atividade clínica em serviços de promoção de saúde, o que confere a necessidade de a consulta pediátrica ir além do exame clínico, para cumprir com a função de assegurar o desenvolvimento infantil em todas as áreas. Sendo assim, a identificação adequada das etapas de surgimento da linguagem nas consultas periódicas pelo pediatra, seria uma das possíveis ações para que as crianças sejam encaminhadas precocemente para intervenção fonoaudiológica ao detectar sinais de AEDL.

Ressalta-se, neste estudo, que há uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,00$ ) entre a observação das etapas do desenvolvimento da linguagem e a realização de orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem (Quadro 5). O que demonstra que apesar da maioria dos pediatras (93,4%) observarem o desenvolvimento da linguagem durante a consulta, apenas 49,5% fornecem orientações aos pais a respeito desta observação (Gráfico 6). De acordo com Horwitz *et al.* (1992), Sharp *et al.* (1992), os profissionais de saúde que prestam atendimento infantil, geralmente não orientam as mães a respeito das alterações de desenvolvimento. Contraditoriamente, outro estudo determinou que 70,3% dos profissionais de saúde citaram dar orientações às mães a respeito do desenvolvimento; mas, neste mesmo estudo 86,8% das mães responderam que não receberam orientação acerca do desenvolvimento de seus filhos (FIGUEIRAS *et al.*, 2003). Estes achados concordam com este estudo e demonstram que apesar da importância da orientação aos pais a respeito das observações realizadas do desenvolvimento da linguagem, ao longo da consulta pediátrica, verifica-se um baixo índice desta ação. Destaca-se, ainda, a relevância das orientações aos pais ao determinar ações básicas nas consultas pediátricas, inclusive na identificação precoce de crianças com sinais de AEDL.

A consulta pediátrica além de assegurar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, também pode indicar procedimentos preventivos e curativos. A orientação partindo dos indicadores observados na consulta torna-se de mais fácil compreensão para os pais. Desta forma, fica o questionamento: será que além da percepção inadequada do pediatra ao verificar as idades de surgimento das etapas da linguagem, o baixo

índice de orientações aos pais seja um dos motivos para a chegada tardia das crianças com sinais de AEDL ao fonoaudiólogo?

Porém, verifica-se mais uma vez, a necessidade de integração entre Pediatria e Fonoaudiologia para a identificação precoce de crianças com sinais de AEDL. De acordo com Hart (2004), o encaminhamento médico precoce de crianças ao atendimento fonoaudiológico possibilita a detecção dos distúrbios específicos de linguagem em idade hábil para a reversão do quadro, pois quanto mais cedo forem tratados, maiores serão as condições de superação dos mesmos. Ou ainda, pode-se prevenir a sua ocorrência. Bedregal (2006) ressaltou que programas de atenção à criança em idade precoce promovem benefícios ao desenvolvimento infantil, especialmente no que se refere à linguagem e aspectos cognitivos. Assim, com a criação do protocolo de observação da linguagem (Quadro 6), espera-se contribuir para que o pediatra realize precocemente o encaminhamento de crianças com AEDL, para avaliação fonoaudiológica.

## CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que a maioria dos pediatras graduou-se na FM-UFMG, no período de 1981 a 1989. Quanto à titulação, cita-se que a maioria tem residência médica e são especialistas em Pediatria. A média de idade da amostra é de 45 anos e 9 meses e a maior parte da amostra é do gênero feminino. Quanto ao tempo de atuação na Pediatria, a maioria relatou ter de 21 a 30 anos e o foco de trabalho encontra-se centrado nos centros de saúde da rede municipal e hospitais de Belo Horizonte.

No que se refere à prática pediátrica quanto à investigação dos aspectos lingüísticos das crianças, nas consultas periódicas, foi possível concluir que os pediatras indicaram realizar a verificação das etapas do desenvolvimento de linguagem, por meio de observação direta e perguntas dirigidas aos pais.

O estudo também revelou que a idade na qual os pediatras indicaram encaminhar as crianças com suspeitas de alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem centrou-se em dois períodos: entre 12 e 24 meses (50,5%) e após os 24 meses (36,3%). Sendo que o encaminhamento após os 24 meses é um dado preocupante, pois é uma idade tardia para a intervenção primária nas AEDL. Outro dado relevante foi a constatação de que a orientação aos pais ainda é pequena, no que se refere aos aspectos observados acerca da evolução da linguagem. Estes dados, encaminhamento tardio e baixo índice de orientação aos pais podem ocasionar a identificação tardia de crianças com sinais de AEDL. O presente estudo, portanto, evidenciou que a atuação do fonoaudiólogo nestes casos, precisa ser melhor estabelecida entre os pediatras.

Desta forma, após análise da prática pediátrica referente à observação da linguagem, nas consultas periódicas, o protocolo de observação da linguagem pôde ser elaborado. No entanto, determina-se a necessidade de estudo posterior, para validação do mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCÂNTARA, P. Introdução ao Estudo da Pediatria. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica: Tomo I – Pediatria Geral e Neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002 p.3-8.
  
- 2 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **First Signs Autism Campaign**, 2004. Disponível em: <<http://www.dbpeds.org/screening/>>. Acesso em: 15 nov.2007
  
- 3 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children (RE0062). **Pediatrics**. v. 108, p.192–196. 2001.
  
- 4 AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). **How does your child hear and talk?** Disponível em: <[www.asha.org/public/speech/development/chart.htm](http://www.asha.org/public/speech/development/chart.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2008.
  
- 5 ANEJA, S. Evaluation of a Child with Communication Disorder. **Indian Pediatrics**, New Delhi, v. 36, p.887-890, 1999. Disponível em: <<http://www.indianpediatrics.net/sep4.htm>>. Acesso em: 12 dez.2006.
  
- 6 BEDREGAL, P. Eficacia y efectividade en la atención de niños entre 0 y 4 años. **Expansiva**, Chile, p.1-30, 2006.
  
- 7 BEFI-LOPES, D. M.; PUGLISI, M. L.; RODRIGUES, A.; GIUSTI, E.; GÂNDARA, J. P.; ARAÚJO, K. Perfil comunicativo de crianças com Alterações Específicas no Desenvolvimento da Linguagem: caracterização longitudinal das habilidades pragmáticas. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. São Paulo, v.12, n.4, p.265-73, 2007.
  
- 8 BEFI-LOPES, D. M.; GÂNDARA, J. P.; FELISBINO, F. S. Categorização Semântica E Aquisição Lexical: Desempenho De Crianças Com Alteração Do Desenvolvimento Da Linguagem. **Rev CEFAC**. São Paulo, v.8, n.2, p.155-61, abr-jun. 2006.
  
- 9 BEFI-LOPES, D. M.; ARAÚJO, K.; GIUSTI, E. Diagnóstico Diferencial nas Alterações de Desenvolvimento da Linguagem: Contribuição de uma Análise Comparativa. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**. Curitiba, v.3, n.12, p.204-211. 2002.

- 10 BISHOP, D.; MOGFORD, K. Cinco Questões Referentes à Aquisição da Linguagem Considerada à Luz de Circunstâncias Excepcionais. In: BISHOP, D.; MOGFORD, K. **Desenvolvimento da Linguagem em Circunstâncias Excepcionais**. Revinter, 2002, p335-66.
- 11 BLANK, D. A Puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**. v. 79, Supl. 1, p.13-22, 2003.
- 12 BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. v. 81, n. 1, p.8-13, 2005.
- 13 BOTTING, N.; CONTI-RAMSDEN, G. Characteristics of Children With Specific Language Impairment. In: VERHOEVEN, L.; BALKOM, H. V. **Classification of Developmental Language Disorders: Theoretical Issues and Clinical Implications**. London: Lawrence Erlbaum Associates, 2004. p. 23-38.
- 14 CAPUTE, A. J.; ACCARDO P. J. Linguistic and auditory milestones during the first two years of life: a language inventory for the practitioner. **Clinical Pediatrics**. v. 17, p.847-53, 1978.
- 15 CHEVRIE-MULLER, C.- Exploração da linguagem oral. In: CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. **A Linguagem da Criança: Aspectos normais e patológicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p.101-133.
- 16 CENTRE FOR COMMUNITY CHILD HEALTH. **Child Health Screening And Surveillance: A Critical Review Of The Evidence**. Hospital Melbourne for the National Health and Medical Research Council, march. P. 189-224, 2002.
- 17 COPLAN, J., GLEASON, J. R., RYAN, R. Validation of an early language milestone scale in a high risk population. **Pediatrics**. v. 70, p.677-683. 1982
- 18 D-WORKIN, P. H. Developmental Screening: (Still) Expecting the Impossible? 1992. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract> Acesso em: 02 fev. 2008.
- 19 ERVIN, M. S. L. I. What We Know and Why It Matters. Disponível em: <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2001/sli.htm>. Acesso em 21 jan. de 2008.

- 20 FIGUEIRAS et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da Atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n16, nov/dez. 2003.
- 21 FORTINI, M. S. **A Prática e a Visão do pediatra na Abordagem dos Problemas Otorrinolaringológicos: Análise dos determinantes envolvidos nessa relação**. 2003. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 22 FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151774912000000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151774912000000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 fev. 2008.
- 23 GLASCOE, F. P. Parents' concerns about children's development prescreening technique or screening test? **Pediatrics**, v. 99, p.522-528. 1997.
- 24 GLASCOE, F. P.; SHAPIRO, H. L. **Developmental and Behavioural Screening. Developmental Behaviour and Pediatrics Online Community** . <http://www.dbpeds.org/articles/dbtesting/overview.html> 1999. 23-9-1999>. Acesso em: 7 nov. 2007.
- 25 HAGE, S. R. V. et al. Diagnóstico de crianças com alterações específicas de linguagem por meio de escala de desenvolvimento. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 62, n. 3-A, p. 649-653, 2004.
- 26 HART, H. Speech and language disorders and associated problems: meeting children's needs. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 46, n. 7, p.4435–435, Jul. 2004.
- 27 HORWITZS, S. M.; LEAF, P. J.; LEVENTAL, J.M.; FORSYTH, B.; SPEECHLEY, K.N. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. **Pediatrics**. v. 89, p. 480-485. 1992.
- 28 JELLINK, M.; MURPHY, J. M.; ROBINSON, J. The pediatric symptom checklist – Screening school aged children for psychosocial dysfunction. **Journal of Pediatrics**, v. 8 p. 201-209. 1989.

- 29 KNOBLOCK, H.; PASSAMANICK, B. Triagem do Desenvolvimento. In: KNOBLOCK, H.; PASSAMANICK, B. **Gessel e Amatruda Psicologia do Desenvolvimento do Lactente e da Criança Pequena: Bases Neuropsicológicas e Comportamentais**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.375-90.
- 30 LAHEY, M. Who shall be called language disordered? Some reflections and one perspective. **J Speech Hear Disord**. v. 55, n.4, p.612-20. nov. 1990.
- 31 LAMPRECHT, R. R. et al. Cronologia da Aquisição dos Segmentos e das Estruturas Silábicas. In: LAMPRECHT, R. R. et al. - **Aquisição Fonológica do Português: Perfil De Desenvolvimento E Subsídios Para Terapia**. São Paulo: Artmed; 2004. p.167-176.
- 32 LANDAETA, M. M.; BARROS, M. P. G.; SLIMMING, A. P.; WALKER. La Integración Sensorial En los Niños Con Transtorno Específico De Lenguaje (TEL): Um Estudio Preliminar. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.8, n.3, p.301-12, jul-set. 2006.
- 33 LAW, J; GARRET, Z, NYE, C. The efficacy of treatment for children whit developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. **J Speech Lang Hear Res**. v.47, n.4, p.924-43. 2004
- 34 LEVY S. G.; HYMAN, S. L. Pediatric assessment of the child with developmental delay. **Ped. Clin N Am**, v. 30, p259-67, 1997.
- 35 LIMA, M. C. M. P. et al. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditivas e visuais em lactentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.1, p.106-12, 2004.
- 36 MANICA, M. B. et al . O que os pediatras conhecem sobre afecções oculares na criança?. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 66, n. 4, 2003.
- 37 MARCHESAN, I. Pediatras Encaminham Pacientes Para Fonoaudiólogos? – 2005. Disponível em:  
<[http://www.cefac.br/publicar/arquivos/SP\\_pediatras\\_e\\_encaminhamento\\_para\\_fo\\_noterapia.pdf](http://www.cefac.br/publicar/arquivos/SP_pediatras_e_encaminhamento_para_fo_noterapia.pdf)>. Acesso em 21 jan. 2007.
- 38 MARKONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 6 ed, São Paulo, Atlas, 2005.

- 39 MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Secretaria de programas especiais** – Divisão nacional de saúde materno-infantil. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – Normas Técnicas. Brasília, 1984.
- 40 PAWŁOWSKA *et al.* Factors accounting for the ability of children with SLI to learn agreement morphemes in intervention. **Journal of Child Language**. v.35 p.25–53, 2008,
- 41 PINTO, B.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M.. O Desenvolvimento do Comportamento da Criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento. São Paulo. FAPESP. 1997.
- 42 PINTO-MARTIN, J. A.; DUNKLE, M.; EARLS, M.; FLIEDNER, D.; LANDES, C. Developmental Stages of Developmental Screening: Steps to Implementation of a Successful Program. **American Journal of Public Health**. v. 95, n. 11, p. 1928-1932, nov. 2005.
- 43 PARENT’S EVALUATION OF DEVELOPMENTAL STATUS: DEVELOPMENTAL MILESTONES (PEDS: DM). Disponível em: <http://www.pedstest.com/dm/>. Acesso em: 12 fev. 2008.
- 44 PSAROMMATIS. I. M. et al. Hearing loss in speechlanguage delayed children. **J Pediatr Otorhinolaryngol**. v. 58, p. 205-10, 2001.
- 45 RABELO, B. G. R. et al. Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. **Fono Atual**, São Paulo, v. 7, n. 27, p. 4-10, abril/jun. 2004.
- 46 REYNEL, J. K.; GRUBER, D. Reynell Developmental Language Scales [http://portal.wpspublish.com/portal/page?\\_pageid=53,69748&\\_dad=portal&\\_sc=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,69748&_dad=portal&_sc=PORTAL) . Acesso em 21 fev. 2008.
- 47 RESEGUE, R; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria (São Paulo)**. v. 29, n. 2, p.117-128. 2007
- 48 SHARP, L.; PARENTAL, R. H.; MURPHY, L. O.; LEWIS, C. C. Psychosocial problems during child health supervision visits: Eliciting, then what?. **Pediatrics**, v. 89, p.619-623. 1992.

- 49 SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 2(Supl), p. 95-103, 2004.
- 50 SOLE, D. et al. O conhecimento de pediatras sobre alergia alimentar: estudo piloto. **Rev. Paulista Pediatria**. v. 25, n. 4, p. 311-6, 2007.
- 51 STARK, R.; TALLAL, P. Selection of children with specific language deficits. **J Speech Hear Disord**. V. 46, p.114-122, 1981.
- 52 TUNKEL, D.E. et al. Practice of Pediatric Otolaryngology Results of the Future of Pediatric Education II Project. **Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery**. v.128, n.7, p.759-764, 2002.
- 53 SMITH, R. D., The use of developmental screening tests by primary-care pediatricians. **Journal of Pediatrics**, v. 93, p.524-527. 1978.
- 54 VERHOEVEM, L.; BALKOM, H. V. – Developmental Language Disorders: Classification, Assessment, and Intervention. In: VERHOEVEM, L.; BALKOM, H. V. **Classification Of Developmental Language Disorders: Theoretical Issues and Clinical Implications**. New Jersey, Erbaum Associates, Publishes, 2004, p. 3-22.
- 55 ZORZI, J. L. – **A Intervenção Fonoaudiológica Nas Alterações da Linguagem Infantil**. Rio de Janeiro, Revinter, 2. ed, 2002. 154p
- 56 ZORZI, J. L.; HAGE, S. R. V. **PROC - Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos, Pulso, 2004. 93p
- 57 ZORZI, J. L. Aspectos Básicos Para Compreensão, Diagnóstico E Prevenção Dos Distúrbios De Linguagem Na Infância. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-5, jan/jun. 2000.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da atuação profissional da pesquisadora, as crianças com AEDL despertavam o interesse por representarem um grupo expressivo entre as diversas patologias atendidas nas unidades básicas de saúde. Outro dado que despertava a atenção era que a maioria chegava para o tratamento fonoaudiológico com mais de três anos.

Então, entender a causa de tal fato ocorrer sempre foi uma “curiosidade científica”. Ao longo da atuação fonoaudiológica um fato destacava-se: o baixo índice de encaminhamento de crianças por indicação dos pediatras. Alguns questionamentos foram levantados: por que este baixo índice de indicações pelos pediatras? Seria por eles possuírem poucas informações a respeito do desenvolvimento da linguagem? Qual idade os pediatras consideravam adequada para encaminhar crianças com alterações na linguagem? Será possível identificar os sinais de AEDL até o segundo ano de vida da criança? O pediatra seria o profissional mais indicado para esta identificação?

Realizar, portanto, esta pesquisa, favoreceu resgatar algumas destas questões e determinar algumas proposições até então levantadas clinicamente.

A revisão de literatura determinou que a chegada de crianças com AEDL, tardiamente, para o atendimento fonoaudiológico é um fato comum. Situação esta, prejudicial à criança, já que a não aquisição das habilidades lingüísticas poderá desencadear alterações correlatas como alterações emocionais, interferência no processo da aquisição da linguagem escrita e outras.

Determinou-se, também, que o profissional que primeiro realiza contato periódico com a criança é o pediatra, então ele seria um profissional de fundamental importância na verificação das alterações da linguagem, e assim, realizar encaminhamento para a intervenção fonoaudiológica, caso necessário.

Esta pesquisa favoreceu o conhecimento do olhar pediátrico quanto aos aspectos do desenvolvimento da linguagem e práticas relativas à observação da linguagem e identificação de sinais de AEDL.

A Partir destas constatações, estabeleceu-se que a relação Fonoaudiologia e Pediatria precisam ser estreitadas, para um melhor acompanhamento da criança no que diz respeito à identificação das etapas de desenvolvimento da linguagem, principalmente acerca das etapas pré-verbais e habilidades comunicativas não-verbais. Para que, assim, o pediatra instrumentalize-se para verificar sinais de AEDL em crianças, precocemente.

Portanto, ações precisam partir da Fonoaudiologia, sendo uma delas o protocolo criado neste estudo para a observação do desenvolvimento da linguagem e de uso do pediatra. Além de participação ativa da Fonoaudiologia em eventos e revistas científicas da Pediatria, com o propósito de inserir seminários, palestras e publicações a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem, bem como de alterações possíveis de ocorrência neste período, os quais possam favorecer uma rotina de condutas nesta área.

## APÊNDICE A – Carta De Esclarecimento Aos Pediatras

### Aos Pediatras

#### **Pesquisa – O Olhar Pediátrico No Diagnóstico Dos Distúrbios Específicos De Linguagem**

Em anexo a esta carta segue um questionário, que é instrumento para coleta de dados desta pesquisa, a qual tem como objetivo principal conhecer a prática pediátrica quanto ao encaminhamento de crianças com alterações específicas do desenvolvimento da linguagem. Ressalta-se que este questionário não pretende medir conhecimentos e sim verificar a visão pediátrica em relação à área fonoaudiológica, quanto à aquisição e desenvolvimento da linguagem. Destaca-se, também, que este questionário servirá de base para a elaboração de um protocolo de observação da linguagem, a fim de ser utilizado pelos pediatras nas consultas periódicas das crianças. Ao final desta pesquisa, pretende-se realizar oficinas tendo como alvo os pediatras lotados na Secretaria Municipal de Saúde. As oficinas terão o propósito de apresentar os resultados finais da pesquisa, oferecer esclarecimentos a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem, e também das alterações de linguagem, além de apresentar o protocolo de observação de linguagem para utilização dos pediatras nas consultas periódicas das crianças.

Esta pesquisa está sendo realizada no programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Portanto, é muito importante que o senhor(a) colabore respondendo ao questionário. Os dados coletados serão analisados coletivamente, garantindo assim a preservação dos seus dados pessoais.

Assinale as alternativas que o(a) senhor(a) considere como a melhor opção.

Este questionário preenchido, bem como o termo de consentimento assinado deverá ser devolvido à gerência do distrito sanitário ao qual o(a) senhor(a) pertence até o dia 25 de janeiro de 2008.

Desde já agradeço a sua participação.

Cordialmente.

Fg<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Leite  
Pesquisadora

Dr<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha  
Orientadora

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - UFMG. Desenvolvo essa Pesquisa como Dissertação de Mestrado. O tema dessa pesquisa é O Olhar Pediátrico No Diagnóstico Das Alterações Específicas do Desenvolvimento da Linguagem. E, a mesma, será desenvolvida nos Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte – MG.

O objetivo geral dessa pesquisa é conhecer a percepção dos pediatras, bem como a sua prática profissional ao realizar o encaminhamento de crianças com sintomas de Distúrbios Específicos de Linguagem para intervenção fonoaudiológica. Dessa forma, solicito a sua participação respondendo ao questionário, aqui apresentado. Será garantido a você o anonimato, o sigilo das informações e a privacidade de todos os dados que forem obtidos nessa pesquisa. Ressalto que os resultados obtidos servirão como base para a elaboração de um protocolo de observação da linguagem, que poderá ser utilizado pelos pediatras, nas consultas periódicas das crianças. Todos os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados em eventos especializados ou revistas científicas de Medicina e Fonoaudiologia, ou áreas afins. Contudo, as informações que forem obtidas não conterão nenhum dado que possa te identificar. Os seus dados somente serão revelados a pedido oficial da Justiça do Brasil e em conformidade com a Lei específica para isso.

A sua colaboração é muito importante e necessária para que essa pesquisa possa ser realizada. Contudo, a sua participação é livre. Caso você concorde em participar, a qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa. Você também poderá escolher sair da pesquisa e não permitir a utilização dos dados que foram obtidos. Isso não trará nenhum prejuízo a você. Essa pesquisa é de cunho voluntário e você não receberá nada para poder participar. Lembre-se que a sua participação é livre e não é obrigatória.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida dentro das normas e resoluções do Ministério da Saúde e da ANVISA através da Resolução 196/96 que trata de todos os aspectos relativos à ética em

pesquisa. Qualquer dúvida sobre a pesquisa você poderá solucionar conosco Rita de Cássia Duarte Leite (pesquisadora) e Dr<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha (orientadora).

Desde já agradecemos a sua participação e boa vontade em nos ouvir e participar dessa pesquisa.

Atenciosamente,

**Pesquisadora:**

Rita de Cássia Duarte Leite

Endereço: Rua Dep. Bernardino Sena Figueiredo, nº 250, Aptº 302, B. Cidade Nova  
Belo Horizonte - MG CEP: 31170-210 TEL: (31)3486-6666 CEL: (31)8801-6489

**Orientadora:**

Dr<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha

Endereço: Alfredo Balena, nº 190, SI 7003

Belo Horizonte - MG CEP: 31130-100 TEL: (31) 3248-9640

**APÊNDICE B****CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
como indivíduo dessa pesquisa, afirmo que fui devidamente orientado (a) e esclarecido (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados nela obtidos. Esses dados poderão ser utilizados para a Dissertação de Mestrado e para publicações posteriores, desde que a confidencialidade seja garantida. Por isso aceito participar das atividades da pesquisa O Olhar Pediátrico No Diagnóstico Dos Distúrbios Específicos de Linguagem.

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

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

## APÊNDICE C

Questionário n°

### Pesquisa – O Olhar Pediátrico No Diagnóstico Dos Distúrbios Específicos de Linguagem

#### Formação e Atuação

1. Idade:   anos
2. Gênero:  
[A] Masculino  
[B] Feminino
3. Ano de conclusão da Graduação: \_\_\_\_\_
4. Instituição de Graduação:  
\_\_\_\_\_
5. Residência Médica em Pediatria?  
[A] Sim  
[B] Não
6. Título de Especialista em Pediatria?  
[A] Sim  
[B] Não
7. Titulação:
  - 7.1. Subespecialidade  
[A] Sim Qual área: \_\_\_\_\_  
[B] Não
  - 7.2. Mestre  
[A] Sim Qual área: \_\_\_\_\_  
[B] Não
  - 7.2. Doutor  
[A] Sim Qual área: \_\_\_\_\_  
[B] Não
8. Há quanto tempo o senhor(a) atua na especialidade de Pediatria?  
  anos
9. Marque o (s) local (is) onde o senhor(a) trabalha como pediatra:
  - [A] Hospital
    - [1] Municipal
    - [2] Estadual
    - [3] Federal
    - [4] Privado
  - [B] Unidades Básicas - Centro de Saúde
    - [1] Municipal
    - [2] Estadual
    - [3] Federal
    - [4] Privado
  - [C] Unidades de Pronto Atendimento
    - [1] Municipal
    - [2] Estadual
    - [3] Federal
    - [4] Privado
  - [D] Consultório particular (autônomo)
  - [E] Instituições de Ensino (docência)
  - [F] Outros: \_\_\_\_\_

#### Visão Pediátrica: Linguagem - Aquisição e Desenvolvimento

10. De seu ponto de vista, a formação em pediatria enfoca o estudo do desenvolvimento da linguagem infantil, bem como suas alterações de um modo:
  - [A] Satisfatório
  - [B] Relativamente satisfatório
  - [C] Não satisfatório
11. O senhor(a) possui informações ou dados a respeito da aquisição e desenvolvimento da Linguagem?
  - [A] Sim
  - [B] Não
- 11.1. Se a resposta for positiva, assinale qual o tipo de informação que possui:
  - [A] Teorias sobre aquisição de linguagem
  - [B] Etapas pré-verbais do desenvolvimento comunicativo
  - [C] Etapas do desenvolvimento lingüístico
  - [D] Alterações relacionadas à linguagem (patologias)
  - [E] Outras:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. O senhor considera o seu grau de informação a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem
  - [A] Satisfatório
  - [B] Relativamente satisfatório
  - [C] Não satisfatório
13. O comportamento da criança de até 07 meses de idade que não responde às solicitações verbais por meio do riso, vocalizações, expressão facial, ou não se vira quando é chamada pelo próprio nome, pode ser considerado:
  - [1] Adequado para a idade
  - [2] Inadequado para a idade
  - [3] Não sei
14. É esperado que a criança atenda às ordens rotineiras acompanhadas de gestos, como: “dá tchau”, “joga beijo”, “não” com a seguinte idade:
  - [A] 4 e 5 meses
  - [B] 6 e 7 meses
  - [C] 8 e 9 meses
  - [D] 10 e 11 meses
15. A manifestação de comportamentos como: esticar a mão em direção ao objeto solicitando-o ou empurrar a mão do adulto em direção ao objeto desejado podem ser observados a partir de qual idade?
  - [A] 4 e 5 meses
  - [B] 6 e 7 meses
  - [C] 8 e 9 meses
  - [D] 10 e 11 meses

16. A ausência de balbucio na criança até o 8º mês de idade, pode ser considerado como um sinal de possível problema comunicativo?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Não sei

17. É esperado que o surgimento das primeiras palavras (mama, dá, papa, não...) aconteçam com qual idade?

- [A] Antes de 12 meses  
[B] De 12 a 18 meses  
[C] De 19 a 24 meses  
[D] de 24 meses em diante

18. A criança, de até 18 meses de idade, que ainda não cumpre ordens simples, como: desligue a televisão, pegue o sapato do papai no quarto, está dentro do esperado para a idade?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Não sei

19. Com qual idade a criança começa a emitir frases simples com 02 ou 03 vocábulos, como: [dá boa] – dá bola, [qué cao papai] – quer carro papai?

- [A] Antes de 18 meses  
[B] De 18 a 24 meses  
[C] De 24 meses a 2 anos e 6 meses  
[D] De 2 anos e 6 meses a 3 anos

20. A compreensão de ordens rotineiras com duas ações, como: pega a bola e põe na caixa, acontece a partir de qual idade?

- [A] Antes de 18 meses  
[B] De 18 a 24 meses  
[C] De 24 meses a 2 anos e 6 meses  
[D] de 2 anos e 6 meses a 3 anos

**Pediatria: práticas referentes à aquisição e desenvolvimento da Linguagem**

21. O senhor(a) observa as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta pediátrica?

- [A] Sim  
[B] Não

22. Em caso afirmativo, assinale como é realizada esta observação.

- [A] Perguntas dirigidas aos pais durante a consulta  
[B] Observação direta dos comportamentos comunicativos da criança  
[C] As duas alternativas anteriores  
[D] Outras:

22.1. Caso a observação direta aconteça, assinale os itens relativos ao desenvolvimento comunicativo que são observados:

- [A] Balbucio  
[B] Comunicação gestual e corporal (não-verbal)  
[C] Capacidade de compreensão de linguagem  
[D] Nível de desenvolvimento frasal  
[E] Extensão do vocabulário  
[F] Atenção e interesse pela comunicação  
[G] Nenhum dos anteriores

[H] Outros:

---



---



---

23. Existe, na consulta, uma rotina de se perguntar aos pais ou cuidadores o que eles têm observado a respeito do desenvolvimento comunicativo da criança?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Às vezes

24. Faz parte de sua prática pediátrica a orientação aos pais em relação ao desenvolvimento da linguagem?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Às vezes

**Pediatria e Fonoaudiologia**

25. Existem indicações da Pediatria para que seja feita uma intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade em situações na qual o desenvolvimento da linguagem apresente-se atrasado, porém sem causas aparentes como a deficiência auditiva, deficiência mental, alterações neurológicas ou outras?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Não sei

26. Agora, dê a sua opinião: o senhor(a) considera importante a intervenção fonoaudiológica em crianças de até 02 anos de idade em situações na qual o desenvolvimento da linguagem apresente-se atrasado, porém sem causas aparentes como a deficiência auditiva, deficiência mental, alterações neurológicas ou outras?

- [A] Sim  
[B] Não  
[C] Não sei

27. Em sua opinião, qual é a idade que pode ser considerada adequada para encaminhar uma criança “que ainda não fala nada, porém entende tudo”, para avaliação fonoaudiológica?

ano(s) e   mês(es)

28. Considerando sua experiência, dentre as opções abaixo, assinale até 04 delas que com maior frequência podem justificar o encaminhamento para um fonoaudiólogo:

- [A] Atraso na aquisição da linguagem  
[B] Respiração oral  
[C] Gagueira  
[D] Fala ininteligível  
[E] Uso de mamadeira, chupeta e/ou sucção digital  
[F] Voz rouca  
[G] Atraso global do desenvolvimento  
[H] Deficiências auditivas  
[I] Deficiências mentais  
[J] Outras. Qual (ais)?

## APÊNDICE D

### **Instruções para marcação do protocolo de observação acompanhamento do desenvolvimento da linguagem.**

1 - A observação do desenvolvimento da linguagem deverá acontecer durante a consulta pediátrica.

- a) Brinquedos como bonecos, miniaturas de móveis, utensílios domésticos e animais, jogos de construção (potes para empilhar, encaixe, lego e outros) podem favorecer o aparecimento de comportamentos lingüísticos.
- b) A interação da mãe com a criança também pode ser um bom momento para observar etapas do desenvolvimento da linguagem.
- c) Perguntas dirigidas aos pais acerca do comportamento comunicativo da criança podem complementar a observação realizada ao longo da consulta.

2 – A idade em meses pode ser visualizada na linha horizontal e na vertical estão as etapas do desenvolvimento da linguagem.

- a) Marque um “x” na intersecção entre a idade e a etapa observada. Os seguintes critérios devem ser utilizados:
  - Quadros verdes: desenvolvimento típico (normal) de linguagem: etapas do desenvolvimento da linguagem presentes dentro da idade esperada.
  - Quadros amarelos: sinal de alerta, etapas dos desenvolvimento presentes, porém em idade não esperada (variação normal do surgimento das etapas da linguagem), observar estas etapas na próxima consulta.
  - Quadros vermelhos: etapas do desenvolvimento da linguagem presentes em idade não esperada (tardia) ou ausentes (assinalar com “o”).
- b) Atenção:
  - Quadros brancos: idade na qual as etapas do desenvolvimento da linguagem ainda não são esperadas (não precisam ser assinaladas).

3 – Critérios de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica:

- a) Na tabela de 1 a 11 meses, caso ocorra 60% das marcações nos quadros vermelhos quando a criança completar 11 meses, realizar encaminhamento para avaliação fonoaudiológica.
- b) Na tabela de 12 a 24 meses, caso ocorra 40% de marcação nos quadros vermelhos na faixa etária de 12 a 18 meses, encaminhar para avaliação fonoaudiológica.
- c) Na tabela de 12 a 24 meses, caso ocorra 40% de marcação nos quadros vermelhos ou amarelos na faixa etária de 18 a 24 meses, encaminhar para avaliação fonoaudiológica.