Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
2008

Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa

Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato-tipo

Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
2008

Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa

Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato-tipo

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Doutor Nelson Fernando Pacheco Rocha
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Doutor Victor José Lopes Rodrigues
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao orientador desta dissertação, Professor Carlos Fernandes da Silva, com um agradecimento especial por todas aquelas conversas que ultrapassaram a função específica e qualificada presente nesta orientação.

À Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, por tudo aquilo que daí trouxe para este trabalho.

A todos aqueles que me foram questionando "então como vai o mestrado?", pelo incentivo que sempre acompanhou a pergunta.

Àqueles que não refiro aqui, pois a partilha de todos os momentos faz com estejam sempre presentes.

palavras-chave

Perturbações da linguagem; desenvolvimento da linguagem; criança; terapia da fala.

resumo

O tema central desta investigação situa-se em torno da compreensão das perturbações da linguagem na criança, no período etário compreendido entre os 2 e os 9 anos, procurando-se, de modo particular, identificar e analisar algumas das variáveis que lhes possam estar associadas e que contribuam para a construção do respectivo retrato-tipo.

Neste sentido, privilegiaram-se quatro grupos de factores: (i) fisiológicos, genéticos e neurológicos; (ii) relativos à saúde e aos hábitos orais; (iii) de âmbito familiar; iv) do contexto sócio-cultural e institucional. Como *corpus* de investigação socorremo-nos de um acervo documental pessoal composto por largas centenas de processos individuais de crianças (*anamnese*), guardados ao longo de mais de 20 anos de exercício profissional como terapeuta da fala, dos quais se retirou uma amostra correspondente a 630 crianças.

Tratando-se de uma investigação cuja metodologia se assume como quantitativa, recorreu-se ao tratamento estatístico dos dados com base nos programas EXCEL e SPSS.

Reconhecendo-se a especificidade e as limitações da amostra utilizada, parecem ser, contudo, de destacar como principais conclusões as correlações positivas que se estabeleceram entre esta problemática das perturbações da linguagem na criança e algumas variáveis aí presentes, tais como: o sexo, os antecedentes familiares, a posição na fratria e o uso da chupeta.

keywords Language disorders; language development; child; speech therapy.

abstract

The central theme of this research work is the understanding of children's language disorders in children between the ages of 2 and 9, aiming to, specifically, identify and analyse some of the variables that may be associated to them and that may contribute to the drawing up of an outline of their main characteristics.

In this sense, four groups of factors were privileged: (i) physiological, genetic and neurological; (ii) pertaining to health and oral habits; (iii) family related; (iv) and related to the social, cultural and institutional context. For the *corpus* of our research we used personal data composed of hundreds of children's individual files (*anamnesis*) (gathered in the course of more than 20 years working as a speech therapist), of which a sample of 630 children was retrieved.

This piece of research employed quantitative methodology, and the statistical treatment of the data was made using the programs EXCEL and SPSS.

In spite of recognizing the specificity and the limitations of the sample used, we would like to point out as our main findings the positive correlations that were established between the problematic of a child's language disorders and some variables present there, such as: gender, family background, the position of the child in the siblings hierarchy and the use of a pacifier.

Índice

Introdução 1

Parte I
Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem da Criança

Capítulo 1 – Aquisição e desenvolvimento da linguagem na criança 9
1. Comunicação, linguagem e fala 9
2. Desenvolvimento da linguagem na criança 15
3. Avaliação e problemas de desenvolvimento da linguagem na criança 23

Capítulo 2 – Factores de risco do desenvolvimento da linguagem na criança 29
1. Factores genéticos, fisiológicos e neurológicos 32
2. Problemas de saúde e hábitos orais 38
3. Factores do contexto familiar 42
4. Factores sócio-culturais e institucionais 47

Capítulo 3 – As perturbações da linguagem na criança 51
1. Diagnóstico e classificação das perturbações 51
2. A classificação do DSM-IV-TR 54
2.1. Perturbação da linguagem expressiva 55
2.2. Perturbação mista da linguagem receptiva/expressiva 56
2.3. Perturbação fonológica 57
2.5. Gaguez 58
2.5. Perturbação da comunicação sem outra especificação 59

Parte II
Perturbações da Linguagem na Criança: caracterização e retrato-tipo em estudo empírico

Capítulo 4 – Metodologia de investigação 63
1. Problema e objectivos do estudo 63
2. Método, técnicas e procedimentos de investigação 65
3. A amostra e as variáveis em análise 71

Capítulo 5 – Apresentação, análise e discussão dos resultados 77
1. Tipos de perturbações da linguagem 78
2. Variáveis fisiológicas, genéticas e neurológicas e perturbações da linguagem 82
2.1. Idade 82
2.2. Sexo 85
2.3. Gravidez 88
2.4. Antecedentes familiares 91
3. Variáveis de saúde, hábitos orais e perturbações da linguagem 93
3.1. Parto 93
3.2. Peso à nascença 97
3.3. Audição 100
3.4. Uso da chupeta/biberão/dedo 103
4. Variáveis familiares e perturbações da linguagem 106
4.1. Habilitações académicas dos pais 106
4.2. Profissão dos pais 111
4.3. Fratria 114
5. Variáveis sócio-culturais, institucionais e perturbações da linguagem 116
5.1. Frequência de instituição educativa 116
5.2. Zona de residência 118
5.3. Referenciação 121
6. Na senda do retrato-tipo das perturbações da linguagem 125

Considerações finais 129

Bibliografia 135

Anexos 145

Índice de quadros, gráficos e tabelas

Quadros

Quadro 1. Escala de Apgar 39

Gráficos

Gráfico 1. Percentagem de crianças por ano de avaliação 71
Gráfico 2. Sexo das crianças 73
Gráfico 3. Idade das crianças 74
Gráfico 4. Distribuição das crianças por perturbação 79
Gráfico 5. Distribuição das perturbações por ano de avaliação 80
Gráfico 6. Distribuição das perturbações por idade 82
Gráfico 7. Distribuição das perturbações por sexo 85
Gráfico 8. Distribuição das perturbações por sexo e idade 86
Gráfico 9. Distribuição das perturbações por gravidez com e sem problemas 88
Gráfico 10. Distribuição das perturbações por antecedentes familiares 92
Gráfico 11. Distribuição das perturbações por tipo de parto 95
Gráfico 12. Distribuição das perturbações pelo peso à nascença 97
Gráfico 13. Distribuição das perturbações por nível de audição 101
Gráfico 14. Distribuição das perturbações por uso de chupeta/biberão/dedo 104
Gráfico 15. Habilitações do pai segundo o índice de Graffar 107
Gráfico 16. Habilitações da mãe segundo o índice de Graffar 108
Gráfico 17. Profissão do pai segundo o índice de Graffar 112
Gráfico 18. Profissão da mãe segundo o índice de Graffar 113
Gráfico 19. Posição da criança na fratria 114
Gráfico 20. Frequência de instituição educativa 116
Gráfico 21. Zona de residência 118
Gráfico 22. Perturbação por zona de residência 119
Gráfico 23. Referenciação 121
Gráfico 24. Referenciação por perturbação 122
Gráfico 25. Referenciação por idade 123

Tabelas

Tabela 1. Distribuição das crianças por ano de avaliação 72
Tabela 2. Sexo das crianças 73
Tabela 3. Idade das crianças 74
Tabela 4. Distribuição das crianças por perturbação 79
Tabela 5. Distribuição das perturbações por ano de avaliação 80
Tabela 6. Distribuição das perturbações por idade 83
Tabela 7. Distribuição das perturbações por sexo 86
Tabela 8. Distribuição das perturbações por sexo e idade 87
Tabela 9. Distribuição das perturbações por gravidez com e sem problemas 89
Tabela 9.1. Distribuição das perturbações por gravidez: Teste do Qui Quadrado 89
Tabela 10. Distribuição das perturbações pelo número de semanas de gravidez 90
Tabela 11. Distribuição das perturbações por antecedentes familiares 92
Tabela 11.1. Perturbações por antecedentes familiares: Teste do Qui Quadrado 92
Tabela 12. Distribuição das perturbações por tipo de parto 95
Tabela 13. Peso à nascença em função da perturbação (ANOVA Univariada) 98
Tabela 13.1. Testes de Efeitos Inter-sujeitos 98
Tabela 13.2. Comparações Múltiplas 99
Tabela 14. Distribuição das perturbações por nível de audição 101
Tabela 15. Distribuição das perturbações por uso de chupeta/biberão/dedo 104
Tabela 16. Habilitações do pai segundo o índice de Graffar 108
Tabela 17. Habilitações da mãe segundo o índice de Graffar 109
Tabela 18. Habilitações do pai e da mãe nos 5 tipos de perturbação 109
Tabela 19. Profissão do pai segundo o índice de Graffar 112
Tabela 20. Profissão da mãe segundo o índice de Graffar 113
Tabela 21. Posição da criança na fratria 115
Tabela 22. Frequência de instituição educativa 116
Tabela 23. Zona de residência 119
Tabela 24. Perturbação por zona de residência 120
Tabela 25. Referenciação 121
Tabela 26. Referenciação por perturbação 123
Tabela 27. Referenciação por idade 124

Introdução

Com o presente trabalho – intitulado *Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato-tipo* – pretendemos dar conta dos resultados de um projecto de investigação que desenvolvemos com o objectivo de estudar e caracterizar as perturbações da linguagem na criança, com particular destaque para a análise dos factores que lhe estão associados.

A acção comunicacional e as competências da linguagem e da fala, enquanto dimensões específicas do ser humano, são tão naturais à vida e estão tão imbricadas no nosso ser-em-relação que, na maioria das vezes, só damos por elas quando sentimos a sua falta ou quando notamos problemas no seu exercício efectivo. É, precisamente, nestas situações que nos deparamos com as dificuldades e as perturbações da linguagem, nos interrogamos sobre as suas causas e envidamos todos os esforços no sentido de encontrar as estratégias adequadas para as corrigir ou, pelo menos, para atenuar o seu desempenho menos conseguido. Este tipo de situações problemáticas pode ocorrer em qualquer idade do ser humano e ter como origem os motivos mais diversificados.

No caso concreto deste estudo, escolhemos as primeiras idades – as perturbações da linguagem na criança – como objecto central do nosso interesse nesta investigação. Contudo, tentemos precisar um pouco mais a escolha desta temática através do agrupamento das três principais razões que nos compeliram a tal:

- Em primeiro lugar, os motivos de ordem pessoal e profissional, pois as perturbações da linguagem na criança têm sido o objecto central da nossa actividade profissional, enquanto terapeuta da fala, ao longo de mais de vinte anos, esperando-se, por conseguinte, que esta investigação constitua, num quadro de profissionalidade que valorize a reflexão sobre a acção, uma

oportunidade de investimento e aperfeiçoamento profissional e uma *mais-valia* para o nosso desenvolvimento pessoal.

- Em segundo lugar, porque se trata de uma área de estudo ainda longe de estar esgotada no âmbito da investigação que se desenrola no nosso país, não só na vertente mais global de caracterização das perturbações da linguagem da criança, como, em particular, no que diz respeito aos papéis que determinadas variáveis pessoais e do contexto familiar e institucional de cada criança poderão desempenhar em todo este complexo processo de desenvolvimento.
- Em terceiro lugar, porque nos parece, igualmente, que se trata de um assunto que se enquadra nos objectivos do *Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico*, de modo especial ao nível da análise do desenvolvimento da criança; daqui poder-se-ão colher reflexões peculiares tendo em conta as sinergias que certamente se estabelecerão entre as áreas da saúde, a que tradicionalmente a autora esteve vinculada, e os domínios da ciência psicológica, na sequência deste Mestrado.

Neste sentido, o trabalho intitulado *Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato-tipo* - correspondendo à Dissertação de Mestrado que agora apresentamos à Universidade de Aveiro - pretende contribuir para uma melhor compreensão das questões da comunicação, da linguagem e da fala, do seu desenvolvimento e das suas eventuais perturbações, enquanto factores que não poderão ser escamoteados nos estudos sobre a criança, em particular naqueles aspectos que digam respeito à *activação* do seu *desenvolvimento psicológico*.

Objectivos e metodologia de investigação

No que diz respeito aos objectivos que enformam a presente investigação pretende-se, de um modo global e numa abordagem sintética inicial (pois o assunto será objecto da análise mais pormenorizada na II Parte do trabalho), estudar *as perturbações da linguagem na criança*. Neste sentido, o *objectivo geral* da investigação pode definir-se do seguinte modo:

- ✓ *Analisar as perturbações da linguagem na criança, procurando-se, em particular, identificar e examinar algumas das variáveis de ordem pessoal,*

familiar e contextual que lhes possam estar associadas e que contribuam para a construção do respectivo retrato-tipo.

A consecução deste objectivo geral passará pelo estudo de variadas facetas dos problemas de linguagem da criança, como sejam as de compreender as questões da comunicação, da linguagem e da fala e respectivos processos de desenvolvimento; os tipos de perturbações da linguagem; os diversos aspectos que, de índole distinta (fisiológica, genética, neurológica, de saúde, do contexto familiar e sócio-cultural), possam constituir-se como factores de risco – de modo a identificarmos algumas características que, pela sua prevalência, contribuam para a construção de um retrato-tipo da criança com este tipo de perturbações.

Relativamente à metodologia de investigação, caracterizamo-la como sendo de pendor quantitativo já que assenta na codificação e análise estatística de um *corpus documental* constituído por fichas de registo individual de crianças avaliadas em consulta de terapia da fala. Serão objecto de análise empírica um total de 630 fichas, correspondendo a 630 crianças com perturbações da linguagem e com idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos, cujo diagnóstico foi realizado entre os anos de 1987 e 2006, num serviço de atendimento privado de diagnóstico e terapêutica na cidade de Aveiro.

Estruturação do trabalho

Tendo em conta as dimensões teórica e empírica, estruturámos o presente trabalho em duas partes fundamentais.

A *Parte I*, intitulada *Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na Criança*, constitui a dimensão relativa ao enquadramento teórico-conceptual da investigação e desenrola-se ao longo de três capítulos.

- No Capítulo 1, denominado *Aquisição e desenvolvimento da linguagem na criança*, procede-se à clarificação conceptual de certos termos comuns neste domínio, como os de comunicação, linguagem e fala; invocam-se alguns dos posicionamentos teóricos sobre a aquisição da linguagem; apresentam-se os aspectos principais do processo e das fases de desenvolvimento da linguagem na criança; e analisam-se alguns dos modos e dos procedimentos de avaliação da linguagem da criança na perspectiva da identificação dos respectivos problemas.

- O Capítulo 2, que designámos *Factores de risco do desenvolvimento da linguagem na criança*, é dedicado à sistematização dos vários aspectos que poderão explicar e estar associados aos problemas de desenvolvimento da linguagem na criança, os quais subdividimos em quatro grandes grupos: factores genéticos, fisiológicos e neurológicos; problemas de saúde e hábitos orais; aspectos relativos ao contexto familiar; e elementos de ordem sócio-cultural e institucional.
- No Capítulo 3, denominado *As perturbações da linguagem na criança*, depois de constatarmos as dificuldades em dispormos de tipologias para este domínio, optou-se pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – o DSM-IV-TR (da American Psychiatric Association) – e procedeu-se à caracterização dos cinco tipos de perturbações que aí são expostas: a Perturbação da Linguagem Expressiva; a Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva; a Perturbação Fonológica; a Gaguez; e a Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação.

A *Parte II*, que titulámos *Perturbações da Linguagem na Criança: caracterização e retrato-tipo em estudo empírico,* corresponde à vertente empírica da investigação que se subdivide em dois capítulos.

- Com o Capítulo 4 damos conta da *Metodologia de investigação* que sustenta o presente estudo e, nesse sentido, tentamos clarificar o problema e os objectivos do estudo, as variáveis em presença, o método (de pendor quantitativo) e o design de investigação posto em prática, as técnicas de recolha e de tratamento de dados, os respectivos procedimentos, terminando-se com uma apresentação e descrição sumária de alguns aspectos do *corpus* documental e da amostra seleccionada.
- O Capítulo 5, o último e aquele que constituirá, certamente, o centro da investigação, é dedicado à *Apresentação, análise e discussão dos resultados* e nele poderemos verificar os resultados a que chegámos, expostos quer de modo descritivo, com os dados quantitativos visualizados através de gráficos e tabelas, quer de feição interpretativa, convocando para a discussão dos resultados a parte teórica da investigação, de modo a melhor compreendermos o alcance dos números; é neste ponto que se tem acesso aos resultados das catorze variáveis que foram utilizadas como factores a ter em conta nas

perturbações de linguagem na criança e com base nas quais se tenta um esboço do respectivo retrato-tipo.

A presente Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico, que iniciámos com a habitual *Introdução*, finaliza-se, do mesmo modo, recorrendo àqueles que são os procedimentos mais comuns neste tipo de relatos de investigação: as *Considerações finais*, a *Bibliografia* e os *Anexos*.

Parte I

Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na Criança

Capítulo 1
Aquisição e desenvolvimento da linguagem da criança

1. Comunicação, linguagem e fala

No discurso do dia-a-dia, *comunicação*, *linguagem* e *fala* são usualmente entendidos como conceitos sinónimos. Porém, como refere Bernstein (2002: 3-4), quer para os estudiosos destas matérias, quer para os profissionais do sector, estes são termos diferentes e que manifestam distintos aspectos de desenvolvimento.

A *comunicação,* em termos globais, estabelece uma marca intrínseca da interacção entre os seres vivos e factor explicativo para a complexidade dos sistemas biológicos e humanos. Como escreve Jean Cazeneuve, num trabalho já clássico direccionado para o estudo da comunicação de massas: "Etimologicamente, comunicar é tornar comum. A comunicação é, portanto, no seu princípio, a passagem do individual ao colectivo e a condição de toda a vida social" (1957: 68). Neste sentido, a história da comunicação é a história do homem social e da civilização humana: "a comunicação é um instrumento maior de regulamentação social entre e no seio dos grupos humanos, grandes ou pequenos, assim como veículo por excelência da transmissão dos saberes" (Beaudichon, 2001: 15).

Por seu turno, a *linguagem*, perspectivada na especificidade do ser humano, constitui um conceito semanticamente menos abrangente do que o de comunicação, mas também um dos seus mecanismos preferenciais, ou seja, a linguagem identifica-nos com a comunidade de humanos a que estamos vinculados através de um código socialmente partilhado. No dizer de Bernstein: "language is a socially shared code, or conventional system, that represents ideas through the use of arbitrary symbols and rules that govern combinations of these symbols" (2002: 5).

Por outras palavras, e de acordo com Farré Martí (1999: 244-245), se a comunicação se refere a "um conjunto mais amplo de fenómenos, entre os quais se incluem todas as actuações em que uma pessoa consegue incidir sobre o enorme meio

físico e social, através de outra ou de outras pessoas: os interlocutores", no caso específico da linguagem, o termo é reservado para "designar uma actividade humana organizada como um sistema de sinais de estrutura complexa, que têm a propriedade de representar ou substituir a realidade e servem para comunicar um número praticamente ilimitado de significados"[1].

Embora, como reconhece também Inês Sim-Sim (1998: 22-23), o termo linguagem possa ser aplicado a diversas situações – linguagem informática, linguagem artística, linguagem musical – utilizamos aqui o conceito em sentido mais restrito, enquanto sistema linguístico (aquele que classifica o homem como *animal linguístico*) e que a ASHA/American Speech-Language-Hearing Association (2007) define do seguinte modo: "Language is a complex and dynamic system of conventional symbols that is used in various modes for thought and communication".

A mesma Associação (American Speech-Language-Hearing Association, 1982) refere-se às características da linguagem humana nos seguintes termos:

"Contemporary views of human language hold that:

. language evolves within historical, social, and cultural contexts;

. language, as rule-governed behavior, is described by at least five parameters – phonologic, morphologic, syntactic, semantic, and pragmatic;

. language learning and use are determined by the interaction of biological, cognitive, psychosocial, and environmental factors;

. effective use of language for communication requires a broad understanding of human interaction including such associated factors as nonverbal cues, motivation, and sociocultural roles".

Um dos aspectos apontados pela ASHA nesta caracterização diz respeito aos parâmetros, ou seja às várias dimensões/componentes que estão envolvidos no estudo e na análise da linguagem e que, dada a sua importância e recorrência ao longo deste trabalho, parece-nos importante desde já aqui identificar. Assim, as três principais

[1] A linguagem, nos contornos em que a conhecemos, constitui, por isso, um domínio especificamente humano, não obstante os estudos recentes realizados com macacos que, numa perspectiva evolucionária, apontam para a possibilidade de existência de uma *proto-linguagem* ou *pré-linguagem* por parte destes, dado o conjunto de vocalizações e de mecanismos cerebrais detectados no processamento e localização desta actividade (Gil-da-Costa et al., 2004). Contudo, como esclarece o autor português que liderou estes estudos: "é importante que fique claro que a linguagem humana não é igual à pré-linguagem analisada nos macacos 'rhesus'. A nossa linguagem é composta por três elementos: fonética, semântica e sintaxe. É a partir dela que estruturamos pensamentos abstractos sobre o passado e o futuro. Por seu turno, estes animais verificam apenas 10 a 12 tipos de vocalizações durante toda a sua vida. Não têm capacidade de recursão – tanto quanto sabemos esta capacidade não está presente em mais nenhum animal que não o homem – por isso, não produzem um fluxo contínuo de informação passado-futuro. Têm um condicionamento limitado a determinada percepção" (Gil-da-Costa, 2008).

componentes da linguagem são (de acordo com Bloom & Lahey, citados por Bernstein, 2002: 5-9): a *forma* – que inclui a fonologia[2], a morfologia e a sintaxe; o *conteúdo*, correspondente à semântica; e o *uso*, que se reporta à pragmática.

Para um esclarecimento de cada um destes conceitos, recorremos a algumas definições que nos são propostas por estudos da área da linguística:

- *Fonologia* – "Ramo da linguística que estuda os sistemas sonoros das línguas. Da variedade de sons que o aparelho vocal humano pode produzir, e que é estudado pela fonética, só um número relativamente pequeno é usado distintivamente em cada língua. Os sons estão organizados num sistema de contrastes, analisado em termos de fonemas, segmentos, traços distintivos ou quaisquer outras unidades fonológicas de acordo com a teoria usada" (Xavier & Mateus, 1990: 171)[3].
- *Morfologia* – "Disciplina da linguística que descreve e analisa a estrutura interna das palavras e os mecanismos de formação de palavras"(Xavier & Mateus, 1992: 253)[4].

---

[2] A fonologia constitui uma das áreas da linguagem que tem sido objecto de maior atenção nos últimos tempos, tendo para isso contribuído os interesses pela "consciência fonológica" da criança, designadamente na sua relação com as perturbações do desenvolvimento da linguagem. Como refere Gillon: "Phonology, however, is the linguistic domain that has received particular research attention in relation to early literacy development, because explicit awareness of the phonological structure of a word helps children draw connections between the spoken form of a word and its written representation. Understanding the phonological system of the child's language forms a basis from which to interpret phonological awareness development" (2004: 3). É de salientar, também, entre nós, o interesse do Ministério da Educação por esta área, designadamente pela importância de os professores e educadores estarem atentos à consciência fonológica das crianças no desenvolvimento da linguagem (oral e escrita), sendo exemplo disso a divulgação e disponibilização recente de um livro muito pragmático dirigido a estes profissionais (Freitas, Alves & Costa, 2007).

[3] Segundo Dubois et al., é habitual distinguir dois grandes domínios na fonologia: - a *fonemática*, "que estuda as unidades distintivas mínimas ou fonemas, em número limitado em cada língua, os traços distintivos ou traços pertinentes que opõem os fonemas diferentes de uma língua entre si, as regras que presidem a combinação dos fonemas na cadeia da fala; as duas operações da fonemática são a segmentação e a comutação"; e – a *prosódia*, que "estuda os traços supra-segmentais, isto é, os elementos fónicos que acompanham a realização de dois ou mais fonemas e que têm, igualmente, uma função distintiva: o acento, o tom, a entoação" (1978: 285).

[4] Segundo Dubois et al., em linguística moderna, o termo *morfologia* tem duas acepções principais: "a) ou a *morfologia* é a descrição das regras que regem a estrutura interna das palavras, isto é, as regras de combinação entre os morfemas-raízes para constituir 'palavras' (regras de formação das palavras) e a descrição das formas diversas que tomam essas palavras conforme a categoria de número, género, tempo, pessoa e, conforme o caso (flexão das palavras), em oposição à sintaxe que descreve as regras de combinação entre os morfemas léxicos (morfemas, raízes das palavras) para constituir frases; ou a *morfologia* é a descrição, ao mesmo tempo, das regras da estrutura interna das palavras e das regras de combinação dos sintagmas em frases. A morfologia se confunde, então, com a formação das palavras, a flexão e a sintaxe, e opõe-se ao léxico e à fonologia. Neste caso, diz-se, de preferência, *morfo-sintaxe*" (1978: 421-422).

– *Sintaxe* – "Área da linguística que estuda as regras, as condições e os princípios subjacentes à organização estrutural dos constituintes das frases, ou seja, o estudo da ordem dos constituintes das frases" (Xavier & Mateus, 1992: 356).

– *Semântica* – "Área da linguística que estuda o significado tal como ele é estruturado nas línguas. O termo é usado de formas variadas em diversos campos, entre os quais é de salientar a filosofia e a lógica em virtude da sua relação com a semântica linguística. Em filosofia é dada importância fundamental à relação entre linguagem (ou língua) e mundo, assumindo formas diversas consoante a concepção filosófica subjacente (realismo, nominalismo, conceptualismo...). Em lógica, a semântica de uma língua, ou de um sistema formal é sobretudo o estudo das relações entre o sistema (estudado pela sintaxe) e os seus modelos ou interpretações" " (Xavier & Mateus, 1992: 341).

– *Pragmática* – "Disciplina que estuda os princípios da linguagem em situação de uso, na qual o locutor, o alocutário e o contexto são as categorias principais que determinam a interpretação linguística. Para a pragmática o significado das palavras é uma função da acção ou acções que com elas se praticam ou podem praticar, tendo em consideração o modo como as influências contextuais determinam o modo de agir linguístico. Muitas das recentes discussões na área da pragmática derivam da necessidade de existência de uma teoria pragmática que tenha o seu lugar ao lado da sintaxe, da semântica e da fonologia numa teoria geral da linguagem" (Xavier & Mateus, 1990: 292).

No que diz respeito à *fala* – à semelhança da caracterização que também poderíamos fazer da linguagem escrita e da linguagem gestual – constitui uma marca essencial do ser humano, mas, neste caso, na variante de linguagem fónica, o que implica a articulação de sons através de um processo de coordenação oral neuromuscular, como, a propósito, escreve Bernstein: "Speech is one of the modes that may be used for communication. It is the oral verbal mode of transmitting messages and involves the precise coordination of oral neuromuscular movements in order to produce sounds and linguistic units" (2002: 4). Ou, como, no mesmo sentido, explicitam Franco, Reis e Gil:

> "A produção de fala passa necessariamente pela produção de voz a qual, para além de controlada pelo sistema nervoso central, envolve três etapas:

respiração, fonação e articulação. Numa perspectiva acústica, pode-se considerar que a respiração constitui a fonte de energia para a fonação, constituindo esta a fonte de som que ao passar pelo tracto vocálico assume diferentes características acústicas" (2003: 29).

Para uma melhor ilustração deste processo, atente-se ainda na descrição que (com base em Liberman) Gleitman, Fridlund e Reisberg nos oferecem:

"A fala é produzida pelo fluxo de ar dos pulmões que passa pela laringe, onde se situam as cordas vocais, e daí pelas cavidades oral e nasal que configuram o tracto vocal. Os movimentos conjugados dos lábios e da língua, que modificam a forma e as dimensões do tracto vocal, permitem produzir as vogais. As consoantes são, por seu turno, produzidas por diversos movimentos articulatórios que obstruem, momentaneamente o fluxo de ar. No caso de algumas destas consoantes, a passagem de ar é interrompida por completo como, por exemplo, *p*, cuja oclusão é provocada pela junção dos lábios, ou *t*, em que esse efeito se obtém pela compressão da ponta da língua na face interior dos incisivos superiores" (2007: 470).

Contudo, convém ter presente, como alerta Zemlin (2000: 48), que muitas das definições apresentadas sobre a produção da fala manifestam uma visão demasiado sequencial e compartimentada deste processo, pois, para além de esquecerem o mecanismo da audição, não mostram a sua vertente interactiva, integrativa e outros processos de *feedback* que esta actividade encerra[5].

Comunicação, linguagem e fala constituem, assim, atributos básicos do ser humano, a que este dedica especial atenção pois daí depende muito daquilo que o homem é na sua essência. Neste sentido, as preocupações com a boa utilização da linguagem e com o desempenho linguístico eficaz são facetas que esta sociedade do conhecimento, da imagem e da informação em que vivemos valoriza particularmente, mas que, de um modo geral, sempre estiveram presentes na história da humanidade. Já

[5] Eis o que nos diz o autor sobre o assunto: "Essa compartimentagem também tende a dar a impressão de que uma sequência temporal não-realista de eventos leva à produção da fala. Isto é, primeiro respiramos, a seguir, realizamos a fonação, depois articulamos e, finalmente, acontece o processo de ressonância, e olhem: eis que surge a fala! É como enfiar contas em um fio". O autor continua, apresentando-nos um modelo de produção da fala de acordo com uma abordagem integrativa, em que, segundo a suas palavras, "[…] a fala começa no nível cortical. O processo de pensamento ou de resposta conduz a uma sequência de impulsos neurais que são transmitidos para a musculatura do mecanismo respiratório, para a laringe a para as estruturas articuladoras. Esses impulsos neurais podem ser (não necessariamente, porém) levados para toda a musculatura ao mesmo tempo ou para determinadas estruturas. Esse modelo reconhece a *sobreposição temporal* e a *influência mútua* que as estruturas do mecanismo da fala podem ter entre si" (Zemlin, 2000: 48).

na antiguidade grega os filósofos se preocupavam com a retórica e a oratória. São conhecidas, no caso do bom desempenho da linguagem falada, as estratégias de treino seguidas pelo grande orador grego, Demóstenes, que introduzia pedras na boca para conseguir melhorar a dicção e, deste modo, mais facilmente poder convencer os seus concidadãos nos diversos momentos de oratória e discussão que a democracia proporcionava na *Ágora* ateniense.

Porém, as nossas preocupações com a linguagem e a fala do ser humano, no quadro estrito deste projecto de investigação, situam-se nas idades iniciais do desenvolvimento humano, designadamente quando a criança adquire e desenvolve esta competência e se vai construindo como sujeito em interacção.

2. Desenvolvimento da linguagem na criança

Se, por um lado, é nossa intenção procedermos a uma análise, ainda que naturalmente sintética, do processo de desenvolvimento da linguagem na criança, por outro lado, não poderemos descurar o facto de que a criança se desenvolve no seu todo e que a linguagem é apenas um dos aspectos de uma interacção mais complexa onde se entrecruzam as dimensões do desenvolvimento físico, sensorial e perceptivo, do desenvolvimento cognitivo, inteligência, aprendizagem, memória, ou do desenvolvimento psicossocial (Tavares *et al*, 2007: 43-65). Dito de outro modo, "o desenvolvimento é um processo global; […] não se processa de forma dividida ou espartilhada por áreas distintas, mas antes de forma global e interactiva" (Barros, Pereira & Goes, 2007: 23). E, se, por vezes, é subdividido em áreas específicas (como o desenvolvimento físico, cognitivo, sócio-emocional e outros), essa divisão, precisam as autoras, embora constitua uma "abstracção e um artificialismo", ocorre porque "permite uma maior clareza e operacionalidade na descrição do desenvolvimento" (2007: 23)[6].

O estudo dos processos de desenvolvimento da criança constitui uma área clássica de investimento da psicologia onde continuam a pontificar estudos como o de Jean Piaget (1978) e dos seus famosos quatro estádios de desenvolvimento da criança – o sensório-motor (desde o nascimento até aos dois anos), o pré-operacional (dos dois aos sete anos), o operacional concreto (dos sete aos onze) e o operacional formal (dos onze aos quinze). A análise proposta pelo investigador suíço permite-nos também, no caso da aquisição e do desenvolvimento da linguagem, perceber que a criança dispõe de estruturas básicas que se vão maturando e complexificando, com base nas suas experiências de interacção e adaptação ao meio, ao longo de vários estádios de desenvolvimento progressivo. Como invoca Piaget:

> "Entre a linguagem e o pensamento existe assim um círculo genético, de tal modo que um dos dois termos se apoia necessariamente no outro, numa formação solidária e numa perpétua acção recíproca. Mas ambos dependem, no

[6] Como também refere Isabel Soares, invocando a *perspectiva organizacional do desenvolvimento*: "[…] o desenvolvimento humano ocorre através de sucessivas reorganizações qualitativas dentro e entre os sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social, com base em processos de diferenciação e subsequente articulação, integração hierárquica e (re)organização. Neste processo, factores internos e externos ao organismo interagem para determinar os resultados desenvolvimentais nas várias tarefas de desenvolvimento. Neste sentido, as transacções entre o indivíduo e os contextos de vida dirigem e (re)direccionam o curso do seu desenvolvimento" (2005: 273).

fim de contas, da própria inteligência, que, essa sim, é anterior à linguagem e independente dela" (1978: 133).

Porém, esta é uma das linhas explicativas do processo de desenvolvimento da linguagem da criança – de pendor cognitivista – onde se estabelece uma articulação forte entre o desenvolvimento cognitivo e a construção da linguagem na infância. Todavia, não poderemos desprezar outras explicações, como as de Vygotsky, pela menor articulação que o autor estabeleceu entre pensamento e linguagem. Para Vygotsky (1979), o desenvolvimento humano é um processo que, para além das estruturas biológicas e genéticas do organismo activo enfatizadas por Piaget, resulta do papel crucial desempenhado pelo contexto histórico e cultural em que o indivíduo está imerso. E, neste processo, a linguagem, enquanto sistema simbólico de mediação entre o sujeito e o objecto do conhecimento, estabelece um salto qualitativo na evolução da espécie.

As referências a Piaget e a Vygotsky, a propósito do desenvolvimento da linguagem na criança, levam-nos a não poder deixar de invocar o nome de Chomsky. Este linguista – apontado como pertencendo ao grupo dos *inatistas*, dada a sua perspectiva de entender que as crianças nascem com mecanismos linguísticos inatos que são activados quando estas se encontram perante *inputs* linguísticos (Bernstein, 2002:12-13) – trouxe um importantíssimo contributo para os estudos nesta área. Já, há mais de vinte anos atrás, Alison Elliot se referia ao autor nestes termos: "O estudo da aquisição da linguagem tem uma história, porém, nos últimos 20 anos, os trabalhos sobre o assunto têm crescido de maneira explosiva. Ninguém duvidaria de que o motor desse interesse foram os escritos de Noam Chomsky […]" (1982: 13).

Ainda que não pretendamos, neste projecto de investigação, percorrer as questões relativas às teorias sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, nem proceder a um levantamento dos seus autores mais significativos, as posições dos autores mencionados anteriormente levam-nos a recorrer a uma análise mais sistematizada e a equacionar um quadro mais sustentado, como o que nos é descrito por Inês Sim-Sim (1998: 333):

> "Para uns – os behavioristas – a linguagem é um comportamento verbal, aprendido por imitação e reforço, cabendo, portanto, ao meio um papel decisivo; outros – os inatistas – defendem que a capacidade para a linguagem é geneticamente herdada e que a criança, munida dessa capacidade, reconstrói a língua da comunidade em que cresce; para outros – os cognitivistas – a linguagem

é um instrumento do pensamento e, por isso, o desenvolvimento linguístico está dependente do desenvolvimento cognitivo".

Para além destes posicionamentos teóricos, a autora invoca um outro tipo de explicações, mais recentes, que apontam para a importância de se encarar o desenvolvimento (linguístico e cognitivo) à luz do processamento da informação: "É muito provável que a chave da relação não deva ser procurada nos produtos (linguísticos ou não), mas sim nos mecanismos e estratégias que lhes estão subjacentes. É nesse sentido que se posiciona a perspectiva teórica do processamento da informação" (Sim-Sim, 1998: 333).

Não é nossa intenção optar por uma perspectiva teórica específica podendo, deste modo, recolher as vantagens que os vários enfoques colocam na análise da problemática. Neste sentido, assumimos também o posicionamento de Bernstein quando, perante os quatro posicionamentos teóricos que identifica sobre o assunto, refere:

> "The four approaches to language acquisition – behavioral, psycholinguistic/ syntactic, semantic/cognitive, and pragmatic – contribute to our understanding of language development and enable us to appreciate the complexity of language in the absence of a full-blown model. The need for a complete model of language acquisition, however, remains. Future research may indeed provide it, pending the successful integration of constructs developed in the four approaches reviewed here" (2002: 16).

De qualquer maneira, queremos, embora assumindo uma postura mais eclética, descrever os traços principais deste sistema de aprendizagem do ser humano, que tem tanto de complexo como de espectacular, mas que, dada a universalização e proximidade com que o percepcionamos, nos aparece comummente naturalizado. Atente-se, a propósito, nas palavras de Inês Sim-Sim:

> "Não nascemos a falar mas, em pouco tempo e sem esforço, tornarmo-nos conhecedores de um dos sistemas mais sofisticados e complexos que se conhece. A simples exposição à língua da comunidade a que se pertence faz de cada criança um falante competente dessa língua. O processo de aquisição da linguagem (pela rapidez e perfeição) é frequentemente considerado como um dos feitos mais espectaculares do ser humano. Basta que nos lembremos que em pouco mais de 40 meses evoluímos do simples choro, para comunicar que temos

fome, à sofisticação gramatical e pragmática expressa na frase "gostava tanto de comer um gelado!" sem que tenhamos sido ensinados, tornámo-nos mestres..." (Sim-Sim, 1998: 19).

Esta prodigiosa evolução, não obstante ocorrer em contextos culturais e ambientais distintos ou com base em códigos linguísticos diferenciados, apresenta-se como um processo em que as crianças, de um modo global, mantêm caminhos semelhantes[7] de crescimento no que concerne às principais fases de evolução:

"De facto, aproximadamente, com a mesma idade, todas as crianças passam por uma fase de palreio, a que se segue o período da lalação; depois a fase holofrásica, seguida do discurso telegráfico, das estruturas simples e finalmente das estruturas complexas" (Sim-Sim, 1998: 302).

Estes percursos têm sido objecto de análise e caracterização, por parte dos investigadores da especialidade, através da sinalização das suas principais *fases*, *etapas*, *momentos* ou *estádios* de desenvolvimento. Assim, embora com arrumações diferentes, os autores não se separam muito nos diagnósticos globais. Eis alguns, a título de exemplo:

- Em 1975, Launay classificava assim as etapas do *desenvolvimento normal* da linguagem: a *primeira etapa*, correspondente ao primeiro ano de vida, traduzida nas primeiras emissões vocais e na preparação da linguagem; o período de *compreensão da linguagem com esboço de expressão verbal – a primeira palavra*; *modos de comunicação do segundo ano*; o período do *início da linguagem de tipo adulto*; a linguagem *depois dos três anos*.

- Farré Martí (1999: 259-264) apresenta as seguintes seis fases de desenvolvimento da linguagem: fase *pré-linguística*, correspondente aos primeiros 12 meses; fase das *primeiras palavras*, dos 12 aos 18 meses; fase das *duas palavras*, entre os 18 e os 24 meses; fase da *linguagem telegráfica*, até próximo dos 3 anos; fase da *expansão gramatical*, dos 3 aos 6 anos; fase *depois dos 6 anos*.

[7] Se, de um modo geral, é reconhecida a semelhança básica nos processos de desenvolvimento normal da linguagem da criança, em particular no que concerne às fases desta evolução, não poderemos deixar de referir alguns autores que nos apontam para alguma "variabilidade" nestes processos, como o fazem Bishop e Mogford (2002: 18-20), em particular, quando analisam dados sobre os *ritmos* (a idade em que a linguagem é adquirida), os *padrões* (os tipos de palavras que são aprendidas pelas crianças) e as *variações sociais* (os usos da língua em função das classes sociais) na aquisição da linguagem.

- Rondal (2000: 8-16) aponta os seis seguintes períodos: período *pré-linguístico* (primeiro ano de vida); *primeira linguagem não combinatória* (aparecendo em média entre os 12-14 meses); *aquisição dos fonemas*; *primeira linguagem combinatória* (com início nos 20-24 meses); *aprendizagem da expressão gramatical*; e *desenvolvimento linguístico depois dos 5-6 anos*.

- Por seu lado, Gleitman, Fridlund e Reisberg (2007: 500-509) descrevem quatro momentos mais significativos deste processo: o primeiro ano de vida, com a *descoberta das formas da língua*, em que a criança responde à estimulação, aos diferentes fonemas, sendo especialmente sensível ao "maternalês"; por volta de um ano de idade, o *estádio das palavras isoladas*, rapidamente adquirindo um extenso vocabulário; cerca dos dois anos, o *estádio das duas palavras* ou produção telegráfica e a construção de frases curtas; por volta dos quatro anos, em que as frases são mais longas e mais complexas, mas as crianças começam a cometer erros de sobrerregularização.

- Contudo, deparamo-nos com outros autores que enveredam por uma subdivisão bastante mais pormenorizada. Um desses autores é Sanclemente (2000: 120-125) que, entre o nascimento e os 18 anos, identifica 20 períodos etários (e respectivas competências comunicativas), sendo curioso verificar que a sua proposta para o primeiro ano de vida assenta nos seguintes segmentos etários: 0-3 meses, 3-5 meses, 5-6 meses, 7-8 meses, 9-10 meses e 11-12 meses. Também Andrew Lock (2001: 381-391) assume uma leitura semelhante ao fragmentar o desenvolvimento da linguagem no primeiro ano de vida da criança nos seguintes períodos: 0-2 meses, 3-6 meses, 6-9 meses e 9-12 meses.

Conforme se poderá facilmente depreender pela breve recolha que efectuámos, são várias as propostas apresentadas pelos diversos investigadores, constituindo, por isso, tarefa inglória proceder à análise desta problemática tendo como objectivo a conciliação de posições.

Todavia, parece-nos, também, que não poderemos deixar de apresentar aqui, ainda que de forma resumida e esquemática, alguns dados sobre o assunto. Para isso, embora recorrendo, naturalmente, a elementos que os vários autores nos foram indicando, vamo-nos socorrer, em termos de identificação das várias etapas, de uma proposta institucional: a da ASHA (2007). A *American Speech-Language-Hearing*

Association, separando a *linguagem receptiva* (que tem a ver com a compreensão) da *linguagem expressiva* (relativa à produção, expressão oral e fala)[8], tipifica as várias etapas de desenvolvimento da linguagem da criança nos seguintes momentos: nascimento-1 ano (que, por sua vez, subdivide em 3); 1-2 anos; 2-3 anos; 3-4 anos; 4-5 anos. Assim, é assente nesta proposta que, de seguida, apontamos alguns dos indicadores que consideramos mais notórios das etapas de desenvolvimento da linguagem da criança.

Etapas do Desenvolvimento da Linguagem na Criança – Linguagem Receptiva

- *Nascimento – 1 ano*
    - *0-3 meses* - Reage aos sons; localiza a fonte sonora; acalma-se ou sorri quando ouve uma voz familiar; reconhece a voz dos pais;
    - *4-6 meses* - Reage ao nome; reconhece os familiares; identifica brinquedos e objectos comuns; identifica o "não"; reage a diferentes entoações; gosta de ouvir diferentes sons (brinquedos);
    - *7-12* meses - Identifica familiares, comidas e animais; compreende ordens simples (ex: dá; diz adeus); compreende verbos de acções (ex: brincar, comer, dormir, tomar banho); identifica imagens e algumas partes do corpo.
- *1-2 anos*

  - Conhece a função de objectos mais comuns; compreende perguntas simples (- tens fome?); compreende ordens mais complexas (- chama o papá para comer!); gosta de ouvir histórias, canções e rimas (ex: "tão balalão, cabeça de cão").
- *2-3 anos*

  - Compreende ordens mais complexas (ex: - pega na bola e põe-a na caixa!); identifica conceitos opostos (ex: frio/quente, dentro/fora, grande/pequeno); identifica imagens de acções.

[8] Esta distinção encontra-se, na página oficial da ASHA, com o título *How Does Your Child Hear and Talk?,* no seguinte endereço: http://www.asha.org/public/speech/development/chart.htm. Deparamos, com alguma frequência, com a análise do desenvolvimento da linguagem na criança a ser descrita através desta subdivisão entre linguagem compreensiva e expressiva. A título de exemplo, para além da citada ASHA, veja-se o caso de Caroline Bowen (2007: 3) e, entre nós, de Rebelo & Vital (2006).

- *3-4 anos*

  - Compreende perguntas com: "onde?", "quem?", "o quê?"; responde a perguntas sobre histórias simples.

- *4-5 anos*

  - Compreende ordens mais complexas (ex: - pega no lápis vermelho e põe dentro da caixa!); gosta de ouvir histórias e responde a perguntas; compreende o discurso coloquial da família e do meio envolvente; adquiriu a noção de antónimo (ex: o contrário de grande é …).

Etapas do Desenvolvimento da Linguagem na Criança – Linguagem Expressiva

- *Nascimento – 1 ano*

  - *0-3 meses* - Produz sons guturais e vocálicos manifestando satisfação, palreio ("acc…acc…"); sorri ao ver o adulto; manifesta choro diferenciado para expressar necessidades; faz a tomada de turno, vocalizando em resposta ao estímulo do adulto;
  - *4-6 meses* - Emite sons consonânticos bilabiais e vocálicos sozinho ou interacção (papapa, mamama, bobobo) – lalação; imita os sons que ouve; expressa alegria, tristeza ou impaciência nas suas produções;
  - *7-12* meses - Vocaliza para chamar a atenção; repete sons, sílabas e palavras; começa a surgir a ecolália; surgem as primeiras palavras (mamã, papá, papa, não, bo/"bola").

- *1-2 anos*

  - Aumenta o seu vocabulário activo (50 a 200 palavras); utiliza a holofrase, mas podem surgir combinações de 2 palavras ("mais papa"); faz perguntas simples ("papá rua?"); utiliza mais sons consonânticos; usa palavras mais correctas; imita os sons dos animais; acentua-se a ecolália.

- *2-3 anos*

  - Nomeia tudo o que pretende (explosão do vocabulário activo); usa frases com duas e três palavras de conteúdo – frases telegráficas; exibe uma expressão verbal oral compreensível para os familiares; faz perguntas simples; podem surgir hesitações nas palavras ou repetições de sílabas.

- *3-4 anos*

  - Expressão verbal oral compreensível fora do círculo familiar – conta acontecimentos, usa frases mais complexas e correctas; sabe dizer o nome, a idade e a morada; usa os plurais, os pronomes (eu, tu, ele) e os verbos no passado; pode apresentar dificuldades na articulação de alguns fonemas.

- *4-5 anos*

  - Utiliza frases com 6 a 8 palavras, com detalhes e gramaticalmente correctas; conta histórias e acontecimentos, mantendo o tópico; pergunta o significado do vocabulário desconhecido; define palavras e conhece alguns antónimos; articula correctamente os fonemas em geral (podendo surgir dificuldades nos fonemas [z], [v], [j], e [r] em grupo consonântico).

Esta descrição do desenvolvimento da linguagem da criança constitui, como alertámos anteriormente, um exercício sintético e esquemático. De qualquer maneira, para além de contribuir para uma análise mais esclarecedora deste processo, permite-nos enquadrar a outra dimensão presente nesta investigação, ou seja, a dos problemas e das perturbações deste mesmo desenvolvimento. Dito de outro modo, torna-se necessário perceber os processos e os resultados esperados em cada um dos aspectos relativos à *compreensão* e à *produção* da linguagem da criança para, nas respectivas fases, identificar quais os desempenhos que se encontram aquém daquilo que seria normalmente esperado.

Em termos de intervenção clínica e como estratégia preventiva, é usual proceder-se à catalogação de *sinais de alerta* (veja-se, a este propósito, a proposta de Rebelo & Vital, 2006) que possam ajudar os pais (mas também os técnicos e os educadores) a estarem atentos e a actuarem no momento mais adequado no sentido de referenciar situações anómalas e de proceder à sua eventual intervenção.

É a análise dos problemas que poderão ocorrer num desenvolvimento menos adequado/normal da linguagem, que, neste momento, nos abre caminho para o ponto seguinte, ou seja para as questões da avaliação da linguagem e das ilações que daí poderemos retirar, designadamente em termos de diagnóstico e de intervenção.

3. Avaliação e problemas de desenvolvimento da linguagem na criança

Avaliar a linguagem da criança[9] significa, em termos globais, estudar, registar e, ainda que numa dimensão mais operatória, medir o processo de desenvolvimento desta competência.

Porém, numa leitura mais específica, poderemos entender a avaliação da linguagem numa dupla dimensão: i) na vertente de conhecimento e de análise deste objecto de estudo, enquanto processo que se coloca ao serviço da investigação, do saber e da informação que se vai produzindo e acumulando nesta área científica; ii) na vertente de diagnóstico e terapêutica, enquanto aplicação dos conhecimentos existentes (testes, escalas de avaliação, instrumentos diversos) a cada caso concreto, a cada criança, tendo em conta, de modo particular, a sua comparação com o desenvolvimento dos seus congéneres. Embora, do ponto de vista académico, possam tratar-se de duas actividades separadas (e, é certo, que, não raras vezes, assim acontece), também é verdade que o investigador e o técnico acumulam por vezes o mesmo papel e outras vezes a investigação científica articula-se e trabalha em conjunto com a prática profissional no terreno, recolhendo-se daí dividendos mútuos.

De qualquer maneira, torna-se fundamental conhecer, em cada momento do desenvolvimento da criança, qual o seu nível de desempenho em termos dos vários elementos que compõem a sua comunicação interpessoal e, para isso, é essencial que existam instrumentos que procedam à respectiva avaliação.

São estes instrumentos que vão permitir também identificar com maior rigor os problemas de desenvolvimento da criança neste domínio, designadamente as chamadas *perturbações da linguagem* de que daremos conta no próximo capítulo. Neste aspecto, identificamo-nos também aqui com a perspectiva apontada por Sanclemente, quando este diz:

---

[9] Reportamo-nos aqui, bem como ao longo de todo este trabalho, às questões da linguagem na criança. Contudo, como é sabido, os estudos sobre a linguagem, bem como a respectiva avaliação de que falamos neste ponto, recaem sobre toda a vida do ser humano, de modo particular, em termos de diagnóstico e terapêutica. Cada vez mais, quer por problemas de saúde, quer pelos frequentes traumatismos em consequência dos acidentes de viação, de trabalho ou outros, quer ainda pela maior longevidade dos indivíduos e as consequentes perdas de capacidades, colocam os técnicos de reabilitação e terapêutica da linguagem perante novas situações. É neste quadro global que, por exemplo, Ferro e Pimentel identificam as várias áreas de avaliação da linguagem do seguinte modo: "Uma avaliação sumária da linguagem oral comporta quatro aspectos fundamentais: análise do discurso, nomeação, repetição e compreensão. Uma avaliação mais detalhada deve incluir testes específicos para a produção e descodificação da fonologia, do léxico, da sintaxe e do pragmatismo do discurso" (2006: 4).

> "La evaluación del lenguaje infantil se realiza para averiguar qué conductas lingüísticas están alteradas y en qué grado, pudiéndose considerar la evaluación como el acto de recoger y analizar información con el objetivo de valorar problemas específicos y, además, que esta información sirva para planificar las necesidades educativas específicas del caso (2000: 33).

Sem querermos ser exaustivos neste domínio, mas antes de avançarmos para a identificação de alguns destes instrumentos, diremos que se reconhecem, usualmente e de acordo ainda com Sanclemente (2000: 32-33), três modos de avaliação, designadamente no que se refere à forma de pontuar e interpretar os testes utilizados: *normativos*, *criteriais* e a tendência mais recente para entender a avaliação *como acto interactivo e educativo*. No primeiro caso, a avaliação por referência à *norma*, procura-se comparar os resultados obtidos por um indivíduo num teste em comparação com os resultados considerados normais para uma amostra representativa da população; no caso da avaliação por referência ao *critério*, confrontam-se os resultados de um indivíduo por comparação com um conjunto de valores pré-definidos para um determinado grupo de indivíduos. Relativamente à última perspectiva, consiste em considerar a avaliação como um acto de interacção entre avaliador e avaliado de natureza educativa, já que se pretende recolher informação que possa ser utilizável e futuramente útil para o processo de aprendizagem.

Para além destes três tipos de avaliação, um outro aspecto a ter em conta na tipificação destes instrumentos reporta-se às componentes da linguagem que cada um deles poderá privilegiar – em termos de fonologia, morfologia, sintaxe, semântica ou pragmática[10] – ou mesmo se estão direccionados para uma patologia específica. Assim, poderemos encontrar propostas distintas de avaliação da linguagem, como aquelas que nos são apresentadas por Sanclemente (2000), designadamente as apontadas pelo autor para a língua castelhana.

No que diz respeito à existência de instrumentos de avaliação da linguagem da criança que estejam aferidos para a população portuguesa e que cubram as várias dimensões da linguagem, a situação vivia em Portugal é ainda precária.

Neste sentido, a carência de instrumentos que permitam a avaliação simultânea das vertentes da compreensão e da expressão da linguagem da criança foi muitas vezes

[10] Sobre os vários aspectos da avaliação da linguagem da criança, Gotzens Busquets (2000) identifica e caracteriza as seguintes: *Avaliação da etapa pré-verbal; Avaliação da fonética e da fonologia; Avaliação da morfologia; avaliação da sintaxe; avaliação da semântica; avaliação da comunicação.*

colmatada, entre nós, com o recurso a avaliações informais, tendo em conta os conhecimentos e a experiência pessoal do avaliador/técnico, ou, por vezes, através da utilização de instrumentos traduzidos do inglês e adaptados para o Português-Europeu. Estão neste caso o *Bankson Language Test* (Bankson, 1990) e o *Reynell Developmental Language Scales* (Reynell & Huntley, 1987), com todas as limitações decorrentes da precariedade destes processos de transposição entre línguas e culturas[11].

Todavia, nos últimos tempos, assistiu-se, em Portugal, à construção de instrumentos de avaliação da linguagem das crianças, em particular para a idade pré-escolar, aferidos para a população portuguesa. Entre estes, uns encontram-se mais direccionados para a expressão verbal e outros incidem sobre a articulação. Assim, no primeiro caso, são de mencionar o *Teste de Avaliação da Linguagem Oral* (TALO), de Inês Sim-Sim (1997) e o *Teste de Identificação de Competências Linguísticas* (TICL), *de Leopoldina* Viana (1998). No que diz respeito à vertente da articulação, merecem referência o *Teste de Articulação Verbal*, de Isabel Guimarães e Margarida Grilo, e o *Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu*, de Isabel Falé e Isabel Hub Faria (2001). Relativamente aos instrumentos que procuram avaliar, simultaneamente, as capacidades de compreensão e expressão verbais orais, especificamente ao nível dos componentes linguísticos (morfológico, sintáctico, semântico e pragmático), as propostas são ainda mais escassas. A situação torna-se ainda mais precária, se a isso acrescentarmos a avaliação da faixa etária dos três aos seis anos, não obstante a recente apresentação do *Teste de Avaliação da linguagem na Criança* (TALC), de Sua-Kay e Tavares (2006), que tenta dar resposta a esta lacuna[12].

Se os instrumentos padronizados de avaliação da linguagem constituem suportes importantes para a investigação e produção científica neste domínio, não deixam de ser menos importantes para os técnicos que no terreno actuam em termos de diagnóstico, prevenção ou intervenção.

---

[11] A este propósito, recordem-se as palavras de Castro Caldas, quando o especialista alerta para esta tendência de utilizar instrumentos importados de outros países sem ter em conta o rigor científico dos processos de adaptação: "Interessa, contudo, salientar que muitas vezes existe a tentação de utilizar material de estudo importado de outros países e cuja aplicação à realidade nacional implica um processo de adaptação. Isto é, as normas podem ser diferentes consoante as variações culturais" (Caldas, 2000: 66).

[12] Neste sentido, também nós temos vindo a participar na construção de uma Bateria de Avaliação da Linguagem (com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian) – *ALPE: Avaliação da Linguagem Pré-Escolar* (Mendes, Afonso, Lousada & Andrade, 2006) – que possa colmatar as limitações apontadas anteriormente e constitua um *Teste de Avaliação* da linguagem da criança em idade pré-escolar nos componentes da compreensão, da expressão e da articulação.

Contudo, a dimensão clínica não se pode reduzir à aplicação mecânica destas ferramentas. O técnico[13] necessita de se socorrer de outros procedimentos, como seja a entrevista e a anamnese, e precisa de construir, de modo especial quando se está perante a avaliação de uma criança, um ambiente relacional propício ao diagnóstico.

A *anamnese*, enquanto documento de registo singular e pessoal de cada indivíduo, constitui um instrumento fundamental do diagnóstico, dado o conjunto de informações que se poderão recolher e registar e, posteriormente, analisar. Veja, neste sentido, o que na Wikipédia, se escreve sobre o assunto:

> "*Anamnese* (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista realizada por um profissional da área da saúde com um paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Em outras palavras, é uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e a pessoa doente. Uma anamnese, como qualquer outro tipo de entrevista, possui formas ou técnicas correctas de serem aplicadas. Ao seguir as técnicas pode-se aproveitar ao máximo o tempo disponível para o atendimento, o que produz um diagnóstico seguro e um tratamento correcto. Sabe-se hoje que a anamnese, quando bem conduzida, é responsável por 85% do diagnóstico na clínica médica, liberando 10% para o exame clínico (físico) e apenas 5% para os exames laboratoriais ou complementares". [14]

Porém, continuando a situar-nos numa dimensão clínica (e o mesmo se poderia dizer da intervenção pedagógica), o momento da anamnese[15], se o processo for conduzido de modo adequado e com a perspicácia necessária, poderá constituir-se como um espaço essencial de criação de empatia, marcando o início de uma relação

---

[13] São vários os técnicos que lidam com as questões da linguagem da criança, tais como: médicos, psicólogos, educadores de infância e professores. Contudo, quer pela nossa formação e exercício profissional, quer pelo próprio quadro empírico em que desenvolvemos este trabalho, quer, ainda, porque entendemos que, no quadro de formação especializada vigente em Portugal, são estes os técnicos particularmente habilitados para o diagnóstico e terapêutica dos problemas de desenvolvimento da linguagem da criança, estamos normalmente a pensar nos *terapeutas da fala*.

[14] Texto retirado de: http://pt.wikipedia.org/wiki/Anamnese_(medicina), em 5 de Dezembro de 2007.

[15] Para uma análise dos vários elementos constituintes de uma anamnese, designadamente no âmbito da avaliação da linguagem, pode consultar-se Sanclemente (2000: 105-110). Também, enquanto terapeuta da fala, a autora deste trabalho sempre utilizou este instrumento de registo dos seus pacientes, o qual constitui a base da informação recolhida para o estudo empírico desta dissertação. Neste sentido, na segunda parte do trabalho, voltaremos a esta questão, onde daremos conta da "nossa" anamnese (que se encontra no Anexo 1). Como curiosidade, também o Ministério da Educação, tendo em conta a recente contratação de terapeutas da fala para as escolas, aponta a anamnese com um dos procedimentos a ter em conta por estes técnicos (ver: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/recursos/Lists/Repositrio%20Recursos2/Attachments/ 133/terapeutas_fala.pdf).

terapêutica harmonizada com o paciente/criança. O clima de confiança que se estabelece com a criança, a linguagem adequada ao nível etário desta, o espaço atractivo e a existência de objectos e brinquedos que possam facilitar a comunicação, as atitudes, os gestos, as expressões faciais exteriorizadas pelo técnico, entre outros modos de actuação, deverão criar um clima afectivo para a indispensável aliança terapêutica. Esta aliança terapêutica, no caso dos problemas de linguagem da criança, não pode, em nosso entender, ser desligada da relação com a família. Também com esta, desde o primeiro contacto, se tem que estabelecer um ambiente relacional favorável ao envolvimento e comprometimento de todos no processo terapêutico: técnico, criança e família[16]. Se quiséssemos invocar aqui as palavras de Daniel Goleman, diríamos que esta intervenção clínica terá que decorrer com base num relacionamento humano empático, constituir-se em *terapêutica emocional*, retirando, assim, o máximo rendimento do nosso "cérebro social"[17].

É a partir da avaliação – no caso em que nos movemos, da avaliação da linguagem da criança – que, se o diagnóstico ocorrer de forma atempada, se poderão desenvolver estratégias de prevenção de potenciais problemas, ou, nos casos em que já não é possível essa acção preventiva, se poderão identificar os processos terapêuticos adequados, tendo em conta o conhecimento correcto dos factores intervenientes e de outros processos associados às perturbações da linguagem em análise.

A avaliação está assim na base da identificação das perturbações da linguagem – assunto que daremos atenção em capítulo posterior – mas, antes, queremos perceber melhor uma outra faceta deste problema, decorrente também do processo de avaliação, que é a dos factores de desenvolvimento da linguagem na criança.

---

[16] Neste domínio, concordamos com Abbud e Santos quando estas escrevem: "Para os profissionais que trabalham com as dificuldades de comunicação e de aprendizagem, é fundamental compreender a estrutura familiar na qual a criança está inserida e procurar fazer um trabalho não só com a criança, mas também com sua família, para que essa, compreendendo o significado das dificuldades e das questões interferentes, possa colaborar de maneira mais efectiva no processo de desenvolvimento de seu filho" (2002: 45).

[17] O "cérebro social" é, para Goleman, "a soma dos mecanismos neurais que orquestram o modo como interagimos, e também o que pensamos e sentimos quando interagimos, com outras pessoas, familiares, amigos, conhecidos e desconhecidos. […] Os percursos do cérebro social são únicos na sua sensibilidade ao mundo exterior. Sempre que conectamos face a face (ou voz a voz, ou pele a pele) com alguém. Os cérebros sociais, o nosso e o da pessoa em causa, interligam-se" (2006: 21).

Capítulo 2

Factores de risco do desenvolvimento da linguagem da criança

Como fomos apontando no capítulo anterior, o desenvolvimento da linguagem, que se inicia nos primeiros anos de idade da criança, mas que acompanha o ser humano ao longo da vida (e recorde-se, a este nível, o caso da aprendizagem de línguas estrangeiras), encontra-se dependente de diversos factores, os quais, agindo complementarmente, dão origem a um fenómeno complexo composto por símbolos e no qual incluímos, a fala, os gestos e outras formas de comunicação humana.

E, se, por um lado, como invoca Peccei (2006: 6), parece ser cada vez mais comum aceitarmos que sabemos mais sobre *o que* as crianças fazem quando adquirem linguagem do que *como* as crianças o fazem, continuando, por isso, em aberto as explicações apontadas pelas diferentes teorias da linguagem, por outro lado, parece colher cada vez mais importância a *perspectiva conexionista* (Messer, 2006) no sentido de se correlacionarem diferentes factores, inatos e ambientais, e, essencialmente, despender mais tempo a observar e ouvir as crianças, designadamente estudando os mecanismos cerebrais que suportam o desenvolvimento da linguagem da criança e, neste aspecto, a análise computacional torna-se indispensável.

Peccei, depois de referir que, hoje em dia, a criança não é entendida como um sujeito passivo de aprendizagem, mas como construtora activa da linguagem e que também esta já não é vista como um comportamento a ser adquirido, mas como um sistema estrutural com vários componentes e mecanismos de aquisição[18], escreve o seguinte:

> "Language development is no longer viewed as a process of children simply increasing the quantity of their linguistic knowledge. It is also seen as involving

[18] Esta análise recorda-nos o expressivo excerto de Carlos Fernandes da Silva: "Em 2001, Bruno Gabriel, na altura com 5 anos de idade, perguntava ao pai porque razão não se podia ensinar a irmã Sofia Raquel, com um ano de idade, a construir frases compreensíveis. Foi complicado para o pai explicar-lhe que a aprendizagem não acontece no vazio. De facto, há aprendizagens que exigem outras aprendizagens prévias. Porém, rodando para trás o filme das aprendizagens de um organismo encontraremos um conjunto de comportamentos que constituiriam a matéria-prima a partir da qual se iniciaram as aprendizagens" (2007: 37).

children continuously reorganizing that knowledge into new mental representations that are increasingly more sophisticated, abstract, and flexible. Focusing on either the child's innate and highly specific linguistic knowledge, their general cognitive processes or their interaction with their caregivers as the driving forces of language acquisition has shifted to focusing on the interconnection of the child's co-developing linguistic, cognitive, and social systems" (2006: 6).

Neste sentido, são vários os factores que poderemos identificar enquanto interventores no desenvolvimento da linguagem, a saber: genéticos, fisiológicos, neurológicos, psicológicos, ambientais, sócio-culturais, escolares e familiares. Dada a totalidade do ser humano, e a *interconexão* que se estabelece no desenvolvimento da criança, estes factores não ocorrem de forma estanque ou segmentada, mas interagem uns com os outros não sendo sempre fácil isolá-los quando pretendemos o seu estudo específico.

Nesta investigação, centrada no estudo das *perturbações da linguagem na criança,* não pretendemos discorrer sobre todos os factores que interferem no desenvolvimento da linguagem, mas tão só descrever, sinteticamente, aqueles que a literatura da especialidade aponta como estando relacionados com as perturbações da linguagem.

Gostaríamos também de precisar que assumimos aqui o princípio de que estes não são factores que levem à aquisição de determinada perturbação ou que se estabeleçam como causas directas do problema, mas apenas como *características* que podem estar *associadas* a essa perturbação constituindo, por isso, *factores de risco*[19].

Neste sentido, e tendo em conta o tipo de pesquisa empírica que desenvolvemos na segunda parte deste trabalho, vamos debruçar-nos um pouco sobre quatro grupos de *factores de risco*: i) factores genéticos, fisiológicos e neurológicos; ii) factores de saúde e hábitos orais; iii) factores do contexto familiar; iv) factores sócio-culturais e institucionais.

[19] Neste aspecto, utilizamos como título deste capítulo a noção de *factores de risco,* utilizada por Tomblin, e seguimo-lo também, quando refere: "It is important to emphasize that risk factors are not necessarily the same as casual agents. When risk factors are present in a person's background, that person has a greater probability of presenting the condition or disease in question than the person who does not have risk factors in his or her background. Thus, risk factors are statements of association" (1996: 197). Também Bishop, quando discorre sobre o assunto, utiliza o título "Associated Characteristics" (1997: 37).

Permita-se ainda insistirmos na ideia de que, não obstante os analisarmos aqui de modo separado (tendo em conta razões de sistematização académica), isso raramente ocorre na realidade, sendo comum a interconexão e a actuação conjunta e sinérgica destes factores de risco.

1. Factores genéticos, fisiológicos e neurológicos

Ao agruparmos neste ponto um conjunto vasto e até diversificado de factores, queremos dar conta de uma plêiade de aspectos que decorrem quer do património genético da criança, quer de outras feições mais fisiológicas e neurológicas, mas que, de certa maneira, ao "nascerem com a criança", poderão interferir no seu desenvolvimento em termos de comunicação.

Assim, neste ponto, assumimos como quadro de reflexão e de análise os factores que possam interferir no desenvolvimento da linguagem da criança, mas cujas origens se situem no período que vai até ao seu nascimento, ou seja, reportamo-nos, globalmente, às características associadas ao desenvolvimento do feto – uma fase de grande complexidade em que a programação genética se interrelaciona com o ambiente intra-uterino e com o desenvolvimento do novo organismo.

Fifer, Monk e Grose-Fifer (2001: 506-523) dividem o desenvolvimento do feto em três períodos – o primeiro trimestre (desenvolvimento embrionário, emergência do sistema nervoso, do reportório comportamental e das sensações), o segundo trimestre (emergência dos sistemas visual, olfactivo, gustativo e vestibular, desenvolvimento do cérebro, expansão do reportório comportamental, resposta do sistema auditivo aos sons), terceiro trimestre (sistema visual, desenvolvimento físico, organização comportamental, desenvolvimento sensorial, aprendizagem e memória) – para, de seguida, identificarem alguns dos riscos a que este processo está sujeito.

Entre outras situações, os autores identificam quer as alterações cromossómicas (caso da Síndroma de Down) e as genéticas, quer as influências ambientais no desenvolvimento do feto, tais como (no caso da mãe): o álcool, o tabaco, a alimentação, o stress e as alterações do sistema simpático (Fifer, Monk & Grose-Fifer, 2001: 523-532).

Embora estejamos muito aquém de perceber as articulações entre o património genético (o seu desenvolvimento e possíveis alterações) do indivíduo e as perturbações do desenvolvimento da linguagem, conhecem-se já alguns casos como a Síndroma de X-Frágil (Glaser et al., 2003) em que estes factores estão presentes.

Contudo, como refere Bishop (reportando-se em particular às "perturbações específicas da linguagem[20]"), se durante algum tempo se pensava que estas perturbações "corriam na família", "it is important to stress that this 'familiality' does not in itself prove that a disorder is inherited" (1997: 47). Como continua ainda a autora, é necessário ter em conta outros factores como a imitação, a transmissão cultural ou o ambiente em que a criança vive.

Nestas situações, têm sido famosos os estudos sobre os gémeos com perturbações da linguagem. E se, por um lado e de um modo geral, as conclusões apontam para um "retardamento" no desenvolvimento da linguagem por parte dos gémeos (muitas vezes acompanhado do fenómeno da 'linguagem secreta'), embora não necessariamente atribuído a factores genéticos (Bishop, 2002: 106); por outro lado, os estudos que confrontaram situações de gémeos dizigóticos com monozigóticos, aconselham a que não se despreze o factor genético, conquanto com muitas cautelas, dada a importância de outros aspectos como o desenvolvimento intra-uterino, os riscos perinatais ou os contextos ambientais e familiares que, não raras vezes, lhes estão associados (Bishop, 1997: 46-49; Tomblin, 1996: 201-204). Numa revisão de literatura sobre o assunto, presente na *Homepage for the Twins Study*, da Universidade de Harvard, Jennifer Ganger abraça também este posicionamento, concluindo a sua análise do seguinte modo:

> "I hope this review does not make the situation for twins' language sound doomed and hopeless. First of all, all the effects mentioned in this summary are found – on average – not in every case. Secondly, environmental and social variables can be influenced by parents in obvious ways. Furthermore, it is clear that it is not the mere fact of being a twin that fosters language delay, but rather a combined effect of perinatal and environmental factors, any of which could theoretically affect any child, twin or not".

Ainda que os estudos genéticos estejam muito aquém do desenvolvimento que poderão vir a patentear nos próximos tempos, os estudiosos da linguagem não lhe retiram importância, quer em termos da existência de uma certa 'base genética' da linguagem (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007: 513), quer no desenvolvimento das estruturas e dos processos fisiológicos e neurológicos da criança (Bishop, 1997: 47).

---

[20] Embora este seja um assunto a retomarmos no próximo capítulo, refira-se, desde já, que a definição de "perturbação específica da linguagem", de acordo com a terminologia proposta pelo autor em causa, aplica-se a uma criança "[…] whose language development is substantially below age level, for no apparent cause" (Bishop, 1997: 19).

Um dos factores que a este nível é recorrente nas análises dos especialistas desta área é a questão do *sexo* enquanto factor associado às perturbações da linguagem. Ou seja, os dados apontam para a predominância deste tipo de problemas nos indivíduos do sexo masculino. E, se é verdade que os padrões comportamentais esperados e "impostos" à criança em termos de *género* se iniciam logo nas primeiras horas de vida e se prolongam ao longo do seu crescimento (Vieira, 2004), e isto traduzir-se-á certamente em diferenças na aquisição e desenvolvimento da linguagem, a dimensão aqui em causa é a biológica. Assim, como aponta Tomblin, embora não seja possível alargar as conclusões a outras perturbações ou mesmo à comparação entre as competências linguísticas dos meninos e das meninas, no caso das "perturbações específicas da linguagem" estudadas pelo autor, a prevalência do masculino sobre o feminino foi clara, um rácio de 2:1 (1996: 198-199). Também Bishop (1997: 38) aponta neste sentido, ou seja do predomínio das perturbações específicas da linguagem nos rapazes[21].

Em termos bio-fisiológicos, a criança necessita de desenvolver todo um conjunto de estruturas fundamentais para a aquisição e desenvolvimento da linguagem e da fala. Referimo-nos, por um lado, às diversas estruturas orgânicas que permitem o reportório e o desenvolvimento das capacidades sensoriais e perceptivas, em particular a audição e a visão[22] e, por outro, no caso da fala, ao desenvolvimento do aparelho fonador e articulatório (pulmões, laringe, cordas vocais, faringe, cavidade oral, palato mole, palato duro, língua, dentes, lábios, mandíbula e cavidade nasal). Como referem Araújo, Silva e Coutinho (2007: 63):

> "A evolução do sistema sensório motor oral acontece desde o período embrionário, com a morfogénese das estruturas orofaciais tais como a língua, mandíbula, maxila, lábios, bochechas e palato, culminando com o surgimento das primeiras habilidades de deglutição e sucção, observadas por volta da 11ª e 20ª semanas de idade gestacional, respectivamente".

---

[21] Convém, contudo, ter alguma cautela com alguns destes dados, conforme alertam os dois autores citados (Tomblin; Bishop). É que, sendo a recolha muitas vezes efectuada em contexto clínico e terapêutico e estando os rapazes mais vezes associados a problemas de atenção e comportamentais, o número de casos poderá estar articulado com estes problemas e a sua leitura surgir algo enviesada.

[22] Os estudos sobre a surdez e a cegueira na sua relação com os problemas de comunicação, pela sua centralidade nesta problemática, têm sido comuns por parte da investigação da especialidade. Apenas como exemplos, veja-se, no caso das perturbações da linguagem, os capítulos que Bishop e Mogford (2002) dedicam ao assunto e, no caso dos estudos sobre o desenvolvimento da criança, o capítulo de Preister (2001), *no Blackwell Handbook of Infant Development*, de Bremner e Fogel.

Um desenvolvimento anómalo destas estruturas orgânicas poderá estar na origem de determinadas perturbações da linguagem e da fala.

Também um outro factor de desenvolvimento da linguagem tem sido objecto de grande atenção e de investimento nas últimas décadas, daí se esperando cada vez mais explicações para esta problemática: reportamo-nos ao cérebro e aos estudos neurológicos da linguagem. Eis o que sobre o assunto, avançam Gazzaniga, Ivry e Mangun:

> "A linguagem é a única entre as funções mentais em que apenas humanos possuem um sistema verdadeiro de linguagem. Como é organizada a linguagem no cérebro humano e o que esta organização funcional e anatómica pode nos dizer acerca da arquitectura cognitiva do sistema de linguagem? Já sabemos há mais de um século que regiões ao redor da fissura de Sylvius do hemisfério dominante esquerdo participam da compreensão e da produção da linguagem. Entretanto, modelos clássicos são insuficientes para compreender as computações que fornecem a base da linguagem. Novas formulações, com base em análises detalhadas dos efeitos de lesões neurológicas (apoiadas por aprimoramentos em análise de imagens estruturais), neuroimagem funcional, electrofisiologia humana e modelos computacionais fornecem agora algumas modificações surpreendentes de antigos modelos. No entanto, o sistema da linguagem humano é complexo, e ainda há muito para ser aprendido acerca de como a biologia do cérebro permite a riqueza do discurso e a compreensão da linguagem que caracterizam nossas vidas diárias" (2006: 416-417).

Como referem os autores, há vários anos que sabemos da localização de determinadas zonas cerebrais directamente relacionadas com a problemática da linguagem, sendo duas mais conhecidas[23] as áreas de Wernike e de Broca. No caso da área de Wernike, trata-se de uma zona cortical responsável pela compreensão auditiva do material verbal; relativamente à área de Broca, é a responsável pela expressão verbal e pela capacidade de falar fluentemente. A lesão de qualquer uma destas áreas traduz quadros de afasia, conhecidos por afasia de Wernike e afasia de Broca (Caldas, 2000: 175-179).

[23] Utilizando como critérios de classificação a fluência, a compreensão, a nomeação e a repetição – para além destes dois tipos de afasias (*Wernike* e *Broca*) – Castro Caldas (2000: 175) identifica ainda os sete seguintes: *Condução, Anómica, Transcortical sensorial, Transcortical motora, Transcortical mista, Global* e *Surdez verbal pura*. Para uma análise da relação entre as vias auditivas e a linguagem, veja-se também Baker, Barasi e Neal (2005: 118-119).

Entretanto, para além dos clássicos estudos de abordagem neuropsicológica que nos davam conta das áreas cerebrais da compreensão da produção da fala (Wernike e Broca), bem como das ligações entre as regiões anteriores e posteriores do cérebro envolvidas nestes processos e respectivas lesões, outras técnicas recentes, como as que decorrem da neuroimagem funcional da linguagem e da electrofisiologia da linguagem, constituem ferramentas poderosas para o estudo da linguagem, não só dos cérebros lesionados, mas do sistema normal de linguagem (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006: 419-416).

Se as investigações das neurociências nos continuarão certamente a dar informações preciosas sobre o funcionamento da linguagem no nosso cérebro, alertam-nos também para termos em conta todo o processo de desenvolvimento e maturação cerebral como um aspecto que não pode ser menosprezado na explicação, avaliação e prevenção das perturbações da linguagem da criança[24].

Torna-se, por isso, fundamental perceber a *etiologia* da perturbação, de modo a identificarem-se as possíveis causas, não só as de incidência tipicamente neurológica, mas também as de ordem biológica mais vasta, como sejam as diversas síndromes, as doenças congénitas e as malformações. Refiram-se, por exemplo, os casos das fissuras labiopalatinas (a fenda palatina e lábio leporino), malformações que se devem à falta de fusão dos processos maxilares e palatinos e que constituem das anomalias congénitas mais frequentes da face (Rockland & Borba, 2005: 97-100).

Igualmente, as questões associadas à *gestação* e ao *parto* constituem aspectos que não podem ser menosprezado nesta análise, de modo particular aqueles casos que são considerados como situações de risco.

Relativamente à gravidez, são diversos os problemas de saúde que podem ocorrer em que a mãe pode sofrer ameaça de aborto, contrair doenças infecto-contagiosas, traumáticas ou tóxicas (danos por factores ambientais).

Também o nascimento prematuro e o baixo peso[25] constituem factores de risco para o desenvolvimento do indivíduo que podem reflectir-se igualmente ao nível da

---

[24] Sem pretendermos descrever as várias situações existentes, é exemplo notório das consequências deste tipo de factores, os casos de crianças com paralisia cerebral, "a doença do neuro-desenvolvimento mais frequente na criança" (Nunes et al., 2006: 42).

[25] Segundo Clara Soares: "O nascimento de bebés de grande prematuridade representa um problema médico, social e ético complexo com impacto nas famílias, nas instituições de saúde e na sociedade" (2005: 40). No que se refere à relação entre a prematuridade e a exposição de asfixia, a situação torna-se muito delicada, como escreve ainda a especialista: "Foi observado que o feto pretermo responde de

linguagem pois, nestes casos, ocorre atraso no desenvolvimento da dentição, má formação do esmalte dentário e do palato, repercutindo-se nas estruturas bucais da criança (Ferrini, Marba & Gavião, 2007).

O parto constitui, portanto, um momento extremamente importante para esta análise. Contudo, como referimos anteriormente que, neste ponto, nos situaríamos "no período que vai até ao seu nascimento", retomamos o assunto no próximo ponto.

forma diferente a uma exposição de asfixia. É sabido que nos fetos de termo perante um insulto hipóxico se produz uma redistribuição circulatória com protecção dos órgãos nobres – coração e cérebro. A partir de estudos experimentais deduz-se que tal mecanismo não sucede no feto pretermo, não havendo também um aumento da tensão arterial compensatório, por imaturidade dos quimioreceptores, da regulação neurohormonal e do incompleto desenvolvimento do SNC" (2005: 44).

2. Problemas de saúde e hábitos orais

Se a articulação e interdependência entre os vários tipos de factores de risco não podem, como já invocámos antes, ser esquecida e, nesse aspecto, os factores relacionados com a saúde e os hábitos orais que aqui apontamos não estão desconectados dos anteriores (fisiológicos, genéticos e neurológicos), nem daqueles que vamos abordar nos pontos seguintes (designadamente os de ordem familiar), isolámo-los aqui, pois nos parece pertinente a sua abordagem "autónoma".

Assim, no que diz respeito às questões de saúde, são vários os problemas que podem condicionar o desenvolvimento da linguagem da criança desde o nascimento, designadamente, tudo aquilo que ocorre logo no momento do parto.

O *parto* constitui, como é sabido, um momento delicado e que marca o posterior desenvolvimento da criança, de modo particular quando lhe estão associadas situações de risco. Uma das situações que pode causar problemas ao futuro desenvolvimento da criança e que por vezes é factor de risco do desenvolvimento da linguagem é a duração do parto e a eventual falta de oxigenação cerebral[26].

Uma das formas de exemplificarmos alguns aspectos relacionados com este momento é socorrermo-nos da Escala de Apgar, um instrumento de avaliação do recém-nascido utilizado com alguma frequência na obstetrícia. A *Wikipédia* descreve assim esta Escala:

> "A *Escala* ou *Índice de Apgar* consiste na avaliação de 5 sinais objectivos do recém-nascido no primeiro e no quinto minutos após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar 0 a 2" [27].

[26] Embora não se possa atribuir exclusivamente a este factor, como se pensava originariamente (C. Soares, 2005: 43), a Paralisia Cerebral é uma das situações clínicas que pode decorrer da hipoxia intraparto (Neves et al., 2006).

[27] Texto retirado de: http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Apgar, em 15 de Dezembro de 2007.

Nesta mesma fonte, podemos encontrar a tabela (ver Quadro nº 1) de que os técnicos se socorrem para proceder à respectiva avaliação.

Quadro nº1. Escala de Apgar[28]

Tabela para cálculo do índice			
Pontos	**0**	**1**	**2**
Frequência cardíaca	Ausente	<100/min	>100/min
Respiração	Ausente	Fraca, irregular	Forte/Choro
Tónus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento activo/ Boa flexão
Cor	Cianótico/Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro

Conforme se argumenta na fonte (Wikipédia) que seguimos neste ponto, o Índice de Apgar já não desempenhará hoje a importância de algum tempo atrás, quer porque a tecnologia nestas áreas avança diariamente, quer porque o estabelecimento de uma relação segura entre estes (baixos) índices e os consequentes problemas em termos neurológicos e de desenvolvimento da criança não foi confirmado.

Todavia, esta não parece ser uma opinião generalizada, já que, segundo outros investigadores, trata-se de um mecanismo de avaliação que continua a ser utilizado quer no espaço clínico, quer em processo de investigação nestes domínios[29]. Por outro lado, tendo em conta o nosso tema de trabalho, a Escala de Apgar dá-nos conta de um

[28] Este Quadro da *Tabela de Apgar* foi retirado da mesma fonte que se encontra referida na nota de rodapé anterior.

[29] Numa investigação sobre "a vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo", assim escreviam recentemente Kilsztajn, Lopes, Carmo e Reyes: "O índice de Apgar, largamente utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, varia de 0 a 10 e avalia cinco sintomas objectivos […]. A importância do índice de Apgar como indicador de risco para a morbimortalidade neonatal tem sido ratificada em várias pesquisas recentes" (2007: 1887).

conjunto de *sinais* do recém-nascido que são importantes ter em conta enquanto possíveis factores de risco das perturbações da linguagem da criança.

Contudo, após o nascimento, a criança encontra-se sujeita a toda uma série de situações de saúde que poderão perturbar o seu desenvolvimento normal neste domínio da linguagem: referimo-nos a todas aquelas doenças que podem causar lesões nos seus sistemas sensoriais, por exemplo na audição (otites, rubéola, viroses diversas que podem levar à surdez neuro-sensorial e de transmissão); doenças ou acidentes que afectem a componente motora e estruturas anatómicas (fenda palatina, lábio leporino, adenoidite); interferências no desenvolvimento neurológico (epilepsia, doenças degenerativas do sistema nervoso central e doenças neurodesenvolvimentais).

O mesmo acontece com diversos hábitos, designadamente: de tipo respiratório, em que a respiração bucal altera frequentemente as estruturas orofaciais; e os relativos à alimentação utilizada, como poderá acontecer, por exemplo, com a manutenção dos *alimentos passados* e o consequente atraso no desenvolvimento do funcionamento das estruturas orofaciais, já que "o bebé precisa experimentar consistência e texturas diferentes que estimulem sua propriocepção oral" (González & Lopes, 2000: 47).

Porém, no que à questão dos hábitos orais diz respeito, queremos enfatizar a problemática do uso da *chupeta*. O uso da chupeta é normalmente considerado um hábito praticamente universal, sendo diversos os estudos que correlacionam esta prática, entendida muitas vezes como processo de *acalmar o bebé*, com o aleitamento materno. Ou seja, reportamo-nos à utilização da chupeta no processo de supressão, substituição ou menor duração (desmame precoce) do aleitamento materno (Lamounier, 2003). Conforme descrevem Lévy e Bértolo, se, por um lado, depois de um período (após a II Guerra Mundial) em que as mulheres (por motivos diversos, designadamente de ordem sócio-cultural, familiar e profissional) baixaram a incidência desta prática, por outro lado, assistiu-se a uma recuperação a partir dos anos 70 – não obstante, ainda segundo as autoras, "mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, [… mas] quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé" (2007: 7-8).

Todavia, não são as questões nutricionais, afectivas e relacionais inerentes ao aleitamento materno (sem descurarmos a sua relevância) que mais nos interessam neste estudo, mas a sua relação com o desenvolvimento craniofacial e com a acção muscular oral, bem como, de modo especial, as consequências que a sua substituição pela chupeta implicam. A prática do aleitamento materno parece contribuir para o

desenvolvimento craniofacial e das estruturas orais, evitando problemas de oclusão e articulatórios, como constatam Araújo, Silva e Coutinho:

> "A maioria dos estudos referentes às consequências do uso de mamadeira e chupeta no desenvolvimento orofacial se dá com crianças maiores, normalmente, a partir do primeiro ano de vida. Estes trabalhos constatam alteração no fechamento labial por acção ineficiente da musculatura responsável, postura habitual atípica de língua como sinal de hipotonia, com instalação da respiração oral e prejuízos à saúde infantil. Indicam ainda alterações de arcos dentários com repercussão na oclusão e na articulação dos sons da fala" (2007: 64).

Assim, para além da chupeta ou em substituição desta podem surgir a onicofagia (hábito de roer as unhas), o *chuchar* na língua, na bochecha, no lábio, no dedo ou em outros objectos.

3. Factores do contexto familiar

São vários os autores que enfatizam o papel deste tipo de factores, designadamente o papel desempenhado pelas relações interpessoais no desenvolvimento linguístico:

> "Existe um outro conjunto de teorias agrupadas sob o nome de teorias sociointerpretativas e funcionais, que consideram, pelo contrário, que o papel das relações interpessoais no desenvolvimento linguístico é fundamental e que entendem que a linguagem se aprende naturalmente e em situações interactivas entre a criança e os seus progenitores. […] Seguindo esta linha, psicólogos de inspiração vigotskiana, como o americano J. S. Bruner, são de opinião que o desenvolvimento da linguagem infantil é um processo do qual são protagonistas tanto as próprias crianças como os adultos que as rodeiam, que actuam como mediadores entre a cultura e a criança. Enquanto mediadores, os adultos, geralmente os pais, organizam as experiências infantis de modo que a criança possa participar com a ajuda em situações comunicativas e linguísticas nas quais depois, gradualmente, poderá actuar de maneira autónoma" (Martí, 1999: 257).

Assim, de acordo com esta perspectiva, não poderemos deixar de ter em conta o papel exercido pela família no desenvolvimento da linguagem da criança, sendo lícito depreender que há contextos familiares mais propícios do que outros ao desenvolvimento linguístico, designadamente aqueles que criam mais situações facilitadoras dessa aprendizagem.

É na família que a criança inicia o processo de aquisição linguística e daí a conhecida expressão *língua materna*, como aponta Inês Sim-Sim: "Crescer linguisticamente é adquirir a mestria das regras de estrutura e uso que regulamentam a língua do grupo primário de socialização que é a família, daí o termo língua materna" (1998: 25).

Se, por um lado, temos que reconhecer que, nas complexas sociedades dos nossos dias, a família ocupa, progressivamente, um espaço cada vez menor na vida das nossas crianças, por outro lado, várias são as áreas científicas que nos alertam para o papel central que a família continua a ter nos processos de aquisição e de desenvolvimento da linguagem da criança, bem como das consequências que daí advêm em termos de sucesso académico, profissional e vivencial. Seria difícil encontrar

investigadores situados no quadro da psicologia da infância que não atribuíssem importância ao papel da família no desenvolvimento da linguagem. Apenas como indicação, refiram-se a colectânea de textos de Spodeck (2002) sobre educação de infância ou os estudos efectuados entre nós por Gabriela Portugal, quer na perspectiva da "ecologia da família" e dos "factores determinantes das interacções familiares" (Portugal, 1998: 125-155), quer no âmbito da "abordagem experiencial" e dos programas de intervenção precoce (Portugal e Santos, 2003).

A psicologia do desenvolvimento constitui, por isso, um dos campos científicos onde podemos colher argumentos cruciais para dar atenção à família neste processo. É com os pais, ou mais precisamente no seio da família, que a criança inicia o seu processo de interacção com o mundo e desenvolve os seus processos de comunicação. Gestos, choros, sorrisos... mas também as primeiras palavras vão para os membros da família: "mamã" e "papá" não surgem por acaso como dos primeiros vocábulos balbuciados pela criança. Neste processo de aquisição linguística, para além do processo natural de imitação necessário à aprendizagem da língua (a família é o primeiro modelo que a criança vai imitar), a interacção e estimulação desencadeada no contexto familiar pelo pai e pela mãe, mas também por outros membros da família, com destaque para os irmãos mais velhos, são considerados elementos cruciais deste processo.

Também a análise sociológica tem vindo a alertar para a importância da linguagem, designadamente do tipo de linguagem construída na família e a sua relação com os contextos escolares. Neste campo sobressaem os trabalhos de Basil Bernstein (veja-se o trabalho publicado, entre nós, por Ana Maria Domingos e colaboradoras, em 1986). Para aquele autor, a criança pode chegar à escola com *códigos* linguísticos, mais *restritos* ou mais *elaborados*, em função do nível cultural e académico dos pais (ou seja, de acordo com a terminologia utilizada pelo autor, se a criança é oriunda de famílias da *classe média ou* da *classe trabalhadora*). Estes códigos vão ter repercussões claras no desempenho escolar dos alunos, já que, também a escola, detém códigos linguísticos específicos normalmente mais próximos daqueles que são próprios das famílias de nível sócio-cultural mais elevado. Do mesmo modo, a sociologia da infância nos tem dado conta do papel inultrapassável e decisivo que a família desempenha na socialização das crianças e no seu desenvolvimento integral como nos apontam Cerisara e Sarmento (2004) na sua colectânea dirigida para o estudo dos "mundos sociais e culturais da infância".

Também na perspectiva da *intervenção técnica, n*o âmbito dos processos de intervenção na área da linguagem da criança, designadamente no diagnóstico e terapêutica da fala, é usual, conforme já invocámos no capítulo anterior, o trabalho conjunto com as famílias já que se reconhece que a estas cabe um papel crucial no apoio ao técnico que intervém na correcção das perturbações da linguagem – no quadro de um "modelo interactivo de intervenção" (Elias, 1995)[30].

Dentro deste campo dos factores relativos ao contexto familiar serão certamente muitas as dimensões que poderão relacionar-se com o desenvolvimento criança e, por conseguinte, com a linguagem, tais como: o clima familiar; a gestão dos afectos; a aceitação, atenção e autonomia da criança; a indicação de regras de comportamento; as relações conjugais; as crenças, percepções e os papéis familiares desempenhados; as redes sociais de contactos; o nível socio-económico; a profissão, a situação e a segurança no emprego; a idade e a saúde (especialmente do foro psicológico) dos pais; as habilitações académicas e os conhecimentos especializados; a atitude dos pais perante os filhos tendo em conta o sexo, a posição na fratria, as anomalias[31] ou as diferenças na aparências física (Portugal, 1998: 125-155).

Tendo em conta o nosso objecto de estudo empírico e, em particular, os dados a que teremos acesso e que iremos mobilizar na presente investigação (os quais serão descritos à frente na segunda parte do trabalho), destacamos os três seguintes factores do contexto familiar que podem estar associados às perturbações da linguagem da criança:

- *Habilitações académicas dos pais*: já que graus mais elevados de literacia do pai ou da mãe e os desempenhos linguísticos que, à partida, lhes estão associados, bem como uma maior erudição sobre este tipo de questões poderão constituir uma variável que se correlacione positivamente com um maior desenvolvimento linguístico da criança; também no que diz respeito às perturbações de desenvolvimento da linguagem, embora os estudos não sejam concludentes, alguns apresentam relações positivas entre o maior número de

[30] Também nós entendemos que as famílias deverão participar activamente neste processo terapêutico. Como exemplo, em Anexo 2, pode ver-se excerto de um folheto com um conjunto de indicações (ainda que sintéticas e com linguagem simples) que frequentemente indicamos aos pais para que estes possam intervir adequadamente e, ao mesmo tempo, contribuam para o sucesso do papel do terapeuta da fala.

[31] Para uma análise da "família da criança com necessidades educativas especiais", veja-se, por exemplo a síntese efectuada por Liliana Sousa (1998:122-131).

crianças com problemas e o menor grau de escolarização dos seus progenitores (Tomblin, 1996: 204-205);

- *Profissões dos pais*: já que o tipo de actividade profissional do pai e da mãe, o nível económico e a correspondente contrapartida financeira, o grau de segurança no emprego, a disponibilidade temporal para uma relação familiar mais duradoura, bem como o tipo de socialização adquirido poderão interferir nas competências linguísticas das crianças; partimos do pressuposto que as profissões com uma posição social mais favorável (a que estejam associados vencimentos mais elevados) se correlacionarão de modo positivo com melhores desempenhos linguísticos – pressuposto que é apontado por autores como Bishop (1997: 38-39), embora as investigações apresentadas pela autora não sejam sempre coincidentes nesta correlação, podendo esta estar mais vezes associada aos *padrões linguísticos* usados do que às *competências linguísticas básicas* manifestadas pelas crianças; para além disso, outros aspectos ligados a situações de pobreza que acompanham muitos destes casos deverão ser equacionados;

- *A posição na fratria*: o número de irmãos e, em particular, a idade e a ordem do nascimento, são, de acordo com diversa literatura da especialidade, apontados como características a ter em conta no desenvolvimento da linguagem das crianças, apontando-se para o princípio de que os irmãos mais velhos terão um desenvolvimento mais rápido da linguagem do que os mais novos, dada, nomeadamente, a maior atenção prestada pelos pais ao(s) primeiro(s) filho(s); contudo, também aqui os dados embora, por vezes, apontem nesse sentido, não são completamente concludentes (Bishop, 1997: 38; Tomblin, 1996: 204-206); no caso de situações que envolvem famílias numerosas, deverá também ser tido em conta, como o alerta Tomblin (1996: 206), a situação socio-económica e o nível de escolarização destas.

Por conseguinte, estas variáveis poderão tornar-se mais incisivas quando se associam no mesmo contexto familiar, como aponta Gabriela Portugal:

> "Provavelmente, dada uma combinação de circunstâncias, pais em circunstâncias de pobreza tratam as suas crianças de modo bastante diferente do de pais favorecidos. Conversam menos com os seus filhos, providenciam menos brinquedos, despendem menos tempo em actividades de estimulação cognitiva, são mais restritivos, utilizam mais punições físicas e fornecem menos explicações à criança" (1998: 144).

Assim, em contextos de pobreza, encontraremos, certamente, famílias de reduzidos recursos económicos com baixos índices de formação académica, com profissões de baixo estatuto social e mal remuneradas, com uma fratria numerosa, com condições habitacionais e de higiene precárias, com dificuldades de acesso à saúde[32], etc. – situações que, conjugadas, potenciam a importância destes factores para a apreciação do desenvolvimento da linguagem da criança.

[32] Uma das situações que poderemos aqui mencionar é a da *gravidez não vigiada*, cuja ligação a condições de pobreza e a outras conjunturas socialmente problemáticas é frequente. Num estudo realizado na Maternidade Alfredo da Costa, tendo por base 61 gravidezes não vigiadas, Alexandra Cordeiro e colaboradoras dão-nos conta do perfil desta situação: "A maioria das mulheres são portuguesas e de raça caucasiana (54,1%) e com baixo nível de instrução – 6,1% analfabetas e 67% com escolaridade inferior à escolaridade mínima obrigatória de nove anos; […] quando analisamos as grávidas de nacionalidade não portuguesa (24,6%) notamos a importância relativa de romenas de etnia cigana (metade das imigrantes), sem quaisquer conhecimentos de português, totalmente excluídas da sociedade […]; no que respeita à ocupação profissional, a quase totalidade das grávidas não tem actividade profissional diferenciada, muitas são domésticas e grande parte encontra-se no desemprego; […] 26,2% das mulheres negam uma relação estável na altura do parto; […] constatamos que 33% das grávidas referiam hábitos tabágicos durante a gravidez […] e que 15% utilizavam drogas ilícitas" (Cordeiro et al., 2006: 15-16).

4. Factores sócio-culturais e institucionais

Se, como referirmos no início deste capítulo, os vários factores que temos vindo a identificar não ocorrem de modo separado, mas em conjunto e interconexão, quando pensamos nos factores familiares, que anteriormente apontámos, e os que aqui classificamos como sócio-culturais, a dificuldade de separação é ainda maior.

Neste sentido, refira-se que, com o conceito de sócio-culturais, nos reportamos fundamentalmente ao tipo de contexto demográfico e habitacional (e suas marcas económicas, culturais, étnicas, de vizinhança e relacionais) que tipificam a zona de residência e, no que diz respeito à vertente institucional, salientamos as instituições de educação e de acolhimento de crianças, designadamente as creches e os jardins de infância. É sobre estes campos limitados (tendo em conta a vastidão de situações que os conceitos envolvem) que nos situaremos.

Os factores relativos ao *contexto demográfico* da área de residência da criança não aparecem muito enfatizados pelos investigadores da especialidade no que diz respeito à sua relação directa com o desenvolvimento e as perturbações da linguagem da criança. Ou seja, embora este tipo de variáveis sejam usualmente consideradas na investigação, não tem sido fácil estabelecer correlações directas entre as tipologias demográficas e residenciais – do tipo *urbano*, *suburbano* e *rural* – e as questões linguísticas centrais deste trabalho[33]. Contudo, este factor não pode ser completamente negligenciado se tivermos em conta alguns aspectos que a diversidade dos contextos demográficos pode acarretar, tais como o acesso a cuidados de saúde pré-natais, à prevenção de problemas durante a gravidez, ao acompanhamento do desenvolvimento inicial da criança, aos conselhos sobre a higiene e a alimentação, o acesso a instituições educativas mais qualificadas, etc.

Ou seja, do mesmo modo que atrás apontámos para o contexto familiar, também em determinados contextos geográficos, em particular os mais desfavorecidos social e economicamente, poderemos encontrar um *caldo* de circunstâncias aliado a situações de pobreza que interferem certamente no desenvolvimento global, e também linguístico, da criança. Como escreve Gabriela Portugal:

[33] Tomblin e colaboradores da Universidade de Iowa – numa investigação onde procuraram estabelecer estimativas de prevalência dos Distúrbios Específicos da Linguagem a partir da avaliação de crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentavam jardins de infância – utilizaram como critério para a definição da amostra os contextos residenciais urbano, suburbano e rural, tendo reconhecido que estas variáveis demográficas eram pouco significativas no estudo em causa (Tomblin et al., 1997).

"Em circunstâncias de pobreza, as mães têm menos acesso a cuidados de saúde pré e pós-natais e como tal correm um maior risco de sofrer problemas durante a gravidez e as crianças têm uma maior probabilidade de nascerem com alguma deficiência. A alimentação também tende a ser mais desequilibrada, tanto para as crianças como para as mães. Famílias pobres são frequentemente mais extensas, várias pessoas ocupando os mesmos espaços, sendo estes espaços normalmente exíguos e carenciados. As mães de estratos sociais mais baixos, que experienciam mais dificuldades e tensões, também tendem a deixar os filhos, enquanto vão trabalhar, em instituições ou em circunstâncias qualitativamente mais desfavorecidas" (1998: 144-145).

Esta última referência da autora remete-nos para a segunda dimensão deste tipo de factores, a vertente *institucional* representada pela frequência da creche e do jardim de infância por parte das crianças.

São vários os autores que apontam a importância da frequência do *jardim de infância*, com os seus programas de educação pré-escolar, quer para o desenvolvimento adequado da criança, quer para o seu posterior desempenho escolar (veja-se, sobre o assunto, o levantamento efectuado por Bairrão e Tietze, 1995[34]). De um modo geral, esta relação é mais reconhecida na frequência do jardim de infância do que na creche (Portugal, 1998: 160) e será tanto mais positiva quanto mais estivermos em presença de crianças de baixos estratos socio-económicos e instituições de educação de infância de qualidade.

Reconhecendo este tipo de influências no desenvolvimento global e no desempenho escolar das crianças, estamos igualmente a falar do seu desenvolvimento linguístico. Também a este nível tem vindo a ser reconhecido o papel da frequência do jardim de infância no desenvolvimento semântico das crianças (Lousada, 2002), podendo esta influência ser potenciada com a aplicação de programas de desenvolvimento de competências linguísticas, como o efectuado por Felisbela Pinto (2002) a partir da proposta de Leopoldina Viana (2001).

[34] Assim se expressam os autores: "Tal como adiante se referirá com mais pormenor, as investigações já realizadas em países da CE, demonstraram bem os benefícios para as crianças e suas famílias associados com a participação em programas pré-escolares. Para além de convincentes, quase todas as investigações anteriores focaram os benefícios associados à generalidade dos programas para crianças em idade pré-escolar. Tornam-se no entanto necessárias, novas pesquisas com vista a identificar os parâmetros e características dos programas e dos participantes que mais contribuem para esta eficácia" (Bairrão e Tietze, 1995: 10).

O jardim de infância surge, assim, como uma instituição onde a criança tem condições para desenvolver competências linguísticas qualificadas e, em particular, como um espaço onde se poderão identificar e corrigir potenciais dificuldades, caso contrário, a sua posterior entrada na escola não será isenta de obstáculos. Situando-se nesta perspectiva, e reportando-se à necessidade de desenvolver a consciência fonológica das crianças em ordem ao seu sucesso escolar, Carmina Elias aponta para a necessidade de se "[…] trabalhar com todas as crianças, essencialmente aquelas que revelaram ou revelam alguma dificuldade na linguagem, 'equipando-as' antes da entrada na escola, numa tentativa de evitar/reduzir o fracasso. *O insucesso escolar aumentará drasticamente se intervimos apenas na idade escolar*" (Elias, 2005: 13).

Também Leopoldina Viana se refere ao assunto nos seguintes termos: "Em idade pré-escolar não poderemos propriamente falar em dificuldades de aprendizagem. Contudo, a investigação recente tem mostrado a importância do domínio da linguagem oral e dos estruturadores dos comportamentos literácitos para a futura aprendizagem da leitura" (2005: 75).

Porém, nem sempre os educadores de infância estão preparados para a tarefa de identificação e avaliação dos problemas de linguagem das crianças. As duas autoras anteriormente citadas referem-se à necessidade de se investir na formação específica destes profissionais "incentivando-os à identificação precoce de dificuldades ao nível da linguagem oral" (Elias, 2005: 12), já que se reconhece alguma dificuldade por parte dos educadores de infância para avaliarem a linguagem da criança, como aponta Leopoldina Viana:

> "Sabemos que dificuldades ao nível da expressão oral poderão inibir ou relegar para planos secundários esta forma de expressão, em favor de outras em que a criança se sinta mais competente. Este facto torna difícil aos Educadores de Infância a tarefa de fazer uma avaliação da linguagem baseada nas observações quotidianas. Assim, dificuldades ao nível da linguagem expressiva são confundidas com 'timidez', 'mimo', 'dificuldades de adaptação ao grupo', esperando-se que o tempo valide (ou não) estas hipóteses. Assim, nos anos pré-escolares deve ser dada maior atenção à avaliação do desenvolvimento da linguagem […]" (2005: 75).

Esta problemática remete-nos não só para a importância do conhecimento que os educadores deverão possuir no que respeita à identificação precoce dos problemas de

linguagem, mas, também, para a necessidade de informar os pais sobre a situação concreta dos seus filhos e a eventual *referenciação* para técnicos especializados.

Contudo, a comunicação adequada e sistemática aos pais sobre as perturbações da linguagem dos seus filhos parece constituir uma prática que se encontra muito aquém do que seria desejável. Tomblin e colaboradores, no estudo a que já fizemos alusão anteriormente, concluíram que apenas 29% dos pais das crianças com Perturbações Específicas da Linguagem tinham sido informados deste problema de linguagem dos seus filhos (1997: 1256).

Capítulo 3
As perturbações da linguagem na criança

1. Diagnóstico e classificação das perturbações da linguagem

À semelhança do que ocorre noutras áreas, designadamente nas ligadas à intervenção clínica e terapêutica, também no caso das perturbações da linguagem da criança, para se proceder à respectiva avaliação e diagnóstico, recorre-se a classificações que permitam tipificar cada situação e, assim, melhor a enquadrar no conjunto de informações que o conhecimento científico e os saberes práticos disponibilizam sobre o assunto.

Também, no caso concreto deste trabalho, o recurso a uma classificação das perturbações da linguagem da criança é-nos particularmente importante já que uma das variáveis que pretendemos abordar é precisamente a do tipo de perturbação apresentado pelas crianças em análise neste estudo, as quais manifestam um leque muito diversificado de diagnósticos.

A complexidade evidenciada por esta problemática da linguagem não tem tornado fácil a elaboração de tipologias sobre as respectivas perturbações, sendo comum encontrarmos, neste domínio específico, obras de referência, trabalhos de investigação e até programas de unidades curriculares (nos cursos de formação no ensino superior) que não apresentam qualquer tipologia no seu enquadramento e desenvolvimento.

Assim, se, por um lado, já esperávamos que não fosse fácil encontrar uma tipologia destas perturbações que fosse utilizada de forma sistemática e com algum acordo entre os investigadores (situação comum a muitas outras áreas do saber), por outro lado, surpreendeu-nos o número reduzido de propostas com que nos confrontámos. Esta situação torna-se ainda mais problemática quando se reconhece que existe um “excesso de termos utilizados para descrever diferentes tipos e manifestações de deficiências de linguagem” (Law, 2001: 27).

De um modo geral, como nos descreve James Law (2001: 25-29), poderemos identificar dois grandes enquadramentos a que os diferentes autores recorrem para classificar as perturbações da linguagem na criança: i) um de pendor linguístico, que, com base nas diversas componentes da linguagem – fonológica, morfológica, sintáctica, semântica; pragmática – e na análise dos respectivos processos de aquisição e desenvolvimento, identifica os diversos níveis de desenvolvimento e suas perturbações; ii) outro, de feição clínica e neurológica, que procura caracterizar a população com base na sua sintomatologia clínica, ou seja, classificando as dificuldades da fala e da linguagem das crianças em função das suas condições clínicas (por exemplo deficiência mental, fissura palatina, etc.).

É neste sentido que surge a classificação apresentada por Bernstein (2002: 16-20) e que a autora materializa tomando por base estas duas perspectivas de enquadramento:

- *A perspectiva descritivo-desenvolvimental*, que assenta mais na *descrição*, oferece cinco tipos de perturbações da linguagem: 1. dificuldades na forma (componentes fonológica, sintáctica e morfológica); 2. dificuldades no conteúdo (semântica); 3. dificuldades no uso (pragmática); 4. dificuldades na integração da forma, do conteúdo e do uso; 5. atraso geral do desenvolvimento da linguagem;
- A *perspectiva etiológico-categorial*, que, partindo da identificação das respectivas causas, classifica as perturbações da comunicação e da linguagem em cinco categorias etiológicas: 1. associadas a perturbações motoras; 2. associadas a défices sensoriais; 3. associadas a lesões do sistema nervoso central; 4. associadas a disfunções sócio-emocionais; 5. associadas a perturbações cognitivas.

Para ultrapassar esta dupla via classificatória alguns autores têm tentado fundir os dois sistemas de classificação linguística e neurológica. James Law (2001: 28-29) aponta os trabalhos de Bishop e Rosenbloom (1987) e de Rapin e Allen (1987), contudo, segundo o autor, são propostas que parecem ainda não assumir um resultado inequívoco.

Não obstante a pertinência destas classificações, interessava-nos para este estudo – de modo específico na perspectiva de uma investigação mais particularizada em que a proveniência dos dados empíricos é o contexto clínico e terapêutico (crianças

avaliadas em terapia da fala) – uma tipologia reconhecida pela sua utilização na área e que enquadrasse de modo global, mas de forma perceptível, os nossos dados.

Assim – e ainda após o contacto com outras propostas, como foi o caso da *CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade* (Organização Mundial de Saúde, 2003) – optou-se pela classificação apresentada pela *American Psychiatric Association* (2006), no conhecido documento intitulado DSM-IV-TR, que nos pareceu ser a que melhor correspondia aos objectivos que pretendíamos e sobre a qual nos vamos debruçar de seguida.

2. A classificação do DSM-IV-TR

Com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* – o DSM-IV-TR (estamos a utilizar, neste trabalho, a versão portuguesa de 2006) – a American Psychiatric Association apresenta uma tipologia abrangente para o diagnóstico das perturbações mentais cujos objectivos são, não só os do foro clínico, mas também os de tipo educacional e de investigação, como esclarecem os autores:

> "A utilidade e credibilidade do DSM-IV exigem que todo o trabalho se centralize nos seus propósitos clínicos, de investigação e educacionais e que se apoie numa ampla base empírica. A nossa principal prioridade residiu em fornecer um guia que seja útil na prática clínica. Esperávamos tornar o DSM-IV prático e útil para os médicos esforçando-nos por criar grupos de critérios sucintos, usar uma linguagem clara e tornar explícitos os raciocínios incorporados nos critérios de diagnóstico. Um objectivo adicional foi o de facilitar a investigação e melhorar a comunicação entre os clínicos e os investigadores. Também nos preocupámos com a utilização do DSM-IV para melhorar a recolha de dados clínicos e como um instrumento educacional de ensino da Psicopatologia" (American Psychiatric Association, 2006: xxiii).

No capítulo dedicado às *Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira e Segunda Infâncias ou Adolescência*, entre os 11 grupos de perturbações aí descritas, o DSM-IV-TR[35] apresenta-nos as *Perturbações da Comunicação*, "caracterizadas por dificuldades na fala e linguagem", com a seguinte tipologia:

- Perturbações da Linguagem Expressiva;
- Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva;
- Perturbação Fonológica;
- Gaguez;
- Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação.

[35] O primeiro *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, o DSM-I, foi publicado em 1952. Desde então para cá têm vindo a ser revistas e publicadas novas versões. O DSM-IV-TR é a últimas dessas revisões, constituindo a sigla *TR* (Test Review), a indicação da mais recente revisão da DSM-IV (que tinha sido preparada com base na literatura dada à estampa até 1992), enquanto, como aí se refere, não é publicada a DSM-V (2006: xxix-xxiv).

A descrição que o DSM-IV-TR faz de cada uma destas perturbações (bem como de todas as outras que são desenvolvidas ao longo do Manual) segue as seguintes epígrafes: *Características de diagnóstico; Subtipos e/ou especificações; Procedimentos de registo; Perturbações e características associadas; Características específicas da cultura, idade e género; Prevalência; Evolução; Padrão familiar; Diagnóstico diferencial*.

Procuraremos, de seguida, apresentar uma síntese de cada uma destas cinco perturbações da comunicação, partindo da análise directa do texto presente no DSM-IV-TR, seleccionando (sempre que aí estejam presentes) os seguintes elementos de análise: *Critérios de diagnóstico; Características específicas de cultura e género; Prevalência; Padrão familiar*[36].

2.1. Perturbação da linguagem expressiva

-*Critérios de diagnóstico*:

A. As pontuações obtidas a partir de avaliações do desenvolvimento da linguagem expressiva, normalizadas e aplicadas individualmente, são substancialmente inferiores aos resultados obtidos nas avaliações normalizadas, tanto da capacidade intelectual não verbal como do desenvolvimento da linguagem receptiva. A perturbação pode manifestar-se clinicamente através de sintomas que incluem um vocabulário extremamente limitado, erros no uso das formas verbais ou dificuldade na recordação de palavras ou na produção de frases com a complexidade e a extensão próprias do nível evolutivo do sujeito.
B. As dificuldades da linguagem expressiva interferem no rendimento escolar ou laboral ou na comunicação social.
C. Não estão preenchidos os critérios de Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva ou de Perturbação Global do Desenvolvimento.
D. Se estiverem presentes uma Deficiência Mental, um défice motor da fala ou um défice sensorial, ou uma privação ambiental, as dificuldades de linguagem são excessivas em relação às que estariam normalmente associadas com estes problemas.

[36] Ao longo dos próximos pontos – 2.1. a 2.5. – recorreremos, por uma questão de precisão na tipificação de cada uma das perturbações, a transcrições textuais do DSM-IV-TR. Ainda que não sejam colocadas aspas para referenciar o texto apresentado, cada um dos itens corresponde ao texto integral apresentado pelos autores (American Psychiatric Association, 2006: 58-69).

-*Características específicas de cultura e género:* As avaliações do desenvolvimento das competências de comunicação devem ter em conta o contexto cultural e linguístico do sujeito, particularmente para aqueles que crescem em meios bilingues. As medidas normalizadas do desenvolvimento da linguagem e das capacidades intelectuais não verbais devem ser relevantes para o grupo cultural e linguístico do sujeito (isto é, os testes desenvolvidos e padronizados para um certo grupo podem não fornecer normas adequadas a outro grupo). A Perturbação da Linguagem Expressiva de Tipo Evolutivo é mais frequente nos sujeitos do sexo masculino do que do feminino.

-*Prevalência:* As estimativas de prevalência variam com a idade. Nas crianças com menos de 3 anos os atrasos da linguagem são bastante comuns e ocorrem em cerca de 10%-15% das crianças. Na idade escolar, estima-se que a prevalência varia entre 3% e 7%. A Perturbação da Linguagem Expressiva de Tipo Evolutivo é mais frequente do que a Perturbação da Linguagem Expressiva de Tipo Adquirido.

-*Padrão familiar:* Parece que o desenvolvimento da Perturbação de Linguagem Expressiva de Tipo Evolutivo ocorre mais facilmente nos sujeitos que têm uma história familiar de Perturbação da Comunicação ou de Perturbação da Aprendizagem. Não há provas de incidência familiar do Tipo Adquirido.

2.2. Perturbação mista da linguagem receptiva-expressiva

-*Critérios de diagnóstico*:

A. As pontuações obtidas a partir de avaliações do desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva, normalizadas e aplicadas individualmente, são substancialmente inferiores aos resultados obtidos nas avaliações normalizadas da capacidade intelectual não verbal. Os sintomas incluem os da Perturbação da Linguagem Expressiva assim como as dificuldades em compreender as palavras, frases ou palavras de tipo específico, tais como termos espaciais[37].

[37] Segundo a DSM-IV-TR, a Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva apresenta características linguísticas semelhantes às que identificam a Perturbação da Linguagem Expressiva, sendo o défice de compreensão a característica primária que as diferencia (2006: 62-63).

B. As dificuldades na linguagem receptiva e expressiva interferem significativamente com o rendimento escolar ou laboral ou com a comunicação social.
C. Não estão preenchidos os critérios da Perturbação Global do Desenvolvimento.
D. Se estiverem presentes uma Deficiência Mental, um défice motor da fala ou um défice sensorial, ou uma privação ambiental, as dificuldades de linguagem são excessivas em relação às que estariam normalmente associadas com estes problemas.

-*Características específicas de cultura e género:* As avaliações do desenvolvimento das competências de comunicação devem ter em conta o contexto cultural e linguístico do sujeito, particularmente para aqueles que crescem em meios bilingues. As medidas normalizadas do desenvolvimento da linguagem e das capacidades intelectuais não verbais devem ser relevantes para o grupo cultural e linguístico do sujeito. A perturbação de tipo evolutivo é provavelmente mais frequente nos sujeitos do sexo masculino do que no feminino.

-*Prevalência*: As estimativas da prevalência variam com a idade. A Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva de tipo evolutivo pode ocorrer em 5% das crianças em idade pré-escolar e 3% das crianças em idade escolar, mas é provavelmente menos frequente que a Perturbação da Linguagem Expressiva. A síndrome de Landau-Kleffner e outras formas da perturbação de tipo adquirido são mais raras.

-*Padrão familiar*: A Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva de tipo evolutivo é mais frequente entre familiares biológicos do primeiro grau do que na população em geral. Não há provas de incidência familiar no tipo adquirido desta perturbação.

2.3. Perturbação fonológica

-*Critérios de diagnóstico*:

A. Incapacidade para usar sons da fala, esperados evolutivamente e próprios da idade e idioma (por exemplo, erros na produção, uso, representação ou organização dos sons, tais como substituição de um som por outro [uso

do som /t/ em vez de /q/], ou omissões de sons tais como as consoantes finais) [38].

B. As dificuldades de produção dos sons interferem no rendimento escolar ou laboral ou na comunicação social.

C. Se estiverem presentes uma Deficiência Mental, um défice motor da fala ou um défice sensorial, ou uma privação ambiental, as dificuldades da fala são excessivas em relação às que estariam normalmente associados com estes problemas.

-*Características específicas de cultura e género:* As avaliações do desenvolvimento das competências de comunicação devem ter em conta o contexto cultural e linguístico do sujeito, particularmente para aqueles que crescem em meios bilingues. A Perturbação Fonológica é mais prevalecente nos sujeitos do sexo masculino.

-*Prevalência:* Aproximadamente 2% das crianças entre os 6 e os 7 anos apresentam perturbações fonológicas, moderadas a graves, apesar de a prevalência das formas mais ligeiras desta perturbação ser mais elevada. A prevalência diminui para 0,5% pelos 17 anos.

-*Padrão familiar:* Foi demonstrada a existência de um padrão familiar para algumas formas desta perturbação.

2.4. Gaguez

-*Critérios de diagnóstico*:

A. Perturbação na fluência normal e na organização temporal normal da fala (inadequadas para a idade do sujeito), caracterizada por ocorrências frequentes de 1 ou mais dos seguintes fenómenos:

1) repetições de sons e sílabas;
2) prolongamentos de sons;
3) interjeições;
4) palavras fragmentadas (por exemplo, pausas dentro de uma palavra);
5) bloqueios audíveis ou silenciosos (pausas preenchidas ou vazias na fala);

[38] Segundo os autores da DSM-IV-TR, a *Perturbação Fonológica* era anteriormente designada por *Perturbação do Desenvolvimento da Articulação*.

6) circunlóquios (substituições de palavras para evitar palavras problemáticas);
7) palavras produzidas com excesso de tensão física;
8) repetições de palavras monossilábicas (por exemplo, Eu-Eu-Eu-vejo-o).

B. A alteração na fluência interfere com o rendimento escolar ou laboral ou com a comunicação social.

C. Se estiverem presentes um défice motor da fala ou sensorial, as dificuldades da fala são excessivas em relação às que estariam normalmente associadas com estes problemas.

-*Prevalência:* A prevalência da Gaguez nas crianças na fase pré-pubertária é de 1% e baixa para 0,8% na adolescência. A proporção entre homens e mulheres é aproximadamente de 3:1.

-*Padrão familiar*: Estudos familiares e de gémeos forneceram fortes provas da existência de um factor genético na etiologia da Gaguez. A presença de uma Perturbação Fonológica ou de uma Perturbação da Linguagem Expressiva de tipo evolutivo, ou uma história familiar de ambas, aumenta a probabilidade de Gaguez. O risco de Gaguez é maior entre os familiares biológicos em primeiro grau do que na população em geral. No caso dos sujeitos do sexo masculino com história de Gaguez, cerca de 10% das suas filhas e de 20% dos seus filhos também a terão.

2.5. Perturbação da comunicação sem outra especificação

-Esta categoria reserva-se para as Perturbações da Comunicação que não preencham os critérios de qualquer Perturbação específica de Comunicação; por exemplo, uma perturbação na voz (uma anomalia do volume, qualidade, timbre ou ressonância vocais).

Estes cinco tipos de Perturbações – *Perturbações da Linguagem Expressiva; Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva; Perturbação Fonológica; Gaguez; Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação* – assumem um lugar central no quadro da investigação empírica que descrevemos, de seguida, na segunda parte desta Dissertação.

Assim, esta classificação permitir-nos-á, não só tipificar as várias crianças que compõem o estudo no que diz respeito a este tipo de problemas, mas, também, constituir-se como um conjunto de itens fundamentais na correlação com outras variáveis, designadamente com aquelas que identificámos como factores de risco das perturbações da linguagem da criança.

Parte II

Perturbações da Linguagem na Criança: caracterização e retrato-tipo em estudo empírico

Capítulo 4
Metodologia de investigação

1. Problema e objectivos da investigação

Conforme adiantámos no início da dissertação, constituiu nossa intenção global estudar *as perturbações da linguagem na criança* e, em particular, caracterizar essa situação tendo por base os dados relativos a um conjunto de 630 crianças, com idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos e com este tipo de diagnóstico.

Assim, como *objectivo geral* da investigação apresentamos o seguinte:

- ✓ *Analisar as perturbações da linguagem na criança, procurando-se, em particular, identificar e examinar algumas das variáveis de ordem pessoal, familiar e contextual que lhes possam estar associadas e que contribuam para a construção do respectivo retrato-tipo.*

Para a concretização deste objectivo geral, não podemos deixar, desde já, de esclarecer qual o contexto específico da recolha de dados e as limitações que a situação encerra. Ou seja, os dados relativos a estas 630 crianças têm por base um acervo documental que a autora deste trabalho guardou ao longo de mais de 20 anos de exercício profissional, em gabinete privado, como terapeuta da fala.

Assim, a "amostra" retirada deste *corpus* documental não pode ser entendida como representativa da realidade nacional ou regional das crianças com perturbações da linguagem – mais não fora, pelo facto de estarmos perante dados provenientes de uma actividade privada sujeita a encargos financeiros por parte das famílias interessadas. Daí que nem sempre seja possível uma extrapolação adequada dos resultados para outras situações – mas procuraremos estar atentos a esta circunstância.

Contudo, estamos a reportar-nos, concretamente, à possibilidade de generalização dos vários resultados e não à pertinência deste tipo de estudo (mesmo sem uma generalização imediata e directamente expectável de todas as variáveis consideradas). Neste sentido, vemo-lo, também, quer como um momento de reflexão sobre a acção (ao serviço do nosso desenvolvimento profissional), quer como uma

investigação próxima do chamado *estudo de caso* – pois trata-se de um estudo sobre a prestação de um serviço de terapia da fala num contexto determinado (e, neste caso, seria também uma análise válida em termos de investigação).

Explicitado este pressuposto e tendo-o sempre presente, procedamos, agora, ao desdobramento do objectivo geral anterior num conjunto de *objectivos específicos*, a saber:

- Caracterizar o *tipo* e a *prevalência* das perturbações da linguagem de crianças com idades entre os 2 e os 9 anos, avaliadas em terapia da fala, entre 1987 e 2006, num serviço privado e num contexto geográfico específico;
- Avaliar a influência de factores de ordem fisiológica, genética e neurológica – em particular, a *idade*, o *sexo*, a *gravidez* e os *antecedentes familiares* – nas perturbações da linguagem na criança;
- Avaliar a influência de factores relacionados com problemas de saúde e com hábitos orais – em particular, o *parto*, o *peso à nascença*, a *audição* e o uso de *chupeta/biberão/dedo* – nas perturbações da linguagem na criança;
- Avaliar a influência de factores de ordem familiar – as *habilitações académicas* dos pais, a respectiva *profissão* e a *fratria* – nas perturbações da linguagem na criança;
- Avaliar a influência de factores de ordem sócio-cultural e institucional – *frequência de instituição* educativa, *zona de residência*, *encaminhamento* para avaliação – nas perturbações da linguagem na criança;
- Traçar o *retrato-tipo* das perturbações do desenvolvimento da linguagem na criança dos 2 aos 9 anos.

Como *hipótese geral* de trabalho que orienta este processo de investigação, identificámos a seguinte:

- ✓ *Há factores de risco associados às perturbações da linguagem na criança que se poderão constituir como variáveis prevalecentes e caracterizadoras do retrato-tipo da criança com este tipo de diagnóstico.*

2. Método, técnicas e procedimentos de investigação

O presente estudo segue um paradigma de investigação quantitativo, "com ênfase na medição empírica, na validade e fidelidade dessas medidas" (Pereira, 2004: 49), já que este se nos afigura como o mais adequado para a recolha e análise de dados em questão.

O recurso a esta abordagem quantitativa não significa, da nossa parte, a desvalorização dos paradigmas qualitativos – que entendemos pertinentes para o estudo de situações que exigem uma abordagem pormenorizada, em profundidade, interpretativa, tendo em conta o contexto natural do objecto de estudo e a complexidade que lhe é inerente[39] – mas porque a medida, a verificação e o tratamento estatístico constituem elementos essenciais para a consecução dos objectivos a que nos propusemos. Ou, como escreve Natércio Afonso, a abordagem quantitativa "pressupõe-se objectiva, uma vez que utiliza critérios bem definidos relativos à amostragem e aos processos de análise de dados, baseados na linguagem da matemática analítica, da estatística e da categorização lógica" (2005: 14).

Assim, o método quantitativo foi aqui utilizado no sentido em que é expresso por José Moreira:

> "[…] torna-se claro que, na recolha de dados para qualquer estudo quantitativo, aquilo que se pretende é obter, para cada uma de um conjunto de entidades, qual o valor que lhe corresponde em cada uma das variáveis. As entidades e as variáveis constituem, portanto, os elementos estruturantes centrais nos dados da investigação quantitativa, o que se reflecte na estrutura dos ficheiros de dados utilizados nas análises. Estes têm quase sempre a forma de uma matriz ou tabela

[39] A expressão *investigação qualitativa* é utilizada, por Bogdan e Biklen, "como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por *qualitativos*, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em toda sua complexidade e em contexto natural" (1994:16). Contudo, a dicotomia qualitativo *versus* quantitativo não constitui, hoje em dia, um espaço de querela entre os investigadores, já que estes poderão recorrer aos dois tipos de métodos para atingir os seus objectivos. Como aponta Anabela Pereira, no quadro de uma *perspectiva fenomenológica* e de um *novo paradigma* de investigação "[…] a distinção convencional quantitativa e qualitativa desaparece. Todos os dados são tidos como facilitando a compreensão e alguns deles serão expressos em julgamento de valores, enquanto outros são submetidos a medição empírica na perspectiva tradicional. Não existe dilema para a validade das diferentes fontes de dados, sendo cada um deles validado em termos da sua consistência e relevância para a compreensão que emerge do estudo. Deste modo, a pesquisa não tem que ser nem quantitativa nem qualitativa. Será a mistura e combinação de ambas" (2004: 49).

de dupla entrada, em que cada coluna corresponde a uma variável e cada linha a uma entidade. Obviamente, as questões de quantas e quais as entidades a que se irá recorrer, ou de como escolher, definir e medir ou manipular as variáveis, são de importância crucial em qualquer estudo" (2006: 47).

No que diz respeito às *entidades* de que fala o autor, esta investigação empírica tomou por base um *acervo documental* composto por largas centenas de *registos documentais individuais* de avaliação e de diagnóstico de problemas de linguagem (*anamnese*), que a autora deste trabalho guardou, ao longo da sua actividade profissional de mais de 20 anos como terapeuta da fala[40], exercida, de modo continuado desde meados dos anos 80, em gabinete privado, na cidade de Aveiro[41].

Se quiséssemos tipificar a técnica de recolha de dados aqui em uso, poderíamos classificá-la como *pesquisa arquivística* a partir de *documentos privados* e que Afonso descreve do seguinte modo:

"A pesquisa arquivística consiste na utilização de informação existente em documentos anteriormente elaborados, com o objectivo de obter dados relevantes para responder às questões de investigação. Neste âmbito, o

[40] A Terapia da Fala é uma actividade que se enquadra no grupo profissional dos *Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*, exercida por profissionais com formação especializada de nível superior, e que, segundo o o art. 5º, do Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro (que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica), consiste no "desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal". Também a *Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala,* de acordo com o site disponível na Internet, esclarece o respectivo exercício profissional, quando refere que: "representa em Portugal os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção avaliação tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações com ela relacionadas. Neste contexto, a comunicação humana envolve todos os processos associados com a compreensão e produção da linguagem oral e escrita, bem como as formas adequadas de comunicação não verbal. As perturbações reportam-se à Fala e à Linguagem, que são dois dos aspectos mais complexos e desenvolvidos do funcionamento cerebral, bem como ao funcionamento auditivo, visual, cognitivo – incluindo a aprendizagem – muscular oral, respiratório, vocal e da deglutição" (http://www.aptf.org/index2.html). Enquanto formação inicial de nível superior, o curso de Terapêutica da Fala teve a sua origem, em Portugal, na ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão (Sintra – Lisboa). Embora, no momento actual, existam no nosso país várias escolas de formação nesta área, durante muitos anos a ESSA foi o único estabelecimento de ensino superior em Portugal que ministrava este tipo de formação (e onde a autora deste trabalho fez a sua própria formação inicial).

[41] Aveiro é uma cidade de média dimensão, situada no espaço centro-norte do litoral continental português. Durante vários anos, a única oferta de serviços de terapia da fala nesta cidade (e mesmo no distrito de que é capital) estava confinada aos prestados por este gabinete: até meados dos anos 90, essa actividade era exercida apenas pela autora deste trabalho, mas, posteriormente, também por outros técnicos, designadamente, neste mesmo gabinete, que, a seu convite, se deslocavam de outras localidades para darem cobertura a todos os casos que ali ocorriam. Contudo, a partir de meados dos anos 90, começaram a surgir outras ofertas privadas (e uma pública, no hospital distrital) para, nos últimos anos, a oferta de serviços de terapia da fala na cidade e na região ter aumentado significativamente tendo em conta a formação deste tipo de técnicos em vários locais do país, inclusive nesta cidade, por via da ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

investigador não precisa de recolher informação original. Limita-se a consultar a informação que foi anteriormente organizada com finalidades específicas, em geral, diferentes dos objectivos de pesquisa" (2005: 88).

A unidade de análise desta *pesquisa arquivística* é, conforme referimos antes, a *anamnese*:

- ✓ A *anamnese* é um documento de registo singular e pessoal de cada indivíduo, que constitui um instrumento fundamental do diagnóstico clínico, dado o conjunto de informações recolhidas e registadas que, posteriormente, se poderão analisar (conforme já referimos na primeira parte deste trabalho).

Neste caso concreto, a anamnese utilizada é um documento composto por 6 páginas, onde se vão registando as diversas informações relativas à pessoa em avaliação, encontrando-se subdividido nos seguintes campos:

I. Identificação;
II. Motivo da consulta;
III. Antecedentes familiares;
IV. Antecedentes pessoais;
V. Saúde;
VI. Sono;
VII. Visão e audição;
VIII. Desenvolvimento da linguagem;
IX. Antecedentes escolares;
X. Socialização;
XI. Outras observações;
XII. Diagnóstico e terapêutica.

Conforme se pode verificar em pormenor no Anexo 1, onde se encontra o respectivo exemplar, cada um destes campos é objecto de outras subdivisões que, pelo seu pormenor, não vamos aqui descrever.

Perante a quantidade de documentos em presença, foi necessário definir alguns *critérios de selecção* que, em função dos objectivos de investigação traçados, permitissem delimitar e precisar a *amostra* a ser objecto de análise, a saber:

- *Idade*: registos individuais correspondentes a crianças que, na data da avaliação, tivessem idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos de idade – estes limites compreendem o período que vai desde a expansão da linguagem

expressiva na criança (e as possíveis preocupações dos adultos quando isso não acontece) e o final do 1º ciclo do ensino básico;

- *Diagnóstico* de perturbação da linguagem: apenas se consideraram os casos em que este diagnóstico foi positivo e não o de outras situações (embora em número muito reduzido) em que não havia confirmação de perturbação;
- Falantes de *português como língua materna* – as questões relativas ao bilinguismo introduzem outros aspectos que não queríamos aqui considerar, daí que estes (poucos) casos não foram tidos em conta;
- Fichas de anamnese *globalmente preenchidas* – embora os casos que não preenchiam este requisito fossem diminutos, apenas foram seleccionadas as fichas de anamnese que tinham os diversos campos preenchidos;
- *Período de recolha*: Janeiro de 1987 a Dezembro de 2006 – definiu-se um período de 20 anos tendo, como limite mais recente, o ano anterior ao decorrer desta investigação e, como mais remoto, aquele em que a terapeuta da fala iniciou a sua actividade privada, em exclusividade, neste gabinete de atendimento, altura em que possuía já alguns anos de experiência profissional[42].

Tendo em conta estes critérios de selecção, retirou-se do *corpus documental* uma *amostra* para análise que poderíamos definir do seguinte modo:

- ✓ *Amostra*: 630 fichas de registo – *anamnese* – de crianças, da faixa etária dos 2 aos 9 anos, diagnosticadas com perturbações de linguagem, entre os anos de 1987 e 2006, em gabinete de terapia da fala, na cidade de Aveiro.

A noção de "amostra" que aqui utilizamos deverá ser entendida neste contexto específico de investigação. Assim, esta amostra consistiu no resultado do processo de selecção do *corpus* – um procedimento como aquele que é descrito por Jorge Vala para a análise de conteúdo:

[42] A terapeuta da fala que avaliou estes casos e que foi responsável pelas respectivas *anamneses* (que, como se sabe, é a autora desta investigação) iniciou a sua actividade profissional em 1982, tendo, até 1987, trabalhado num Centro de Paralisia Cerebral e numa Instituição Particular de Solidariedade Social, com uma percentagem elevada de frequência de crianças com perturbações da linguagem e fala. Ou seja, antes da data a que remontam os dados considerados para esta investigação (1987), a *técnica de diagnóstico e terapêutica* em apreço, para além da sua formação especializada de nível superior, possuía alguns anos de experiência profissional diversificada na área dos problemas de linguagem na infância. Refira-se ainda que durante todo o período a que corresponde o corpus de investigação, a terapeuta da fala dedicou-se, por opção pessoal, quase exclusivamente ao atendimento de crianças com problemas de linguagem e não a casos de idades mais avançadas de jovens e adultos.

> "Se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o *corpus* da análise é constituído por todo esse material. Porém, se os documentos-fonte susceptíveis de permitir o estudo do problema foram produzidos independentemente da pesquisa, o analista procede habitualmente a uma escolha, e dentro do tipo de documentos escolhidos terá ainda muitas vezes que proceder a alguma selecção, com base em critérios que explicitará. Esses critérios podem ser de ordem qualitativa ou quantitativa" (1990: 109).

A nossa amostra apresenta-se, portanto, de acordo com a definição de Pardal e Correia, como *não probabilística*, já que os fundamentos da selecção não dependem de construções estatísticas e não se garante que todos os elementos da população integrem a amostra, estando, então, mais próxima da chamada amostra *intencional*, escolhida a juízo do investigador, "não podendo, por isso mesmo, constituir uma base sólida de representatividade do universo. Todavia, se feita criteriosamente, pode fornecer interessantes *indícios* a respeito do fenómeno em estudo" (1995: 42).

O trabalho que se seguiu foi o de ordenar, por anos civis, estas 630 fichas de registo, num total de 3780 páginas A4, que foram posteriormente codificadas (codificação numérica). Esta codificação – que teve em conta o respeito pelas normas éticas e deontológicas, bem como a legislação em vigor para a protecção de dados, não sendo, por isso, qualquer caso identificado em termos pessoais – exigia-se para efeitos da introdução e arquivo dos dados num programa informático. Para este efeito, utilizámos a *Folha de cálculo do Microsoft Office Excel 2003*.

Neste sentido, tendo em conta os objectivos de investigação identificados no ponto anterior deste capítulo, definiram-se os seguintes itens para recolha de dados e cotação (que foram seguidamente introduzidos na folha Excel):

- ✓ *Itens codificados*: sexo, idade, ano de avaliação, filiação, residência, concelho, instituição, escolaridade, idade de escolarização, idade do pai, profissão do pai, habilitações do pai, idade da mãe, profissão da mãe, habilitações da mãe, fratria, posição na fratria, referenciação, diagnóstico, implicações na leitura e escrita, antecedentes familiares, gravidez, tempo de gravidez, tipo de parto, peso no nascimento, *apgar*, chupeta/biberão, desenvolvimento psicomotor, audição, epilepsia, outros problemas neurológicos.

- ✓ *Cotações*: os dados recolhidos foram codificados para fim de cotação, segundo os critérios que constam da Grelha de Recolha de Dados e Cotação (Anexo 3).

Após o registo das 630 fichas/crianças, com a classificação de cada um dos itens considerados, transportaram-se os dados da folha Excel para outro programa informático, o SPSS (*Statistic Package Social Science*), na versão 15.0 para Windows, que nos permitiu completar o tratamento dos dados, determinando somas, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, percentagens, correlações entre variáveis, bem como análises de variância e testes de Qui-quadrado, para um nível de significância $\alpha = .05$.

Os procedimentos de investigação que acabámos de descrever iniciaram-se em Julho de 2007, sendo uma das tarefas mais demoradas a da introdução de cada uma das 630 fichas na folha Excel. No nosso caso particular, as fases da procura, da negociação, da disponibilização e do acesso aos dados, que noutras situações poderá ser complexa e morosa, foi obviamente minimizada, pois se trata, como já invocámos várias vezes, de um acervo documental pessoal.

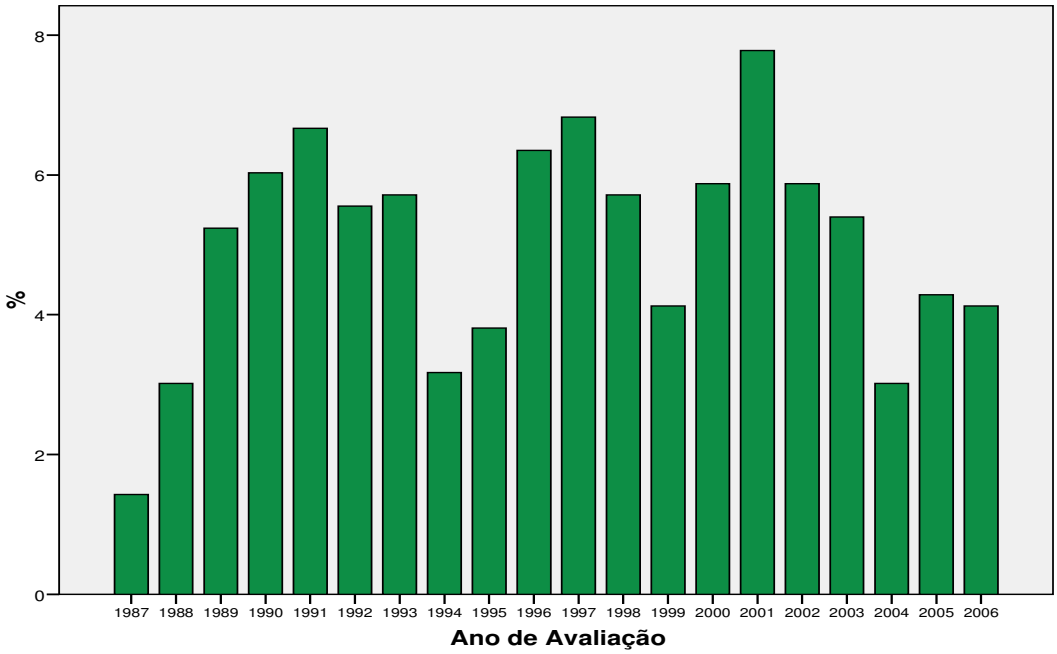
3. A amostra e as variáveis em análise

Conforme já identificámos anteriormente, retirámos do corpus documental uma amostra que suporta o presente projecto de investigação empírica constituída por 630 fichas de registo – *anamnese* – de crianças, com idades situadas na faixa etária dos 2 aos 9 anos, diagnosticadas com perturbações de linguagem, entre os anos de 1987 e 2006, em gabinete de terapia da fala, na cidade de Aveiro.

Eis alguns dados para uma caracterização global da amostra.

No que concerne à distribuição das 630 crianças por cada um dos 20 anos de avaliação em análise (conforme se pode visualizar no Gráfico 1 e na correspondente Tabela 1[43]), constata-se que o número varia entre um mínimo de 9 crianças (1,4% da amostra) em 1987 e um máximo de 49 crianças (7,8% da amostra) em 2001, sendo a média de cerca de 31 crianças por ano (4,9% na amostra).

Gráfico 1. Percentagem de crianças por ano de avaliação



[43] Ao longo deste trabalho procuraremos apresentar os dados da investigação empírica recorrendo, de um modo geral, à utilização simultânea de *gráficos* e *tabelas* sobre o mesmo assunto. Embora reconheçamos alguma redundância neste tipo de procedimentos, assumimo-lo por uma questão de melhor visualização dos resultados (procuraremos, todavia, dar uma dimensão reduzida aos gráficos de modo a preencher o menor espaço).

Se o menor número de casos que se verifica nos anos iniciais se pode explicar facilmente pelo facto de se tratar do início da actividade (acrescido do facto da sua parca divulgação junto da população), nos últimos anos da amostra, essa diminuição poderá justificar-se pelo menor tempo dedicado à actividade pela terapeuta da fala responsável pelos dados (com a acumulação de serviço docente em instituição de ensino superior). Outras situações que se afastam da média terão outras causas pontuais, como a situação de gravidez da técnica de diagnóstico e terapêutica (num dos anos com menos casos) ou, em alguns anos de maior afluência, o apoio financeiro "sistemático" a famílias desfavorecidas cujos filhos necessitavam de tratamento nesta área, por parte do Ministério da Solidariedade Segurança Social.

Tabela 1. Distribuição das crianças por ano de avaliação

Ano de Avaliação	Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
1987	9	1,4	1,4	1,4
1988	19	3,0	3,0	4,4
1989	33	5,2	5,2	9,7
1990	38	6,0	6,0	15,7
1991	42	6,7	6,7	22,4
1992	35	5,6	5,6	27,9
1993	36	5,7	5,7	33,7
1994	20	3,2	3,2	36,8
1995	24	3,8	3,8	40,6
1996	40	6,3	6,3	47,0
1997	43	6,8	6,8	53,8
1998	36	5,7	5,7	59,5
1999	26	4,1	4,1	63,7
2000	37	5,9	5,9	69,5
2001	49	7,8	7,8	77,3
2002	37	5,9	5,9	83,2
2003	34	5,4	5,4	88,6
2004	19	3,0	3,0	91,6
2005	27	4,3	4,3	95,9
2006	26	4,1	4,1	100,0
Total	630	100,0	100,0	

Relativamente à variável *sexo*[44] presente nesta amostra de 630 crianças com perturbações de desenvolvimento da linguagem, verifica-se (veja-se o Gráfico 2 e a

[44] Utilizaremos o termo sexo, em vez de género, pelo facto de querermos aqui enfatizar a vertente genética, sem contudo, esquecermos que se trata de uma variável que, também no caso do desenvolvimento da linguagem, se encontra sujeita aos processos de socialização.

Tabela 2) que 432 pertencem ao sexo masculino (68,6% da amostra) e 198 ao sexo feminino (31,4% da amostra).

Trata-se de uma diferença estatística bem significativa aquela que é apresentada por esta variável que vai merecer a nossa atenção particular no próximo capítulo já que constitui um dos factores de risco que identificámos na análise das perturbações da linguagem da criança.

Gráfico 2. Sexo das crianças

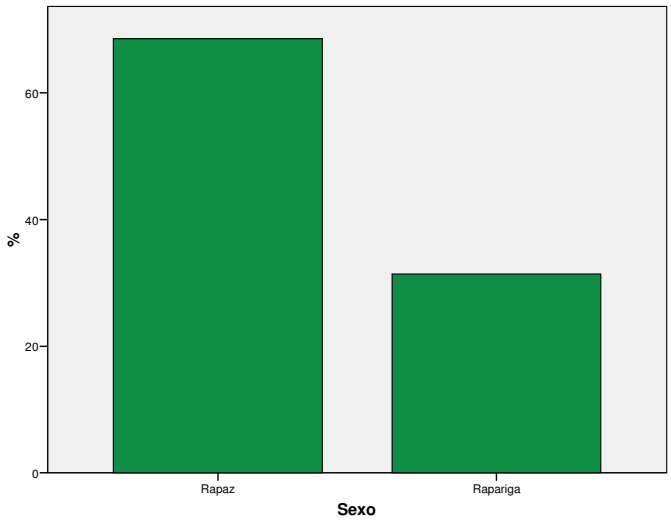


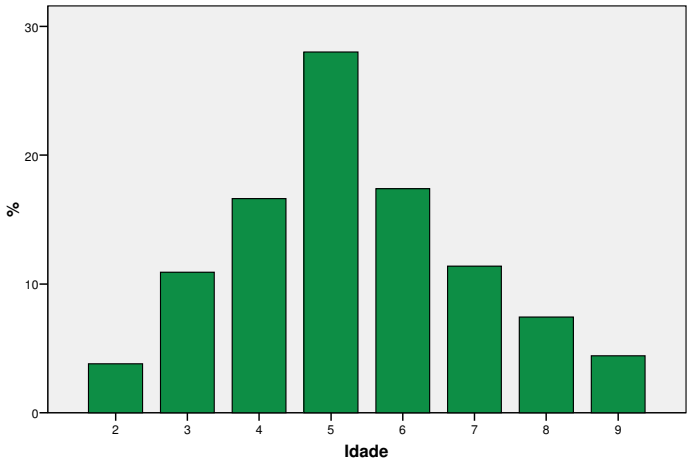
Tabela 2. Sexo das crianças

	Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Rapaz	432	68,6	68,6	68,6
Rapariga	198	31,4	31,4	100,0
Total	630	100,0	100,0	

Um outro elemento que nos parece pertinente para a caracterização global das "nossas" crianças é a *idade*. Conforme já explicámos anteriormente, seleccionámos as crianças que foram sujeitas a avaliação no grupo etário que vai dos 2 aos 9 anos.

O Gráfico 3 e a Tabela 3 dão-nos conta dessa distribuição, havendo um maior número de crianças nas idades dos 4, 5 e 6 anos e menor nos restantes. A média de idades foi de 5,3 anos e o desvio-padrão de 1,693.

Gráfico 3. Idade das crianças



Esta distribuição etária, situação a que daremos atenção mais pormenorizada no próximo capítulo, corresponde, de um modo geral ao esperado neste tipo de atendimento, pois as idades mais procuradas são aquelas em que os adultos mais próximos da criança começam a manifestar mais preocupação pelas suas dificuldades de linguagem, acrescido do facto de que se avizinha a entrada no processo de escolarização.

Tabela 3. Idade das crianças

Idade	Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
2	24	3,8	3,8	3,8
3	69	11,0	11,0	14,8
4	105	16,7	16,7	31,4
5	176	27,9	27,9	59,4
6	110	17,5	17,5	76,8
7	72	11,4	11,4	88,3
8	46	7,3	7,3	95,6
9	28	4,4	4,4	100,0
Total	630	100,0	100,0	

Esta caracterização global da amostra – número de crianças, distribuição por idade e sexo, ao longo dos 20 anos – permite-nos uma primeira aproximação genérica aos dados em estudo. Contudo, deixamos para o capítulo seguinte a sua identificação mais pormenorizada, designadamente, tendo em conta as diversas variáveis que foram utilizados na sua análise.

No que diz respeito às variáveis em presença nesta investigação (não obstante entendermos que a questão já ficou globalmente equacionada nas páginas anteriores) e tendo em conta a clássica distinção entre *variáveis consequentes* e *variáveis antecedentes* nos estudos não experimentais (Christensen, 2004), pode dizer-se que:

- ✓ A nossa *variável consequente* é constituída pelas *perturbações da linguagem da criança* (tendo em conta os indicadores em que a subdividimos, as suas cinco tipologias: perturbações da linguagem expressiva; perturbação mista da linguagem receptiva/expressiva; perturbação fonológica; gaguez; perturbação da comunicação sem outra especificação).

Relativamente às *variáveis antecedentes*, classificámo-las tendo em conta o agrupamento que efectuámos anteriormente, no capítulo 2 deste trabalho. Estamos a reportar-nos aos quatro grandes *factores de risco* que utilizámos relativamente às perturbações da linguagem da criança: fisiológicos, genéticos e neurológicos; saúde e aos hábitos orais; contexto familiar; sócio-culturais e institucionais. Por conseguinte, as variáveis antecedentes, objecto de análise nesta investigação, foram constituídas tendo em conta quer os diversos estudos que abordámos sobre o assunto (em particular, a abordagem desenvolvida no capítulo 2), quer os vários itens de análise que tínhamos disponíveis no nosso *corpus* de registos documentais e que foram objecto de codificação e tratamento estatístico:

- ✓ *Variáveis antecedentes*:

  - De ordem fisiológica, genética e neurológica: *idade, sexo, gravidez, antecedentes familiares;*

  - Relativas à saúde e aos hábitos orais: *parto, peso à nascença, audição, chupeta/biberão;*

  - Relativas ao contexto familiar*: habilitações dos pais, profissão dos pais, fratria;*

  - *De ordem* sócio-cultural e institucional: *instituição educativa; zona de residência; referenciação.*

Convém, todavia, esclarecer que estes quatro enquadramentos temáticos não constituem, em si mesmos, variáveis a serem testadas, mas tão-somente um modo de acomodar as diversas variáveis (estas sim, em exame). Isto não significa que um outro estudo não pudesse ser realizado nesse sentido, contudo, no nosso caso, as variáveis que especificam cada uma das quatro temáticas não são suficientes, nem em número, nem em profundidade para essa análise. Também, algumas das variáveis em estudo têm

que ser vistas com alguma precaução já que decorrem, por vezes (como é o caso da *gravidez*), da informação transmitida pelo pai ou pela mãe da criança avaliada e não com base em provas médicas rigorosas e verificadas.

Esclarecidos os vários aspectos relativos à metodologia de investigação seguida neste estudo – objectivos, método, procedimentos, amostra, variáveis – torna-se necessário passar agora à apresentação, análise e discussão dos resultados.

É esse o objectivo do capítulo seguinte.

Capítulo 5
Apresentação, análise e discussão dos resultados

Na sequência da identificação dos processos metodológicos descritos anteriormente, pretendemos, no presente capítulo, apresentar os resultados da investigação empírica realizada, discutindo-os em simultâneo. A junção da apresentação e da discussão dos dados, tendo em conta as diversas variáveis em presença, poderá, em nosso entender, facilitar a leitura do trabalho.

Assim, analisaremos e discutiremos os dados recorrendo, para o efeito, quer ao enquadramento e à problematização teórico-conceptual que desenvolvemos na primeira parte deste trabalho, quer à reflexão que a informação daí decorrente nos proporcionou em termos da nossa experiência pessoal ao nível do diagnóstico e da terapêutica das perturbações da linguagem da criança. Com efeito, "many experimental problems arise from practical issues that require solutions" (Christensen, 2004: 90).

Neste sentido, começaremos por traçar os aspectos principais dos *tipos de perturbações* patentes nas 630 crianças que integram a nossa amostra, para, de seguida, com base nos quatro grandes *grupos de variáveis* identificados no final do capítulo anterior – aspectos fisiológicos, genéticos e neurológicos; aspectos relativos à saúde e aos hábitos orais; aspectos do contexto familiar; aspectos sócio-culturais e institucionais – caracterizarmos alguns dos factores de risco (variáveis) que poderão estar associados às perturbações do desenvolvimento da linguagem na criança.

A terminar o capítulo, no ponto intitulado *Na senda do retrato-tipo das perturbações da linguagem*, tentaremos, não obstante reconhecermos a especificidade da amostra em causa, identificar alguns dos itens que possam contribuir para uma leitura aproximada do *retrato-tipo* das perturbações da linguagem na criança e (insistindo-se no reconhecimento da relatividade da amostra) em ordem à identificação da prevalência de algumas das características e dos factores de risco referenciados no decorrer desta investigação.

1. Tipos de perturbações da linguagem

Um dos objectivos estabelecidos para este trabalho consistia em caracterizar os tipos de perturbações da linguagem das crianças em estudo, de modo a que pudéssemos utilizar esses resultados na sua relação com outras variáveis – desiderato de que daremos conta em alguns dos pontos seguintes.

Esse propósito impeliu-nos a procurar uma tipologia que respondesse às nossas intenções, concretamente à classificação das perturbações da linguagem na criança, a qual foi já objecto de análise no capítulo 3. Reportamo-nos ao DSM-IV-TR, *o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, da American Psychiatric Association, na versão portuguesa de 2006.

Contudo, para pôr em prática este intento, tivemos que confrontar as caracterizações e classificações que efectuámos no decorrer da avaliação da linguagem das crianças (e que se encontram expressas na anamnese de cada um dos casos em estudo) com a tipologia presente no DSM-IV-TR.

Neste sentido, se a classificação de *Gaguez* não carece de quaisquer explicitações, pois é um conceito generalizado e sem grandes equívocos nesta área de diagnóstico, já o mesmo não se pode dizer dos restantes 4 tipos de perturbação. Esclareça-se, então, que: i) na *Perturbação da Linguagem Expressiva* incluímos aquilo que a literatura da especialidade designa por *perturbação específica do desenvolvimento da linguagem*; ii) relativamente à *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva,* tivemos em consideração as situações das crianças que apresentavam atraso no desenvolvimento da linguagem; iii) no que diz respeito à *Perturbação Fonológica*, considerámos os problemas relacionados com o desempenho das crianças em termos fonológicos e fonéticos e as situações mistas; iv) por último, no caso da *Perturbação de Comunicação Sem Outra Especificação,* estiveram em causa as alterações na voz, no timbre, na ressonância e no ritmo da fala.

Assim, no que diz respeito à patologia da linguagem considerada e conforme podemos confirmar pelos dados expostos nos Gráfico e Tabela 4, a *Perturbação Fonológica* é, sem sombra de dúvida, a patologia mais prevalente (68,3% da amostra), seguindo-se a *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva* (14,8%), a *Perturbação da Linguagem Expressiva* (8,3%), a *Gaguez* (6,7%) e, em último lugar, a *Perturbação de Comunicação Sem Outra Especificação* (2,1%).

Gráfico 4. Distribuição das crianças por perturbação

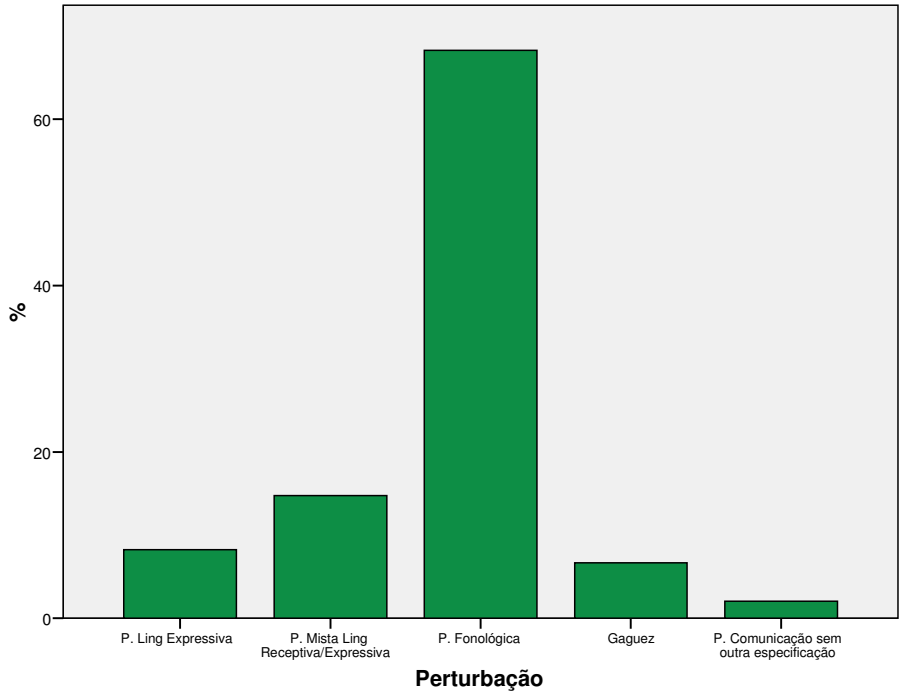


Tabela 4. Distribuição das crianças por perturbação

Perturbação	Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
P. Ling. Expressiva	52	8,3	8,3	8,3
P. Mista Ling. Receptiva/Expressiva	93	14,8	14,8	23,0
P. Fonológica	430	68,3	68,3	91,3
Gaguez	42	6,7	6,7	97,9
P. Comunicação sem outra especificação	13	2,1	2,1	100,0
Total	630	100,0	100,0	

No que se refere aos resultados sobre o tipo de perturbações, não é adequado extrapolar os dados aqui presentes para contextos populacionais gerais. Os motivos (alguns já antes invocados) são variados e prendem-se com a "amostra" seleccionada, designadamente a sua proveniência específica – um gabinete privado, com condicionalismos inerentes quer aos encargos financeiros que os clientes que aí recorrem terão de suportar, quer ao facto de muitas outras patologias, com implicações nos domínios da comunicação e da linguagem das crianças, serem encaminhadas para centros especializados (casos da paralisia cerebral, da trissomia 21, da surdez, etc.).

Gráfico 5. Distribuição das perturbações por ano de avaliação

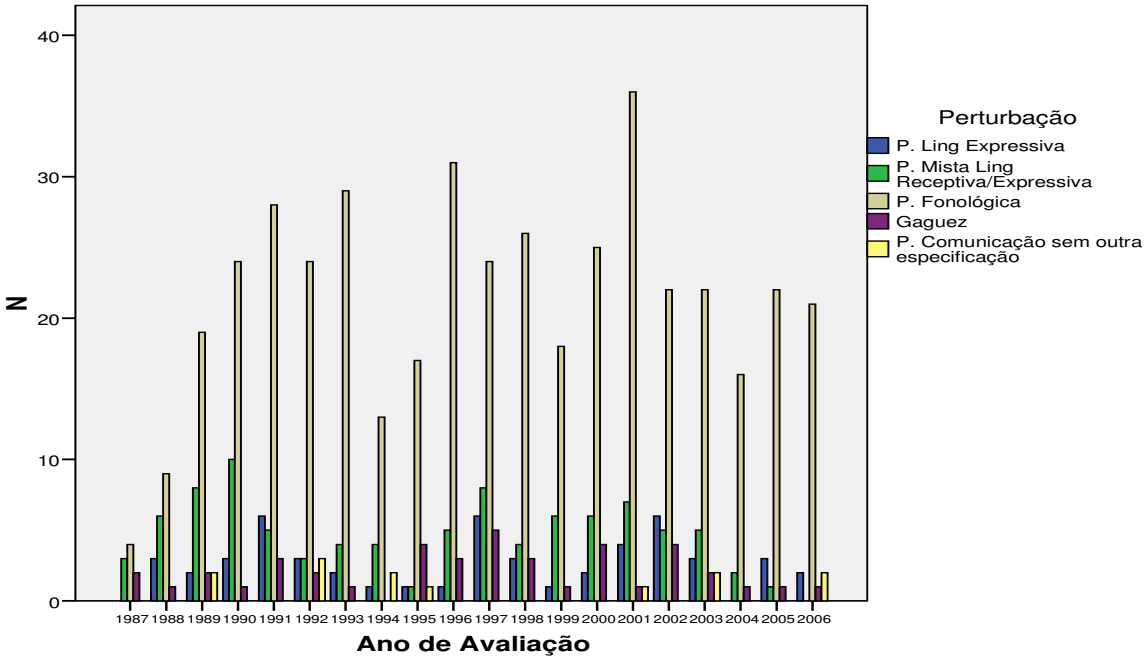


Tabela 5. Distribuição das perturbações por ano de avaliação

		Perturbação					Total
		P. Ling. Expressiva	P. Mista Ling. Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunicação sem outra especificação	
Ano de Avaliação	1987	0	3	4	2	0	9
	1988	3	6	9	1	0	19
	1989	2	8	19	2	2	33
	1990	3	10	24	1	0	38
	1991	6	5	28	3	0	42
	1992	3	3	24	2	3	35
	1993	2	4	29	1	0	36
	1994	1	4	13	0	2	20
	1995	1	1	17	4	1	24
	1996	1	5	31	3	0	40
	1997	6	8	24	5	0	43
	1998	3	4	26	3	0	36
	1999	1	6	18	1	0	26
	2000	2	6	25	4	0	37
	2001	4	7	36	1	1	49
	2002	6	5	22	4	0	37
	2003	3	5	22	2	2	34
	2004	0	2	16	1	0	19
	2005	3	1	22	1	0	27
	2006	2	0	21	1	2	26
Total		52	93	430	42	13	630

Também, se procedermos a uma análise da distribuição destas perturbações ao longo dos 20 anos aqui em observação, verifica-se a predominância absoluta, em cada um dos 20 anos, da perturbação fonológica.

2.Variáveis fisiológicas, genéticas e neurológicas e perturbações da linguagem

Neste ponto, que procura analisar factores de risco de ordem fisiológica, genética e neurológica que possam estar associados às perturbações da linguagem da criança, vamos ter em conta os seguintes: *idade, sexo, gravidez* e *antecedentes familiares (neurológicos e genéticos)*.

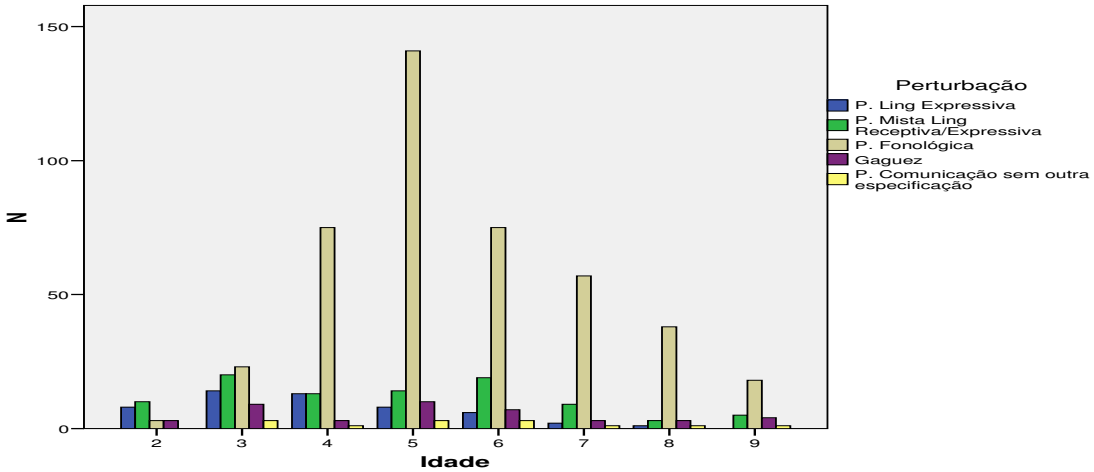
2.1. Idade

A idade em que começa a verificar-se determinada perturbação da linguagem constitui certamente um elemento pertinente do ponto de vista da investigação, um conhecimento fundamental do ponto de vista técnico, bem como uma informação preciosa para pais e educadores.

Contudo, conforme se poderá perceber, não dispomos de dados precisos sobre essa situação, já que a distribuição etária que vamos apresentar reporta-se ao momento em que a criança é encaminhada para a consulta de terapia da fala e é aí avaliada, podendo esse momento não estar sempre em sintonia com o início do problema, mas, porventura, com o início da preocupação com o problema.

Assim, quando consideramos a distribuição das várias perturbações da linguagem pelas idades das crianças (Gráfico e Tabela 6), verificamos que, à excepção dos 2 anos, em todas as outras idades é a *Perturbação Fonológica* que predomina.

Gráfico 6. Distribuição das perturbações por idade



Quer a *Perturbação da Linguagem Expressiva*, quer a *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva* ostentam valores assinaláveis nas primeiras idades (destacando-se os 2 e os 3 anos) – situação que vai no sentido das estimativas de prevalência apontados anteriormente (capítulo 3) pela DSM-IV-TR. Já no que diz respeito à *Perturbação Fonológica,* esta assume visivelmente a dianteira a partir dos 4 anos.

Tabela 6. Distribuição das perturbações por idade

		Perturbações					Total
		P. Ling. Expressiva	P. Mista Ling. Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunicação sem outra especificação	
Idade	2	8	10	3	3	0	24
	3	14	20	23	9	3	69
	4	13	13	75	3	1	105
	5	8	14	141	10	3	176
	6	6	19	75	7	3	110
	7	2	9	57	3	1	72
	8	1	3	38	3	1	46
	9	0	5	18	4	1	28
Total		52	93	430	42	13	630

Os resultados a que chegámos com o exame desta variável (idade), ainda que tenham que ser equacionados no contexto específico do estudo, correspondem, todavia, de um modo geral, não só às idades em que usualmente ocorrem este tipo de perturbações, mas também à valorização que lhes é dada pelos pais, pelos educadores ou por outros técnicos da especialidade.

Assim, se as *Perturbações da Linguagem Expressiva* ocorrem, de um modo geral, por volta dos 24/30 meses, revelando-se uma preocupação para os pais, já que a criança apresenta boa compreensão verbal, mas a oralidade é restrita; no caso da *Perturbação Fonológica*, os problemas inerentes à articulação dos fonemas e a manutenção dos processos fonológicos manifestam-se como preocupação normalmente mais tarde, quando se aproximam os processos de escolarização formal.

Neste sentido, a ligação entre as dificuldades no desenvolvimento fonológico da criança e outros problemas recorrentes na idade escolar relacionados com a leitura e a escrita, como é o caso da dislexia, não podem ser menosprezados. Carvalhais e Silva, após concluírem que os distúrbios de processamento fonológico são uma das causas dos problemas de leitura e escrita, escrevem o seguinte: "[…] será crucial que os profissionais da área educacional reflictam sobre a importância do treino de consciência

fonológica em crianças disléxicas. Por outro lado, uma avaliação precoce baseada em exercícios de consciência fonológica pode também predizer futuras dificuldades de leitura e escrita" (2007: 162).

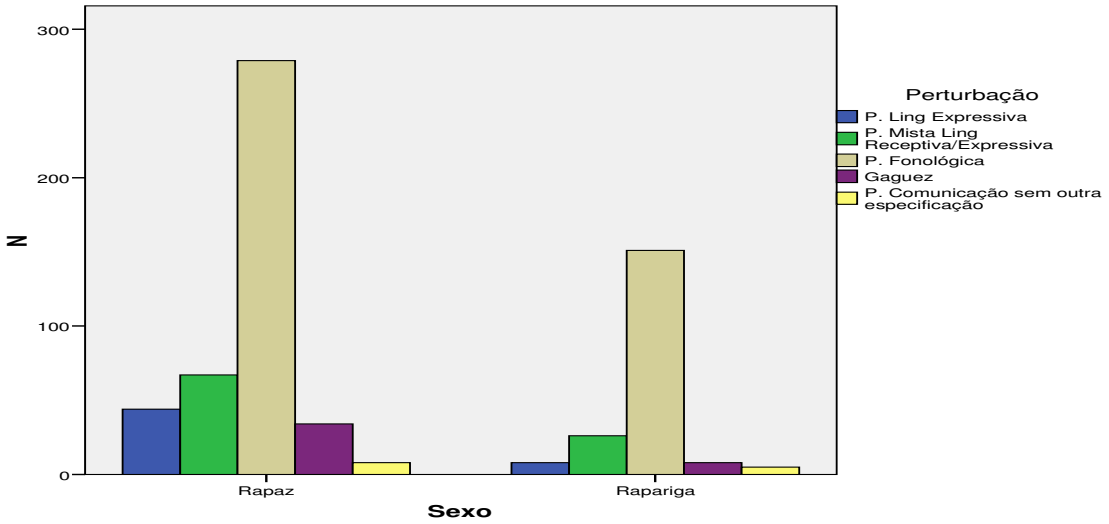
2.2. Sexo

De acordo com os dados já apontados anteriormente (ver Gráfico e Tabela 2), das 630 crianças que fazem parte deste estudo, 432 pertencem ao sexo masculino (68,4%) e 198 ao sexo feminino (31,6%).

Os dados apresentam-nos, portanto, uma prevalência de aproximadamente dois rapazes para uma rapariga (2:1) no que diz respeito às crianças com perturbações da linguagem. Recorde-se que existe um equilíbrio global entre os dois géneros: por exemplo, os Censos de 2001 apresentam um rácio masculino/feminino de 1,04 paras as crianças até aos 9 anos de idade no distrito de Aveiro (Andrade & Fernandes, 2008: 7).

Se enveredarmos por um estudo comparativo dos elementos dos dois sexos relativamente aos diagnósticos das perturbações da linguagem (ver Gráfico e Tabela 7), verifica-se também que, em todas as perturbações, há maior percentagem de rapazes do que raparigas. Assim, na *Perturbação Fonológica*, perturbação predominante, há 64% de rapazes para 35,1% de raparigas. Na *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva* há 72% de rapazes e 28% de raparigas, na *Perturbação da Linguagem Expressiva* há 84,6% de rapazes e apenas 15,4% de raparigas, na *Gaguez* há 81% de rapazes para apenas 19% de raparigas e na Perturbação da Comunicação Sem Outra especificação há 61,5% de rapazes para 38,5% de raparigas. Estas diferenças são estatisticamente significativas (χ^2 = 12,730; gl= 4.; p= .013).

Gráfico 7. Distribuição das perturbações por sexo



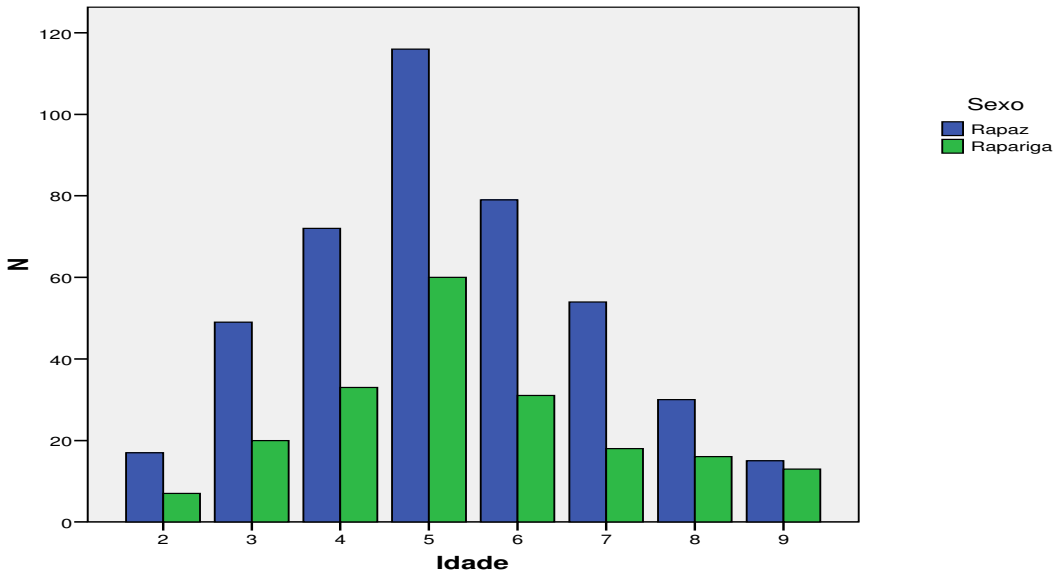
Uma análise mais parcelar desta comparação permite verificar que a prevalência do sexo masculino sobre o feminino assume valores bastante acima da média nos casos das *Perturbação da Linguagem Expressiva* e na *Gaguez*.

Tabela 7. Distribuição das perturbações por sexo

		Perturbações					Total
		P. Ling. Expressiva	P. Mista Ling. Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra especificação	
Sexo	Rapaz	44	67	279	34	8	432
	Rapariga	8	26	151	8	5	198
Total		52	93	430	42	13	630

Um outro aspecto que poderemos ainda examinar na análise desta variável (sexo) reporta-se à sua distribuição por idades. Todavia, também neste aspecto (conforme se pode visualizar no Gráfico 8), o número de rapazes é sempre superior ao das raparigas em todas as idades em apreciação, ou seja, dos 2 aos 9 anos.

Gráfico 8. Distribuição das perturbações por sexo e idade



Por conseguinte, os vários dados relativos à variável sexo levam-nos a reconhecer o manifesto predomínio do sexo masculino na caracterização destas perturbações.

Tabela 8. Distribuição das perturbações por sexo e idade

		Sexo		Total
		Rapaz	Rapariga	Rapaz
Idade	2	17	7	24
	3	49	20	69
	4	72	33	105
	5	116	60	176
	6	79	31	110
	7	54	18	72
	8	30	16	46
	9	15	13	28
Total		432	198	630

Porém, estes resultados não são de estranhar pois vão claramente no sentido daqueles que, de um modo geral, nos são fornecidos pelas investigações da especialidade. Encontram-se neste caso autores como Tomblin (1996) e Bishop (1997: 38) quando apontam para a prevalência destas perturbações nos indivíduos do sexo masculino, sendo curioso notar que os valores apontados pelo último dos autores – um rácio de 2:1 – se situa bem próximo daquele que verificámos nesta investigação (Tomblin, 1996: 198-199).

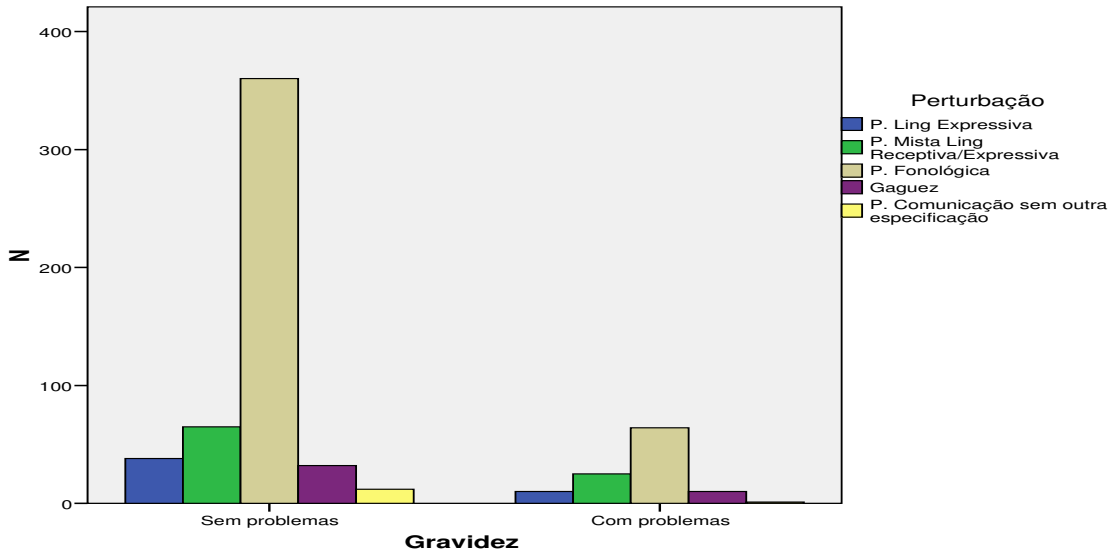
2.3. Gravidez

O período de gestação intra-uterina do indivíduo constitui uma situação delicada no que diz respeito à existência de condições indispensáveis a um desenvolvimento adequado e integral do feto. Se durante a gravidez ocorrerem problemas de saúde com a mãe (ou directamente com o feto) que coloquem em causa esse crescimento, as sequelas em termos físicos e neurológicos poderão ter consequências nefastas no posterior desenvolvimento da criança, designadamente nas competências de comunicação.

Os nossos dados (retirados das fichas de *anamnese*) não estão baseados em análises ou exames clínicos rigorosos, mas apenas na informação que os pais transmitem sobre o assunto, tais como: risco de aborto, doenças várias e problemas de saúde, medicamentos, alcoolismo, hipertensão, traumatismos, etc.

Os resultados aqui apresentados correspondem a uma apreciação global da situação identificando-se *gravidez com problemas* os casos em que fomos informados da ocorrência de situações problemáticas e *sem problemas* quando não foi indicada qualquer situação anómala.

Gráfico 9. Distribuição das perturbações por gravidez com e sem problemas



Em termos globais (ver Gráfico 9 e Tabelas 9 e 9.1), em 21% dos casos foram apontados diagnósticos de gravidezes com problemas. Contudo, as percentagens são mais elevadas nos casos específicos da *Gaguez* (23,8 %), da *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva* (27,8 %) e da *Perturbação da Linguagem Expressiva* (20,8 %).

O teste do Qui Quadrado (tabela 9.1) revela que a distribuição dos sujeitos em função das duas variáveis *gravidez com ou sem problemas* e *perturbações* não é devida ao acaso, isto é, parece haver uma relação entre ter tido ou não problemas na gravidez e a existência de perturbações. Contudo, a probabilidade de nos enganarmos ao aceitarmos esta relação é de 3,3% e pode ser explicada por outros factores.

Tabela 9. Distribuição das perturbações por gravidez com e sem problemas

		Perturbações					Total
		P. Ling. Expressiva	P. Mista Ling. Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra especificação	
Gravidez	Sem problemas	38	65	360	32	12	507
	Com problemas	10	25	64	10	1	110
Total		48	90	424	42	13	617

Tabela 9.1. Distribuição das perturbações por gravidez: Teste do Qui Quadrado

	Valor	gl	p
Qui Qudrado de Pearson	10,478(a)	4	,033
Correcção de Continuidade			
Likelihood Ratio	9,995	4	,041
Linear-by-Linear Association	2,759	1	,097
Nº de Casos Válidos	617		

a) 1 célula (10,0%) com frequências absolutas < 5. Mínimo esperado = 2,32.

Se no que diz respeito à *existência de problemas* durante a gravidez, os valores apresentam percentagens que merecem reflexão, no caso da sua *duração*, as médias encontradas, quer para a totalidade do tempo de gestação, quer no que se reporta à distribuição pelas várias perturbações, não apontam valores com significado digno de registo.

Tabela 10. Distribuição das perturbações pelo número de semanas de gravidez

	Nº de Semanas de Gravidez	
Perturbações	Média	D.P.
P. Linguagem Expressiva	38,2	2,9
P. Mista Linguagem Receptiva-Expressiva	37,7	3
P. Fonológica	38,4	2,4
Gaguez	38,4	1,9
P. Comunicação sem outra especificação	38,2	1,2

F= 1,679; g.l.= 4; p= .153 (n.s.)

Como se pode ver (Tabela 10), o valor médio ultrapassa as 38 semanas, o que, embora ligeiramente abaixo da duração média de 40 semanas de gestação, encontra-se dentro da oscilação prevista entre as 38 e as 42 semanas (Lerman, sd) e claramente distante da chamada *grande prematuridade*, definida como o nascimento abaixo das 32 semanas (C. Soares, 2005: 40).

Aplicando a *Anova univariada*, verifica-se também que não há diferenças estatisticamente significativas nas médias do número de semanas entre os grupos de perturbação da linguagem (F= 1,679; gl= 4; p= .153; n.s.).

2.4. Antecedentes familiares

No quadro de uma problemática já clássica referente às causas e aos factores indutores de determinado comportamento, a questão dos *antecedentes familiares* remete-nos de imediato para dois tipos de explicações: hereditariedade *versus* meio ambiente. No nosso caso concreto, tratar-se-ia de saber se, a confirmar-se a existência de antecedentes familiares das perturbações da linguagem da criança, a hereditariedade constituiria uma marca irreversível, ou, se esses antecedentes se deveriam atribuir a processos de imitação e socialização que a criança vai adquirindo no contacto com os seus progenitores (ou ainda, se serão o resultado da conjugação de ambos).

Não dispomos de elementos suficientes para responder à problemática e, nesse aspecto, a posição aqui assumida é a que manifestámos já anteriormente (capítulo 2) e que é corroborada por Bishop (1997: 46-49). Ou seja, se durante muito tempo se pensou que as perturbações "corriam na família", é importante não assumir essa posição de exclusividade e ter em conta outros factores etiológicos e ambientais. Assim é aconselhável que não se despreze o factor genético e hereditário, embora com cautela, dada a importância de outros aspectos.

Os dados que recolhemos e que vamos analisar neste ponto decorrem basicamente da pergunta que é efectuada aos pais (e registada na *anamnese*) no sentido de saber se algum deles ou algum familiar directo apresenta/apresentou perturbações da linguagem, cuja resposta não foi propriamente comprovada nem (obviamente) exigida qualquer avaliação da especialidade. No entanto, em diversas situações foi possível observar, durante a própria entrevista de anamnese, as dificuldades apresentadas pelos próprios familiares da criança que, nalgumas situações, são exactamente as mesmas.

Ainda que não desprezemos esta limitação, os resultados de que dispomos são, todavia, assinaláveis no que se reporta à consideração desta variável (antecedentes familiares) para a caracterização dos factores de risco das perturbações da linguagem da criança.

Assim, de acordo com o Gráfico 10 e as tabelas 11 e 11.1, e segundo uma leitura global dos dados, confirma-se a presença de antecedente familiares na maioria dos casos das crianças em estudo, precisamente em 52,9% da totalidade da amostra. Ou

seja, estamos perante uma variável pertinente para o estudo desta problemática, designadamente em termos da sua etiologia.

Gráfico 10. Distribuição das perturbações por antecedentes familiares

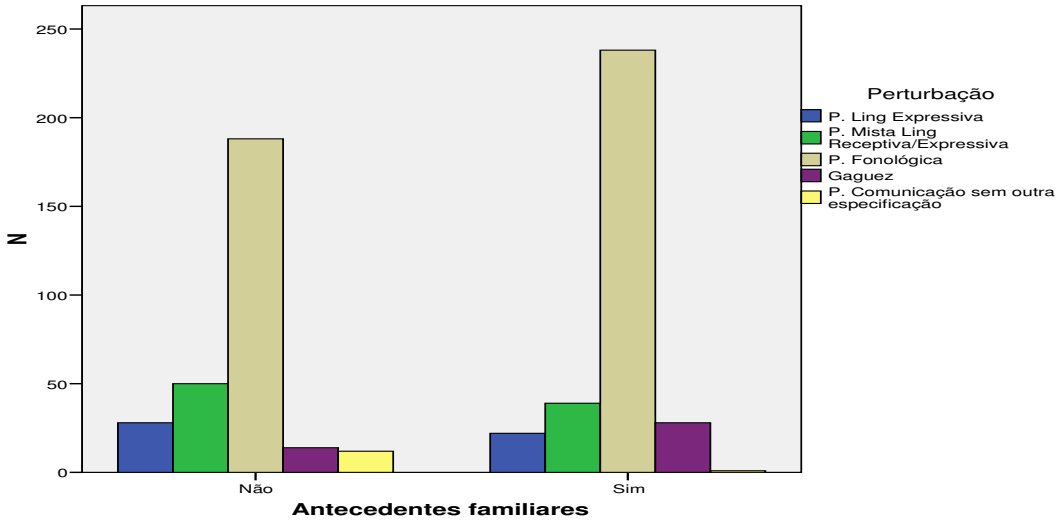


Tabela 11. Distribuição das perturbações por antecedentes familiares

			Perturbação					Total
			P. Ling Expressiva	P. Mista Ling Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra especific.	
Antecedentes familiares	Não	N	28	50	188	14	12	292
		%	56,0%	56,2%	44,1%	33,3%	92,3%	47,1%
	Sim	N	22	39	238	28	1	328
		%	44,0%	43,8%	55,9%	66,7%	7,7%	52,9%
Total			50	89	426	42	13	620

Tabela 11.1. Perturbações por antecedentes familiares: Teste do Qui Quadrado

	Valor	gl	p
Qui Quadrado de Pearson	19,899(a)	4	,001
Correcção de Continuidade			
Likelihood Ratio	21,603	4	,000
Linear-by-Linear Association	1,352	1	,245
Nº de Casos Válidos	620		

a) 0 células (,0%) com frequência absoluta < 5. Mínimo esperado = 6,12.

Porém, se dirigirmos a nossa análise para uma leitura individualizada de cada uma das perturbações (Gráfico 10 e Tabela 11), os resultados apresentam-se distintos.

Assim, se, no caso da *Perturbação da Comunicação Sem Outra Especificação,* a presença de antecedentes familiares tem um valor reduzido (7,7%, embora tenha que se ter em conta que o número de casos é também limitado), no que diz respeito às *Perturbação da Linguagem Expressiva* (44%) e *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva* (43,8%), os valores aproximam-se dos 50%. Porém, a nossa atenção dirige-se, em particular, para os valores patenteados pela *Perturbação Fonológica* (55,9%) e pela *Gaguez* (66,7%), onde os valores ultrapassam claramente a média global.

Neste sentido, se, de um modo global, os antecedentes familiares constituem uma variável a ter em conta na caracterização das perturbações da linguagem da criança (cujo conhecimento se torna também certamente pertinente em termos de intervenção terapêutica, de despistagem e de prevenção), particular atenção deve ser dedicada, a confiar nos nossos dados, às duas perturbações referidas: a *Perturbação Fonológica* e a *Gaguez*.

Os nossos dados não permitem, contudo, responder à questão sobre qual a dimensão dos antecedentes familiares a enfatizar: se a hereditariedade ou se o meio... – situação que aconselha cautela às posições extremadas sobre a matéria.

3. Variáveis de saúde, hábitos orais e perturbações da linguagem

Neste ponto, que procura analisar factores de risco relacionados com a saúde e os hábitos orais que possam estar associados às perturbações da linguagem da criança, vamos ter em conta os seguintes: *parto, peso à nascença, audição, chupeta/biberão;*

3.1. Parto

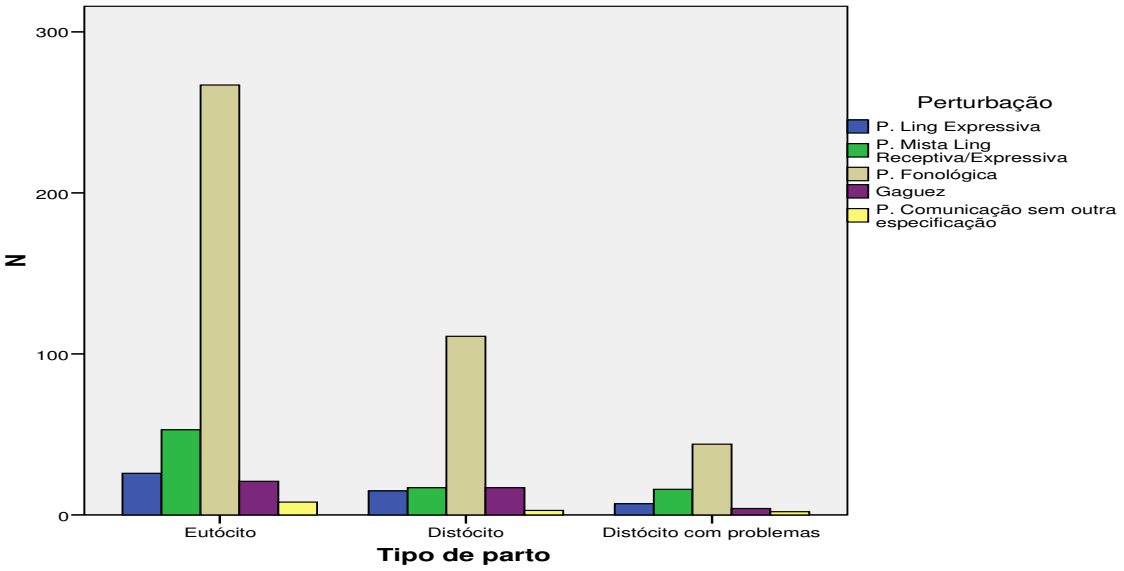
Conforme já descrevemos anteriormente (capítulo 2), o nascimento constitui um momento nevrálgico para o desenvolvimento posterior do indivíduo, de modo particular se lhe estiverem associadas situações de risco, constituindo a *Escala de Apgar* um dos mecanismos utilizado para a identificação de possíveis problemas.

Na ausência deste indicador[45], é solicitado aos pais, na entrevista que acompanha o preenchimento da *anamnese*, que dêem conta do tipo de parto ocorrido com a criança. Assim, foram definidos para o presente estudo três tipos de respostas, que correspondem às classificações utilizadas na área médico-clínica da especialidade:

- Parto *eutócito*, aquele que é usualmente identificado como parto normal ou vaginal (quer aconteça ou não com *episiotomia* – corte cirúrgico feito na região perineal para auxiliar a saída do bebé), mas que ocorre sem intervenção instrumental e em que o bebé é expulso apenas com a pressão das contracções uterinas;
- Parto *distócito* é o parto que não acontece da forma "natural" antes descrita, mas que é realizado com recurso a instrumentos, tais como fórceps e/ou ventosa, ou pelo processo cirúrgico de cesariana;
- Parto *distócito com problemas* – trata-se do parto cujas características são as do parto distócito, mas que é acompanhado de situações anómalas, tais como: circulares de cordão, anóxia e outras.

[45] Apenas algumas das fichas de registo (anamneses) utilizadas neste estudo dispunham de dados relativos ao *Índice de Apgar*. Só um número muito diminuto dos pais das crianças avaliadas tinha conhecimento deste valor e daí a sua não inclusão no estudo.

Gráfico 11. Distribuição das perturbações por tipo de parto



A leitura do Gráfico 11 e da Tabela 12 dá-nos conta que, por um lado, 61,4% da amostra corresponde a partos eutócitos, 26,7% a disctócitos e 11,9% a distócitos com problemas e, por outro lado, que existe uma distribuição globalmente equilibrada quando relacionamos os tipos de parto com os tipos de perturbação da linguagem: em todos os tipos de perturbação a maior percentagem (acima dos 50%) vai para o parto eutócito, seguindo-se o distócito e, por fim, o distócito com problemas.

Tabela 12. Distribuição das perturbações por tipo de parto

			Perturbação					Total
			P. Ling Expressiva	P. Mista Ling Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Com. sem outra Especific.	
Tipo de parto	Eutócito	N	26	53	267	21	8	375
		%	54,2%	61,6%	63,3%	50,0%	61,5%	61,4%
	Distócito	N	15	17	111	17	3	163
		%	31,3%	19,8%	26,3%	40,5%	23,1%	26,7%
	Distócito com problemas	N	7	16	44	4	2	73
		%	14,6%	18,6%	10,4%	9,5%	15,4%	11,9%
Total			48	86	422	42	13	611

Se é verdade que há um ou outro dado que se mostra ligeiramente desalinhado com os restantes, como, por exemplo, o valor de 40,5% para a perturbação da gaguez com parto distócito, quer o reduzido número de casos em presença, quer o facto de a literatura especializada não lhe dar cobertura leva-nos a não os valorizar[46]. Isto não quer dizer que não tenhamos avaliado casos concretos em que o tipo de parto constituiu factor decisivo para a perturbação da linguagem da criança (e de outras perturbações do desenvolvimento que lhe estavam associadas), contudo são casos pontuais que não foram aqui objecto de tratamento específico.

Por conseguinte, os resultados a que chegámos não nos permitem retirar, com segurança, conclusões que possam ir muito mais além da caracterização da amostra, até porque se, por um lado, situações mais delicadas são usualmente encaminhadas para outros serviços (casos, por exemplo, da anóxia neonatal e consequências em termos de paralisia cerebral), por outro lado, estamos a lidar com partos ocorridos num período de aproximadamente 30 anos (desde finais dos anos 70 até aos primeiros anos do novo milénio) – período demasiado longo, tendo em conta as alterações significativas que aconteceram em Portugal em matéria de cuidados de saúde perinatal[47].

[46] Acrescente-se ainda que, neste caso, não estamos a falar de parto *distócito com problemas*, mas apenas de parto *distócito*, situação na qual se inclui o caso da cesariana. Ora, o recurso à cesariana não pode ser necessariamente entendido como uma situação problemática para o bebé, pois parecem cada vez mais comuns as "cesarianas a pedido" (Campos, 2005). O aumento crescente do número de cesarianas em Portugal parece constituir uma preocupação para os profissionais da especialidade, "um problema de saúde pública" como diz Vicente Pinto (2008) ao apontar para o facto de, em 2006, um terço dos partos ter sido realizado por cesariana.

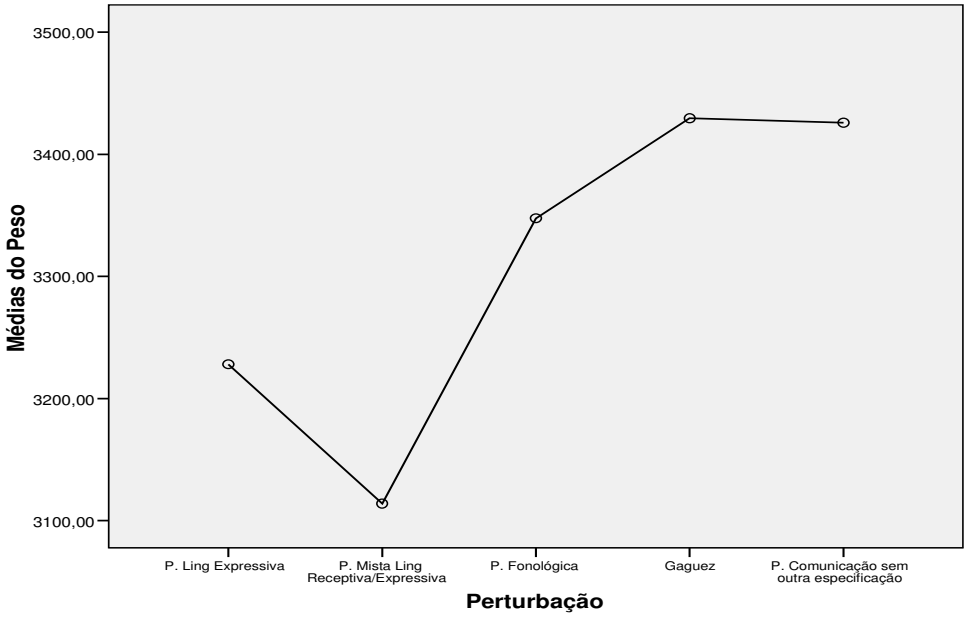
[47] Por exemplo, no que se refere à mortalidade perinatal, Portugal apresentava, em 1987, uma taxa de 18,2% que foi reduzindo drasticamente para, em 2000, se situar nos 6,2% (Simões, 2004: 122; 138).

3.2. Peso à nascença

Para além das situações de risco que podem ocorrer no momento do nascimento, também o baixo peso que a criança apresenta à nascença é entendido como indicador de potenciais problemas de desenvolvimento.

Neste sentido, procurámos analisar os resultados relativos a esta variável, os quais se encontram expressos no Gráfico 12. Os valores aí patentes apontam para um peso médio de todos os indivíduos na ordem dos 3,311kg, o que constitui um valor perfeitamente normal tendo em conta, designadamente, a indicação que nos é fornecida por Lerman (sd) que situa o valor médio/normal entre 3 e 4 kg. Assim, se quisermos apontar o peso à nascença como factor associado às perturbações da linguagem (na sua generalidade), estes dados não confirmam tal associação.

Gráfico 12. Distribuição das perturbações pelo peso à nascença



Uma segunda vertente desta análise será a de correlacionar o peso médio das crianças tendo em conta cada um dos tipos de perturbações da linguagem da criança. Também, neste caso, não nos parece ser de equacionar essa significância em termos clínicos, já que a média mais baixa, de 3, 214kg, apresentada pela Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva, dista pouco mais de 200g do valor mais elevado, de

3,429kg, ostentado pela Gaguez e situa-se dentro da média normal referida anteriormente (entre 3 e 4kg).

Ora, quando se procura, no quadro da investigação clínica, analisar situações de baixo peso à nascença, esse valor pode ser apresentado, por exemplo, em <1000g (C. Soares, 2005), índice que nada tem a ver com os valores do nosso estudo. Do mesmo modo, quando está em causa a correlação entre o desenvolvimento e as perturbações da linguagem na criança e o baixo peso à nascença, os indicadores utilizados situam-se também em torno deste tipo de valores (Law, 2001: 44-45).

Esta é, contudo, a *leitura clínica* dos dados, já que a análise estatística dos mesmos poder-nos-á apontar noutra direcção, conforme se poderá verificar nas Tabelas 13, 13.1. e 13.2.

Tabela 13. Peso à nascença em função da perturbação (ANOVA Univariada)

Perturbação	Média	D.P.	N
P. Ling. Expressiva	3228,0208	644,05195	48
P. Mista Ling. Receptiva/Expressiva	3113,9773	708,71349	88
P. Fonológica	3347,5776	539,12989	419
Gaguez	3429,4048	444,37981	42
P. Comunicação sem outra especificação	3425,8333	524,79361	12
Total	3311,5846	574,78514	609

Tabela 13.1. Testes de efeitos inter-sujeitos

Variável Dependente: Peso ao nascimento

FONTE	Soma dos Quadrados Tipo III	gl	Quadrados Médios	F	p	Potência observada
Modelo Corrigido	5053932,946(b)	4	1263483,237	3,897	,004	,901
Intercepção	1931402642,306	1	1931402642,306	5957,470	,000	1,000
Diagnóstico	5053932,946	4	1263483,237	3,897	,004	,901
Erro	195815862,949	604	324198,449			
Total	6879524525,000	609				
Total Corrigido	200869795,895	608				

a Alfa = ,05
b R quadrado = ,025 (R quadrado ajustado = ,019)

Tabela 13.2. Comparações múltiplas

	(I) Perturbação	(J) Perturbação	Diferença de médias (I-J)	Erro Padrão	p	95% Intervalo de Confiança Limite mínimo	Limite máximo
Scheffe	P. Ling Expressiva	P. Ling Expressiva					
		P. Mista Ling Receptiva/Expressiva	114,0436	102,16755	,870	-201,6317	429,7188
		P. Fonológica	-119,5567	86,76334	,754	-387,6364	148,5229
		Gaguez	-201,3839	120,30438	,592	-573,0980	170,3302
		P. Comunicação sem outra especificação	-197,8125	183,76798	,885	-765,6152	369,9902
	P. Mista Ling Receptiva/Expres.	P. Ling Expressiva	-114,0436	102,16755	,870	-429,7188	201,6317
		P. Mista Ling Receptiva/Expressiva					
		P. Fonológica	-233,6003(*)	66,76688	,016	-439,8953	-27,3053
		Gaguez	-315,4275	106,78522	,070	-645,3704	14,5154
		P. Comunicação sem outra especificação	-311,8561	175,21590	,531	-853,2347	229,5226
	P. Fonológica	P. Ling Expressiva	119,5567	86,76334	,754	-148,5229	387,6364
		P. Mista Ling Receptiva/Expressiva	233,6003(*)	66,76688	,016	27,3053	439,8953
		P. Fonológica					
		Gaguez	-81,8272	92,15614	,940	-366,5694	202,9150
		P. Comunicação sem outra especificação	-78,2558	166,70417	,994	-593,3350	436,8235
	Gaguez	P. Ling Expressiva	201,3839	120,30438	,592	-170,3302	573,0980
		P. Mista Ling Receptiva/Expressiva	315,4275	106,78522	,070	-14,5154	645,3704
		P. Fonológica	81,8272	92,15614	,940	-202,9150	366,5694
		Gaguez					
		P. Comunicação sem outra especificação	3,5714	186,37475	1,000	-572,2856	579,4284
	P. Comunic. sem outra especificação	P. Ling Expressiva	197,8125	183,76798	,885	-369,9902	765,6152
		P. Mista Ling Receptiva/Expressiva	311,8561	175,21590	,531	-229,5226	853,2347
		P. Fonológica	78,2558	166,70417	,994	-436,8235	593,3350
		Gaguez	-3,5714	186,37475	1,000	-579,4284	572,2856
		P. Comunicação sem outra especificação					

* A diferença de medias é significativa para um nível de ,05.

Esta variável *peso à nascença* leva-nos a ter que reconhecer que, pelo menos numa leitura imediata, a significância estatística parece não corresponder à significância clínica. Daí ser de aceitar a não confirmação do peso à nascença como indicador de prevalência das perturbações da linguagem na criança, nos nossos dados.

3.3. Audição

Entre o conjunto de estruturas bio-fisiológicas fundamentais para a aquisição e desenvolvimento da linguagem e da fala na criança encontram-se, como referimos no capítulo 2, as diversas estruturas orgânicas que permitem o reportório e o desenvolvimento das capacidades sensoriais e perceptivas, em particular a audição e a visão. Os nossos dados não contemplam qualquer criança com cegueira, daí que fosse a audição a nossa eleita.

Para efeitos de análise da variável *audição*[48], agrupámos os dados em três grupos:

- *Sem problemas*: as situações em que as crianças não apresentam quaisquer sinais de perda auditiva;
- *Com problemas transitórios*: os casos em que se detectaram perdas auditivas ligeiras ocasionadas por problemas a nível do ouvido médio (como é o caso das otites) e que, após tratamento medicamentoso ou cirúrgico, podem ser ultrapassados;
- *Com problemas permanentes*: as crianças diagnosticadas com surdez neurosensorial, de carácter permanente e irreversível, cujos efeitos podem ser atenuados com a utilização de próteses auditivas.

Assim, conforme poderemos ver pelo Gráfico 13 e Tabela 14, 89,8% dos casos não manifestam quaisquer problemas de audição, 6,5% têm problemas transitórios e as crianças com problemas permanentes constituem 3,7% da amostra.

Se, por um lado, os problemas de audição da criança não constituem um valor percentual significativo para caracterizar os casos aqui em análise, por outro lado, as crianças que apresentam diagnóstico de surdez (de modo particular as 23 identificadas *com problemas permanentes*) denotam, de um modo geral, perturbações da linguagem. Como escrevem Emanuel e Herman, "para que as habilidades linguísticas infantil possam desenvolver-se normal e facilmente, a criança deve ser capaz de ouvir todos os

[48] Sempre que existiram dúvidas na apreciação da qualidade da audição, a terapeuta da fala encaminhou as crianças para avaliação audiológica, daí que na base desta classificação, de modo particular nos casos de *problemas permanentes*, esteve um diagnóstico da especialidade.

elementos importantes da fala em tom baixo, mesmo em ambientes ruidosos" (2001: 96).

Gráfico 13. Distribuição das perturbações por nível de audição

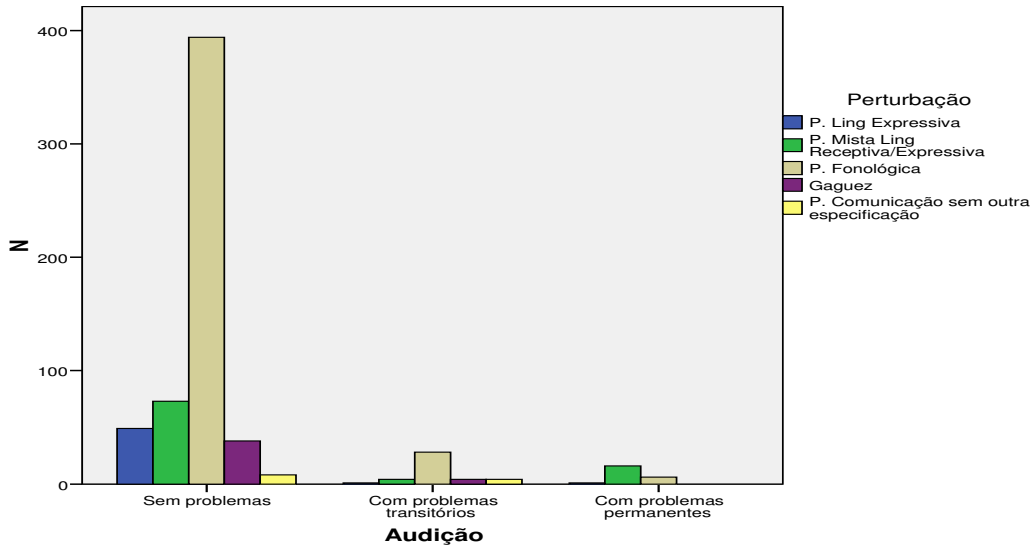


Tabela 14. Distribuição das perturbações por nível de audição

		Perturbação					Total
Audição		P. Ling Expressiva	P. Mista Ling Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra Especific.	
Sem problemas	N	49	73	394	38	8	562
	%	96,1%	78,5%	92,1%	90,5%	66,7%	89,8%
Com problemas transitórios	N	1	4	28	4	4	41
	%	2,0%	4,3%	6,5%	9,5%	33,3%	6,5%
Com problemas permanentes	N	1	16	6	0	0	23
	%	2,0%	17,2%	1,4%	0%	0%	3,7%
Total		51	93	428	42	12	626

Uma leitura mais pormenorizada da Tabela 14 leva-nos a prestar atenção aos valores apresentados na *Perturbação Mista da Linguagem Receptiva/Expressiva*[49], em

[49] Os resultados apresentados pela *Perturbação da Comunicação sem Outra Especificação*, embora elevados, não nos parecem dignos e registo dado o número total bastante reduzido de casos em análise.

particular os 17,2% aí referenciados de audição com problemas. Efectivamente, nesta perturbação, onde se verifica normalmente um atraso no desenvolvimento da linguagem, é previsível e expectável que surjam crianças com problemas de surdez (independentemente do seu grau de severidade), pois, como referimos antes, as perdas auditivas constituem um factor crucial, em particular, nos períodos de aprendizagem e de desenvolvimento das competências linguísticas da criança.

3.4. Uso de chupeta/biberão/dedo

Para além das capacidades sensoriais e perceptivas (especificamente as ligadas à audição que examinámos anteriormente), outro grupo de estruturas bio-fisiológicas são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem e da fala. Reportamo-nos ao aparelho fonador e articulatório: pulmões, laringe, cordas vocais, faringe, cavidade oral, palato mole, palato duro, língua, dentes, lábios, mandíbula e cavidade nasal. A sua constituição e desenvolvimento adequados tornam-se imprescindíveis para o desempenho apropriado da linguagem falada.

Ora, é neste quadro que o uso prolongado da chupeta, do biberão, do *chuchar* no dedo ou noutro objecto[50], constituem factores que poderão interferir no desenvolvimento normal e adequado destas estruturas do aparelho fonador e articulatório, tais como: os dentes, os lábios, a língua e a cavidade oral.

Para efeitos de análise dos dados, dividimo-los tendo em conta duas fases etárias da criança: antes e depois dos 24 meses. Os dois anos de idade constituem um momento de viragem importante quer no desenvolvimento linguístico da criança, quer na constituição e estabilização da sua arcada dentária já que, como aponta Vera Cunha, a criança que mantenha o hábito de chuchar a chupeta "depois dos dois anos de idade, poderá muito provavelmente vir a ter alterações nas arcádias dentárias, além de outras alterações na tonicidade dos músculos e no modo de respirar, decorrentes da má postura da língua e dos lábios que esse hábito provoca" (2001: 34).

Não obstante se tratar de uma questão que alguns técnicos e investigadores da especialidade (de modo particular em outros países, como é o caso do Brasil) dão alguma atenção, esta hipótese resultou também da nossa observação clínica ao longo dos anos de exercício profissional, tendo sido, desde sempre, um problema que gostaríamos de esclarecer – mais uma vez, deparamo-nos com a fundamentação de uma hipótese também por *practical issues*, como já referimos anteriormente (Christensen, 2004).

[50] Para além da chupeta, do biberão e dos dedos, outros objectos podem ser canalizados para responder a este hábito, tais como: a fralda, outras peças de vestuário, bonecos diversos, etc. Recordamos da nossa infância o facto de algumas mães colocarem uma porção de marmelada na fralda dos seus filhos, a qual, depois de lhe darem um nó, era oferecida como *chupeta* e os mantinha entretidos e sossegados.

Gráfico 14. Distribuição das perturbações por uso de chupeta/biberão/dedo

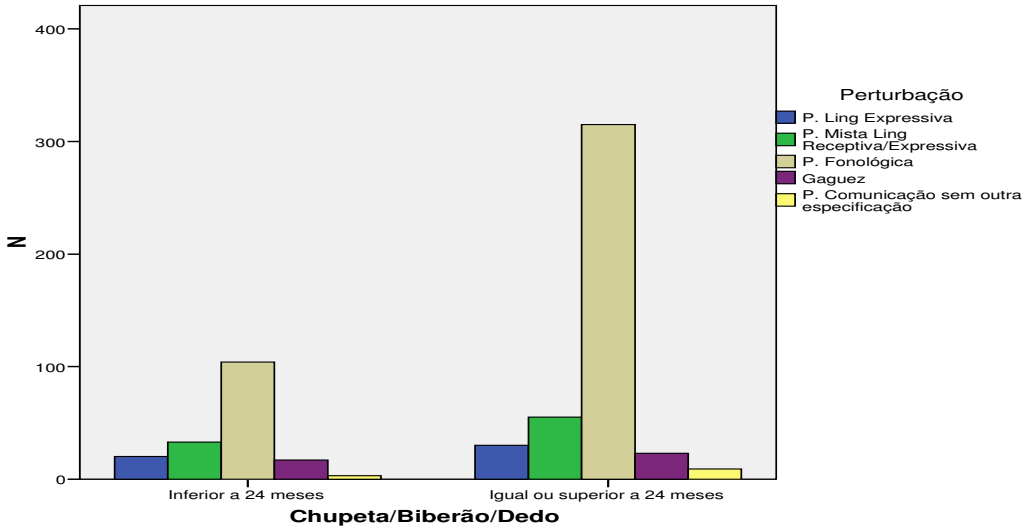


Tabela 15. Distribuição das perturbações por uso de chupeta/biberão/dedo

		Perturbação					Total
Chupeta/ Biberão/ Dedo		P. Ling Expressiva	P. Mista Ling Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra Especific.	
Inferior a 24 meses	N	20	33	104	17	3	177
	%	40,0%	37,5%	24,8%	42,5%	25,0%	29,1%
Igual/superior a 24 meses	N	30	55	315	23	9	432
	%	60,0%	62,5%	75,2%	57,5%	75,0%	70,9%
Total		50	88	419	40	12	609

Os valores presentes na Tabela 15 expressam percentagens bastante elevadas no que diz respeito a este tipo de hábito a partir dos 2 anos de idade das crianças. São 70,9% da amostra que se encontram nesta situação, o que constitui um índice significativo para esta variável.

Embora se trate de um tipo de comportamento com que a autora desta dissertação se depara no seu dia-a-dia de trabalho como terapeuta da fala – já que são inúmeras as crianças com problemas de linguagem com idades de 3, 4, 5 ou mais anos que exibem hábitos orais do tipo daqueles que estão aqui em apreciação – as percentagens aqui em presença comprovam claramente esta apreciação empirista.

Se procedermos a esta mesma análise por tipo de perturbação, a apreciação anterior continua a ser válida: à excepção da Gaguez (e mesmo neste caso a aproximar-

se desse valor), toda as outras perturbações ultrapassam os 60% no que diz respeito ao uso da chupeta, do biberão ou do dedo a partir dos dois anos de idade. E nesta apreciação não podemos deixar de salientar o valor apresentado pelo grupo mais numeroso, o da Perturbação Fonológica, que, com 419 casos, apresenta nesta variável a percentagem mais elevada de todas, com 75,2%.

A significância destes resultados vai no sentido das considerações que tecemos no Capítulo 2 relativamente à interferência dos hábitos orais nas perturbações da linguagem na criança e que parecem sustentar as apreciações tecidas por vários autores, como é o caso de Vera Cunha: "[…] os hábitos de chupar a chupeta ou o dedo, o uso impróprio de mamadeira e a não estimulação da mastigação podem gerar prejuízos anatómicos e funcionais ao sistema orofacial da criança, causando interferências na emissão da fala" (2001: 1).

4. Variáveis familiares e perturbações da linguagem

4.1. Habilitações académicas dos pais

De um modo geral, as habilitações académicas dos pais, bem como as profissões exercidas (item este que abordaremos no ponto seguinte) são usualmente utilizadas como variáveis a ter em conta quando se analisam níveis de desenvolvimento e comportamentos das crianças. Nestes casos, parte-se normalmente do pressuposto de que as crianças que, do ponto de vista social, cultural e económico, surgem como mais favorecidas terão desempenhos mais próximos da "norma".

Mesmo que esta ilação se possa invocar no caso das perturbações da linguagem (ou seja, que quanto mais elevada a posição social dos pais, menos problemas se encontrariam), os nossos dados não são de fácil evidência, pois poder-se-á também invocar que terão sido, eventualmente, os pais mais favorecidos socialmente, aqueles que mais recorreram ao centro privado onde se recolheram os dados, situação que tornaria enviesada a nossa análise.

Ou seja, não obstante se poderem equacionar algumas tendências, os dados servem mais para caracterizar a amostra e dar conta do tipo de crianças que, do ponto de vista da sua posição social, estamos a analisar do que retirar evidências das variáveis aqui em presença.

Para tratar os diversos dados relativos às habilitações académicas dos pais utilizámos a *Classificação Internacional de Graffar*[51].

De acordo com esta classificação, e no caso específico do *nível de instrução*, são utilizadas as seguintes cinco categorias:

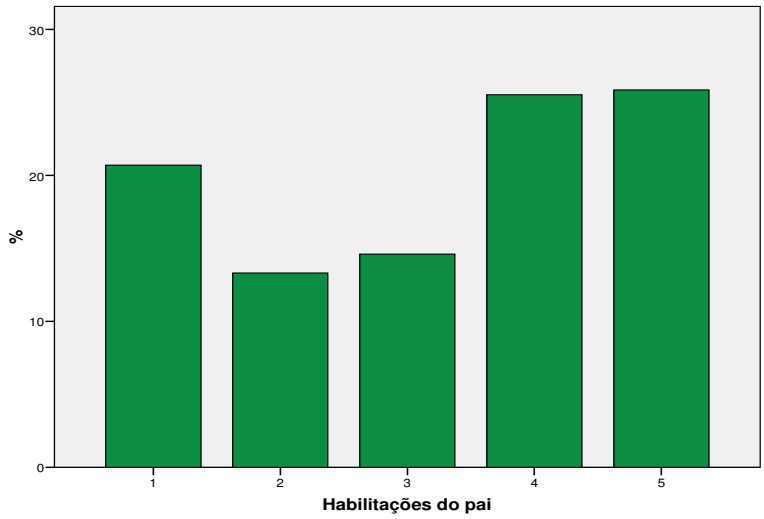
- *1º grau:* Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados,

[51] A Classificação Graffar é uma classificação social internacional, da autoria do professor belga Graffar, que procura situar a posição social da família em função de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Atribuindo-se pontuações a cada um destes cinco critérios, cada um dos quais, por sua vez, subdividido em cinco categorias, identificam-se, no final, cinco classes sociais (para um melhor esclarecimento do assunto, pode consultar-se a *Wikipedia* em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Graffar). Trata-se de uma classificação muito utilizada em projectos de investigação, de modo especial no âmbito da psicologia e das ciências da saúde.

economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.

- *2º grau:* Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.
- *3º grau:* Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.
- *4º grau:* Ensino primário completo (6 anos de estudo).
- *5º grau:* Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos)[52].

Gráfico 15. Habilitações do pai segundo o índice de Graffar



Os resultados que se encontram presentes nos Gráficos 15 e 16 e Tabelas 16 e 17, no que diz respeito quer ao nível de instrução do pai quer da mãe da criança, apontam-nos os níveis mais baixos de instrução como os de maior frequência. Assim, se somarmos os níveis 4 e 5 (sem escolarização ou escolaridade básica mínima), obtemos 51,3%, no caso dos pais e 50% nas mães.

[52] Esta tipologia de Graffar relativa às habilitações académicas (designadamente ao colocar o 12º ano no 1º grau e não no 2º) não será, porventura, a mais adequada para caracterizar os pais cuja escolarização aconteceu a partir dos anos 80/90. Porém, tendo em conta o período correspondente aos nossos dados (crianças avaliadas entre 1987 e 2006), optámos por não lhe introduzir alterações.

Tabela 16. Habilitações do pai segundo o índice de Graffar

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Índice de Graffar	1	129	20,5	20,7	20,7
	2	83	13,2	13,3	34,0
	3	91	14,4	14,6	48,6
	4	159	25,2	25,5	74,2
	5	161	25,6	25,8	100,0
	Total	623	98,9	100,0	
Omissos		7	1,1		
Total		630	100,0		

Se é verdade que o próprio período de 20 anos a que se reportam os dados não nos permite grandes extrapolações, há ainda alguns aspectos que nos parecem ser de apontar.

Assim, não podemos deixar de referir que as habilitações mais elevadas dos progenitores, as de nível superior, surgem com valores bastante elevados: quer no caso do pai, quer, de modo especial, no que se reporta à mãe, atingindo, neste caso, o valor mais elevado da escala (27,1%). Também o nível 5 (frequência de um ou dois anos de escola primária e analfabetos) assume uma percentagem de 25,8% para o pai e 26% para a mãe (a taxa de analfabetismo, em 2001, era, na Região Centro, de 10,9% - segundo Arroteia, 2007: 123).

Gráfico 16. Habilitações da mãe segundo o índice de Graffar

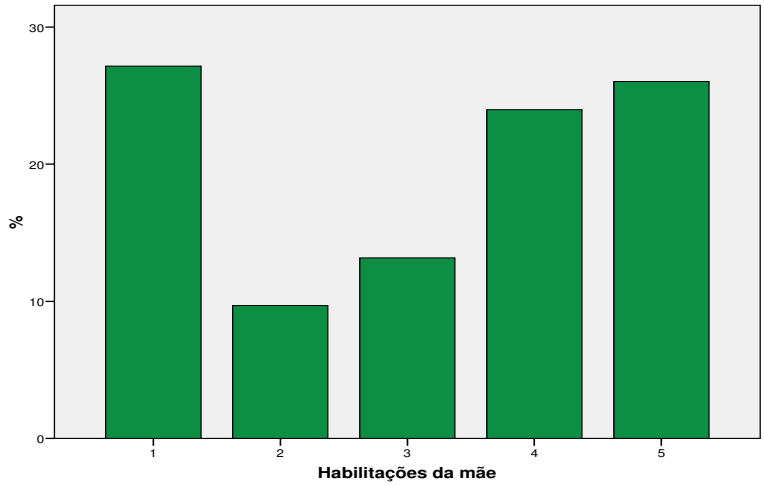


Tabela 17. Habilitações da mãe segundo o índice de Graffar

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Índice de Graffar	1	171	27,1	27,1	27,1
	2	61	9,7	9,7	36,8
	3	83	13,2	13,2	50,0
	4	151	24,0	24,0	74,0
	5	164	26,0	26,0	100,0
Total		630	100,0	100,0	

Independentemente das comparações que possamos efectuar em termos de distribuição da nossa amostra em função da população portuguesa, parece-nos ser de constatar que o público em presença neste estudo é variado do ponto de vista das respectivas habilitações académicas.

Para avaliar a relação entre a variável categorial *tipo de perturbação* e a variável ordinal *habilitações académicas* (do pai e da mãe), calculámos o U de Mann-Whitney que mostrou que há diferenças altamente significativas em termos de habilitações académicas quer relativamente ao pai (U= 20,578; gl= 4; p= .000), quer no caso da mãe (U= 20,796; gl= 4; p= .000), entre os 5 tipos de perturbação da linguagem.

Tabela 18. Habilitações do pai e da mãe nos 5 tipos de perturbação

	Diagnóstico	N	Ordens Médias
Habilitações do pai	P. Ling. Expressiva	50	336,00
	P. Ling. Receptiva/Expressiva	91	377,43
	P. Fonológica	427	300,45
	Gaguez	42	291,31
	P. Comunicação sem outra Especificação	13	207,77
Total		623	
Habilitações da mãe	P Ling. Expressiva	52	364,20
	P Ling. Receptiva/Expressiva	93	372,69
	P. Fonológica	430	304,15
	Gaguez	42	268,23
	P. Comunicação sem outra Especificação	13	239,77
Total		630	

Pela análise da Tabela 18, verifica-se que as habilitações do pai são menos elevadas (no Graffar o grau mais elevado é 1) nas crianças com Perturbação da Linguagem Receptiva/Expressiva, seguindo-se o grupo da Perturbação da Linguagem Receptiva. E, no que diz respeito às habilitações da mãe, passa-se exactamente o mesmo.

Estes dados, pese embora todas as limitações que uma amostra deste tipo ostenta em termos de representatividade, levam-nos a equacionar a possibilidade da relação positiva entre as habilitações académicas dos pais e o desenvolvimento da linguagem dos filhos, já que são exactamente as perturbações que poderão depender de um envolvimento e estimulação linguística maior por parte dos pais (as da Linguagem Receptiva/Expressiva e da Linguagem Receptiva) aquelas em que os progenitores manifestam menor graduação académica. Contudo, trata-se de uma correlação que deve ser vista com cautela, até porque, outras variáveis etiológicas, familiares e contextuais deverão ser tidas em conta.

4.2. Profissão dos pais

No que diz respeito à profissão dos pais das crianças em estudo, as considerações que fizemos anteriormente sobre as habilitações académicas podem ser também aqui invocadas, designadamente, quer no que se refere à sua usual consideração deste aspecto como variável pertinente para analisar o desenvolvimento da criança, quer no que se reporta à fragilidade das suas considerações que aqui possamos retirar em termos de generalização de resultados e conclusões, tendo em conta a peculiaridade da amostra. Ou seja, também neste ponto, os dados servem fundamentalmente para caracterizar a amostra e dar conta do tipo de crianças que, do ponto de vista da sua posição social, estamos a investigar.

Também para esta variável nos socorremos da *Classificação Internacional de Graffar*, a qual, para o caso específico das profissões, utiliza as cinco seguintes categorias:

- *1º grau*: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
- *2º grau:* Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
- *3º grau:* Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
- *4º grau:* Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc).
- *5º grau:* Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc)[53].

A leitura dos dados (ver Gráficos 17 e 18 e Tabelas 19 e 20) permite-nos inferir considerações semelhantes às tecidas anteriormente a propósito do nível de instrução. Também aqui os dois grupos de profissões correspondentes às posições sociais menos favorecidas atingem, em conjunto, valores superiores a 50% da totalidade das crianças em estudo: 50,7%, no caso do pai, e 57,7, no que se refere à mãe.

[53] Continuamos a utilizar como fonte informativa para esta categorização, o sítio da *Wikipedia* em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Graffar.

Gráfico 17. Profissão do pai segundo o índice de Graffar

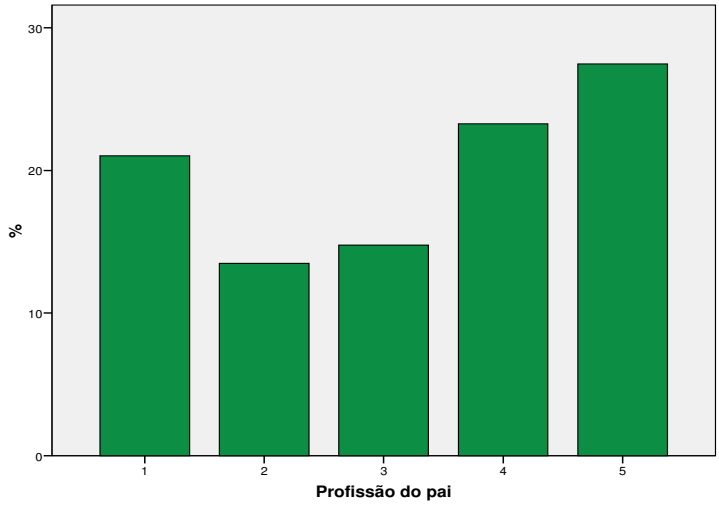


Tabela 19. Profissão do pai segundo o índice de Graffar

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Índice de Graffar	1	131	20,8	21,0	21,0
	2	84	13,3	13,5	34,5
	3	92	14,6	14,8	49,3
	4	145	23,0	23,3	72,6
	5	171	27,1	27,4	100,0
	Total	623	98,9	100,0	
Omissos		7	1,1		
Total		630	100,0		

Também nos parece que o valor apresentado pelas profissões *de 1º grau* (as consideradas socialmente mais favorecidas) merece alguma referência, com registos de 21%, no caso do pai, e 26,7, relativamente à mãe.

Contudo, pelas limitações já invocadas (o tipo de amostra e a dificuldade de comparação com outros indicadores), estes dados, embora nos possam levar a tecer algumas considerações genéricas (como é o caso destes últimos dados que mostram valores aparentemente elevados para a população em geral), prestam-se fundamentalmente a caracterizar o grupo de crianças aqui em análise.

Gráfico 18. Profissão da mãe segundo o índice de Graffar

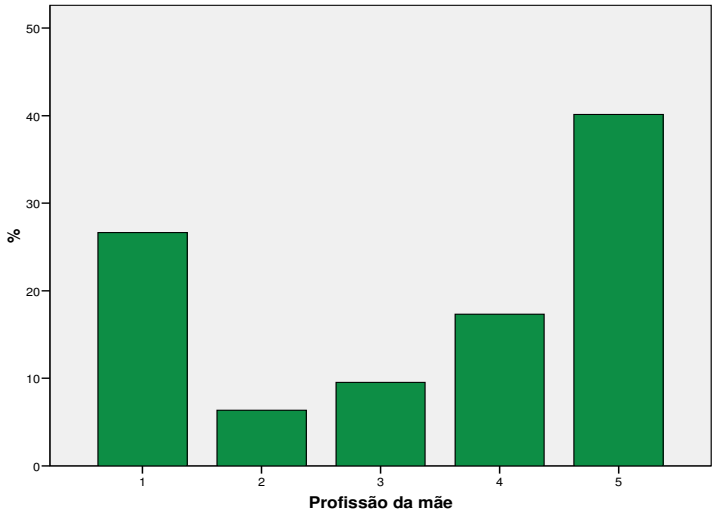


Tabela 20. Profissão da mãe segundo o índice de Graffar

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Índice de Graffar	1	168	26,7	26,7	26,7
	2	40	6,3	6,3	33,0
	3	60	9,5	9,5	42,5
	4	109	17,3	17,3	59,8
	5	253	40,2	40,2	100,0
Total		630	100,0	100,0	

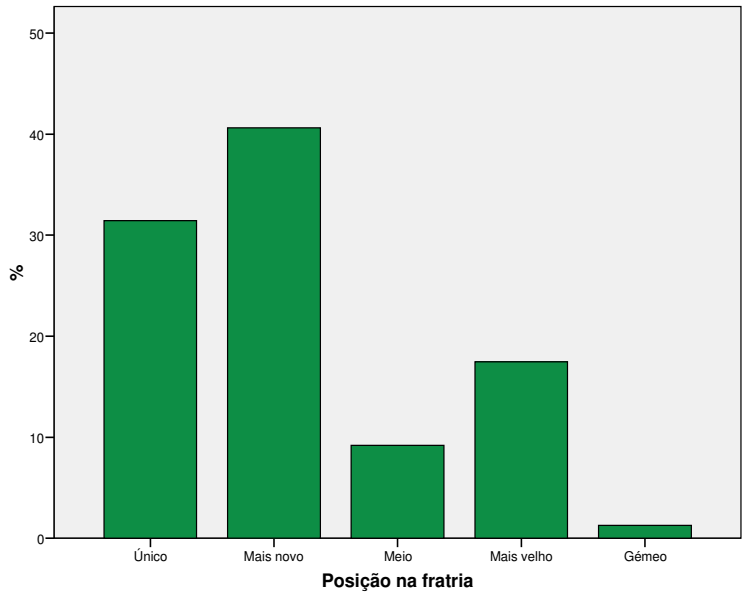
Também no caso das profissões dos pais podemos utilizar aqui a mesma consideração que apontámos anteriormente em relação ás habilitações académicas, ou seja, constata-se que há variação entre as respectivas categorias de ocupação profissional.

4.3. Fratria

Um dos itens que a literatura da especialidade costuma identificar em termos de fratria, mais propriamente no que se reporta à posição na fratria, é a tendência para que os problemas de desenvolvimento da linguagem sejam prevalecentes nos irmãos mais novos.

Fizemos já anteriormente (capítulo 2) alusão a autores como Bishop (1997: 38) e Tomblin (1996: 204-206) que, não obstante reconhecerem a tendência, alertam também para a necessidade de não se tratar esta variável de forma isolada, mas ter em conta outros factores como seja o caso dos problemas que envolvem as famílias numerosas.

Gráfico 19. Posição da criança na fratria



Os dados da nossa amostra (ver Gráfico 19 e Tabela 21) vão de encontro a este diagnóstico já que, tendo em conta os 5 itens utilizados na análise (único; mais novo; meio; mais velho; gémeos), é o irmão mais novo que recolhe maior percentagem de registos (40,6% dos casos) – um valor muito superior, designadamente em relação ao irmão mais velho (17,5%).

Como seria de esperar, dada a percentagem significativa de famílias portuguesas com um único filho[54], este valor é também digno de registo, aparecendo em segundo lugar, com 31,4%.

Tabela 21. Posição da criança na fratria

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Posição na fratria	Único	198	31,3	31,4	31,4
	Mais novo	256	40,5	40,6	72,1
	Meio	58	9,2	9,2	81,3
	Mais velho	110	17,4	17,5	98,7
	Gémeo	8	1,3	1,3	100,0
	Total	630	99,7	100,0	
Omissos		2	,3		
Total		632	100,0		

Outros valores patentes na Tabela 21, também pela sua reduzida expectativa de prevalência em termos populacionais, não se mostram significativos, como sejam os casos do irmão do meio (9,2%) ou dos gémeos (1,3%).

[54] De acordo com Arroteia, o "índice sintético de fecundidade" (correspondendo ao número de crianças que, em média, cada mulher tem durante a sua vida fecunda) baixou progressivamente ao longo do século XX; porém, após os anos 80, essa tendência acentuou-se ainda mais, com o autor a apontar os seguintes valores: 2 filhos/mulher em 1985, 1,5 em 1993, 1,4 em 2003 (2007: 66).

5. Variáveis sócio-culturais, institucionais e perturbações da linguagem

5.1. Frequência de instituição educativa

Os dados relativos ao local em que diariamente se encontra a criança e que, de certa maneira, nos poderão dar conta dos indivíduos com quem a criança convive, os valores evidenciados são esmagadores ao atribuírem uma percentagem de 94% das situações à frequência de uma instituição educativa formal: o Jardim-de-infância ou a Escola (distinção que tem em conta, obviamente, as idades de escolarização respectivas).

Gráfico 20. Frequência de instituição educativa

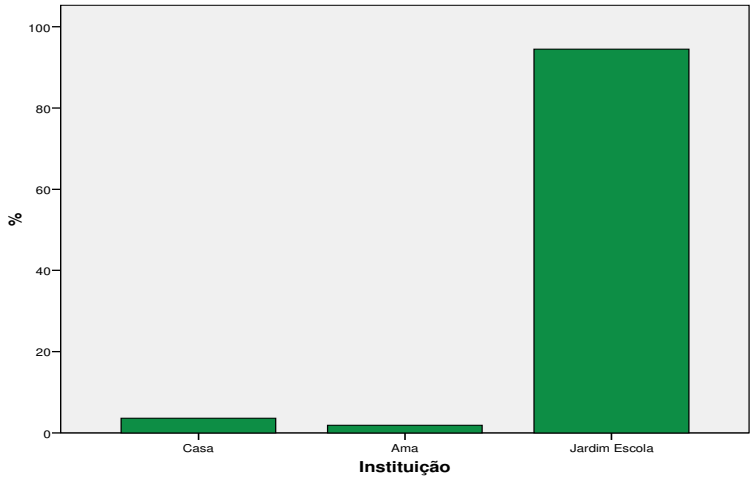


Tabela 22. Frequência de instituição educativa

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Instituição	Casa	23	3,7	3,7	3,7
	Ama	12	1,9	1,9	5,6
	Jardim/Escola	595	94,4	94,4	100,0
	Total	630	100,0	100,0	

Os valores apresentados nos Gráfico 20 e na Tabela 22 não nos permitem retirar grandes ilações, designadamente em termos de cruzamento com outras variáveis presentes no estudo.

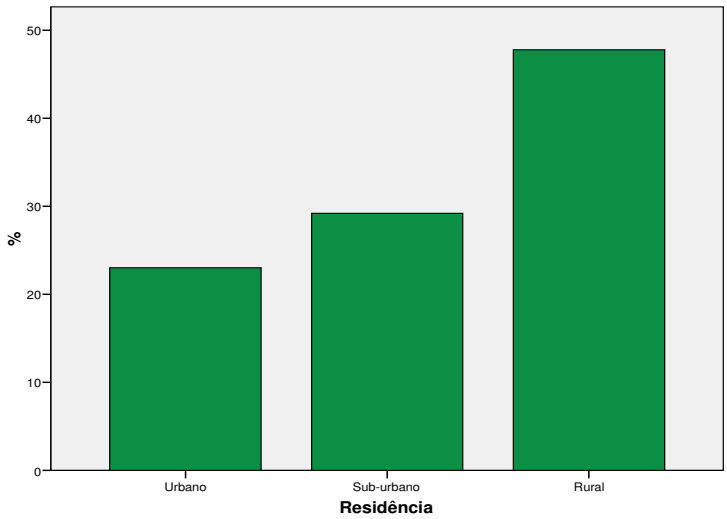
Contudo, trata-se de um elemento de caracterização das crianças da amostra que nos evidencia que estas frequentam instituições formativas, as quais, segundo também já apontámos na primeira parte deste trabalho, são usualmente entendidas como espaços positivos para potenciar um desenvolvimento integral e adequado da criança (em particular, quando a respectiva avaliação institucional lhe puder confirmar a classificação de educação de qualidade).

5.2. Zona de residência

Se, por uma lado, as zonas de residência são comummente utilizadas como itens a ter em conta na definição de amostras para este tipo de estudos (esperando-se correlações que indiquem uma maior prevalência de problemas de linguagem nas zonas rurais), por outro lado, os resultados globais de muitas investigações, como aconteceu com Tomblin et al. (1997) não reconhecem significado apreciável às variáveis demográficas.

No nosso caso particular, conforme já alertámos, não se tratando de uma amostra representativa, nem em termos de distribuição da população residente na região, nem dos vários tipos de problemas de linguagem que possam existir e que estejam eventualmente a ser atendidos por outras instituições, nem se tratando de um serviço que esteja disponível a todos os potenciais utentes (designadamente do ponto de vista financeiro), a apreciação torna-se ainda mais precária.

Gráfico 21. Zona de residência



De qualquer maneira, e sem que possamos retirar evidências desta inferência, a lógica expectável das respostas parece presente nos dados que recolhemos (Gráfico 21 e Tabela 23). Ou seja, em primeiro lugar surge o grupo das crianças de origem rural, com 47,8%, seguindo-se a zona suburbana, com 29,2%, e, em último lugar, a urbana, com 23%.

Tabela 23. Zona de residência

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Residência	Urbana	145	23,0	23,0	23,0
	Suburbana	184	29,2	29,2	52,2
	Rural	301	47,8	47,8	100,0
Total		630	100,0	100,0	

Torna-se, contudo, curioso verificar o modo como se distribuem os vários tipos de perturbação em função dos três padrões de área de residência equacionados. Conforme se pode verificar no Gráfico 22 e na Tabela 24, há uma distribuição muitíssimo equilibrada (com uma pequena excepção no caso da Perturbação da Linguagem Expressiva), já que os valores relativos patentes em cada um dos tipos de perturbação vão também acompanhando os respectivos aumentos globais desta problemática nas zonas urbana, suburbana e rural.

Gráfico 22. Perturbação por zona de residência

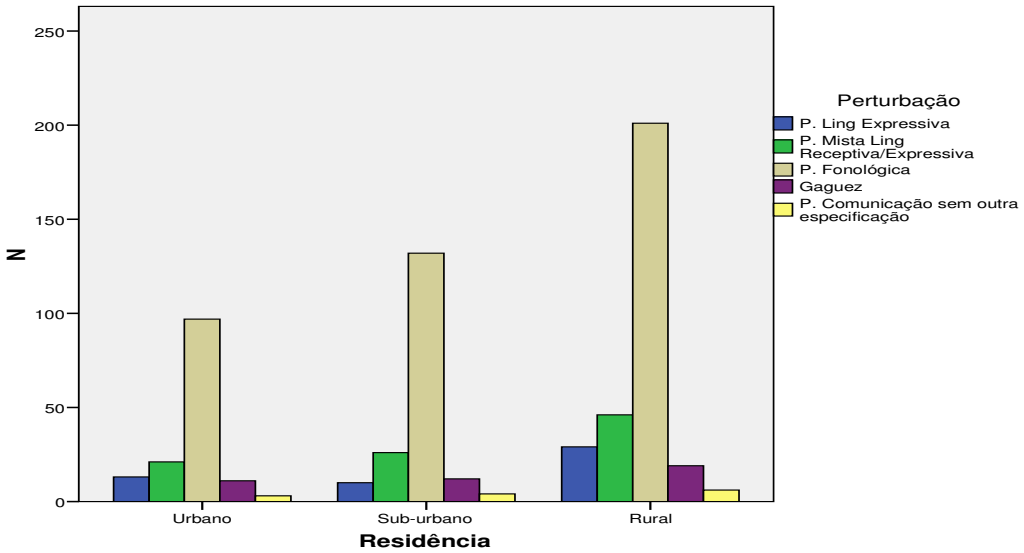


Tabela 24. Perturbação por zona de residência

		Perturbação					Total
		P. Ling Expressiva	P. Mista Ling Receptiva/ Expressiva	P. Fonológica	Gaguez	P. Comunic. sem outra especific.	
Residência	Urbano	13	21	97	11	3	145
	Suburbano	10	26	132	12	4	184
	Rural	29	46	201	19	6	301
Total		52	93	430	42	13	630

5.3. Referenciação

A última das variáveis que seleccionámos para esta análise diz respeito à referenciação, ou, para sermos mais precisos, à identificação da pessoa que teve a iniciativa de indicar a criança para avaliação de terapia da fala.

De acordo com os valores presentes nas figuras (Gráfico 23 e Tabela 25), a maioria das crianças (41,5%) foi referenciada pelos próprios pais, em seguida surgem os educadores e professores, responsáveis pela indicação de 28% dos casos, e, em terceiro lugar, os vários técnicos de saúde (de um modo geral, médicos) com 25,4%.

Gráfico 23. Referenciação

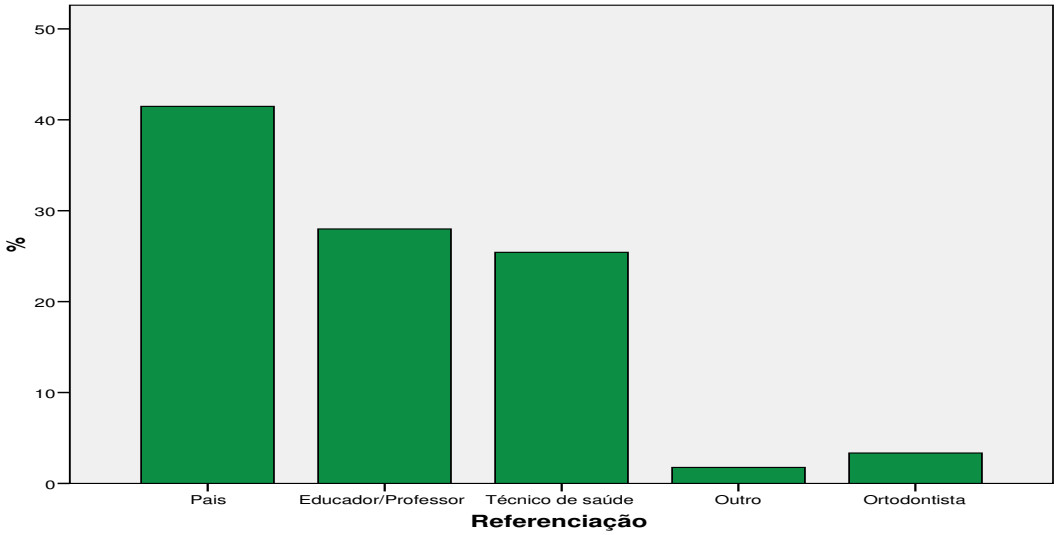


Tabela 25. Referenciação

		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Referenciação	Pais	261	41,4	41,5	41,5
	Educador/Professor	176	27,9	28,0	69,5
	Técnico de saúde	160	25,4	25,4	94,9
	Outro	11	1,7	1,7	96,7
	Ortodontista	21	3,3	3,3	100,0
	Total	629	99,8	100,0	
Omissos		1	,2		
Total		630	100,0		

Estes resultados permitem-nos depreender que são as pessoas que se encontram mais próximas da criança e, à partida, aquelas para quem a situação será mais preocupante, que tomam a iniciativa de contactar o terapeuta para avaliação da linguagem e não propriamente outros técnicos cujo expediente por antecipação nesta matéria poderia ser mais expectável.

Todavia, estes dados não constituem surpresa, pois encontram-se em sintonia com o que já expusemos no capítulo 2, designadamente tendo em conta a informação que nos é transmitida por Tomblin e colaboradores quando concluíram que apenas 29% dos pais das crianças com Perturbações Específicas da Linguagem tinham sido informados deste problema dos seus filhos (1997: 1256). De qualquer maneira, convém não esquecer que, em conjunto, educadores e técnicos de saúde ultrapassam, de acordo com os nossos dados, a percentagem manifestada pelos pais neste processo de referenciação.

Quando se relacionam os *referenciadores* por tipo de perturbação (confirmar Gráfico 24 e Tabela 26), os dados não se afastam muito da análise global anteriormente efectuada. Também neste caso (com excepção da Perturbação sem outra Especificação, embora o número de casos em presença seja reduzido), os pais apresentam a primazia na iniciativa de avaliação da criança.

Gráfico 24. Referenciação por perturbação

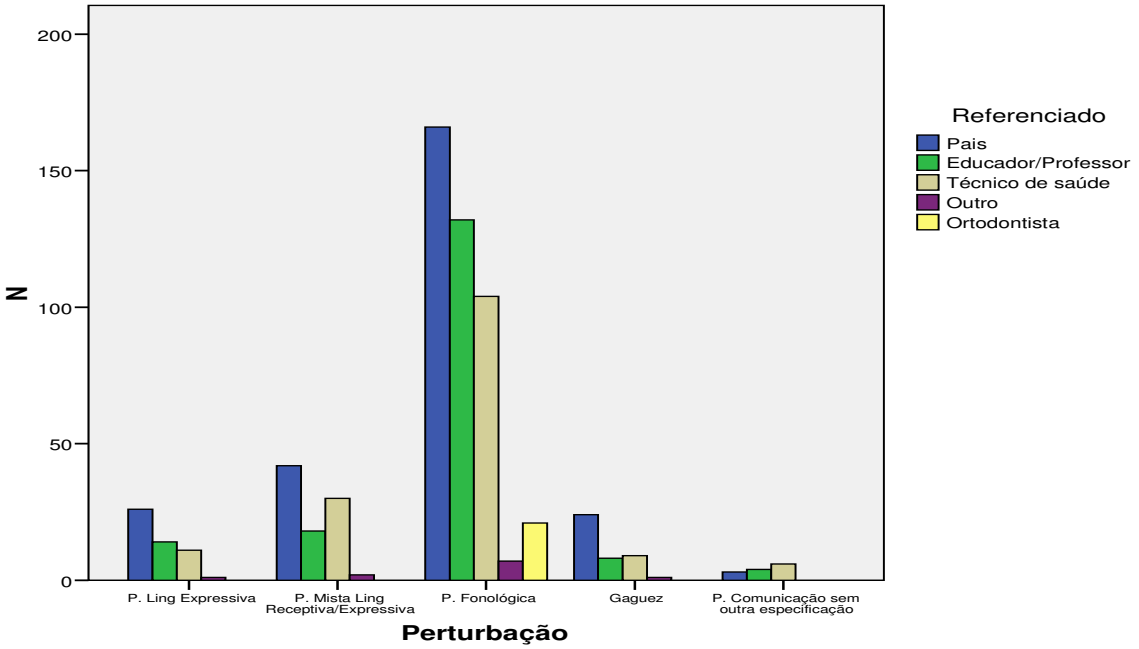
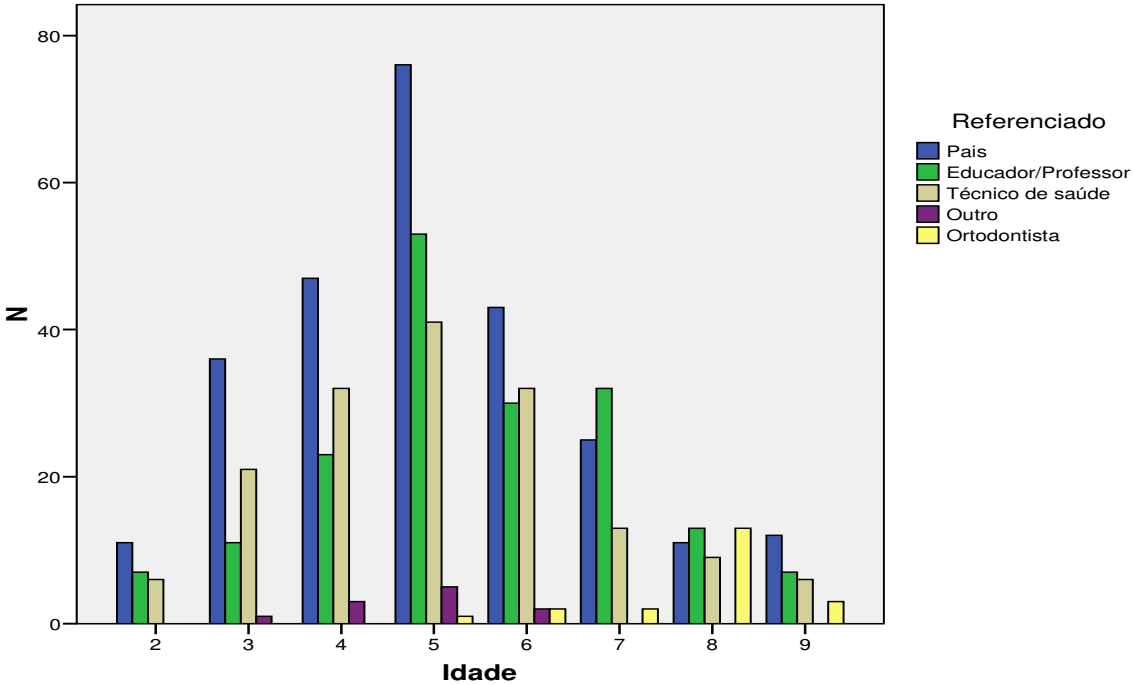


Tabela 26. Referenciação por perturbação

		Referenciado					Total
		Pais	Educador/ Professor	Técnico de saúde	Outro	Ortodontista	
Perturbação	P. Ling. Expressiva	26	14	11	1	0	52
	P. Mista Ling. Receptiva/Expressiva	42	18	30	2	0	92
	P. Fonológica	166	132	104	7	21	430
	Gaguez	24	8	9	1	0	42
	P. Comunicação sem outra Especificação	3	4	6	0	0	13
Total		261	176	160	11	21	629

Uma outra forma de atentarmos nesta problemática será percebermos se, no caso da idade em que as crianças são avaliadas, a referenciação tomará valores distintos.

Gráfico 25. Referenciação por idade



Assim, se considerarmos o Gráfico 25 e Tabela 27, verificamos que, se, de um modo geral os valores dão conta do predomínio do papel dos pais, especialmente nas

primeiras idades, a referenciação por parte dos professores vai aumentando tomando mesmo a primazia nas idades dos 7 e 8 anos das crianças.

Tabela 27. Referenciação por idade

		Referenciado					Total
		Pais	Educador/ Professor	Técnico de saúde	Outro	Ortodontista	
Idade	2	11	7	6	0	0	24
	3	36	11	21	1	0	69
	4	47	23	32	3	0	105
	5	76	53	41	5	1	176
	6	43	30	32	2	2	109
	7	25	32	13	0	2	72
	8	11	13	9	0	13	46
	9	12	7	6	0	3	28
Total		261	176	160	11	21	629

Não será certamente difícil retirar ilações destes dados, pois é naturalmente nesta altura da escolarização – com a aprendizagem e o desenvolvimento da leitura e da escrita – que os problemas de comunicação das crianças se tornarão mais visíveis, tenderão a persistir e serão causadores de dificuldades várias.

6. Na senda do retrato-tipo das perturbações da linguagem

Ao longo deste capítulo fomos dando conta de um leque diversificado de factores que procurámos associar às perturbações da linguagem na criança. Com esse conjunto de factores, que alinhámos em torno de quatro grupos (fisiológicos, genéticos e neurológicos; saúde e aos hábitos orais; contexto familiar; sócio-culturais e institucionais) foi nossa intenção, por um lado, caracterizar os dados que suportavam o estudo e, por outro, recolher evidências que permitissem encontrar elementos intrinsecamente associados a estas perturbações. Caso este objectivo se concretizasse, estaríamos em condições de contribuir para a construção de um retrato-tipo das perturbações da linguagem na criança.

Contudo, tínhamos consciência, desde o início da investigação, que o tipo de *amostra* com que estávamos a lidar, pela sua representatividade limitada, não poderia responder de forma cabal a este desiderato. Também não dispúnhamos, no contexto da investigação desenvolvida no nosso país, de estudos situados neste domínio com os quais pudéssemos ir confrontando os nossos resultados.

E, se poderemos admitir que os resultados da investigação são significativos para caracterizar *o tipo de população infantil que, com perturbações da linguagem e idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos, se socorre de um gabinete privado de terapia da fala, situado numa cidade da região centro/norte do território continental português, desde meados dos anos oitenta até meados do novo milénio*[55], os nossos objectivos vão além disso. Ou seja, pretendemos identificar, com os resultados a que chegámos, alguns factores que, com sustentação, possam ser caracterizadores das perturbações da linguagem na criança e nos permitam esboçar alguns traços do seu retrato-tipo.

Assim, poderemos dizer que é expectável, em termos de tendências acima da média, que as crianças com perturbações da linguagem apresentem as seguintes características:

- ✓ A criança é do *sexo masculino*: de acordo com os resultados apresentados anteriormente, 68,4% das 630 crianças são do sexo masculino; esta tendência

[55] Por exemplo, poderíamos referir, com alguma segurança, que o principal tipo de perturbação da linguagem que é objecto de avaliação e intervenção neste tipo de serviços é a *Perturbação fonológica*, já que, no âmbito dos 5 tipos de perturbações em estudo, esta esteve presente em 68,3% dos casos. Contudo, trata-se de um dado que não pode ser extrapolado para a população infantil com problemas de linguagem, nem para as outras instituições de atendimento que sejam distintas daquela onde os nossos dados foram recolhidos.

verificou-se em todos os cinco tipos de perturbação que analisámos, sendo os valores mais elevados nas Perturbações da Linguagem Expressiva e na Gaguez;

- ✓ A criança tem *antecedentes familiares* que manifestam este tipo de problemas: a probabilidade de algum ascendente familiar ter problemas de linguagem é significativa, já que esta característica estava presente em 52,9% dos nossos casos, sendo os valores mais elevados na perturbação fonológica e na gaguez;
- ✓ Quando existe mais do que um irmão, a criança com problemas de linguagem é a *mais nova na fratria*: os casos em que as perturbações da linguagem se verificavam no irmão mais novo ocorreram em 40,6% dos casos, um valor muito superior aos 17,5% relativos ao irmão mais velho (e mesmo à situação de filho único, com 31,4%);
- ✓ A criança manteve hábitos orais prolongados do *uso da chupeta*, do biberão ou do chuchar no dedo: deparámos com uma percentagem de 70,9% dos casos em que a criança manteve hábitos orais deste tipo que se prologaram para além dos 2 anos de idade.

Neste sentido, e tendo em conta os nossos dados, estamos em presença de quatro factores que, com alguma segurança, não poderemos menosprezar. São igualmente aspectos corroborados, de um modo geral, pela literatura que fomos apresentando ao longo do trabalho.

Por conseguinte, se quiséssemos assumir agora uma perspectiva de prevenção e de identificação precoce destas situações, deveríamos alertar os técnicos especialistas para prestarem atenção a estas características, em particular, quanto elas ocorrerem simultaneamente, pois a sua associação potenciará, naturalmente, a possibilidade de ocorrência do fenómeno. Contudo, é preciso ser-se muito cauteloso neste tipo de indicações e na assunção imediata das consequências em termos da sua generalização e aplicabilidade. Não poderemos esquecer que (i) cada criança é uma criança diferente, com características específicas; (ii) que os factores aqui apresentados foram-no a partir de uma base clínica, que pode ser parcial relativamente à globalidade do fenómeno da linguagem humana; (iii) e, ainda, que os problemas de linguagem podem constituir

apenas uma *ponta do iceberg* de outros problemas mais vastos de desenvolvimento e de comportamento da criança (Law, 2001: 60)[56].

Esta investigação permitiu-nos ainda encontrar outros aspectos que manifestam algum tipo de prevalência, mas que, dado o teor da nossa amostra, não poderão ser generalizados e só outras amostras mais representativas poderão comprovar. Assim, ainda que em termos indicativos, parece-nos ser de realçar:

- ✓ O tipo de perturbações da linguagem: a *Perturbação fonológica* foi a que mais se destacou no âmbito dos 5 tipos de perturbações em estudo, com uma valor 68,3% de todos os casos em análise;
- ✓ A idade do diagnóstico das perturbações da linguagem avaliadas: são as *crianças de 5 anos* que constituem o maior número de casos avaliados (27,9%) (seguindo-se os 6, com 17,5, e os 4 anos de idade, com 16,7);
- ✓ A referenciação das perturbações da linguagem das crianças: os principais *responsáveis pela referenciação são os pais* (41,5%), seguindo-se os educadores e professores (28%) e os técnicos de saúde (25,4%) (embora esta tendência seja mais notória até ao início do ensino básico).

Embora estes dados se nos afigurem interessantes, em particular, do ponto de vista clínico, no que se reporta à perspectiva académica e de investigação, estaremos talvez mais perto de um esboço do que de um retrato e, nesse sentido, o investimento científico neste domínio continua obviamente válido.

[56] Um dos exemplos de caracterização das perturbações da linguagem, ao jeito do retrato-tipo, é-nos proposto por James Law (2001: 59) do seguinte modo: "Portanto, podemos dizer que é mais provável observarmos deficiência de linguagem se: 1. A criança é do sexo masculino. 2. Há um histórico médico adverso marcante, embora não seja provável que os aspectos físicos, do ponto de vista clínico (o parto, etc.), sejam significativos. 3. Há evidência de defasagem do desenvolvimento neurológico. 4. Há evidências de perda auditiva. Isso fica claro em casos de perda sensorineural pronunciada ou perda de audição condutiva. É necessária particular atenção ao examinar-se a relação entre casos limítrofes ou casos flutuantes de perda de audição condutiva. 5. Há um histórico familiar de deficiências da linguagem. 6. Há clara evidência de problemas de relacionamento nos primeiros meses de vida. 7. A família da criança vive num alto nível de estresse. 8. A criança apresenta problemas comportamentais. 9. As condições acima ocorrem simultaneamente".

Considerações finais

Chegámos ao momento de dar por concluído o trabalho que nos propusemos desenvolver, ainda que isso aconteça sem a sensação do trabalho findo...

Relendo as páginas anteriores, reconhecemos que vários domínios da contextualização teórica beneficiariam com um maior desenvolvimento, diversos dados poderiam ter sido mais trabalhados, outras correlações de resultados dotariam as análises produzidas de mais interesse e até a própria forma e o discurso produzido, de cada vez que se relê o texto, ficamos com a impressão de que é indispensável uma nova revisão. Mas, é necessário colocar um ponto final no presente relatório e essa decisão acontece aqui.

Subdividimos a Dissertação em duas partes – a primeira de enquadramento teórico e conceptual e a segunda de investigação empírica. Embora admitindo que a nossa intenção possa não ter sido sempre conseguida, procurámos que a parte teórica nos habilitasse com as informações adequadas, com um conjunto de conhecimentos sustentados e produzidos por terceiros que pudéssemos utilizar para construir uma leitura contextualizada dos resultados que, com abundância, a parte empírica nos ia fornecendo.

Foi neste sentido que, no primeiro capítulo, procurámos clarificar alguns conceitos centrais deste trabalho (como os de comunicação, de linguagem e de fala), fizemos uma incursão pelas teorias explicativas do fenómeno linguístico, apresentámos as principais etapas do desenvolvimento da linguagem na criança, analisámos alguns aspectos relativos à sua avaliação, em particular, os relacionados com a avaliação das perturbações da linguagem da criança.

Se este primeiro capítulo nos mostrou o mapa geral da temática aqui em análise, fornecendo-nos os *pontos cardeais* para não nos perdermos no caminho a seguir, o capítulo segundo habilitou-nos com as informações necessárias para trilhar com alguma segurança essa rota. Foi neste ponto que efectuámos a revisão de literatura relativa às

diversas variáveis utilizadas na parte empírica. Foi aqui que identificámos os *quatro* grupos de *factores de risco* (ou de *aspectos associados*, pois não se torna fácil estabelecer aqui uma colagem directa entre causas e consequências) das perturbações da linguagem na criança que, por sua vez, se ramificaram em *catorze* variáveis: (i) de ordem fisiológica, genética e neurológica (*idade, sexo, gravidez, antecedentes familiares;* (ii) relativos à saúde e aos hábitos orais (*parto, peso à nascença, audição, chupeta/biberão/dedo; (iii)* referentes ao contexto familiar (*habilitações dos pais, profissão dos pais, fratria;* (iv) d*e ordem* sócio-cultural e institucional (*instituição educativa; zona de residência; referenciação*).

Contudo, precisávamos de uma outra informação para decifrar adequadamente a rota a seguir, uma informação que pudesse, com alguma constância, ir estruturando a leitura das catorze variáveis – reportamo-nos à tipologia das perturbações da linguagem que desenvolvemos no capítulo terceiro. E, se, ainda continuamos a pensar que as tipologias que encontrámos não respondem à conjugação das abordagens linguística e clínica e que este será um domínio onde o futuro nos brindará certamente com novas propostas, os cinco tipos de perturbações da linguagem fornecidos pelo DSM-IV-TR, de que nos socorremos, responderam às nossas intenções (ainda que a visão exclusivamente clínica e a própria terminologia utilizada nos obrigassem a algum esforço de adaptação).

Preparadas as coordenadas da viagem, era necessário pormo-nos a caminho, não sem que antes tomássemos em mãos os instrumentos e as ferramentas indispensáveis à expedição. Foi essa a intenção do capítulo quarto onde descrevemos os objectivos, os procedimentos e o objecto específico da investigação empírica, assumida como de incidência quantitativa, tendo por base um conjunto de documentos – *anamneses* relativas a 630 crianças com perturbações da linguagem – arquivado pela autora deste trabalho ao longo de 20 anos de exercício profissional como terapeuta da fala. A opção pelo método quantitativo prende-se quer com os objectivos definidos, quer com o teor dos dados em presença. Estes foram devidamente catalogados, inseridos numa base Excel, transportados para o SPSS e daí retiradas as análises quantitativas e as inferências estatísticas consideradas pertinentes.

Porém, como dizia o poeta, o caminho faz-se caminhando… e não propriamente com os discursos sobre a viagem, com a análise dos roteiros ou com a visualização dos álbuns de fotos dos percursos experimentado por terceiros. É do quinto e último capítulo que estamos a falar e que constitui a parte principal dessa caminhada. Aí encontramos os resultados da investigação estruturados em função das 14 variáveis que

pretendíamos testar, esforçando-nos por não deixar "os números a falar sozinhos", mas procurando, dentro do possível, interpretá-los, quer à luz da revisão de literatura efectuada, quer (porque não reconhecê-lo também...) recorrendo à nossa experiência profissional neste domínio.

No que diz respeito aos resultados da investigação, eles podem ser interpretados de três modos distintos:

- O primeiro, mais direccionado para a identificação de dados estatisticamente significativos, passíveis de generalização e que contribuíram para a construção de alguns itens de um *retrato-tipo* das perturbações da linguagem na criança – constatou-se, neste caso, que estamos a falar, tendencialmente, de uma criança do sexo masculino, com antecedentes familiares de problemas nesta área, que é o mais novo dos irmãos, apresentando manifestações de uso prolongado de chupeta;
- O segundo, porque prisioneiro às limitações da amostra em presença, surge menos preocupado com as generalizações e mais situado na *análise de caso* aqui em apreço, patenteando alguns dados bem pertinentes para este tipo de serviços (gabinete privado de terapia da fala), entre os quais apontamos: a predominância das perturbações fonológicas, a idade dos cinco anos como aquela em que mais ocorre o despiste e a avaliação da linguagem e o facto de a referenciação surgir marcadamente por via parental (em desfavor da iniciativa de outros técnicos);
- O terceiro modo de ver a investigação reporta-se à vertente estritamente pessoal, concretamente, às repercussões que decorrem do facto de uma faceta da nossa experiência profissional de 20 anos estar a ser agora escrutinada em contexto académico-científico, numa sensação que mistura a desconfiança saudável com a expectativa controlada; ainda que não tenha ocorrido o distanciamento temporal necessário, pensamos já ter retirado deste processo uma *praxis profissional mais reflectida,* em que a experiência de anos surge agora mais informada e legitimada pelas lentes da metodologia científica.

Contudo, ainda que estes resultados confortem o esforço que despendemos nesta investigação, a sensação do trabalho por terminar de que falámos no início destas *considerações finais* continua presente, uma vez que são muitas as questões que ficaram por responder e constituiriam, certamente, novos focos de investigação. Citem-

se, a título de exemplo, alguns dos assuntos que mantêm a nossa curiosidade mais aguçada:

- A importância dos aspectos *neurológicos* no desenvolvimento da linguagem na criança – já que se trata de um campo de análise que se nos afigura de crucial importância, mas que não dispúnhamos nem de dados, nem de meios (nem esse era nosso objectivo central, reconheça-se...) para responder às questões deste domínio;
- A questão da *audição* das crianças com problemas de linguagem, pois, se, por um lado, o tipo de patologias presentes nos nossos dados não nos permitiram retirar valores com significado, a leitura inversa, ou seja, se partíssemos das crianças com problemas de audição para saber das suas consequências em termos de linguagem, estamos convencidos, dada a nossa experiência de diagnóstico e terapêutica nesta área, da sua grande pertinência mas que neste trabalho ficaram, naturalmente, um pouco marginalizadas;
- Os factores de ordem *sócio-económico-cultural das famílias* (designadamente, profissões, habilitações académicas, zonas de residência) relativamente aos quais os nossos dados (dado o teor da amostra) apontaram apenas para alguns indícios, continua a constituir um domínio que entendemos ser de explorar, pois são vários os autores que alertam para estas justificações, mas são muito menos as verificações empíricas cientificamente sustentada destas hipóteses;
- Embora os nossos dados tenham confirmado a importância do uso prolongado da *chupeta* (e de outros objectos de substituição) enquanto factor associado às perturbações da linguagem (uma situação recorrente na nossa experiência profissional e objecto das nossas indicações terapêuticas), parece-nos que muito haverá ainda aqui a investigar, por exemplo, a nível das suas implicações nos vários domínios da linguagem, do desenvolvimento das estruturas orofaciais, dos problemas de ortodontia, das questões emocionais que lhe estão associadas, até porque se trata de um domínio onde há alguma discussão relativamente ao uso ou não deste objecto tão globalizado;
- Também a ligação entre esta área da linguagem e as *questões educacionais* (até porque o mestrado em que se integra esta dissertação ocorre num departamento de formação de educadores e professores) merece investimento futuro, designadamente, quer no que se reporta à relação entre as questões da

linguagem e os domínios da aprendizagem e do comportamento das crianças, quer em torno do papel que o educador e o professor desempenham nestes domínios, do modo como actuam, da formação que dispõem nestas áreas, do tipo de informação que dão aos pais e de quando a transmitem, ou seja, de um modo geral, de que tipo de referenciação fazem dos problemas de linguagem das crianças.

Pensamos que nas quatro páginas anteriores foram já invocadas algumas das limitações que este trabalho patenteia tendo em conta, nomeadamente, aquelas áreas onde poderíamos ter ido mais longe: mais e melhor fundamentação teórica, mais e melhor correlação entre variáveis como, por exemplo, em vez de relacionar cada variável apenas com cada uma das perturbações da linguagem, seria possível (e talvez pertinente) chamar outras variáveis para essa correlação. Também no que se reporta ao conjunto das fontes e dos dados utilizados na investigação empírica (e que, como dissemos, a noção de *amostra* que foi sendo utilizada deve ser vista de modo circunscrito), entendemos que as limitações em termos de generalização patentes em muitas das variáveis em estudo não poderão ofuscar completamente vários dos resultados obtidos.

Chegados ao último parágrafo do corpo do texto desta Dissertação sobre as *Perturbações da Linguagem da Criança* e retomando a metáfora do *viajante* que alinhou alguns dos momentos destas Considerações finais, deixamos aqui este nosso *roteiro* que, não obstante a existência de *fotografias desfocadas* que não conseguimos corrigir, se, para outros, puder constituir fundamento para novas *viagens* neste território, estaremos atentos, pois será uma oportunidade de melhor conhecermos esta área a que pretendemos continuar a dedicar a nossa vida profissional.

Bibliografia

Abbud, G. & Santos, T. (2002). A família na clínica fonoaudiológica e psicopedagógica: uma valiosa parceria. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 41-48.

Afonso, Natércio (2005). *Investigação Naturalista em Educação. Um guia prático e crítico*. Porto, Edições ASA.

American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores (trad. port.).

American Speech-Language-Hearing Association (1982). *Language* [Relevant Paper]. URL: www.asha.org/policy. Consulta efectuada em 25 de Novembro de 2007.

American Speech-Language-Hearing Association (2007). [página oficial da ASHA na Internet] URL: *www.asha.org*. Consulta efectuada em 25 de Novembro de 2007.

Andrade, F. & Fernandes, C. (2008). A Criança com perturbações da linguagem: alguns dados sobre a estimativa de prevalência do tipo de perturbação. Actas do *I Congresso Internacional em Estudos da Criança. Infâncias Possíveis, Mundos Reais*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança (publicação em CD-ROM).

Araújo, C., Silva, G. & Coutinho, S. (2007). Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensório motor oral. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(1), 59-65. URL: http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25(1)-11.pdf. Consulta efectuada em 20 de Outubro de 2007.

Arroteia, J. (2007). *A População Portuguesa: memória e contexto para a acção educativa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. [página oficial da APTF na Internet]. URL: http://www.aptf.org/index2.html). Consulta efectuada em 2 de Janeiro de 2008.

Bairrão, J. & Tietze, W. (1995). *A Educação Pré-escolar na União Europeia*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Baker, R., Barasi, S. & Neal, M. (2005). *Compêndio de Neurociência*. Lisboa: Instituto Piaget.

Bankson, N. (1990). *Bankson Language Test - 2*. Austin (TX): Pro-Ed.

Barros, M., Pereira, A. & Goes, A. (2007). *Educar com Sucesso: manual para técnicos e pais*. Lisboa: EPIS – Empresários Pela Inclusão Social.

Beaudichon, J. (2001). *A Comunicação: processos, formas e aplicações*. Porto: Porto Editora.

Bernstein, D. (2002). The nature of language and its disorders. In D. Bernstein & E. Tiegerman. *Language and Communication Disorders in Children*. Boston: Allyn and Bacon, pp. 2-26.

Bishop, D. (1997). *Uncommon Understanding. Development and Disorders of Language Comprehension in Children*. Hove [East Sussex]: Psychology Press.

Bishop, D. & Mogford, K. (2002). Desenvolvimento da linguagem em condições normais. In D. Bishop & K. Mogford. *Desenvolvimento da Linguagem em Circunstâncias Excepcionais*. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 1-26.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bowen, C. (2007). *Les Difficultés Phonologiques chez l'Enfant : Guide à l'intention des familles des enseignements et des intervenantes en petite enfance*. Montréal: Chenelière Education.

Busquets, A. (2000). Evaluación logopédica del lenguaje oral. In M. Puyuelo Sanclemente, J. Rondal & E. Wiig. *Evaluación del Languaje*. Barcelona: Masson, pp. 203-219.

Caldas, A. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill.

Campos, A. (2005). Cesariana a pedido? *Revista Arquivos MAC* [Maternidade Alfredo da Costa], XVI (3), Dezembro 2005, 62-66. URL: http://www.mac.min-saude.pt/revista.html. Consulta efectuada em 20 de Fevereiro de 2008.

Carvalhais, L. & Silva, C. (2007). Avaliação da consciência fonológica numa amostra de crianças disléxicas e normoléxicas portuguesas. *Encontro: Revista de Psicologia* [UNIA, Santo André-SP], Jan-Jun, 11 (15), 152-164.

Cazeneuve, J. (Dir.) (1976). *Guia Alfabético das Comunicações de Massas*. Lisboa: Edições 70.

Cerisara, A. & Sarmento, M. (2004). *Crianças e Miúdos - perspectivas sóciopedagógicas da infância e educação*. Porto: ASA.

Christensen, L. (2004). *Experimental Methodology* (9th Edition). Boston: Pearson.

Cordeiro, A., Rosário, F., Gonçalves, R. & Campos, A. (2006). Gravidez não vigiada – a experiência da MAC em 2004. *Revista Arquivos MAC* [Maternidade Alfredo da Costa], XVI (4), Março 2005, 14-16. URL: http://www.mac.min-saude.pt/revista.html. Consulta efectuada em 20 de Fevereiro de 2008.

Cunha, V. (2001). *Prevenindo Problemas na Fala pelo Uso Adequado das Funções Orais: manual de orientação*. Carapicuiba [São Paulo]: Pró-Fono Departamento Editorial.

Domingos, A., Barradas, H., Rainha, H. & Neves, I. (1986). *A Teoria de Basil Bernstein em Sociologia da Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dubois, J. et al. (1978). *Dicionário de Linguística*. São Paulo: Editora Cultrix.

Elias, C. (1995). Aquisição da linguagem: um modelo interactivo de intervenção. In *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce - A família na intervenção precoce - da filosofia à acção*. Edição da Equipa do Coordenação do Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra. URL: http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/linguagem.htm. Consulta efectuada em 15 de Outubro de 2007.

Elias, C. (2005). *Vamos Brincar a Rimar (4 a 7 anos)*. Coimbra: Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra.

Elliot, A. (1982). *A Linguagem da Criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Emanuel, R. & Herman, R. (2001). A identificação precoce da perda de audição e os efeitos da deficiência auditiva no desenvolvimento da linguagem. In J. Law. *Identificação Precoce dos Distúrbios da Linguagem na Criança*. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 89-116.

Falé, I. & Faria, I. (2001). *TAPAC-PE – Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu*. Lisboa: Edições Colibri.

Ferrini, F., Marba, S. & Gavião, M. (2007). Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(1), 66-71. URL: http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25(1)-12.pdf. Consulta efectuada em 20 de Outubro de 2007.

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Fifer, W., Monk, C. & Grose-Fifer, J. (2001). Prenatal development and risk. In G. Bremner & A. Fogel (Ed.). *Blackwell Handbook of Infant Development*. Oxford: Blackwell Publishers, pp. 505-542.

Franco, M., Reis, M. & Gil, T. (2003). *Comunicação, Linguagem e Fala. Perturbações específicas de linguagem em contexto escolar. Fundamentos*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.

Freitas, M., Alves, D. & Costa, T. (2007). *O Conhecimento da Língua: Desenvolver a consciência fonológica*. Lisboa: Ministério da Educação/Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

Ganger, J. (sd). Are twins delayed in language development? *Homepage for the Twins Study*, Harvard University. URL: http://twins.wjh.harvard.edu/delaylit.html. Consulta efectuada em 20 de Dezembro de 2007.

Gazzaniga, M., Ivry, R. & Mangun, G. (2006). *Neurociência Cognitiva: A biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.

Gil-da-Costa, R. et al. (2004). Toward an evolutionary perspective on conceptual representation: Species-specific calls activate visual and affective processing systems in the macaque. *PNAS* [Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America], 101(50), 17516-17521. URL: http://www.pnas.org/cgi/reprintframed/101/50/17516. Consulta efectuada em 10 de Janeiro de 2008.

Gil-da-Costa, R. (2008). Investigador português premiado por estudo da pré-linguagem nos macacos. *Jornal Público* [Notícia – Última Hora], 7 de Janeiro de 2008.

Gillon, G. (2004). *Phonological Awareness: form research to practice*. New York: The Guilford Press.

Glaser, B. et al. (2003). Biological and Environmental Contributions to adaptive behavior in Fragile X Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 117A, 21-29. URL: http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/97517490/PDFSTART . Consulta realizada em 10 de Fevereiro de 2008.

Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goleman, D. (2006). *Inteligência Social. A nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Temas & Debates.

González, N. & Lopes, L. (2000). *Fonoaudiologia e Ortopedia Maxilar na Reabilitação Orofacial*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Guimarães, I. & Grilo, M. *Teste de Articulação Verbal*. Lisboa: Fisiopraxis.

Kilsztajn, S., Lopes, E., Carmo, M. & Reyes, A. (2007). Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Rio de Janeiro], 23 (8), 1886-1892. URL: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/15.pdf. Consulta efectuada em 20 de Outubro de 2007.

Lamounier, J. (2003). O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), 284-286.

Launay, C. (1975). Développement normal du langage. In C. Launay & S. Borel-Maisonny. *Les Troubles du Langage, de la Parole et de la Voix Chez l'Enfant*. Paris : Masson Editeurs, pp. 23-40.

Law, J. (2001). *Identificação Precoce dos Distúrbios da Linguagem na Criança*. Rio de Janeiro: Revinter.

Lerman, R. (sd). Etapas da Gravidez. *Site da Maternidade Alfredo da Costa*. URL: http://www.mac.min-saude.pt/clinica/etapasgravidez.html. Consulta efectuada em 20 de Fevereiro de 2008.

Lévy, L. & Bértolo, H. (2007). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. URL: http//www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Consulta efectuada em 20 de Outubro de 2007.

Locke, A. (2001). Preverbal Communication. In G. Bremner & A. Fogel (Ed.). *Blackwell Handbook of Infant Development*. Oxford: Blackwell Publishers, pp. 379-403.

Lousada, M. (2002). *Influência do Jardim de Infância no Desenvolvimento Semântico das Crianças*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Monografia não publicada.

Martí, J. Farré (Dir.) (1999). *Enciclopédia da Psicologia* [4 volumes]. Lisboa: MMIII Editorial Oceano.

Mendes, A., Afonso, E., Lousada, M. & Andrade, F. (2006). *ALPE - Avaliação da Linguagem Pré-Escolar*. Fundação Calouste Gulbenkian/Instituto de Engenharia e Telemática de Aveiro. Documento não publicado.

Messer, D. (2006). Current perspectives on language acquisition. In J. Peccei. *Child Language. A resource book for students*. London: Routledge, pp. 110-118.

Ministério da Educação (sd). *Terapeutas da Fala/docentes de educação especial*. Lisboa: Ministério da Educação, Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. URL: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/recursos/Lists/Repositrio%20Recursos2/Attachments/133/terapeutas_fala.pdf. Consulta efectuada em 8 de Dezembro de 2007.

Moreira, J. (2006). Investigação quantitativa: fundamentos e práticas. In J. Lima & J. Pacheco (orgs.). *Fazer Investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto Editora, pp. 41-84.

Nunes, M. et al. (2006). Paralisia cerebral e hipoxia intraparto aguda. *Revista Arquivos MAC* [Maternidade Alfredo da Costa], XVI (4), Março 2006, 42-46. URL: http://www.mac.min-saude.pt/revista.html. Consulta efectuada em 20 de Fevereiro de 2008.

Organização Mundial de Saúde (2003). *CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. URL: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/recursos.

Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Peccei, J. (2006). *Child Language. A resource book for students*. London: Routledge.

Pereira, A. (2004). Concepções e práticas metodológicas em diferentes paradigmas de investigação. In L. Oliveira, A. Pereira & R. Santiago. *Investigação em Educação: abordagens conceptuais e práticas*. Porto: Porto Editora, pp.47-58.

Piaget, J. (1978). *Seis Estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pinto, F. (2002). *A Gestão Curricular e o Desenvolvimento de Competências (Meta)linguísticas na Criança de 4 e 5 Anos*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pinto, V. (2008). Um em cada três partos realizados em 2006 foi cesariana. *Jornal Público* [Notícia – Última Hora], 7 de Março de 2008.

Portugal, G. (1998). *Crianças, Famílias e Creches – uma abordagem ecológica da adaptação do bebé à creche*. Porto: Porto Editora.

Portugal, G. & Santos, P. (2003). A abordagem experiencial em intervenção precoce: na formação, supervisão e intervenção. *Psicologia*, XVII(1), pp. 161-177.

Preister, G. (2001). Sensory Deficits. In G. Bremner & A. Fogel (Ed.). *Blackwell Handbook of Infant Development*. Oxford: Blackwell Publishers, pp. 617-638.

Rebelo, A. & Vital, A. (2006). Desenvolvimento da linguagem e sinais de alerta: construção e validação de um folheto informativo. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, nº 2 [Edições Colibri], pp. 69-98.

Reynell, J. & Huntley, M. (1987). *Reynell Developmental Language Scales Manual*. Windsor: NFER-NELSON [edição original de J. Reynell, em 1977].

Rockland, A. & Borba, J. (2005). *Primeiros Passos na Fonoaudiologia: Conhecer para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos*. Recife: FASA.

Rondal, J. (2000). Componentes del lenguaje y aspectos del desarrollo desde la perspectiva de la evaluación. In M. Puyuelo Sanclemente, J. Rondal & E. Wiig. *Evaluación del Languaje*. Barcelona: Masson, pp. 1-28.

Sanclemente, M. Puyuelo (2000). Aspectos generales de la evaluación del lenguaje. In M. Puyuelo Sanclemente, J. Rondal & E. Wiig. *Evaluación del Languaje*. Barcelona: Masson, pp. 29-130.

Silva, C. (2007). *Teorias da Aprendizagem. Para uma educação baseada na evidência*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sim-Sim, I. (1997). *Avaliação da Linguagem Oral: Um contributo para o conhecimento do desenvolvimento linguístico das crianças portuguesas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Soares, C. (2005). A prematuridade no limite da viabilidade: intervenção do obstetra. *Revista Arquivos MAC* [Maternidade Alfredo da Costa], XVI (3), Dezembro 2005, 40-48. URL: http://www.mac.min-saude.pt/revista.html. Consulta efectuada em 20 de Fevereiro de 2008.

Soares, I. (2005). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento. In M. Taveira (coord.). *Psicologia Escolar: uma proposta científico-pedagógica*. Coimbra: Quarteto, pp. 267-294.

Sousa, L. (1998). *Crianças (Con)Fundidas entre a Escola e a Família. Uma perspectiva sistémica para alunos com necessidades educativas especiais*. Porto: Porto Editora.

Spodek, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação de Infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sua-Kay, E. & Tavares, D. (2006). *TALC – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança*. Lisboa: Oficina Didáctica.

Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S. & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Tomblin, J. (1996). Genetic and environmental contributions to the risk for specific language impairment. In M. Rice (Ed.). *Toward a Genetics of Language*. Mahwah [NJ]: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 191-214.

Tomblin, J. et al. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, December, 1245-1260. URL: http://jslhr.asha.org/cgi/reprint/40/6/1245. Consulta efectuada em 10 de Janeiro de 2008.

Vala, J. (1990). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, pp.101-128.

Viana, F. (1998). *Da Linguagem Oral à Leitura: construção e validação do teste de identificação de competências linguísticas*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.

Viana, F. (2001). *Melhor Falar para Melhor Ler: um programa de desenvolvimento de competências linguísticas (4-6 anos)*. Braga: Universidade do Minho/Centro de Estudos da Criança.

Viana, F. (2005). Avaliação e intervenção em dificuldades de aprendizagem da leitura. In M. Taveira (coord.). *Psicologia Escolar: uma proposta científico-pedagógica*. Coimbra: Quarteto, pp. 61-86.

Vieira, C. (2004). Educação familiar e desenvolvimento do género: reflexões em torno de algumas práticas diferenciais em função do sexo da criança. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, nº 1,2,3, 49-84.

Vygotsky, L. (1979). *Pensamento e Linguagem*. Lisboa: Edições Antídoto.

Wikipédia. *Wikipédia – A Enciclopédia Livre*. URL: http://pt.wikipedia.org .

Xavier, F. & Mateus, H. (org.) (1990). *Dicionário de Termos Linguísticos, Vol. I*. Lisboa: Associação Portuguesa de Linguística/Edições Cosmos.

Xavier, F. & Mateus, H. (org.) (1992). *Dicionário de Termos Linguísticos, Vol. II*. Lisboa: Associação Portuguesa de Linguística/Edições Cosmos.

Zemlin, W. (2000). *Princípios de Anatomia e Fisiologia em Fonoaudiologia*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 1

Anamnese

Fátima Andrade
Terapeuta da Fala

ANAMNESE

___ / ___ / _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Nº Benf _____

Data Nascimento ___ / ___ / _____ Idade ___

Morada_____

Telefones _____ / _____ / _____

Instituição Escolar _____

Pai _____ Idade _____

Profissão_____ Habilitações _____

Local de trabalho_____ Telefone _____

Mãe _____ Idade _____

Profissão_____ Habilitações _____

Local de trabalho_____ Telefone _____

Irmãos: _____/ _____/ _____/ _____/ _____/

Escolaridade: _____/_____/ _____/ _____/ _____/

Médico assistente _____

II. MOTIVO DA CONSULTA

Quem indicou Terapia da Fala: _____

Quais os sintomas; quando surgiram: _____

_____

A criança tem consciência do seu problema: _____

Qual a sua reacção: _____

Qual a atitude dos pais: _____

Qual a atitude do Educador/Professor; colegas: _____

_____

III. ANTECEDENTES FAMILIARES

(problemas de linguagem na família; doenças hereditárias; consanguinidade; epilepsia; debilidade; sífilis; alcoolismo; deficiências sensoriais; outras doenças)

_____

_____

IV. ANTECEDENTES PESSOAIS

1. GRAVIDEZ

Gravidezes anteriores _____

História da gravidez (desejada ou não; vigilância médica; problemas fisiológicos; factores tóxicos)

_____

_____ Tempo de gravidez _____

2. PARTO

Local _____ Assistência _____

Natural ☐; Provocado ☐ Apresentação _____

Duração do trabalho de parto _____

Manobras obstétricas (fórceps; ventosa; cesariana) _____

_____

_____

Outros aspectos _____

3. PERÍODO NEO-NATAL

Peso _____ Medida _____ Choro _____ Cor da pele _____

Problemas respiratórios _____

Reanimação _____

Sucção _____ Deglutição _____

Icterícia _____ Convulsões _____

Reanimação _____

Outros problemas _____

Reacção dos pais ao parto _____

4. PERÍODO PÓS-NEO-NATAL

Alimentação: Peito _____ Biberão _____

Hábitos orais _____

Alimentação sólida _____

5. RELAÇÃO MÃE/CRIANÇA durante o 1º ano

_____

_____

6. DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR

Sorrir _____ Segurar a cabeça _____

Sentar com apoio _____ Sem apoio _____Gatinhar _____

Pôr-se em pé com apoio _____ Sem apoio _____

Andar com apoio _____Sem apoio _____

Preensão e manipulação dos objectos _____

Lateralidade _____

Controle dos esfíncteres: vesical _____ anal _____

Enurese _____

Convulsões _____

Problemas motores _____

Outros problemas _____

V. SAÚDE

Sarampo☐ Coqueluche☐ Escarlatina☐ Papeira☐ Varicela☐ Tosse convulsa☐

Outras: _____

_____

Traumatismos _____

Intervenções cirúrgicas _____

Internamentos _____

Exames _____

Medicação actual _____

Outros aspectos _____

VI. SONO

Como dorme _____

Onde dorme _____ desde de que idade _____

Pesadelos_____

Outros aspectos_____

VII. VISÃO E AUDIÇÃO

Acuidade visual _____

Acuidade auditiva _____

Problemas _____

Exames de diagnóstico _____

_____

VIII. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Meio linguístico _____

Vocalizou muito ☐ pouco ☐ _____

1ªs palavras _____

1ªs frases _____

Evolução _____

_____

Gaguez _____

IX. ANTECEDENTES ESCOLARES

Frequentou infantário: não ☐; sim ☐ desde _____

Adaptação_____

Idade de entrada na escola _____

Adaptação _____

Reprovações _____

Aspectos relevantes (interesse; dificuldades; aproveitamento) _____

_____

X. SOCIALIZAÇÃO

Comportamento _____

Relações intra-familiares

Relações extra-familiares

XI. OUTRAS OBSERVAÇÕES

XII. DIAGNÓSTICO e TERAPÊUTICA

A Terapeuta da Fala

Anexo 2

Indicações aos pais sobre a linguagem da criança

Indicações aos pais sobre o desenvolvimento da linguagem da criança

Como é que os pais podem ajudar a desenvolver a linguagem da criança?

- **Fale muito com o seu filho desde o nascimento;**
- **Fale com o seu filho sempre que está com ele (nas refeições, no banho, nas compras, no quintal, a passear, etc.);**
- **Ensine ao seu filho o nome de todas as coisas que o rodeiam;**
- **Utilize uma linguagem "normal", evite os diminutivos e a "fala mimada" (diga *carne* em vez de *xixa*);**
- **Se o seu filho usa chupeta ou biberão tente tirá-los por volta dos 2, 3 anos pois alteram-lhe os dentes e mais tarde a fala;**
- **Fale em frente do seu filho, devagar e exagerando os movimentos da boca e língua para que ele o possa imitar;**
- **Ajude o seu filho a dizer as palavras devagar, sílaba por sílaba, mas não o chateie para repetir todas as palavras que diz mal;**
- **Valorize o esforço que ele fez para dizer bem e dê-lhe elogios dizendo que "já disse melhor" e "vai conseguir dizer bem";**
- **Lembre-lhe que não é só ele que se "engana a falar" mas os outros amigos também o fazem e os pais também se enganam muitas vezes;**
- **Dê sempre um modelo correcto ao seu filho (se disse *tapato* em vez de *sapato* diga a palavra correcta para ele ouvir);**
- **Não se ria da sua fala nem deixe que os familiares ou os amigos o façam, pois isso desanima a criança;**
- **Não espere pela entrada na escola para resolver o problema do seu filho pois é muito tarde;**
- **Lembre-se que muitas crianças que falam mal quando entram na escola terão problemas de leitura e escrita.**

Fonte: Andrade, F. (2005). *O papel da família no desenvolvimento da linguagem*. Vagos: Jardim de Infância de S. Catarina [excerto de folheto de divulgação]

Anexo 3

Grelha de recolha de dados e cotação

GRELHA DE RECOLHA DE DADOS E COTAÇÃO

CAMPO	SIGNIFICADO	COTAÇÃO
N	Nº DA CRIANÇA	REGISTAR Nº
SX	SEXO	**1-** RAPAZ **2-** RAPARIGA
ID	IDADE	REGISTAR IDADE
ANO	ANO DE AVALIAÇÃO	REGISTAR O ANO
FILIA	FILIAÇÃO	**1-** BIOLÓGICO **2-** ADOPTADO
RESID	RESIDÊNCIA	**1-** URBANO **2-** SUB-URBANO **3-** RURAL
CONC	CONCELHO	ESCREVER NOME
INST	INSTITUIÇÃO	**1-** CASA **2-** AMA **3-** JARDIM INF/ESCOLA
ESCOL	ESCOLARIDADE CRIANÇA	**0-** ANTES DA ESCOLARIDADE **1-** 1º ANO **2-** 2º ANO **3-** 3º ANO **4-** 4º ANO
ID - ESCOL	IDADE ESCOLARIZAÇÃO	**1-** <3 ANOS **2-** >3 ANOS
ID - PAI	IDADE PAI	REGISTAR IDADE
PROF PAI	PROFISSÃO PAI	**1º GRAU** (Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente); **2º GRAU** (Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes); **3º GRAU** (Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras); **4º GRAU** (Operários especializados com ensino primário completo {ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.}); **5º GRAU** (Trabalhadores manuais ou operários não especializados {ex. jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.}).
HAB PAI	HABILITAÇÕES PAI	**1º GRAU** (Ensino universitário ou equivalente {12 ou mais anos de estudo}. Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia); **2º GRAU** (Ensino médio ou técnico superior {10 a 11 anos de estudo}. Por exemplo, técnicos e peritos); **3º GRAU** (Ensino médio ou técnico inferior {8 a 9 anos de estudo}. Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia); **4º GRAU** (Ensino primário completo {6 anos de estudo}); **5º GRAU** (Ensino primário incompleto {com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler} ou nulo {analfabetos}).
ID MÃE	IDADE MÃE	REGISTAR IDADE
PROF MÃE	PROFISSÃO MÃE	**1º GRAU** (Directores de bancos, directores técnicos de empresa, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente); **2º GRAU** (Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes); **3º GRAU** (Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras); **4º GRAU** (Operários especializados com ensino primário completo {ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.}); **5º GRAU** (Trabalhadores manuais ou operários não especializados {ex. jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.}).

HAB MÃE	HABILITAÇÕES MÃE	**1º GRAU** (Ensino universitário ou equivalente {12 ou mais anos de estudo}. Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia); **2º GRAU** (Ensino médio ou técnico superior {10 a 11 anos de estudo}. Por exemplo, técnicos e peritos); **3º GRAU** (Ensino médio ou técnico inferior {8 a 9 anos de estudo}. Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia); **4º GRAU** (Ensino primário completo {6 anos de estudo}); **5º GRAU** (Ensino primário incompleto {com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler} ou nulo {analfabetos}).
FRATR	FRATRIA	Nº DE IRMÃOS
POS FRATR	POSIÇÃO NA FRATRIA	**0-** ÚNICO **1-** MAIS NOVO **2-** MEIO **3-** MAIS VELHO **4-** GÉMEO
REF	REFERENCIAÇÃO	**1-** PAIS **2-** EDUCADOR/PROFESSOR **3-** TÉCNICO SAÚDE **4-** OUTRO **5-** ORTODONTISTA
DIAG	DIAGNÓSTICO	**1-** PERTURBAÇÃO LINGUAGEM EXPRESSIVA **2-** PERTURBAÇÃO MISTA LINGUAGEM RECEPTIVA-EXPRESSIVA **3-** PERTURBAÇÃO FONOLÓGICA **4-** GAGUEZ **5-** PERTURBAÇÃO COMUNICAÇÃO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO
IMPL LEIT/ESCR	IMPLICAÇÕES NA LEITURA E ESCRITA	**0**- SEM IMPLICAÇÕES **1**- IMPLICAÇÕES LEITURA **2**-IMPLICAÇÕES ESCRITA **3**-IMPLICAÇÕES LEITURA/ESCRITA **4**- NÃO SE APLICA (PRÉ/INF)
ANT FAM	ANTECEDENTES FAMILIARES	**0**- NÃO **1**- SIM
GRAV	GRAVIDEZ	**0-** SEM PROBLEMAS **1-** COM PROBLEMAS
T GRAV	TEMPO GRAVIDEZ	REGISTAR TEMPO EM SEMANAS
PARTO	TIPO PARTO	**0-** EUTÓCITO **1-** DISTÓCITO **2-** DISTÓCITO COM PROBLEMAS (CIANOSE, CIRCULARES)
PESO	PESO NASCIMENTO	REGISTAR EM GRAMAS
APGAR	APGAR	SE NÃOTIVER, INDICAR: **NÃO TEM** SE TIVER: **INDICAR O VALOR**
CHUP	CHUPETA/BIBERÃO/DEDO	**0-** < 24 MESES **1-** > 24 MESES
DESEN	DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	**0-** NORMAL **1-** COM PROBLEMAS
AUDIÇÃO	AUDIÇÃO	**0-** S/ PROBLEMAS **1-** C/ PROBLEMAS TRANSITÓRIOS **2-** C/PROBLEMAS PERMANENTES
EPILEPSIA	EPILEPSIA	**0**- NÃO **1**- SIM
OUT-NEUR	OUTROS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	**0**- NÃO **1**- SIM