

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA

CAMILA BOLIVAR VIEIRA SOUSA

A saúde da família na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem

São Paulo

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA

CAMILA BOLIVAR VIEIRA SOUSA

A saúde da família na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do título  
de Doutor em Ciências.

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Regina Molini-  
Avejonas

São Paulo

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sousa, Camila Bolivar Vieira

A saúde da família na detecção de sinais de risco  
para alteração de linguagem / Camila Bolivar Vieira  
Sousa. -- São Paulo, 2023.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Daniela Regina Molini Avejonas.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde  
2.Desenvolvimento infantil 3.Fatores de risco  
4.Fonoaudiologia 5.Promoção da saúde

USP/FM/DBD-280/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*Dedico este trabalho à minha filha Madalena que nasceu durante este doutorado e veio para iluminar minha vida e ilustrar da maneira mais graciosa a preciosidade que é o desenvolvimento infantil.*



## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Regina Molini-Avejonas por ter aceitado me orientar à distância, confiando em minha autonomia e responsabilidade, possibilitando assim a continuidade do meu trilhar acadêmico, retomando uma grande paixão chamada “Saúde Pública” aliada ao meu imenso interesse pela Linguagem Infantil.

Aos queridos participantes dessa pesquisa, profissionais das Unidades de Saúde da Família, pais e crianças, que fizeram dessa pesquisa uma experiência importante para todos nós.

À querida Marcela Stabile, que me apoiou, encorajou e incentivou a realizar este doutorado. Abriu as portas da Unidade para mim e me ajudou nos primeiros e importantes passos dessa trajetória.

À Daniela Cardilli-Dias e ao Gilberto Leal pelo incentivo, apoio e ajuda acadêmica nas fases finais desse trabalho, após o retorno de minha licença maternidade e os percalços da pandemia recém-vivida.

Aos meus pais, Rosely e Odilon, por se orgulharem de mim e me incentivarem nos estudos e no trabalho. Quanto amor por vocês.

Aos meus sogros, Dorival e Aldineia, meus segundos pais, que se interessam pelo meu trabalho, apoiam meus estudos, oram por mim e sempre me querem bem.

Ao meu marido Leandro por todo amor, carinho, paciência, atenção, compreensão, flexibilidade. Obrigada por cuidar da Madazinha e do nosso lar nos momentos em que a "mamãe" precisava estudar.

À minha filhinha Madalena que nasceu durante esse doutorado, que alegra cada momento da minha vida, e que me fez entender o valor real do tempo e me apaixonar ainda mais pela infância.

A cada um de meus irmãos e cunhados, por estarem ao meu lado numa parceria única, por alegrarem meu dia e por fazerem me sentir especial, principalmente minha irmã Iara que sempre me socorre, e me passa confiança e sabedoria.

Às minhas sócias e amigas da Clínica Incantare pela parceria diária, em especialmente minha querida Manu pelo acolhimento e incentivo.

Aos membros da banca de qualificação - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Dreux Miranda Fernandes, Dr.<sup>a</sup> Livia Pimenta Bonifácio e Dr.<sup>a</sup> Fernanda Bergamini Vicentine - pelas diversas trocas durante a vida e por mais esse momento de aprendizado, e aos membros atuais da banca - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Ferreira Mendes, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiane Martins Jorge e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosângela Viana Andrade - por aceitarem compartilhar seus conhecimentos comigo. Certamente vocês são parte memorável deste marco acadêmico.

E sempre a Deus que me rege, me governa e me ilumina.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*“Ouça e você esquece; veja e você lembra; faça e você entende”.*

*Rudolf Steiner*

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar”.*

*Esopo*

## RESUMO

Sousa CBV. A saúde da família na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Em um contexto ampliado de saúde, a linguagem se mostra como um artifício primordial para a saúde humana, uma vez que ela é responsável pela comunicação, uma habilidade básica e fundamental para a convivência e sobrevivência da espécie. O fonoaudiólogo, dentro do seu campo de atuação, desempenha papel de relevância, pois sua formação abarca, além de noções técnicas específicas, conhecimentos globais que envolvem desde aspectos culturais até emocionais, físicos e ambientais. O objetivo deste estudo foi analisar a Estratégia Saúde da Família enquanto aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem na primeira infância, assim como triar crianças das áreas participantes, visando à intervenção precoce e os encaminhamentos, além de orientar os responsáveis quanto a condutas positivas para o aprimoramento da linguagem, enquanto esses aguardam encaminhamento. A aplicação do projeto se dividiu em duas fases: inicialmente foi realizado um encontro presencial com o gestor de cada uma das unidades para apresentar a proposta de trabalho. Após anuência, foram realizados três encontros em grupo com cada equipe da Saúde da Família envolvida, totalizando nove equipes de Saúde da Família de 4 diferentes unidades (foram alcançados 86 profissionais ao total). Na segunda fase foram feitas a triagem das crianças e as orientações aos responsáveis. Por conta do cenário pandêmico, elaborou-se um questionário de triagem online e, através de busca ativa, foi realizada a triagem de crianças das áreas mencionadas (alcançou-se 285 crianças e seus pais e/ou responsáveis). Os resultados encontrados evidenciaram significância estatística no que se refere aos impactos provocados pela pandemia e à interação com outras crianças. Além disso, evidenciou-se que crianças que não interagem com outras crianças possuíam cerca de 2 vezes maior prevalência de atraso. Constatou-se também uma taxa de 18,95% (n=54) de atraso no total da amostra estudada. Em relação aos profissionais, os *scores* alcançados (4-5 estrelas) a partir de um questionário de satisfação imediata sobre os encontros de educação em saúde realizados respondido por 71 participantes, demonstrou aproveitamento satisfatório do programa. Diante do exposto, é evidente a importância do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família, o que mostra a importância da inclusão dessa área dentro das diversas equipes. Adicionalmente, é preciso estimular ações intersetoriais que incluam as escolas de educação infantil, uma vez que elas cumprem papel de suma relevância no contexto do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Desenvolvimento infantil. Fatores de risco. Fonoaudiologia. Promoção da saúde.

## ABSTRACT

Sousa CBV. Family health in the detection of risk signs for language disorders [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2023.

In an expanded health context, language proves to be a crucial tool for human health, as it is responsible for communication, a basic and fundamental skill for coexistence and the survival of the species. The speech-language pathologist, within their field of expertise, plays a relevant role, as their training encompasses not only specific technical knowledge but also global knowledge that encompasses cultural, emotional, physical, and environmental aspects. The aim of this study was to analyze the Family Health Strategy as an ally in detecting signs of language impairment in early childhood, as well as screening children from participating areas for early intervention and referrals, in addition to guiding caregivers on positive behaviors for language improvement while they await referrals. The implementation of the project was divided into two phases: initially, a face-to-face meeting was held with the manager of each unit to present the work proposal. After obtaining consent, three group meetings were conducted with each involved Family Health team, totaling nine Family Health teams (reaching 86 professionals) from four Family Health Units. In the second phase, children were screened and caregivers were provided with guidance. Due to the pandemic scenario, an online screening questionnaire was developed, and through active search, children from the mentioned areas were screened (reaching 285 children, parents, and/or caregivers). The findings show statistical significance regarding the impacts caused by the pandemic and interaction with other children. Furthermore, it is evident that children who do not interact with other children have approximately twice the prevalence of delays. A delay rate of 18.95% (n=54) was also found in the total sample studied. Regarding the professionals, the scores achieved (4-5 stars) based on an immediate satisfaction questionnaire about the conducted meetings, with 71 participants responding, demonstrated a satisfactory utilization of the program. In light of the above, the importance of the speech-language pathologist in primary healthcare, especially in the Family Health Strategy, is evident, highlighting the need for the inclusion of this field within various teams (which is not yet recommended by SUS). Additionally, it is necessary to encourage intersectoral actions that include early childhood education schools, as they play a crucial role in the context of child development.

Keywords: Primary health care. Child development. Risk factors. Speech, language and hearing sciences. Health promotion.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Satisfação com grupo de pais .....	46
Gráfico 2 - Frequenta ou não a escola .....	51
Gráfico 3 - Interage com outras crianças .....	52
Gráfico 4 - Impactos da pandemia .....	52
Gráfico 5 - Habilidades por faixa etária (1 a 2 anos).....	54
Gráfico 6 - Habilidades por faixa etária (2 a 3 anos).....	55
Gráfico 7 - Habilidades por faixa etária (3 a 4 anos).....	55

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Exemplo do Material ilustrativo utilizado em forma de slides .....	31
Figura 2 - Materiais utilizados para capacitação e instrumentalização dos atores .....	34
Figura 3 - Exemplo do guia familiar para estimulação da linguagem infantil .....	37
Figura 4 - Nuvem de palavras: Comentários dos participantes .....	47

## **LISTAS DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais participantes pelas áreas de atuação.....	44
Tabela 2 - Composição da amostra de crianças.....	50
Tabela 3 - Relação das variáveis de interesse com o atraso.....	53



## **LISTAS DE SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
E-MULTI	Equipes Multiprofissionais
ESF	Estratégia Saúde da Família/ Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	27
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>3. MÉTODOS E CASUÍSTICA.....</b>	<b>28</b>
3.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	28
3.2. SUJEITOS .....	28
3.2.1. Fase 1: Capacitação e Instrumentalização .....	28
3.2.2. Fase 2: Triagem e orientação remota .....	29
3.3. MATERIAIS E INSTRUMENTOS .....	29
3.3.1. Programa de Educação Permanente em Linguagem Infantil.....	29
3.3.2. Questionário de satisfação .....	34
3.3.3. Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem (PDL).....	35
3.3.4. Questionário online: “Como sua criança fala e ouve” .....	35
3.3.5. Guia familiar para a estimulação da Linguagem Infantil .....	36
3.4. PROCEDIMENTOS .....	38
3.4.1. Programa de Educação Permanente em Linguagem Infantil.....	40
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
4.1. FASE 1: CAPACITAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO.....	44
4.1.1. Caracterização da amostra de profissionais .....	44
4.2. ASPECTOS QUALITATIVOS .....	46
4.2.1. Questionário de satisfação .....	46
4.2.2. Relato da experiência da fase 1.....	48
4.3. FASE 2: TRIAGEM E ORIENTAÇÃO REMOTA .....	49
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

ANEXO 1 - Termo consubstanciado da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde do município .....	74
ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	75
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
ANEXO 4 - Material visual do Programa de Educação permanente sobre Linguagem Infantil para profissionais das Unidades de Saúde da Família .....	81
ANEXO 5 - Questionário de Satisfação .....	109
ANEXO 6 - Protocolo de fatores de risco para alteração de fala e linguagem.....	110
ANEXO 7 - Protocolo de Desenvolvimento da Linguagem (Disco Giratório).....	112
ANEXO 8 - Guia familiar para a estimulação da linguagem infantil.....	116

## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Camila Bolivar. Sou uma fonoaudióloga apaixonada pela Linguagem e pela Saúde Pública. Concluí a graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) no ano 2011. Contudo, antes mesmo de ingressar na graduação, eu já havia trabalhado como auxiliar de sala em escola “especial” (como se dizia à época), prestando assistência a crianças portadoras de diversos tipos de deficiências. Foi lá que decidi seguir a profissão de fonoaudióloga, pois era uma área de enorme potencial para auxiliar na comunicação, habilidade esta que ao meu ver é primordial à nossa existência.

Foram 4 anos de graduação em período integral. Durante esse período, me encantei pelo Autismo, pela linguagem como um todo, pelo Sistema Único de Saúde (nosso SUS) e pela Saúde Pública. Pude ainda participar de projetos de extensão que levavam assistência e promoção à Saúde a pessoas que viviam em condições de maior vulnerabilidade, nos mais diversos municípios.

Assim que concluí a graduação, dei início à Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, que tinha como foco principal a Atenção Primária à Saúde. Foram 2 anos de grandes aprendizados sobre o sistema de saúde como um todo, seus níveis de assistência e especialmente sobre a importância do cuidado, da organização da rede de saúde e a do atendimento integral e humanizado.

Logo após, iniciei outras atividades como o Aperfeiçoamento em Linguagem (ano de 2014), a realização de trabalhos em clínicas e instituições, até fixar-me em consultório próprio, que atualmente me ocupa de forma mais expressiva e constante.

Paralelamente à prática clínica realizei mais duas especializações *Stricto Sensu*. Dentre os anos de 2015 a 2017 cursei a pós-graduação em Análise Comportamental Aplicada ao Autismo (ABA) e no período de 2018 a 2019 me formei como Neuropsicopedagoga, sempre objetivando o aperfeiçoamento clínico.

Também em 2019 concluí meu Mestrado iniciado em 2017 dentro do Programa de Ciências da Reabilitação da FMUSP. Minha dissertação intitulada "Abordagem pragmática para estimulação da comunicação em crianças no espectro do autismo: uma proposta de intervenção parental", foi defendida em dezembro de 2019, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda Dreux Miranda Fernandes. Nesse momento eu pude perceber e reafirmar a

importância do trabalho com/para grupos de educação e sobre a possibilidade de intervenção prática e seu potencial transformador.

Após a defesa, a perspectiva do doutorado se desenhou como uma sequência natural e muito bem-vinda nesse trilhar acadêmico e profissional. Iniciei, então, o trabalho motivada por um premente desejo de unir meu interesse pela Linguagem com meu interesse e vontade de voltar a estudar sobre Saúde Pública.

Esse trabalho foi realizado com dedicação e redigido com muito amor. Foi guiado pelo objetivo de transcender a prática clínica para a teoria e vice-versa, e pelo propósito de trazer informação acessível e transformadora a um maior número de pessoas, assim como pela busca de poder lidar com atores sociais que são elementos multiplicadores do saber, pois atingem diretamente a população.

Eu o apresento como sincera e profunda forma de gratidão pelo raro privilégio que tive, ao cursar minha graduação e algumas pós-graduações em instituições públicas, que transformaram minha vida e o meu saber.

No decorrer desse projeto pude contar com a participação de 86 atores sociais que eram profissionais de nove Equipes de Saúde de Família de quatro unidades distintas, assim como de 285 crianças e responsáveis.

Fomos interpelados pela pandemia do COVID-19, que alterou drasticamente nossa forma de pensar e agir; mudou prioridades e formas de trabalhar. Nesse ínterim, me tornei mãe. Minha bebê veio ao mundo, acentuando minha apreciação por meus temas de estudo e também me instigando a tornar-me mãe, profissional fonoaudióloga e doutoranda.

O trabalho então ganhou novos contornos. O percurso, por conseguinte, foi recalculado e com muita dedicação e resiliência se descreve por meio dessa tese, aqui trazida com orgulho e empenho. Espero, através dela, oferecer contribuições significativas aos leitores e à comunidade científica, e que estes sejam motivados a refletir acerca da população alvo aqui estudada.

## 1. INTRODUÇÃO

Antes de tudo, visando à aproximação com a temática, considerou-se relevante apresentar a definição do termo “desenvolvimento” em seu aspecto mais amplo. Para Bentzen (2012), o desenvolvimento humano é entendido como um processo que envolve mudanças tanto das estruturas físicas quanto das neurológicas e cognitivas, o que contribui para a sobrevivência e para a capacidade de adaptação dos indivíduos.

Em se tratando do desenvolvimento infantil, especificamente, ele é visto como um processo contínuo e dinâmico que promove mudanças em diversas áreas, a saber: física, social, emocional e cognitiva, havendo, por conseguinte, uma complexa interação entre estas e o meio ambiente. Ou seja, cada etapa é progressivamente construída e interpelada pelas anteriores (Halpern, 2015; Figueiras et al., 2015).

Pelas razões destacadas, o desenvolvimento deve ser compreendido a partir do modelo ecobiodesenvolvimental, ou seja, ele parte de um olhar que vai além da biologia e do ambiente, indo em direção a um conceito mais amplo que irá abordar a epigenética e a neurociência (Bronfenbrenner; Morris, 2006).

Sendo o desenvolvimento da criança decorrente de uma interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente, fatores adversos nessas duas grandes áreas podem alterar o seu ritmo típico desenvolvimental. O nome usualmente dado à probabilidade de haver interferências negativas durante esse processo é "risco para o desenvolvimento" (Figueiras et al., 2015).

Dito isto, ressalta-se a necessidade de se acompanhar cuidadosa e cautelosamente o desenvolvimento infantil. Considera-se, neste sentido, que este é também um dos papéis dos profissionais da Saúde e/ou da Educação que atuam com crianças nas mais diversas fases da vida delas (Mayer; Lopes-Herrera, 2016).

Contudo, destaca-se que é necessário haver preparação e capacitação constante desses profissionais, assim como suporte das mais diversas esferas políticas e sociais. O programa de Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (Unicef), adaptado ao perfil epidemiológico brasileiro em 1996 (Higuchi et al. 2011), por exemplo, foi primordial para a vigilância do desenvolvimento infantil no país.

Em um momento posterior, o “Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento” (Brasil, 2012) foi publicado com essa finalidade e uma tabela foi adaptada para uso na Caderneta de Saúde da Criança na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Esses materiais contemplam além dos marcos do desenvolvimento, alguns fatores de risco mais relevantes associados aos atrasos no desenvolvimento (Brasil, 2012).

Adicionalmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, propôs novas bases para a atenção à saúde de caráter substitutivo ao modelo tradicional, a partir da noção de Clínica Ampliada (Mendes, 2009)

A PNAB tem como principal propósito "consolidar e qualificar a estratégia da Saúde Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)". São princípios dela a (o):

**Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta através da Atenção Básica nas UBSs, seguido dos encaminhamentos quando necessário.

**Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

**Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças.

E diretrizes, sendo estas:

**Regionalização e Hierarquização:** Dos pontos de atenção da rede, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses;

**Territorialização e adstrição:** Planejamento e execução de ações descentralizadas, setoriais e intersetoriais pautadas em territórios específicos;

**População Adscrita:** Promoção de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde;

**Cuidado Centrado na Pessoa:** Ações singularizadas, com foco nas pessoas, em suas aptidões, competências e na confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde;

**Resolutividade:** Reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva a ponto de resolver a maior parte das demandas, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada;

**Longitudinalidade do cuidado:** pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente;

**Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

**Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades dessa população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para a programação dos serviços de saúde;

**IX - Participação da comunidade:** estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado considerando determinantes e condicionantes de saúde e integração das ações intersetoriais (Brasil, 2017).

Um dos objetivos da ESF é construir um paradigma para os processos de cuidado à saúde que considere a família como parte integrante dele, de forma que os profissionais se integrem à diversidade e à complexidade do mundo familiar. Sendo assim, entende-se a ESF como uma ferramenta promissora para favorecer encontros entre profissionais e usuários, buscando assim reconhecer a evidência das possibilidades de risco vivida pelo grupo familiar (Resta; Motta, 2005).

Uma pesquisa realizada por Coelho et al. (2016), caracterizada como um estudo transversal, que contou com uma amostra de 282 crianças, com idades variando entre 0 e 3 anos, matriculadas na rede pública escolar, propôs um instrumento de vigilância ao desenvolvimento para uso na APS e aplicou simultaneamente a Escala Denver II. Foi verificada uma prevalência de 53% de provável atraso no desenvolvimento a partir do instrumento supracitado. Já em relação ao Denver, esse número foi de 32%. A alta prevalência dos atrasos no desenvolvimento reitera a importância do uso de instrumentos de triagem na APS, e a discrepância dos valores entre as escalas sugere a importância da escolha de indicadores e parâmetros adequados.

Neste mesmo trabalho, foram identificados como fatores de risco ao desenvolvimento: ausência ou pré-natal incompleto; intercorrências pré, peri ou pós natais; prematuridade; baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g); icterícia grave; hospitalização no período neonatal; doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões; parentesco entre os pais; casos de deficiência ou doença mental na família; além de fatores de risco ambientais tais como: violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, e suspeita de abuso sexual (Coelho et al., 2016).

No que se refere especificamente à fonoaudiologia (atuação e cuidado), os atrasos fonoaudiológicos e os distúrbios de linguagem são as dificuldades de desenvolvimento mais comuns na infância conforme apontado pela *American Speech-Language and Hearing Association* (Asha, 2017). Ou seja, há uma estimativa de que 10% das crianças apresentam



algum tipo de alteração de linguagem, enquanto as taxas de prevalência de distúrbios fonológicos e distúrbios específicos de linguagem em pré-escolares variam entre 2% e 19%, e 7 %, respectivamente.

A literatura ressalta que a linguagem tende a funcionar como uma espécie de “termômetro” do desenvolvimento global da criança, pois ela depende de aparatos neurobiológicos e sociais íntegros para o seu pleno desenvolvimento e aprimoramento (Mousinho et al., 2008). Por essas razões, a intervenção precoce tende a ser a melhor aliada a um bom prognóstico quanto estamos nos referindo ao desenvolvimento deficitário (ou atípico) da linguagem.

A aquisição da linguagem depende do desenvolvimento favorável das estruturas cerebrais, que geralmente ocorre na ausência de intercorrências pré ou perinatais e da interação social desde o nascimento. Há forte consenso nos estudos atuais ao estabelecer relação direta entre o desenvolvimento da linguagem de uma criança com a bagagem que a mesma traz em termos biológicos, como também à qualidade dos estímulos recebidos em seu meio, sendo que alterações em qualquer uma dessas frentes poderá prejudicar sua aquisição e seu desenvolvimento (Tomasello et al., 2005; Tomasello et al., 2007).

É sabido que entre as crianças na primeira infância (0-6 anos de idade) é enorme a plasticidade neuronal e o potencial para aprendizado, dado o aumento da conectividade e comunicação entre os neurônios, que é maior nestes primeiros anos de vida (Desarkar et al., 2015). Sendo a Linguagem uma função neurológica superior e complexa, ressalta-se a importância da intervenção precoce como a melhor estratégia para um bom prognóstico da criança com suspeita de alteração de linguagem.

Um modelo de prestação de serviços de intervenção precoce centrado na família, focado nas suas forças, recursos e preocupações, constitui uma componente fundamental dos serviços de intervenção precoce no mundo contemporâneo (Magina, 2011). Além disso, é possível verificar na literatura que o custo de uma avaliação e intervenção precoce no desenvolvimento infantil chega a ser cem vezes menor se comparado ao custo para se tratar uma criança com um diagnóstico tardio (Glascoe, 2005).

Compreende-se que por mais que a identificação incorreta de um atraso possa acarretar um consequente aumento de custos em avaliações especializadas e exames subsidiários, além da apreensão familiar, a situação inversa é ainda mais onerosa, pois perde-

se o período crítico de “janelas de oportunidades da criança”, tornando futuros tratamentos mais longos e menos eficazes (Cunha; Heckman, 2010).

Por meio da linguagem os seres humanos são capazes de comunicar seus pensamentos, ideias e desejos: ela é a principal forma de expressão do sujeito, ao permitir que as pessoas se relacionem e troquem informações. O processo de desenvolvimento da linguagem envolve a representação e organização dos atos mentais e está relacionada a aspectos biológicos, socioculturais e psíquicos (Bello; Machado, 2015).

É importante destacar que, previamente ao desenvolvimento da comunicação verbal propriamente dita, a criança precisará desenvolver suas habilidades pré-linguísticas. O conhecimento de tais formas de expressão é fundamental para sustentar as interações e criar oportunidades para o desenvolvimento da comunicação de forma mais ampla possível. A compreensão e o uso dos atos comunicativos, inicialmente por meios não verbais, estimulam as interações e atenção compartilhada, assim favorecendo o desenvolvimento da linguagem (Mundy; Newell, 2007).

Conforme Vygotsky (1989), a linguagem tem função social, interativa e comunicativa, e possui a função organizadora e planejadora do pensamento. A Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), uma das teorias de Vygotsky, é definida como a capacidade que as crianças têm de imitar, de interagir seguindo instruções ou pistas do outro, para assim adquirir novas habilidades. Nesse caso, o papel do outro é fundamental para a construção da aprendizagem.

Um quadro de alteração da linguagem, por exemplo, pode se manifestar de diferentes formas e em diferentes momentos da vida da criança, ocorrendo seja com dificuldade de evolução em determinada habilidade ou não desenvolvimento da mesma, de acordo com o esperado para a faixa etária.

Na literatura e na prática clínica existem significativos indícios de que crianças podem, por diversos fatores, ter ou desenvolver algum tipo de alteração. Pode-se destacar: vocabulário ausente ou restrito; dificuldade de elaborar frases; uso pouco frequente da linguagem; dificuldade em compreender ordens, que para outras crianças da mesma idade são simples; inabilidade de relatar fatos vivenciados; narrativa truncada ou apoiada em gestos; e fala ininteligível e/ou com dificuldade articulatória (Schirmer et al., 2004).

Dentro desta perspectiva, entende-se que a melhor forma de perceber os atrasos no desenvolvimento é conhecendo o desenvolvimento infantil típico. Especificamente em relação

à linguagem, é necessária uma maior compreensão dos marcos e funções linguísticas a serem desenvolvidas dentro da primeira infância, além do conhecimento das formas de comunicação verbais e não verbais e os fatores de risco associados às alterações de linguagem, a fim de se verificar precocemente se tais crianças necessitam ou não de uma atenção especial no campo da comunicação (Schirmer et al., 2004).

Um trabalho realizado na zona Oeste de São Paulo (Silva et al., 2013) identificou os fatores de risco em crianças com alterações na aquisição da linguagem. Os resultados encontrados evidenciaram que possuem maiores riscos bebês do sexo masculino, filhos únicos, com histórico de alteração fonoaudiológica na família, bem como aqueles que apresentam intercorrências gestacionais, prematuridade, hábitos orais prolongados e períodos longos de internações pós-natais.

Nesse mesmo estudo foi desenvolvido o “Protocolo para identificação de fatores de risco para a alteração de linguagem e fala (PIFRAL)” que se mostrou uma ferramenta de fácil aplicação, que auxilia na identificação dos fatores de risco para alterações fonoaudiológicas de forma irrestrita nas áreas de audição e linguagem. Tal instrumento também foi analisado na dissertação de Ferreira (2017) que reafirmou a possibilidade do uso desse protocolo por profissionais da Saúde Coletiva enquanto um facilitador para a intervenção precoce, além do fomento à integralidade no que concerne ao desenvolvimento infantil.

Na mesma direção, o Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem (Molini-Avejonas; Fernandes, 2017) foi desenvolvido enquanto instrumento de rastreio para uso na Atenção Primária à Saúde e contempla os marcos do desenvolvimento da linguagem oral e audição na faixa etária de 0 a 5 anos. Ele é uma ferramenta útil e dinâmica, que facilita a localização ágil dos marcos de cada etapa, fornece algumas dicas e incentiva a detecção e encaminhamento precoce dos casos de atrasos na aquisição e/ou desenvolvimento da linguagem.

O Protocolo de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) foi validado como teste de triagem com alta sensibilidade e especificidade, ou seja, apresenta alta eficiência diagnóstica na determinação do risco de distúrbios de linguagem em crianças de 0 a 5 anos. (Dias et al., 2020).

Ainda sobre o desenvolvimento da linguagem, para que ele seja adequado é necessária a ação direta e indireta de fatores intrínsecos e extrínsecos. As influências do ambiente no qual a criança está inserida são de grande importância para o desenvolvimento lexical e

fonológico. Um artigo de revisão de literatura (Scopel et al., 2012) levantou a relevância da estimulação no âmbito familiar. Verificou que quanto maior a escolaridade dos pais, melhor o estímulo e maior o grau de desenvolvimento da linguagem das crianças.

Além disso, também foi constatado que crianças com histórico de transtorno fonológico na família apresentam maiores probabilidades de também desenvolverem o distúrbio; crianças nascidas pré-termo e de baixo peso apresentam maior índice de atraso no desenvolvimento da linguagem; e crianças mais velhas que convivem com número reduzido de irmãos menores aproveitam melhor a qualidade da estimulação do ambiente familiar. Por fim, foi evidenciado que filhos de mães que trabalham fora, mas que convivem com companheiros em ambiente familiar recebem melhor estimulação e apresentam desenvolvimento de linguagem mais favorável (Scopel et al., 2012).

Diante dos riscos e consequentes atrasos e transtornos de linguagem presentes em nossa sociedade, destacamos o fonoaudiólogo como profissional fundamental para tratar dessas demandas, tanto em contexto clínico individual mas também com possibilidade de atuação em grupos no âmbito de prevenção e promoção à saúde (Scopel et al., 2012).

O atendimento Fonoaudiológico grupal foi iniciado com o objetivo de suprir a alta demanda de atendimento frente ao baixo número de profissionais disponíveis na rede. De fato inicialmente funcionava como uma alternativa para contornar a indisponibilidade para os atendimentos individuais. Contudo, atualmente tal ideia tem mudado consideravelmente, principalmente após a criação da Estratégia de Saúde da família e das equipes Núcleos de apoio à saúde da família (Araújo; Freire, 2011).

Ressalta-se que os fonoaudiólogos necessitam ter disponibilidade para atuação a partir da necessidade da população local e não apenas do interesse próprio ou formação/especialização. Conhecimentos na área de saúde pública e saúde coletiva são essenciais para dar subsídios teórico-práticos. Apesar do fato de ainda haver muita ênfase na formação de especialistas, sabe-se que a formação de generalistas também é de suma importância, especialmente para o trabalho no SUS (Gurgueira, 2009).

Uma revisão bibliográfica realizada por Molini-Avejonas e Fernandes (2017), verificou que a atuação da fonoaudiologia dentro da ESF é bastante extensa e perpassa níveis de assistência dentro da atuação interdisciplinar e transdisciplinar. Foi constatada a necessidade do acompanhamento e monitorização desse tipo de modelo visando ao

aprimoramento e potencialidade, para que seja capaz de enfrentar os graves efeitos dos distúrbios de linguagem, voz, motricidade oral e audição.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), nesse cenário, visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (AB), visando ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Ela busca, portanto, promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, com atenção integral, equânime e contínua, fortalecendo a AB como a porta de entrada no SUS (Brasil, 2012).

Entende-se, assim, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (Brasil, 2012).

Compreende-se a intersetorialidade como uma das formas principais de articulação entre os distintos setores, principalmente quando o assunto se volta à complexidade da saúde. É a partir dela que os setores podem (e devem) se corresponsabilizar pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (Brasil, 2012). Nesse momento são estimulados e potencializados os programas de Educação Permanente em Saúde (EPS).

O programa EPS traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão acerca do acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. (Brasil, 2014)

A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. (Brasil, 2014).

Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são para a promoção de pensamento e ação (Brasil, 2014)

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar demandas e melhorar a qualidade de vida da população (Brasil, 2010).

Considerando a importância da linguagem em nossas vidas e no desenvolvimento infantil como um todo, e levando em conta os fatores de risco para alterações e a possibilidade do trabalho fonoaudiológico no âmbito coletivo, destaca-se agora o impacto trazido pela Pandemia do COVID 19 sobre o desenvolvimento infantil (Chiesa et al., 2021), especialmente na linguagem (Araújo et al., 2021), devido ao período de medo e intenso isolamento social que vivemos, especialmente entre março de 2020 e janeiro de 2021.

A pandemia do COVID 19 trouxe uma crise mundial severa, devido às milhões de mortes e graves consequências socioeconômicas trazidas. Até o presente momento, só o Brasil soma mais de 700.000 mortos desde o início da pandemia (Brasil, 2023).

Associado a essas consequências de larga escala, as crianças foram um dos grupos que sofreram maior impacto dentro desse contexto (Chiesa et al., 2021) já que suas rotinas diárias e oportunidades de interação e convivência escolar, familiar e social foram profundamente afetadas pela pandemia em um momento de intensa plasticidade neural e fase de aquisição de conhecimentos linguísticos e de mundo.

No entanto, ainda não existem estudos suficientes que mostram esse impacto sobre a linguagem das crianças que viveram a primeira infância dentro do cenário pandêmico (Araújo et al, 2021).

Diante do que foi exposto, este trabalho teve como objetivo capacitar e instrumentalizar profissionais pertencentes a equipes de Saúde da Família para detecção de sinais de risco para alteração de linguagem, favorecendo o encaminhamento para intervenção precoce dentro de um contexto pandêmico. Além disso, foi realizada triagem online de crianças de 1-4 anos e empoderamento de pais e responsáveis para lidar com eventuais impasses no desenvolvimento infantil num período crítico de isolamento social.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Caracterizar a atuação da equipe de saúde da família após programa de educação permanente sobre identificação de riscos para alterações de linguagem, destacando a percepção dos profissionais sobre o programa, assim como as dificuldades e limites encontrados para a continuidade do cuidado integral à criança.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver um programa de educação permanente incluindo temas quanto à identificação de sinais de risco para alterações da linguagem e estratégias de estimulação da linguagem;
- Caracterizar o grau de satisfação dos profissionais que participaram dos grupos de educação permanente;
- Instrumentalizar os profissionais das unidades de Saúde da Família participantes com protocolos digitais e físicos para triagem;
- Levantar as necessidades de saúde - de ordem fonoaudiológica - do território, em relação à linguagem infantil, e discutir com a ESFs sobre aqueles sujeitos em risco para alteração da linguagem;
- Elaborar material de orientação “Guia de Estimulação da Linguagem” para ser distribuído para os responsáveis e profissionais das Unidades Básicas de Saúde;
- Discutir os efeitos da pandemia do COVID-19 no desenvolvimento da linguagem e possíveis políticas públicas para lidar com esse verdadeiro marco do isolamento social em nossa vida.

### **3. MÉTODOS E CASUÍSTICA**

Estudo misto com abordagem qualitativa e quantitativa, numa perspectiva crítico-reflexiva, realizada com equipes da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

#### **3.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A proposta inicial deste trabalho foi apresentada à Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município. Como pode ser observado no anexo 1, os gerentes das unidades manifestaram anuência em participar da pesquisa.

Após essa primeira etapa, o trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e recebeu aprovação sob o protocolo de número 3.631.331 (Anexo 2). Os trabalhadores da saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e os responsáveis pelas crianças das áreas adstritas das ESF's emitiram a concordância a partir de um instrumento de triagem *online*.

#### **3.2. SUJEITOS**

A amostra deste estudo foi composta por dois grupos distintos. O primeiro grupo foi composto por 86 trabalhadores da saúde provenientes de 4 unidades de saúde da família, totalizando 9 equipes de saúde da família, e o segundo por 285 crianças e seus responsáveis.

Buscando trazer mais clareza ao estudo, e seguindo a lógica empregada durante a realização das atividades, foram definidas duas fases, a saber:

##### **3.2.1. Fase 1: Capacitação e Instrumentalização**

Para fazer parte do grupo 1, composto por 86 trabalhadores da saúde, o indivíduo precisava seguir os seguintes critérios de inclusão: 1. ser profissional atuante em uma unidade de Equipe de Saúde da Família (agente comunitário, enfermeiro/ auxiliar de enfermagem, médico, residente/aluno, dentista/ auxiliar de saúde bucal, ou até mesmo da administração/ limpeza, se fosse do interesse); 2. demonstrar interesse em participar dos momentos de “Educação permanente”; e 3. desejar se apropriar de ferramentas de rastreamento precoce de



alterações no desenvolvimento da linguagem, bem como, do matriciamento das estratégias interventoras propostas pela fonoaudióloga.

### 3.2.2. Fase 2: Triagem e orientação remota

O grupo 2, composto por 285 crianças e responsáveis, foi constituído a partir dos seguintes critérios: 1. crianças dentro da primeira infância, com idades entre 2 e 4 anos; e 2. pais ou responsáveis legais que concordassem com a participação na pesquisa e estivessem interessados no conhecimento e na aplicação das estratégias com as crianças identificadas como de risco para alteração da linguagem.

## 3.3. MATERIAIS E INSTRUMENTOS

### Fase 1

#### 3.3.1. Programa de Educação Permanente em Linguagem Infantil

O Programa de Educação Permanente em Linguagem Infantil (Anexo 4) foi elaborado pela doutoranda com base em sua experiência clínica e tendo como parâmetro dados da literatura que contemplavam os marcos do desenvolvimento das crianças, assim como aqueles que contemplam as estratégias para estimulação da linguagem em casos de atrasos ou distúrbios de linguagem. Ao todos foram realizados 3 encontros com intervalo igual ou menor a 15 dias entre si e duração média de 1h30. Durante o programa, a doutoranda abordou os seguintes temas:

1. Os desenvolvimentos global e linguístico das crianças na primeira infância: o que esperar em cada fase?
2. A linguagem e suas alterações: principais alterações no desenvolvimento da linguagem e utilização dos protocolos de rastreio (PIFRAL e Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem); e
3. A importância da detecção e encaminhamento precoce nas alterações de linguagem. Estratégias de estimulação da linguagem a serem orientadas aos pais/ responsáveis enquanto medidas protetivas enquanto a criança aguarda um eventual diagnóstico de alteração de linguagem ou que auxilie na superação de atrasos simples através de modificações ambientais e atitudes no contexto familiar.

Materiais utilizados:

As atividades em grupo foram realizadas dentro de cada unidade, em salas de reuniões. Optou-se por dispor as cadeiras dos participantes lado a lado, de forma a se formar um grande círculo. A fonoaudióloga e doutoranda responsável pela atividade fez uso de computador, de pendrive com apresentação projetor, e de caixas de som para apresentação do material didático elaborado e dos vídeos ilustrativos.

Para as dinâmicas também foram levados os instrumentos discutidos de forma impressa, casos clínicos estudados de forma plastificada em pacote de sorteio, disco interativo (do Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Atenção Primária à Saúde da FMUSP) impresso em papel cartonado (fornecido aos profissionais participantes) e as pastas arquivo que foram deixadas em cada unidade com os devidos protocolos.

Figura 1 - Exemplo do Material ilustrativo utilizado em forma de slides

24/10/2019



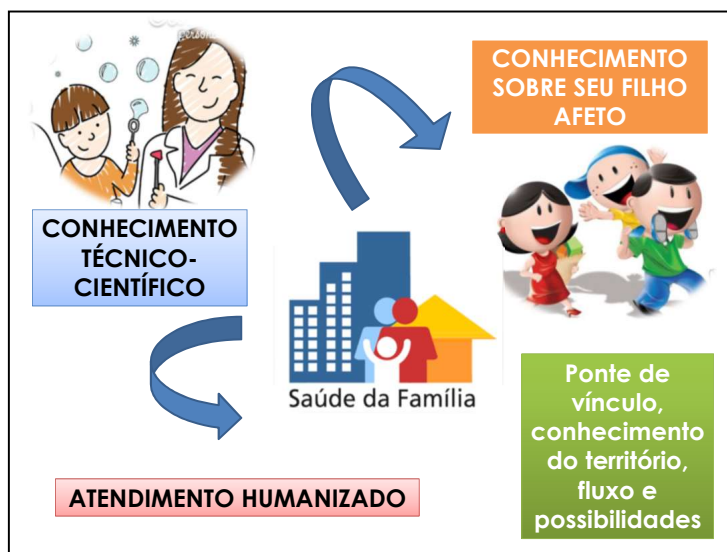
1



2

1

Fonte: os autores.



3



4

2

Fonte: os autores.

## 1 ano a 1 ano e meio



- Começa a brincar com outros
- Consegue mostrar o que quer sem chorar
- Compreende ordens "cadê", "me dá"
- Mostra partes do corpo
- Usa gestos
- Primeiras palavras, começa a tentar imitar palavras
- Gosta de figuras, coloca objetos em potes
- Come com as mãos, bebe no copo
- Começa a andar, levanta e abaixa

11

## 1 ano e meio – 2 anos

- Demonstra afeto/ ciúmes
- Testa limites (entende proibição)/ birra
- Imita ações, inicia ações simbólicas na brincadeira: boneca/ carrinho
- Busca independência nas AVDs
- Empilha
- Gestos de músicas
- Corre, chuta/ lança bola, sobe escada
- Nomeia: objetos, pessoas, animais
- Segue ordens simples
- Fala enquanto brinca, faz onomatopeias
- Começa a juntar 2 palavras para frases
- Chama-se pelo nome ou neném/ bebê
- Come comida sólida

12

Figura 2 - Materiais utilizados para capacitação e instrumentalização dos atores



Fonte: os autores.

### 3.3.2. Questionário de satisfação

Desenvolvido pela doutoranda, trata-se de um questionário de satisfação que foi respondido pelos profissionais das unidades de Saúde da Família logo após a finalização dos encontros de educação permanente (Anexo 5).

Esse foi um importante meio para a coleta de sugestões que apontassem possíveis melhorias, seja com relação ao material utilizado ou até mesmo com relação à didática e a mediação da profissional.

Utilizou-se a ferramenta *Survey Monkey*, que possibilita o preenchimento eletrônico e anônimo de questionários. Outra vantagem desse recurso é disponibilizar a estatística dos questionários respondidos.

As questões avaliaram a qualidade, a importância e a aplicabilidade do programa desenvolvido através da avaliação por estrelas. Havia também uma caixa para comentários que deu origem à criação de uma “nuvem de palavras”. Sabe-se que esta é ferramenta visual que auxilia a sintetizar ideias.

O link para os questionários foi enviado via *smartphone* (aplicativo *WhatsApp*). As respostas foram conferidas após todos os profissionais terem respondido, constando ao final do prazo 71 respostas de diferentes equipamentos eletrônicos, do total de 86 questionários enviados.

### 3.3.3. Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem (PDL)

Desenvolvido para uso na Atenção Primária à Saúde, é uma ferramenta de rastreamento de alterações fonoaudiológicas, contemplando os marcos do desenvolvimento da fala e audição na faixa etária de 1-5 anos (Molini-Avejonas; Fernandes, 2017) (Anexo 6).

Neste questionário o resultado é considerado alterado sempre que 50% ou mais dos itens esperados para aquela faixa etária estão ausentes em seu repertório.

Foi utilizada inicialmente sua versão em forma de “disco giratório”, disponibilizada pelo Laboratório de Investigação fonoaudiológica em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E após, o mesmo foi entregue também em formato digital e via formulários impressos para instrumentalização dos profissionais das unidades alvo deste estudo..

## **Fase 2**

### 3.3.4. Questionário online: “Como sua criança fala e ouve”

O questionário foi desenvolvido pela doutoranda com base no Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem (PDL) de Molini-Avejonas e Fernandes (2017). Ele foi adaptado para o formato *online*, pela própria doutoranda, devido ao contexto pandêmico, em que as visitas domiciliares foram suspensas e as consultas eletivas diminuídas, com baixa frequência de crianças nas unidades.

Essa adaptação contemplou as questões do PDL e a coleta dos seguintes dados:

- Concordância para participar do estudo;
- Nome da criança e do responsável respondente;
- Data de nascimento, sexo e unidade de saúde de referência;
- Composição familiar (incluindo a presença de pais, irmãos e avós);
- Frequência escolar atual;
- Convivência com outras crianças;

- Impacto da pandemia;
- Campo para outras observações

### 3.3.5. Guia familiar para a estimulação da Linguagem Infantil

Esse guia também foi desenvolvido pela doutoranda responsável. Ele teve como base fontes da literatura que abordavam estratégias favorecedoras da linguagem, assim como a própria experiência clínica da doutoranda. Tal guia pode ser visualizado na íntegra nos anexos.

As dicas práticas foram segmentadas em: 1. como falar para estimular melhor; 2. como responder para estimular melhor; 3. como criar oportunidades de fala; 4. comunicação e rotina; 5. brincadeiras e atividades para melhor estímulo; e 6. alguns cuidados e dicas

O material final (Anexo 8), disponível no formato PDF, foi escrito de uma forma acessível e apresentou ilustrações. Acredita-se que essa é uma forma de engajar a leitura dos pais e profissionais. Destaca-se que ele apresentou uma aceitação bastante positiva por parte dos pais e profissionais que receberam o material supracitado.



**Figura 3 - Exemplo do guia familiar para estimulação da linguagem infantil**

## Como falar para estimular melhor



- Olhe nos olhos da criança quando se comunicar. Procure sempre abaixar-se para estar com o seu rosto na mesma altura dela, de forma clara, sonora e calma.
- Fale sem pressa, variando o tom e volume da sua voz conforme a situação. Use frases simples, diretas e curtas, destacando as palavras mais importantes daquela conversa.
- Fale com a criança mesmo quando parece que ela não está entendendo.
- Chame a sua atenção para que ela lhe ouça (chame-a pelo nome, toque-a).
- Mostre os gestos (dar tchau, jogar beijos, sacudir a cabeça para expressar sim ou não) e incentive-a a imitar, sempre explicando qual é o propósito daquele gesto e o associando com a palavra falada.

Fonte: os autores.

### 3.4. PROCEDIMENTOS

#### Fase 1

1. Primeiramente foi realizado um contato inicial via telefone ou e-mail com as unidades de saúde da família disponíveis no município do interior do estado de São Paulo, visando a entrada em ao menos quatro a cinco unidades distribuídas nos distritos da cidade.
  - a. Das dez unidades consultadas, seis aceitaram conhecer melhor o projeto, e assim, foi realizada uma reunião com o(s) gestor (es) de cada unidade e apresentado o projeto e seus possíveis benefícios para a equipe;
  - b. Das seis unidades, quatro demonstraram interesse em iniciar o projeto. Dessa maneira, foram agendados os encontros e combinada a logística para os momentos de educação permanente, incluindo horários, organização do ambiente e uso de recursos multimídia.
  - c. As duas unidades que negaram a participação do estudo deram como justificativa: (1) sobrecarga dos profissionais da saúde que já estavam com outras pesquisas e protocolos em andamento; (2) época de mudança de gestão.
2. A seleção da amostra desta pesquisa foi realizada por conveniência, de acordo com a disponibilidade dos profissionais de cada unidade.
3. Iniciou-se o Período de Educação Permanente nas USFs.
  - a. Os encontros foram agendados com intervalo sempre igual ou inferior a quinze dias entre si.
  - b. Os três encontros realizados tiveram duração de 1h a 1h30 e contaram com a participação de cinco a trinta participantes por grupo teórico, dependendo da organização de cada unidade;
  - c. Os temas discutidos em grupos de profissionais buscaram uma aproximação teórico-prática dinâmica e favorável à generalização do conhecimento desenvolvido para as situações cotidianas e contexto profissional dos participantes, incluindo noções do território e do público atendido;
  - d. As menores unidades, com apenas duas equipes de saúde da família, dividiram os encontros por equipe. A unidade próxima da USP, apesar de ter apenas uma equipe, contava com muitos alunos e residentes, o que proporcionou encontros

maiores. Uma das unidades era a maior, tinha 4 equipes de saúde da família, e a reunião foi realizada com todos em um mesmo momento.

- e. No caso de faltas, aqueles participantes interessados no estudo, que totalizaram 86 sujeitos, tiveram suas aulas repostas ou reuniões alternativas agendadas, e outros, na modalidade online, após o início da pandemia.
4. Foi disponibilizado aos participantes o disco giratório impresso contendo o “Protocolo de desenvolvimento da linguagem”, bem como pastas e arquivos contendo os protocolos “PIFRAL” (protocolo de investigação sócio-demográfica de fatores de risco para alteração de linguagem) - anexo 6 e o "DISCO" (protocolo de desenvolvimento da linguagem - triagem) - anexo 7. Esses protocolos estavam separados por profissional da equipe fixa e com uma tabela síntese dos casos para controle e organização.
5. Passados os encontros, os participantes responderam a um questionário online de satisfação sobre a participação nos grupos. Essas respostas foram tabuladas e traduzidas em gráficos;
6. O campo de comentário aberto sobre a opinião dos participantes acerca dos encontros realizados, foi transformado em Nuvem de Palavras através da ferramenta online Survey Monkey®;
7. No projeto inicial, os próximos passos seriam o período de coleta de dados por parte dos profissionais das unidades de saúde da família com a fonoaudióloga realizando o acompanhamento dos casos para, finalmente, ao fim do percurso, ser realizado o estudo da rede e sugestões do estudo.
8. Destaca-se que devido ao cenário da pandemia de COVID-19, o projeto foi interrompido pelos seguintes motivos:
  - a. Redução da equipe: profissionais incluídos em grupos de risco ou profissionais afastados pela doença em si;
  - b. Sobrecarga com relação aos atendimentos, orientações e discussões em equipe acerca do Corona Vírus;
  - c. Desmotivação devido à rotina estressante nas unidades;
  - d. Diminuição das reuniões de equipe;
  - e. Diminuição das visitas domiciliares;
  - f. Visitas domiciliares mais rápidas;

g. Consultas de puericultura reduzidas e rápidas.

Sendo assim, após a qualificação e redesenho do projeto, estabeleceu-se que a própria doutoranda iria coletar os dados de cadastro das crianças da área e realizar uma busca ativa para iniciar as triagens e orientações, dando início a fase dois deste estudo.

## **Fase 2**

1. Realizou-se o contato e apresentação inicial aos familiares;
2. Aplicou-se o questionário de Desenvolvimento da Linguagem via *WhatsApp* e em seguida foram realizadas as devidas orientações e enviado o Guia com estratégias de estimulação, sobre Desenvolvimento da linguagem infantil;
3. Realizou-se a tabulação dos achados, contemplando dados sociodemográficos, dados de risco sobre alterações de linguagem, questões fonoaudiológicas verificadas e orientações práticas fornecidas, bem como unidades alertadas sobre os pacientes adstritos com riscos em linguagem.

### **3.4.1. Programa de Educação Permanente em Linguagem Infantil**

O programa pode ser visualizado na íntegra no anexo 6. Ao todo foram realizados oito encontros coletivos presenciais, brevemente apresentados a seguir:

- Encontro 1 - Desenvolvimento global e linguístico das crianças na primeira Infância: O que esperar em cada fase?

Esse encontro iniciou-se com uma rodada de apresentação, na qual a fonoaudióloga apresentou novamente o projeto e os objetivos, contou um pouco de sua trajetória e deixou espaço para que cada um se apresentasse. Foi solicitado que cada um falasse um pouco sobre sua profissão, se na sua atuação convive com crianças e se tem crianças na família (filhos, netos, sobrinhos, etc.).

A seguir, foi feita uma breve introdução sobre Desenvolvimento da Linguagem e seus fatores determinantes (orgânicos x ambientais). Discutiu-se também o papel do fonoaudiólogo dentro da atenção primária à saúde e seu potencial matriciador e multiplicador, bem como dos profissionais da saúde da família, que num contexto ampliado de atenção à saúde também pode funcionar como multiplicador e agente transformador no campo da linguagem infantil.

Reforçou-se a importância da intervenção precoce com relação aos atrasos, os transtornos de linguagem e a importância de se conhecer os marcos do desenvolvimento infantil para a identificação precoce e eficaz dos possíveis atrasos de desenvolvimento.

A seguir, passou-se pelos principais marcos de desenvolvimento motor e de linguagem, falando dos bebês até a faixa etária dos 5 anos de idade. A explanação foi feita de maneira dinâmica, com espaço para dúvidas e exemplos, incluindo a exibição de vídeos para cada faixa etária apresentada.

Por fim, reforçou-se a importância do trabalho interdisciplinar e da parceria das esferas envolvidas: famílias do território, profissionais de saúde da família e fonoaudióloga, visando ao encaminhamento e intervenção precoce com as crianças da área.

- Encontro 2 - A linguagem e suas alterações: Principais alterações no desenvolvimento da linguagem e utilização dos protocolos de rastreio (PIFRAL e Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem - anexos 5 e 6, respectivamente).

No segundo encontro, foram disponibilizados aos participantes os protocolos de rastreio: PIFRAL e Protocolo de desenvolvimento da linguagem. O protocolo de desenvolvimento da linguagem veio em forma de “disco giratório” em papelão. É um material dinâmico disponibilizado pelo Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Atenção primária a Saúde, que possibilita o acompanhamento de cada faixa etária com relação à expressão e à compreensão, rodando-se o disco na faixa etária correspondente. Por ser um material prático e didático, chamou muito a atenção dos participantes que foram instrumentalizados com ele, para uso em sua prática clínica diária.

Foram explicadas de forma sucinta as principais alterações da linguagem na infância, a saber: Atraso simples de linguagem, Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem, Transtorno fonológico, alteração de linguagem associado ao Transtorno do espectro do Autismo e a Deficiência intelectual, alterações de linguagem secundárias ao TDAH e deficiência intelectual.

Por fim, foi explicada e discutida a aplicação dos dois protocolos de rastreio supracitadas, e tiradas as dúvidas dos profissionais.

- Encontro 3 - Importância da detecção e encaminhamento precoce nas alterações de linguagem. Estratégias de estimulação da linguagem.

No terceiro e último encontro foi discutida a importância da detecção e encaminhamento precoce das crianças com alterações de linguagem e suas implicações no desenvolvimento futuro das mesmas.

Discutiu-se a importância de brincar e das diversas estratégias de estimulação da linguagem, que poderiam ser orientadas aos pais/responsáveis pelas crianças da área, enquanto medidas protetivas para a criança aguardar um eventual diagnóstico de alteração de linguagem ou que auxilie na superação de atrasos simples, através de modificações ambientais e atitudes no contexto familiar.

Comentou-se as atitudes positivas e negativas que podem influenciar no desenvolvimento comunicativo das crianças, bem como atitudes que favorecem a comunicação.

Apresentou-se um vídeo sobre a influência dos eletrônicos e do sedentarismo nas crianças, assim como atitudes positivas para melhorar esta situação. Discutiu-se também casos com a equipe (qual era a questão de linguagem envolvida e quais estratégias poderiam ser orientadas).

Por fim, conversou-se sobre o seguimento do projeto, sobre a pesquisa de satisfação que seria enviada pela fonoaudióloga logo após, e que estaria à disposição da equipe.

### **Sobre as reposições**

No caso de faltas, as reposições foram agendadas de forma que o participante fosse ao encontro de outra equipe, ou por encontro extra agendado com menor número de pessoas e em menor parte (15); para aqueles que ficaram em falta por não terminarem o programa em 2019, a reposição foi feita de forma online.

### **Análise Estatística**

Após a finalização da coleta, os dados coletados foram tabulados individualmente e assim passaram por tratamento estatístico e descrição qualitativa e quantitativa.

Inicialmente a frequência absoluta e percentual de atraso foi descrita de acordo com cada variável de interesse.

Para estimar as razões de prevalência (RP) de atraso foi utilizado o modelo de regressão log-binomial simples e múltiplo (Skov et al., 1998).

Os gráficos apresentados foram feitos com o auxílio do *software R*, versão 4.0.4 e do *Microsoft Excel*. As análises, por outro lado, foram obtidas por meio do SAS 9.4. Ressaltamos que foram adotadas para as análises um nível de significância de 5%.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. FASE 1: CAPACITAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO

#### 4.1.1. Caracterização da amostra de profissionais

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos profissionais participantes da pesquisa. Como forma de caracterizar a amostra, é dado destaque às suas áreas de atuação. Ao todo participaram 86 sujeitos.

**Tabela 1 - Distribuição dos profissionais participantes pelas áreas de atuação**

<b>Profissão</b>	<b>N</b>
Agente Comunitário de Saúde	46
Enfermeiro	9
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	7
Médico da Família	4
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Cirurgião Dentista	4
Pediatra	1
Residente / Aluno	10
Escriturário / Auxiliar de Limpeza	2
<b>Total</b>	<b>86</b>

Fonte: os autores.

Diante dos resultados apresentados, é possível notar que os agentes comunitários de saúde representam a maior parcela dos participantes, seguidos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais.

Nesse segundo momento, apresenta-se a distribuição dos profissionais por grupos capacitados.



**Tabela 2 - Distribuição dos profissionais participantes por grupos capacitados**

	<b>G1</b> USF 1 4 ESF's	<b>G2</b> USF 2 1 ESF	<b>G3</b> USF 2 1 ESF	<b>G4</b> USF 3 1 ESF	<b>G5</b> USF 4 1 ESF	<b>G6</b> USF 4 1 ESF	<b>Total</b>
Agente comunitário de Saúde	19	5	5	6	6	5	<b>46</b>
Enfermeiro	3	2	1	1	1	1	<b>9</b>
Auxiliar/ técnico de enfermagem	0	0	1	2	2	2	<b>7</b>
Médico da família	0	0	1	1	1	1	<b>4</b>
Auxiliar de saúde bucal	2	1	0	0	0	0	<b>3</b>
Cirurgião dentista	2	1	0	0	1	0	<b>4</b>
Pediatra	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
Residentes/ Alunos	0	0	0	0	0	10	<b>10</b>
Escriturário/ auxiliar de limpeza	0	0	0	0	0	2	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>86</b>

Fonte: os autores.

Destaca-se que foi realizada a atividade de capacitação em quatro unidades de Saúde da Família de diferentes distritos do Município, totalizando nove equipes de Saúde da Família, distribuídas em grupos, conforme solicitado por cada unidade.

O grupo 1 foi composto por 4 EFS's da USF 1, os grupos 2 e 3 compostos cada um por 1 ESF da USF 2, os grupos 4 e 5 compostos cada um por 1 ESF da USF 3 e o grupo 5 composto por 1 ESF da USF 4, que era uma unidade escola.

Os três encontros foram realizados majoritariamente no formato expositivo, contudo foram alternados por momentos de roda de conversa e por dinâmicas variadas para a participação ativa dos atores.

Foi aplicada também uma pesquisa de satisfação imediata dos profissionais sobre os encontros realizados. Ao todo foram obtidas 71 respostas.

Os questionários foram enviados via *WhatsApp* e foram enviados vários lembretes para que os profissionais os respondessem. Como alguns participantes mais idosos não dominavam a ferramenta, foi necessário deixar questionários impressos anônimos, que foram recolhidos após um tempo previamente determinado. Por fim, foi feita a entrada manual dos dados no aplicativo da pesquisa.

Mesmo com todos os reforços e lembretes, não foi possível chegar ao número total de respostas almejadas. É sabido que o formato anônimo, adotado para as respostas aos

questionários, inviabiliza o reconhecimento das pessoas que responderam ou não o instrumento. No total tivemos 15 abstenções de respostas.

## 4.2. ASPECTOS QUALITATIVOS

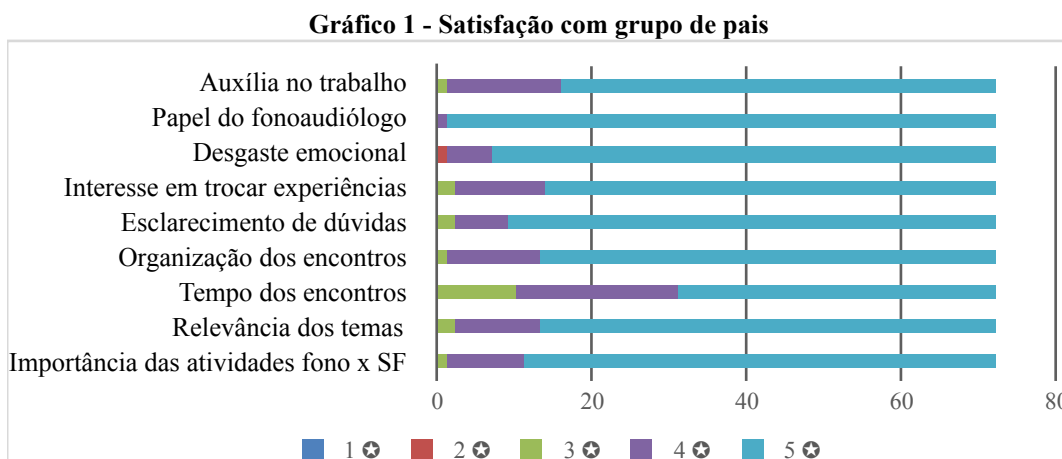
### 4.2.1. Questionário de satisfação

Com relação ao questionário de satisfação aplicado ao grupo de profissionais das unidade, verifica-se, a partir do Gráfico 2, que a satisfação com a experiência de discussão coletiva foi bastante contundente.

As questões "realização de atividades na área da fonoaudiologia envolvendo os profissionais das unidades de Saúde da família", "relevância dos temas trazidos para discussão", "organização dos encontros", "auxílio com relação ao trabalho" e "interesse em trocar experiências", receberam uma elevada pontuação de avaliação, representada pela média de 4,8 estrelas,

Foi identificado também elevado *score* à questão que interrogava se as dúvidas haviam sido respondidas (4,9 estrelas). De forma semelhante, o desgaste emocional também obteve alta pontuação (4,9 estrelas), que representava a proximidade como "nada desgastante emocionalmente".

A questão com maior *score* (5 estrelas) tratou da importância do "papel do fonoaudiólogo enquanto parceiro no compartilhamento de informações fonoaudiológicas sobre a linguagem".



Legenda: 1 estrela para pior avaliação e 5 para a melhor avaliação sobre cada quesito.

Fonte: os autores.

Houve um espaço para críticas e sugestões. Os principais questionamentos giraram em torno da possibilidade de mais encontros, com menos conteúdo, e do atendimento direto do fonoaudiólogo nos casos de atraso de linguagem e orientação familiar. Foram frequentes os elogios e o interesse pela temática trazida no programa realizado.

A nuvem de palavras ("word cloud") é um recurso utilizado para a geração de um gráfico digital que mostra o grau de frequência das palavras em um determinado texto. Quanto mais recorrente é a palavra, mais chamativa será a sua representação, proporcionando, assim, a rápida visualização de uma série de respostas numa enquête, por exemplo. Essa representação gráfica vem apoiar ilustrativamente a compreensão geral do texto e pode ser executada através de sites como o *Wordart*®, usado neste estudo:

Figura 4 - Nuvem de palavras: Comentários dos participantes



Fonte: [www.wordart.com](http://www.wordart.com)

O resultado desta nuvem de palavras traduz a recorrência de palavras notadamente positivas, sobretudo indicando gratidão e satisfação. Palavras como "interessante", "encontro", "conhecimento", "bom," foram as mais presentes, evidenciando a relevância desses momentos para os profissionais em questão.

#### 4.2.2. Relato da experiência da fase 1

A principal motivação deste estudo foi realizar uma aproximação teórico-prática dentro da temática da Linguagem na Saúde Pública, área de grande interesse da doutoranda executante.

Nesse sentido, a proposta de intervenção foi sustentada por evidências científicas e situada num contexto possível de matriciamento, visando à aplicabilidade das questões desenvolvidas, para que estas se estendessem ao contexto das crianças em situações de desenvolvimento da linguagem.

Embora o propósito do estudo fosse agregar em termos de instrumentalização e conhecimento fonoaudiológico, inicialmente foi percebida uma certa resistência dos profissionais das unidades, especialmente aqueles com menor grau instrucional. Foi necessário, portanto, um trabalho de discussão e conscientização sobre o propósito real do estudo desenvolvido.

Os ACSs especificamente, que se veem muitas vezes sobrecarregados com protocolos e rotinas das unidades, tiveram inicialmente a percepção de que seria um trabalho a mais e que seria algo laborioso para eles. Contudo, com o passar dos encontros, conseguiram perceber a importância do trabalho desenvolvido e demonstraram maior satisfação em estar melhor preparados para reconhecer e auxiliar com relação às demandas da Linguagem Infantil.

Outro aspecto que necessitou de conscientização foi o do papel do fonoaudiólogo dentro da equipe de Saúde da Família enquanto apoiador e matriciador do conhecimento fonoaudiológico e não aquele que atenderia direto os casos de atraso de linguagem. Os trabalhadores ficaram com receio de gerar uma demanda que não seria de pronto atendida pelo profissional específico.

Tais resistências iniciais refletiram falta de informação da maioria dos trabalhadores sobre a importância da promoção de saúde, prevenção e capacidade de atenção primária a saúde de resolução em nível primária.

Com o passar dos encontros e as discussões levantadas, percebeu-se a melhora na aceitação dos profissionais, empenho em aprender, e maior abertura com a profissional. Eles começaram a trazer exemplos de famílias dos referidos territórios de atuação, bem como dúvidas pessoais sobre seus familiares (filhos, netos, sobrinhos, etc).

Entre as dúvidas levantadas nos encontros, destacaram-se: “por que hoje em dia existem tantos atrasos de fala”, “aumento do número de crianças com autismo”, “influência dos eletrônicos”, “mudanças nas relações de autoridade, pais e filhos”, “tipos de brincadeiras”, “questões de gênero – tipos de brinquedos”.

Com relação ao uso dos protocolos, alguns profissionais relataram dificuldades em preencher questões demográficas de cunho pessoal (ex. uso de drogas, questões comportamentais).

O último encontro foi o mais produtivo e interativo, pelas possibilidades de discussão dinâmicas e maior espaço para colocações pessoais. Os participantes trouxeram dúvidas e exemplos do dia a dia e se divertiram com os bate-papos, vídeos e casos discutidos.

#### **4.3. FASE 2: TRIAGEM E ORIENTAÇÃO REMOTA**

A seguir são apresentadas as variáveis analisadas durante a segunda fase da pesquisa. Assim como destacado na metodologia, os dados foram obtidos por meio do questionário eletrônico “Como sua criança fala e ouve”, criado pela doutoranda e embasado no Protocolo de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) de Molini-Avejonas e Fernandes (2017). Buscamos, portanto, compreender se tais variáveis possuíam ou não algum tipo de associação com atraso do desenvolvimento. A amostra, com será observado, foi composta por 285 participantes.

**Tabela 2 - Composição da amostra de crianças**

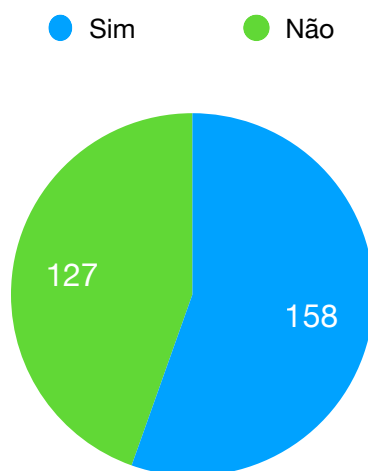
Variáveis	Atraso	
	Não	Sim
<b>Faixa etária da criança</b>		
1-2 (n=58)	40 (68,97%)	18 (31,03%)
2-3 (n=99)	82 (82,83%)	17 (17,17%)
3-4 (n=128)	109 (85,16%)	19 (14,84%)
		<b>Total: 285</b>
<b>Posto de referência</b>		
UFS I (n=58)	47 (81,03%)	11 (18,97%)
UFS II (n=9)	6 (66,67%)	3 (33,33%)
USF III (n=55)	44 (80%)	11 (20%)
USF IV (n=163)	134 (82,21%)	29 (17,79%)
		<b>Total: 285</b>
<b>Sexo da criança</b>		
Feminino (n=113)	95 (84,07%)	18 (15,93%)
Masculino (n=172)	136 (79,07%)	36 (20,93%)
		<b>Total: 285</b>
<b>Composição familiar (residem junto à criança)</b>		
<b>Presença de pai e mãe vivendo no mesmo domicílio</b>		
Não (n=40)	32 (80%)	8 (20%)
Sim (n=245)	199 (81,22%)	46 (18,78%)
		<b>Total: 285</b>
<b>A criança possui irmãos</b>		
Não (n=170)	136 (80%)	34 (20%)
Sim (n=115)	95 (82,61%)	20 (17,39%)
		<b>Total: 285</b>
<b>Presença de avós no mesmo domicílio</b>		
Não (n=266)	217 (81,58%)	49 (18,42%)
Sim (n=19)	14 (73,68%)	5 (26,32%)
		<b>Total: 285</b>

Fonte: os autores.

Conforme pode ser observado na tabela 3, foi percebido-se ao todo uma taxa de 18,95% (n=54) de atraso no total da amostra estudada.

Em se tratando da quantidade de crianças que frequentam ambientes escolares, das 285 crianças, cerca de 55,4% (n=158) frequentam a escola, conforme pode ser observado no gráfico a seguir.

**Gráfico 2 - Frequenta ou não a escola**

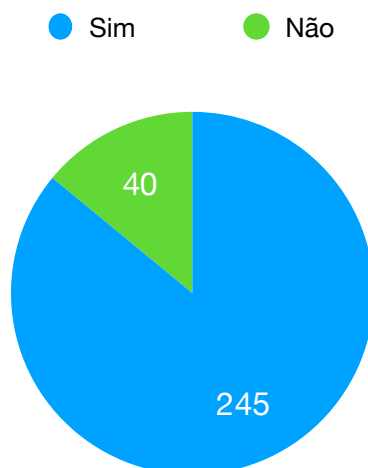


Fonte: os autores.

Das crianças que frequentavam a escola (n=158), não foram encontrados atrasos em 134 casos (84,81%), frente a 24 (15,19%) de casos com atraso. Por outro lado, das crianças que não frequentam a escola (n=127), não houve atraso em 97 casos (76,38%), diante de 30 casos (23,62%) com atraso.

No que se refere à interação com outras crianças, aferimos que cerca de 86% das crianças investigadas (n=245) possuíam contato com outras crianças, frente às 40 crianças que não tinham.

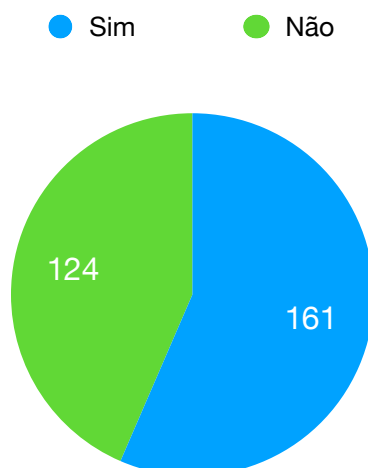
**Gráfico 3 - Interação com outras crianças**



Fonte: os autores.

Por fim, sobre o impacto da pandemia para o desenvolvimento das crianças, os pais ou responsáveis relataram impacto em 56,4% dos casos (n=161).

**Gráfico 4 - Impactos da pandemia**



Fonte: os autores.

É oportuno ressaltar aqui que os dados foram coletados durante a pandemia da Covid-19.

Na tabela 4 podem ser visualizados os dados referentes ao cruzamento entre as variáveis investigadas no estudo, coletados a partir do questionário desenvolvido pela autora. Reforçamos que para estimar as Razões de Prevalência (RP) de atraso foi adotado o modelo de regressão log-binomial simples e múltiplo.



**Tabela 3 - Relação das variáveis de interesse com o atraso**

Comparação	Bruto			Ajustado1*			Ajustado2**					
	RP	Intervalo de confiança (95%)	Valor P	RP	Intervalo de confiança (95%)	Valor P	RP	Intervalo de confiança (95%)	Valor P			
<b>Faixa etária</b>												
1-2 vs 2-3	1,81	1,01	3,22	0,04	1,56	0,89	2,73	0,12	1,47	0,91	2,35	0,11
1-2 vs 3-4	2,09	1,19	3,68	0,01	1,69	0,90	3,18	0,10	1,58	0,91	2,76	0,10
2-3 vs 3-4	1,16	0,64	2,11	0,63	1,08	0,61	1,91	0,78	1,08	0,63	1,86	0,78
<b>Unidades de referência</b>												
USF I vs USF II	0,57	0,20	1,65	0,30	0,65	0,35	1,21	0,18	-	-	-	-
USF I vs USF III	0,95	0,45	2,01	0,89	0,93	0,49	1,74	0,82	-	-	-	-
USF I vs USF IV	1,07	0,57	1,99	0,84	0,84	0,45	1,55	0,57	-	-	-	-
USF II vs USF III	1,67	0,57	4,83	0,35	1,42	0,78	2,59	0,25	-	-	-	-
USF II vs USF IV	1,87	0,70	5,00	0,21	1,29	0,64	2,60	0,48	-	-	-	-
USF III vs USF IV	1,12	0,60	2,10	0,71	0,90	0,50	1,65	0,74	-	-	-	-
<b>Sexo</b>												
F vs M	0,76	0,46	1,27	0,30	-	-	-	-	0,70	0,44	1,10	0,12
<b>Presença dos pais</b>												
Não vs Sim	1,07	0,54	2,09	0,85	-	-	-	-	1,17	0,66	2,08	0,58
<b>Possui irmãos?</b>												
Não vs Sim	1,15	0,70	1,89	0,58	-	-	-	-	1,19	0,70	2,03	0,52
<b>Presença dos avós</b>												
Não vs Sim	0,70	0,32	1,55	0,38	-	-	-	-	1,04	0,59	1,82	0,89
<b>Impacto Pandemia</b>												
Não vs Sim	0,55	0,32	0,93	0,03	0,53	0,31	0,89	0,02	0,52	0,31	0,88	0,01
<b>Interage com outras crianças?</b>												
Não vs Sim	2,14	1,29	3,57	<0,01	1,91	1,16	3,14	0,01	2,01	1,32	3,07	<0,01
<b>Frequenta escola?</b>												
Não vs Sim	1,56	0,96	2,52	0,07	1,48	0,92	2,36	0,10	1,60	1,01	2,53	0,04

Legenda:

RP - razões de prevalência / \* O modelo ajustado não convergiu na presença de sexo, pai e mãe, irmãos, avós /

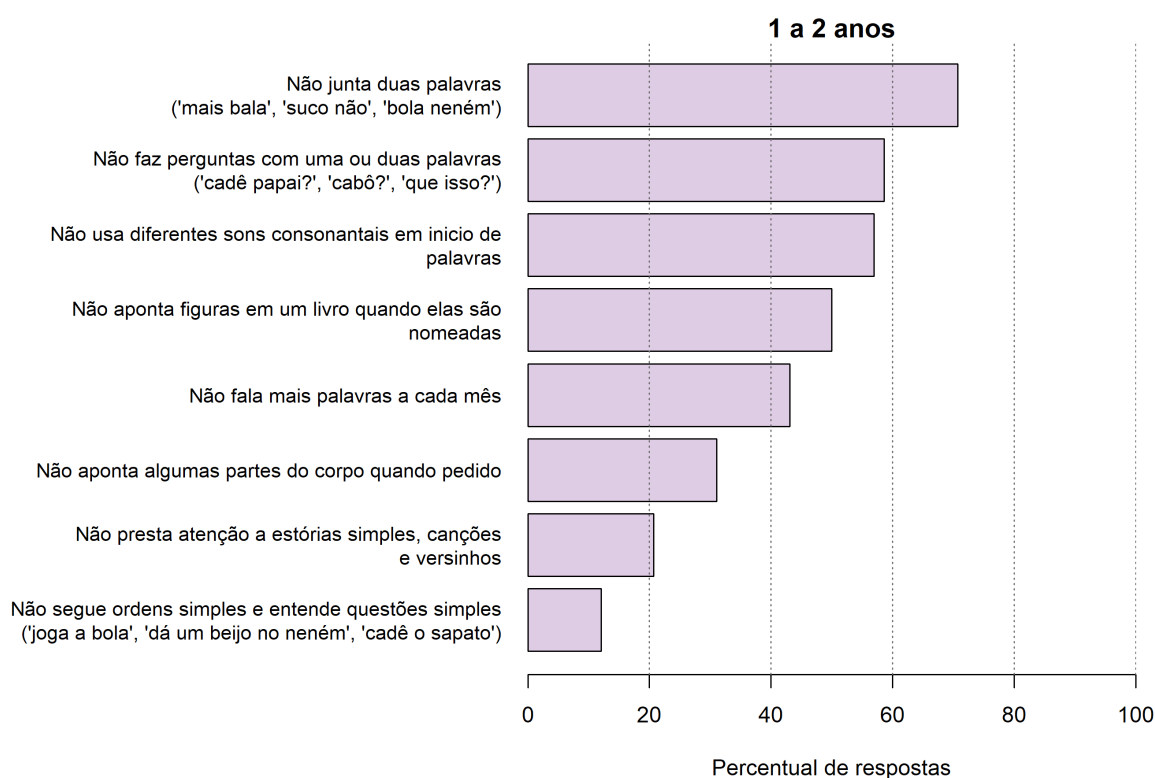
\*\* O ajuste do segundo modelo exclui somente o posto.

Fonte: os autores.

Os resultados encontrados evidenciam que houve significância estatística no que se refere aos impactos provocados pela pandemia e à interação com outras crianças. Os dados indicam, por exemplo, que crianças que não interagem com outras crianças possuem cerca de 2 vezes maior prevalência de atraso. Além disso, em relação às crianças que não vão à escola, há uma prevalência maior de atraso de 60%. Adicionalmente, evidencia-se que crianças mais novas possuem maior probabilidade de atraso se comparada às mais velhas (1 a 2 anos *versus* 3 e 4 anos).

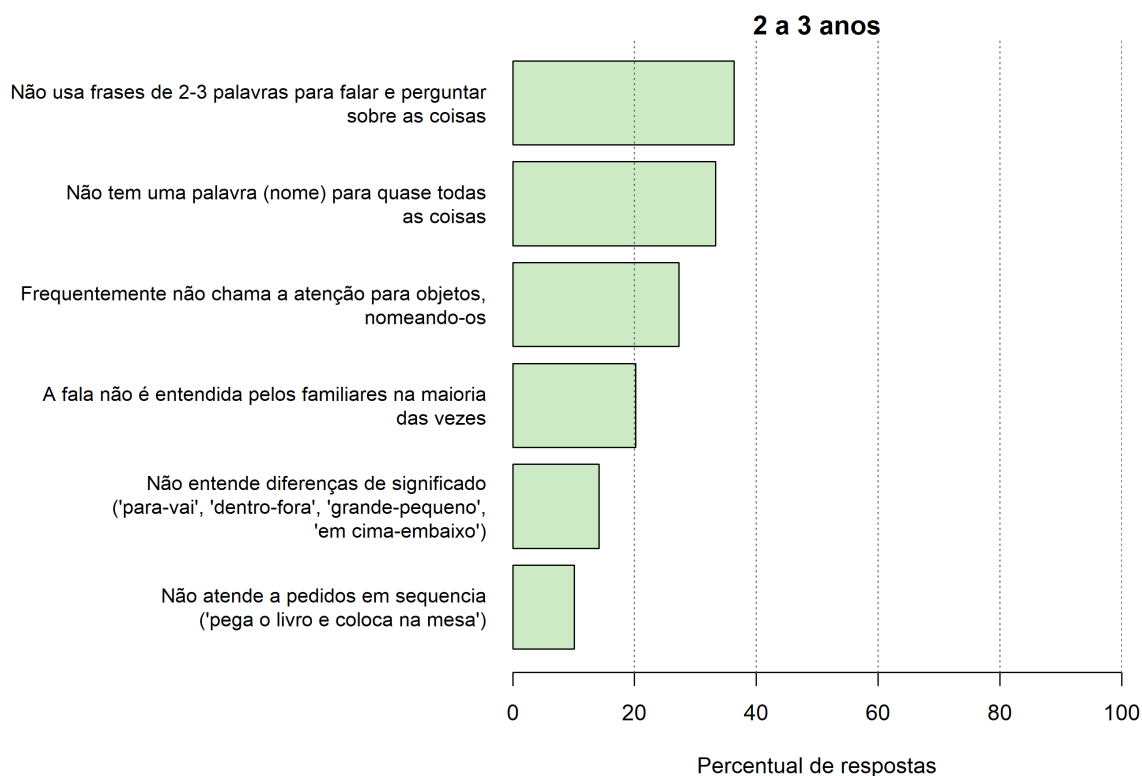
No que se refere às habilidades que as crianças já possuem por faixa etária, foram encontrados os seguintes resultados no instrumento PDL – adaptado (online):

**Gráfico 5 - Habilidades por faixa etária (1 a 2 anos)**



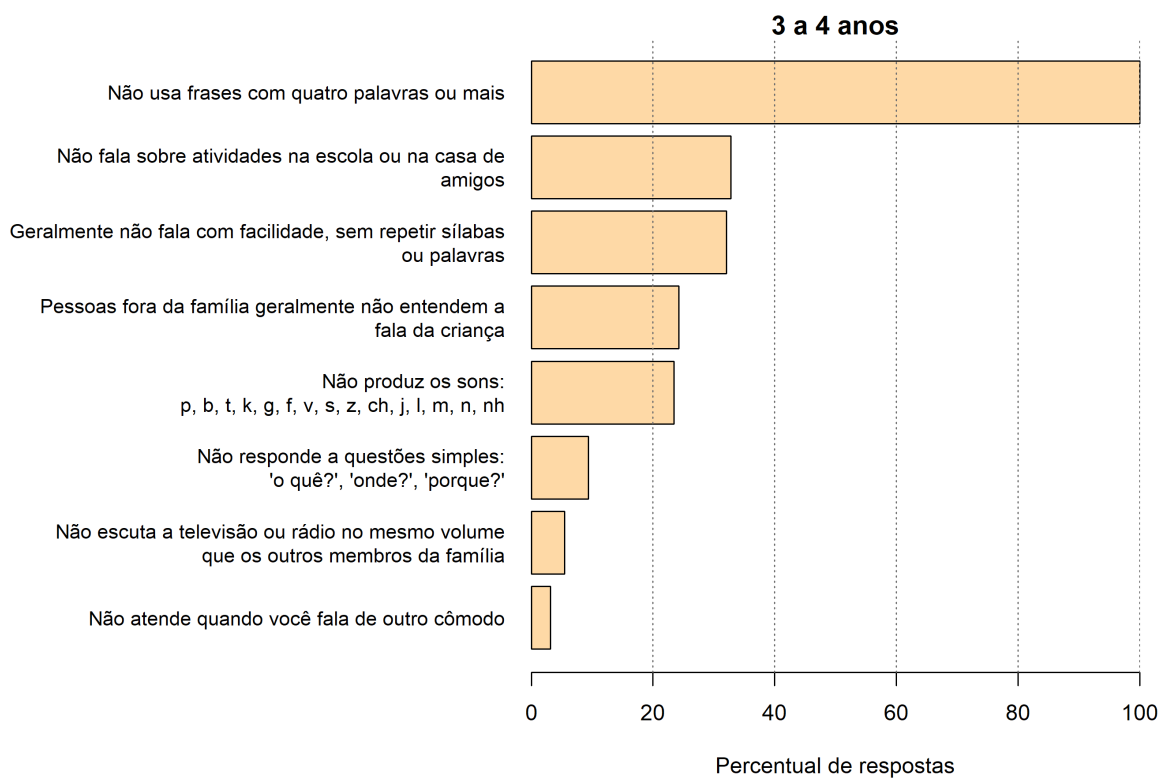
Fonte: os autores.

**Gráfico 6 - Habilidades por faixa etária (2 a 3 anos)**



Fonte: os autores.

**Gráfico 7 - Habilidades por faixa etária (3 a 4 anos)**



Fonte: os autores.

#### 4.3.1. Aspectos qualitativos sobre a triagem e orientação remota

Devido ao cenário pandêmico já descrito, houve a necessidade de a própria doutoranda assumir o momento de triagem e orientação das famílias das áreas incluídas neste trabalho.

Desta forma, conforme anteriormente citado, o Protocolo de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) foi adaptado para o formato *online* de aplicação e foi desenvolvido um *e-book* denominado “Guia para estimulação da fala e linguagem infantil” para ser enviado aos familiares participantes após a triagem online.

Para essa fase do estudo, foi realizada uma busca ativa dos sujeitos alvo. Solicitou-se ao setor de informática da prefeitura do município uma listagem com todas as crianças de 1 a 4 anos das unidades envolvidas. Com os dados em mãos, a doutoranda tentou o contato via aplicativo de comunicação (*WhatsApp*) com toda a listagem disponibilizada.

Alguns números haviam mudado ou não estavam disponíveis. Diversos sujeitos não responderam a mensagem de boas-vindas inicial. No entanto, aos que responderam a mensagem inicial, foi possível realizar todo processo previsto, a saber:

- 1) Saudação, apresentação da doutoranda e do trabalho, e questionamento se havia interesse em participar da pesquisa;
- 2) Envio da triagem online via *Google Forms*;
- 3) *Feedback* sobre o questionário, comentários sobre as respostas dos pais, retorno quanto aos marcos de desenvolvimento da linguagem referidos: se estavam ou não dentro do esperado;
- 4) Quando alterado, indicação do caminho a ser seguido dentro da rede: comunicar sobre o atraso ao médico da família da unidade de referência e/ou procurar dentro do convênio para aqueles que faziam uso misto do SUS *versus* saúde privada;
- 5) Envio do guia informativo e reforço das estratégias para estimulação da fala e linguagem no dia a dia (independe se houvesse ou não alteração no escore do PDL); e
- 6) Todas as unidades foram alertadas via *e-mail* quanto as crianças sinalizadas “com atraso”.

Assim, ressalta-se que a amostra foi constituída pelo modelo de conveniência, com base nas pessoas que responderam ao contato telefônico. A meta era alcançar ao menos 200

crianças. Como foram captadas 285 crianças nas primeiras tentativas de contato, optou-se por lidar com esses dados obtidos.

Vale ressaltar que as mensagens iniciais foram digitadas, enquanto as orientações foram enviadas por meio da ferramenta de áudio do aplicativo, de forma clara e personalizada. Além disso, ressalta-se também que a doutoranda se colocou à disposição para o esclarecimento de dúvidas; foram realizadas atividades como *feedbacks* após a visualização de vídeos das crianças (que foram excluídos imediatamente após a sua visualização) e orientações estratégicas que pudessem auxiliar no desenvolvimento das crianças em questão. Ao fim, o material didático foi fornecido via PDF.

As principais orientações fornecidas contemplam os seguintes tópicos:

- Criar demanda comunicativa para as crianças em questão, criar situações problema e deixar espaço para as crianças se comunicarem;
- Oportunizar situações de comunicação nas situações cotidianas, ex. passeios, momentos de rotina e dos cuidados da criança;
- Tempo de chão com brincadeiras compartilhadas, trocas de turno, interação simétrica;
- Importância dos jogos conjuntos e das brincadeiras de faz de conta;
- Importância das atividades que envolvam imitação gestual, vocal e verbal subsequentemente;
- Com os menores 1-2 anos, uso de frases diretivas, não usar diminutivos a todo tempo, falar correta e afetivamente;
- Com os maiores 3-4 anos, incentivar a comunicação abstrata, sobre referenciais ausentes, fazer uso de frases mais complexas e com a pronúncia correta das palavras, ao sempre repetir de forma bem articulada as palavras pronunciadas erroneamente, porém, sem ficar corrigindo a criança, apenas dando modelos favoráveis de fala;
- Importância das músicas, parlendas, brincadeiras corporais e afetivas;
- Malefícios do uso abusivo de telas e dos hábitos orais prolongados (chupeta, dedo, mamadeira);
- Orientações comportamentais básicas: como a importância de trocar o “sim” pelo “não”, sempre direcionando a criança para as atividades desejadas sem criar atritos a todo tempo e, com isso, promovendo uma convivência agradável e uma comunicação afetiva e respeitosa, dentre outras.

Foi uma experiência produtiva e gratificante, na qual os pais se demonstraram felizes com a oportunidade de troca e aprendizado e pareceram sentir-se acolhidos e direcionados. Eles agradeceram os comentários, ficaram à vontade para tirar as dúvidas e elogiaram a iniciativa e o guia recebido, além da possibilidade de troca.

## 5. DISCUSSÃO

A proposta da pesquisa visava caracterizar a atuação da equipe de saúde da família após a elaboração e apresentação de um programa de educação permanente sobre identificação de riscos para alterações de linguagem, destacando a percepção dos profissionais sobre o programa e incluindo o atendimento prestado durante a pandemia de Covid-19, assim como as dificuldades e limites encontrados para a realização de atividades nesse período.

Em se tratando dos trabalhadores de saúde participantes, foi possível notar que os agentes comunitários de saúde representaram a maior parcela dos participantes, seguidos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais. Isso é esperado pela composição básica das equipes de saúde de família, nas quais o agente comunitário sempre está em maior número (de 4 a 12 agentes por equipe de saúde da família), segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011).

Sabe-se que os agentes comunitários possuem atribuições específicas no que tange à saúde da criança, cabendo a esses profissionais ações tais como: incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento da vacinação periódica das crianças, do crescimento e desenvolvimento infantis; além de realizar atividades de educação em saúde no domicílio (Brasil, 2009).

Nesse sentido, considera-se produtivo que os agentes comunitários tenham sido o principal público-alvo, dado seu papel importantíssimo na atenção básica, especialmente na Saúde da Família em que o ACS funciona como uma ponte entre a USF e a população.

Ressalta-se que dentre as quatro unidades participantes, apenas uma delas, que era um núcleo de saúde escola, contava com equipe multiprofissional composta por farmacêutico, psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga residentes. Nesta, os profissionais pareceram mais familiarizados com os termos trabalhados e foi possível fazer uma parceria com a fonoaudióloga residente.

Ressalta-se, ainda, que no município em questão não existe a presença do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) conforme os moldes preconizados pela ESF, o que torna o acesso aos profissionais da equipe multidisciplinar mais distante do cotidiano das unidades. Isso pode justificar a desinformação acerca do papel da fonoaudiologia na atenção primária à saúde, que apareceu nos questionários de satisfação aplicados após o período de educação permanente realizado.

A visão dos profissionais se manifestou através da solicitação de que os atendimentos nos casos de atraso de linguagem e orientação familiar ocorressem diretamente aos usuários, ou seja, apesar de ter sido reconhecida a importância do papel da fonoaudiologia na Saúde da Família, verificou-se dificuldade na compreensão do papel do profissional fonoaudiólogo no matriciamento de informações e na presença em atividades de promoção e educação em saúde, além da elaboração de planos terapêuticos singulares.

Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Eles são constituídos por uma equipe em que profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre elas a da Fonoaudiologia, atuam de maneira integrada e em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, auxiliando-as na promoção de saúde e na prevenção de agravos, no diagnóstico, na definição da terapêutica, na recuperação e na reabilitação, de forma que a ESF seja resolutiva no maior número possível de situações que sejam de competência da Atenção Básica. Com o aumento da resolutividade da atenção primária, espera-se que os níveis de atenção secundária e terciária sejam menos solicitados e, conseqüentemente, mais resolutivos (Brasil, 2011).

As ações do fonoaudiólogo no apoio à assistência podem transcender seu núcleo de conhecimento, já que por meio do matriciamento e das ações conjuntas com diferentes categorias profissionais, o fonoaudiólogo vai incorporando outros conceitos às suas práticas e construindo as ações de acordo com as necessidades que se colocam. Geralmente, as necessidades de saúde da população são muito complexas e não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares (Soleman; Matins, 2015).

Nesse sentido, vale ponderar a falta que faz a presença do NASF num município de grande porte, como é o caso do município da pesquisa em questão, onde é grande a demanda fonoaudiológica, e os serviços secundários e terciários acabam ficando sobrecarregados com a baixa resolutividade na atenção primária a saúde.

Nesse município, mesmo sendo de grande porte, existe apenas um NASF composto por seis profissionais responsáveis por três unidades totalizando sete equipes de saúde da



família, todas pertencentes ao distrito norte do município. Ainda assim, conforme entrevista com profissional da área, existe uma resistência grande da maioria das equipes para que este consiga atuar de forma matriciadora e com educação em saúde, sendo muitas vezes necessária a atuação diretamente na assistência, o que não seria o foco do NASF. Ainda assim, os indicadores do município em questão mostram bom índices nesses territórios, desde a entrada do NASF que ocorreu em 2014.

Um estudo realizado por Zanin et al. (2017), que investigou o papel da Avaliação da assistência fonoaudiológica na estratégia de saúde da família pela perspectiva do usuário, identificou a satisfação deste associada ao rápido acesso ao serviço e ao atendimento humanizado prestado pelos residentes fonoaudiólogos, promovendo um atendimento acolhedor e bom vínculo entre moradores e comunidade. Em contraste, o número reduzido de fonoaudiólogos alocados para a ESF e a baixa resolutividade nesse nível de atenção foram indicadas como fragilidades nessa assistência. Tal estudo reforça o fato de que não basta apenas a presença do profissional fonoaudiólogo, mas sim a importância de pensarmos em recursos multiplicadores e transformadores deste campo de conhecimento.

Todavia, em 12 de novembro de 2019 foi apresentado na portaria n. 2.979 (Brasil, 2019) um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, o qual alterou a lógica de financiamento da APS no Brasil. Entre as principais alterações esteve a extinção do Piso da Atenção Básica e a adoção da captação ponderada, como critério para a focalização do repasse dos recursos para custeio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes multiprofissionais em saúde. Esse novo modelo revogou as portarias referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), acabando com a indução do Governo Federal para o trabalho multiprofissional na APS devido à falta de investimento financeiro federal, o que desarticulou muito dessa política.

Recentemente, em maio de 2023, a portaria GM/MS n. 635 (Brasil, 2023) criou o incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi); nesta é retomado o incentivo à presença de equipe multiprofissional na APS, porém num modelo a priori flexível, no qual é disponibilizada uma verba para a contratação da equipe multiprofissional; no entanto, esta pode ser alocada tanto para atendimentos individuais quanto coletivos e/ou nas

ações de matriciamento, projetos intersetoriais, atividades de educação em saúde etc. Também é previsto atendimento remoto em formato de telemedicina. Tal proposta prevê uma retomada das equipes Multi na APS, o que é positivo; porém, teme-se que possa haver uma dificuldade na definição de papéis e na integralidade dos atendimentos.

Somado ao desconhecimento dos profissionais acerca do papel do fonoaudiólogo na saúde da família e ao receio demonstrado com relação à sobrecarga de serviço no decorrer do estudo, na época em que foi finalizada a fase 1 de formação desta tese, veio a pandemia do Covid-19 em março de 2020.

O contexto pandêmico trouxe inseguranças a todos. Ele modificou as formas e meios de trabalho, bem como fez com que prioridades fossem redefinidas. O isolamento social foi necessário, principalmente no primeiro ano da pandemia, quando não havia vacina. Esse isolamento, por conseguinte, impactou diretamente a forma de trabalho e a convivência de todos, especialmente das unidades de saúde que se viram extremamente sobrecarregadas com a rotina atribulada das unidades e a falta dos profissionais que ficaram afastados, às vezes por adoecimento e outras por resguardo (Teixeira et al, 2020).

Uma revisão realizada por Chiesa et al. (2021), que estudou o impacto da pandemia e do isolamento social, revelou alta sobrecarga mental especialmente para idosos e profissionais da saúde. Depressão e transtorno de estresse pós traumático aparecem frequentemente nesses estudos.

Nesse contexto em que há uma redução na equipe, profissionais adoecendo e uma sobrecarga de trabalho relacionada ao coronavírus, outras atividades que não envolvem a Covid-19 são diminuídas ou excluídas. Infelizmente, os atrasos de linguagem não receberam prioridade e nem mesmo foram avaliados pela equipe de saúde da família. Como consequência, estamos enfrentando um aumento significativo na prevalência de atrasos de linguagem e casos com características autísticas.

Destaca-se que a intenção não é fazer uma crítica às prioridades do período pandêmico; trata-se apenas de uma preocupação com os desdobramentos futuros dos atrasos de linguagem advindos desse período.

Devido à essa preocupação e a todos os fatores já supracitados, a segunda fase do estudo foi realizada pela própria doutoranda, e será melhor discutida a seguir.

A pesquisa atingiu diretamente 285 crianças que passaram pela triagem online da doutoranda. Os pais e/ou cuidadores foram orientados quanto aos caminhos e cuidados possíveis em um momento tão singular e instável de isolamento social, uma vez que este pode influenciar diretamente no processo de desenvolvimento de habilidades associadas, assim como no comportamento social quanto linguístico das crianças.

Como mencionado acima, participaram do estudo 285 crianças, dentre as quais 54 apresentaram atraso de linguagem (18,95%). Esse valor é superior ao verificado pela American Speech-Language and Hearing Association (Asha, 2017) em que os atrasos fonoaudiológicos e os distúrbios de linguagem, que são as dificuldades de desenvolvimento mais comuns na infância, representaram 10% das crianças.

O estudo realizado por Dias, Molini-Avejonas e Rondon (2020), que propôs o teste de triagem rápido e de baixo custo que foi utilizado na pesquisa em questão, para a detecção de atraso de linguagem, com alta sensibilidade e especificidade, verificou a prevalência de 12,47% de alterações de linguagem na primeira infância. Tal valor, como pode ser aferido, também é inferior ao encontrado nesse estudo, reafirmando o impacto do cenário pandêmico na época da realização do mesmo.

Recentemente, mais especificamente em 2022, os marcos do desenvolvimento foram revisados pelo *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) de forma a incluir as idades de 15 e 30 meses neste processo, formando 12 listas de verificação, que compreende desde os 2 meses até os 5 anos de idade da criança. Cada uma destas listas apresenta 4 domínios, a saber: socioemocional, linguagem e comunicação, cognitivo e motor (Zubler et al., 2022). O objetivo dessa revisão foi apoiar a vigilância do desenvolvimento infantil, uma vez que esses marcos não eram revistos há 20 anos.

Os marcos descritos no CDC identificam os comportamentos que 75% ou mais das crianças podem exibir em uma determinada idade, tendo como base dados, recursos de desenvolvimento, e experiência clínica de um comitê de oito especialistas na área.

Na prática, alguns objetivos de fala e linguagem foram adiados para idades mais avançadas. Por exemplo, uma criança de um ano deveria ser capaz de apontar duas partes do corpo quando solicitada, mas o CDC transferiu essa habilidade para a faixa etária dois anos. Outro exemplo foi o adiamento de 2 anos para 2 anos e meio o marco da emissão verbal de 50 palavras.

A revisão na qual essa atualização foi pautada é do ano de 2019, ou seja, ocorreu antes da pandemia. Contudo, levando-se em conta o impacto que a pandemia e as mudanças no contexto escolar trouxeram no desenvolvimento infantil, estudos atuais têm demonstrado a importância de atentar-se a isso na avaliação das crianças que viveram 2 anos de pandemia num caráter mais intenso de isolamento social.

Em outro estudo recente de Leal (2022), 86 cuidadores responderam aos questionários referentes ao período pré-pandêmico e ao pandêmico, enquanto que o período referente à flexibilização do isolamento social apresentou 52 respondentes. Foi possível constatar que a interrupção do convívio social, principalmente nas instituições de educação infantil, levou a alterações no desenvolvimento das crianças, principalmente nos aspectos “Resoluções de Problemas”, “Coordenação Motora Ampla” e “Comunicação”. No estudo em questão, em 56,4% dos casos (161 sujeitos) foi relatado pelos pais, que sentiram o impacto da pandemia no desenvolvimento das crianças em questão.

No cruzamentos dos dados apresentados nos resultados, em que foram analisadas variáveis e a sua possível associação com o atraso para o desenvolvimento e/ou aprimoramento da linguagem, notou-se que quanto mais nova era a criança, maior o atraso percebido. Acredita-se que isso tenha relação com o grau de super proteção e a menor exposição da criança ao meio, bem como as oportunidades comunicativas reduzidas, de forma que ao se passar o tempo, muito dos atrasos são naturalmente compensados.

Não houve diferença significativa entre as unidades de saúde de família avaliadas, tirando portanto o efeito do território em si sob o atraso das crianças. Outras variáveis avaliadas: como o sexo da criança, as presenças de pais, irmãos ou avós morando na mesma casa também não obtiveram diferença significativa com relação à presença ou não de atraso de linguagem.

Verificou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) no que se refere aos impactos provocados pela pandemia e à interação com outras crianças. Os dados indicam que crianças que não interagem com outras crianças (14% da amostra, 40 crianças) possuíam cerca de 2 vezes maior prevalência de atraso. Além disso, em relação às crianças que não vão à escola (44,6%), houve uma prevalência maior de atraso de 60% representada por 23,62% da amostra (30 crianças).

Existem evidências de que as medidas de isolamento social e o fechamento das escolas, assim como o aumento do desemprego, podem ter repercussões extremamente negativas sobre o comportamento e desenvolvimento das crianças (NCPI, 2020).

Sabe-se que a escola é um espaço fundamental de desenvolvimento e interação social. No contexto escolar, a ação conjunta do professor, colegas, e funcionários exerce um papel neuroprotetor para estimular conversação, narração de histórias, leitura, brincadeiras, adesão a regras, solução de problemas, promovendo também a consolidação de relações e memórias afetivas. Estas e outras atividades propiciam cada vez mais a estimulação de funções como linguagem, comunicação, abstração, e funções executivas (Fonseca et al., 2020)

Enquanto seus filhos são estimulados no âmbito escolar, os pais exercem seus papéis pessoais, sociais e laborais. Entretanto, diante do fechamento das escolas, alunos foram privados da oportunidade de aprender, socializar e brincar, enquanto pais foram obrigados a arcar com demandas escolares e de cuidado prolongado aos filhos, além das obrigações ocupacionais, gerando uma maior sobrecarga e estresse parental (Subhaskaran, 2021)

O fechamento das escolas devido às restrições da pandemia da Covid-19 acarretou impactos individuais e sociais cada vez mais relatados, conforme revisão bibliográfica de Fonseca et al. (2022). As crianças demonstraram maiores níveis de ansiedade, hiperatividade e desatenção, prejuízos na cognição geral, desenvolvimento motor, e quedas significativas de prontidão e de desempenho escolar.

Pais apresentaram um aumento em níveis de depressão, ansiedade e estresse, enquanto professores relataram maiores índices de estresse e *burnout*. Tais achados apontam a necessidade da elaboração de ações privadas e de políticas públicas em prol da redução dos prejuízos decorrentes do fechamento prolongado das escolas. A principal diretriz norteadora de futuras decisões emergenciais é que as escolas sejam as últimas a fecharem e as primeiras a reabrirem, como uma ação neuro e psicoprotetora.

Por fim, reitera-se que o isolamento social traz uma diminuição das oportunidades do interagir e do brincar compartilhado, tão fundamental ao desenvolvimento infantil como um todo, especialmente no que tange ao desenvolvimento da linguagem.

Brincar permite que as crianças explorem o mundo e encontrem seu lugar nele. Ajuda a aprender, a vencer e a perder, uma vez que influenciam o autocontrole. Enquanto brincam, as crianças adquirem os conceitos de valores, limites e responsabilidades, recebendo

informações sobre o que podem e o que não podem fazer. As brincadeiras são, para as crianças, mais do que diversão. São experimentos que conduzem ao aprendizado e à percepção do mundo. Além da escola, os espaços comunitários são elementos importantes para o desenvolvimento da criança (Brasil, 1990).

Diante do exposto, fica inerente a importância do olhar atento e cuidadoso para a primeira infância, ainda mais agora, no período pós-pandêmico que lida com as sequelas deixadas por esse cenário. São necessárias políticas públicas que favoreçam a triagem precoce das crianças com dificuldade de linguagem, levando-se em conta os benefícios da intervenção precoce para o desenvolvimento da criança como um todo, além de oportunidades interventoras, sendo em espaços de educação, do brincar, no incentivo ao convívio familiar saudável e rico em experiências.

Esta pesquisa, todavia, encontrou entraves, como a falta de um grupo de controle, fator que não foi possível pelo fato de a pandemia ter atingido a população de forma global. Outra limitação se deveu ao fato de alguns objetivos terem sido interrompidos em razão das adversidades já citadas no curso deste trabalho, sendo necessários, portanto, outros estudos desse escopo em momentos mais estáveis da saúde pública.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por principal objetivo caracterizar a atuação das Equipes de Saúde da Família para detecção de sinais de risco para alteração de linguagem após a participação em um programa de educação continuada. Devido ao contexto pandêmico novos rumos foram tomados, possibilitando a experiência de triagem e orientação parental remota, além da reflexão sobre o impacto da pandemia no desenvolvimento infantil.

Percebe-se, a partir dos questionários de satisfação aplicados, que o programa desenvolvido foi relevante aos profissionais participantes, os quais foram instrumentalizados com protocolos de triagem físicos e eletrônicos, que contemplaram tanto a teoria a respeito do desenvolvimento infantil como a prática, especialmente sobre a linguagem.

Essa abrangência favoreceu a aplicação da triagem de linguagem e o matriciamento das informações sobre atitudes positivas, visando à melhora da comunicação das crianças das áreas adstritas.

Foram alcançados ao todo 86 profissionais das unidades de Saúde da Família e 285 crianças bem como seus pais e/ou responsáveis. Considerando que essa pesquisa situa-se no âmbito da Promoção da Saúde, pode-se presumir um relevante potencial multiplicador e transformador, dados os atores sociais envolvidos. Pode-se supor também que, fora do contexto pandêmico, a equipe de saúde da família estaria instrumentalizada para triar e encaminhar os casos suspeitos de atrasos de linguagem.

Das 285 crianças triadas, 54 foram identificadas como “com atraso” de linguagem. Os pais delas e/ou seus responsáveis foram alertados e orientados, bem como as respectivas unidades de saúde de referência.

Os guias de estimulação da linguagem foram distribuídos e houve boa aceitação, percebida sobretudo a partir dos momentos de educação em saúde e orientações realizados pela doutoranda.

Ficou evidente a importância do papel do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde, especialmente na Saúde da Família, o que reforça a falta que faz esse profissional em pleno e amplo exercício dentro do SUS, em programas como o NASF, mais recentemente classificado como e-Multi, que ainda não são frequentes ou tampouco articulados no município em questão, e em tantos outros que carecem da assistência multiprofissional.

Nesse estudo ficou nítido o impacto da pandemia no desenvolvimento da linguagem infantil, uma vez que 18,95% das crianças da amostra foram classificadas como “com atraso”, valor que representa quase o dobro do encontrado em outros estudos abrangentes.

Houve correlação direta com as seguintes variáveis: impacto da pandemia, convivência com outras crianças e frequência escolar. Tais percepções evidenciam que há um importante desafio no que tange à definição de políticas públicas que possam diminuir as discrepâncias e lacunas causadas por esse período pandêmico.

Ao término dessa redação, sobressai a importância da ampliação do acesso das famílias e dos profissionais da APS aos fonoaudiólogos, sobretudo em decorrência do nítido efeito desfavorável que decorreu do período pandêmico, por numerosos fatores que incluem desde a falta de acesso a esse serviço pela sobrecarga do sistema nos momentos de emergência sanitária até as limitações sociais próprias desse contexto.

Ressalta-se também a relevância da proposição de ações intersetoriais que incluam as escolas de educação infantil, cujo papel é de suma relevância no contexto do desenvolvimento infantil.

A proposta que conclui esta tese destaca a importância de reunir esforços para tornar mais fácil o acesso a esses serviços. Isso implica em reconhecer o investimento necessário e relevante em saúde pública, tanto no âmbito da educação e promoção da saúde, como na participação em projetos terapêuticos individuais, nas atividades de promoção e educação em saúde, no compartilhamento de conhecimentos específicos no campo da fonoaudiologia e, quando necessário, na assistência e encaminhamentos adequados.

Paralelamente, vale salientar que a atuação dos fonoaudiólogos nesse contexto pode ser consideravelmente mais efetiva e promissora se realizada com estudos, monitoramento e instrumentos de acompanhamento que possam, no curso das práticas regulares de atendimento, avaliar o real e continuado efeito desse trabalho no desenvolvimento dos sujeitos em longo prazo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bentzen, WR. Guia para observação e registro do comportamento infantil. São Paulo: Cengage Learning; 2012.

Halpern R. Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento. 1 ed. São Paulo: Manole; 2015.

Figueiras AC, et al. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI [internet]. Washington: PAHO; 2015 [citado em 15 abr. 2023]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>.

Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. In Lerner RM. Handbook of Child Psychology. New York: Wiley; 2006.

Mayer MGG, Lopes-Herrera SA. Intervenção fonoaudiológica nas alterações da compreensão- Linguagem receptiva In: Guarnieri C.; Lopes-Herrera SA. Dicas e estratégias para intervenção fonoaudiológica em linguagem infantil. Ribeirão Preto: Booktoy; 2016.

Higuchi CH, et al. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(2):241-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Mendes VLF. Atuação fonoaudiológica no NASF. 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 21-24 out. 2009. Salvador, BA. Anais. (Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009, supl esp.).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Resta DG, Motta MGC. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à pratica profissional. Texto & Contexto Enferm. 2005; 14(esp.):109-15.

Coelho R, et al. Child development in primary care: a surveillance proposal. J Pediatr. 2016 sep-oct;92(5):505-11.

Asha. American Speech-Language-Hearing Association. Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; 2011.

Mousinho R, et al. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. Revista Psicopedagogia. 2008; 25(78):297-306.

Tomasello M, et al. Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. *Behavioral Brain Sciences*. 2005; 28(5):675-91.

Tomasello M, et al. A new look at infant pointing. *Child Development*. 2007; 78(3):705-22.

Desarkar P, et al. Assessing and stabilizing aberrant neuroplasticity in autism spectrum disorder: the potential role of transcranial magnetic stimulation. *Front Psychiatry*. 2015; 6:124.

Magina EDCV. Qualidade de Vida e Funcionamento das Famílias de Crianças dos 0 aos 6 anos [Dissertação na internet]. Braga (Portugal): Universidade do Minho; 2011 [citado em 18 abr. 2023]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13663>

Glascoc FP. Screening for developmental and behavioral problems. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005; 11:173-9.

Cunha F, Heckman JJ. Investing in our young people. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2010.

Bello SF, Machado AC. Investigação precoce e o desenvolvimento da linguagem em crianças pequenas. Ribeirão Preto: Booktoy; 2015.

Mundy P, Newell L. Attention, joint attention, and social cognition. *Psychology Science*. 2007; 16(5):269-74.

Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Schirmer CR, et al. Language and learning disorder. *J Pediatr*. 2004; 80(suppl.2):95-103.

Silva GMD, et al. Identificação dos fatores de risco em crianças com alteração fonológica: estudo piloto. *CoDAS*. 2013; 25(5):456-62.

Ferreira LV. Análise preditiva do protocolo de identificação de fatores de risco para alteração de fala e linguagem [Dissertação na internet]. São Paulo (Brasil): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2017 [citado em 24 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-04012018-095519/pt-br.php>.

Molini-Avejonas DR, Fernandes FDM. Processo de intervenção no distúrbios de linguagem infantil. In: Lamônica DAC, Oliveira DBD. Tratado de Linguagem: perspectivas contemporâneas. 1º. ed. Ribeirão Preto: Book Toy; 2017.

Dias DC, et al. Sensitivity and specificity of a low-cost screening protocol for identifying children at risk for language disorders. *Clinics*. 2020;75:e1426

Scopel RR, et al. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. CEFAC. 2012; 14(4):732-41.

Araújo MLB, Freire RMA. Atendimento fonoaudiológico em grupo. Rev. CEFAC. 2011; 13(2):362-68.

Gurgueira AL. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde. In: Fernandes FDM, et al. Tratado de fonoaudiologia. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação Permanente/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Chiesa V, et al. COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and lockdown measures-a systematic review of systematic reviews. J Public Health. 2021; 43(3):e462-81.

Araújo LA, et al. The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. J Pediatr. 2021; 97(4):369-77.

Brasil. Painel Coronavírus [internet] Brasil; 2023 [citado em 28 abr. 2023]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

Skov T, et al. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. Int J Epidemiol. 1998; 27:91-5.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. [internet]. Vienna: Austria; 2021 [citado em 22 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

The SAS system for Windows. Cary, NC; 2013. Release 9.4. SAS Inst.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. CEFAC. 2015; 17(4):1241-53.

Zanin LE et al. Avaliação da assistência fonoaudiológica na estratégia de saúde da família pela perspectiva do usuário. CoDAS. 2017; 29(6):e20160192.

Brasil. Ministério da Saúde. Institui o Programa Previne Brasil. Portaria n. 2979, 12 de novembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Portaria n. 635, 22 de maio de 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Teixeira CFS et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9):3465-3474, 2020.

Dias DC, Rondon-Melo S, Molini-Avejonas DR. Sensitivity and specificity of a low-cost screening protocol for identifying children at risk for language disorders. *CLINICS* 2020;75:e1426.

Zubler JM et al. Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. *Pediatrics*. 2022; 149(3):e2021052138.

Leal CCR. Efeitos do isolamento social devido à Covid-19 no desenvolvimento infantil [Trabalho de conclusão de curso]. São Paulo (Brasil): Universidade de São Paulo; 2022 [citado em 16 mai. 2023].

NCPI. Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância. Edição Especial: Repercussões da Pandemia de Covid-19 no Desenvolvimento Infantil. [internet]. Brasil; 2020 [citado em 10 mai. 2023] Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>.

Fonseca RP et al. *Neuropsicologia Escolar*. São Paulo: Pearson Editora; 2020.

Subhaskaran K. Letter to editor. How has Covid-19 school closure impacted parental mental health? *J Affect Disord*. 2021; 287:405.

Fonseca RP e al. Impactos desenvolvimentais de saúde mental e aprendizagem em crianças, adolescentes, pais e professores pós-fechamento das escolas: uma revisão sistemática. *Debates em Psiquiatria*. 2022; 12:1-68.

Brasil. Presidência da República. Decreto de N. 99.710 de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília: Casa Civil, 1990.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 - Termo consubstanciado da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa  
(CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde do município**



**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF3579/19- CAPP  
CSV/2019

Ribeirão Preto, 20 de setembro de 2019.

Prezados senhores,

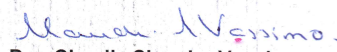
Informamos que o gerente e as equipes das Unidades : **USF Enfª Maria Teresa Romão Pratali - NSF 2, USF "José Paulo Pimenta de Mello" - UBS Jardim Zara, USF Dr José Augusto Laus Filho - USF Avelino Alves Palma, UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – CSE Vila Tibério** da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO ALIADA NA DETECÇÃO DE SINAIS DE RISCO PARA ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM: ENCAMINHAMENTO E INTERVENÇÃO PRECOCE"** sob a responsabilidade da **Profª. Drª. DANIELA REGINA MOLINI-AVEJONAS** e dos pesquisadores **CAMILA BOLIVAR VIEIRA SOUSA E OUTROS.**

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

  
**Dra. Cláudia Siqueira Vassimon**

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa  
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssimo/a Senhor/a

**Profª. Drª. DANIELA REGINA MOLINI-AVEJONAS**  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa  
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto  
Fones: 36041642 / e-mail: [capp@saude.pmrp.com.br](mailto:capp@saude.pmrp.com.br)



## ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A estratégia saúde da família enquanto aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem: encaminhamento e intervenção precoce

**Pesquisador:** Daniela Regina Molini Avejonas

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15177119.3.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.631.331

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado envolvendo estudo prospectivo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto abordando a saúde da família como aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem.

A pesquisa envolve profissionais de saúde que participarão de um programa de educação com previsão de duração de 3 anos.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo será analisar a Estratégia Saúde da Família enquanto aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem e posterior encaminhamento e intervenção precoce, além de promover estratégias de prevenção e promoção da saúde no âmbito da linguagem.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O possível desconforto (risco mínimo) poderá ser o cansaço em participar dos grupos (embora ocorrerão dentro da carga horária normal de serviço) e o acréscimo de protocolos nas rotinas de visitas domiciliares. A pesquisa busca melhorar a agilidade no encaminhamento e intervenção nas alterações da linguagem na infância, além de promover momentos de troca e compartilhamento de saberes com a equipe de Saúde da Família.

Os resultados desta pesquisa poderão levar a melhorias na formulação de políticas públicas no

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** PACAEMBU

**CEP:** 01.246-903

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.631.331

âmbito da Promoção da Saúde na área da linguagem, além do auxílio à criança, que será vista com atenção dirigida pela equipe de saúde da família.

Os Profissionais da saúde e pacientes de seus respectivos territórios serão beneficiados. A família terá mais uma forma de conhecimento de como estimular adequadamente a sua criança e esta, por sua vez, terá oportunidades melhores de evolução no seu desenvolvimento de linguagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa envolve profissionais de saúde da família, sejam médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas ou agentes comunitários de saúde que trabalham com visitas domiciliares, que participarão de um programa de educação, composto por três encontros em grupo, visando a educação em saúde na área do desenvolvimento da linguagem infantil, incluindo os marcos do desenvolvimento, identificação de fatores de risco e o uso de protocolos de identificação de sinais de risco ao desenvolvimento da fala e linguagem.

Serão aplicados também dois questionários de satisfação um imediatamente após os grupos de educação em saúde e outro, um ano depois, visando identificar o aproveitamento do programa proposto e verificar possíveis melhorias para próximas oportunidades.

As famílias das crianças atendidas, cujos Pais concordarem em participar e estiverem interessados na aplicação das estratégias com as crianças identificadas como de risco para alteração da linguagem, serão aquelas que estiverem na primeira infância, com idades entre 2 e 5 anos, considerada a época de consolidação da linguagem e de grande plasticidade neuronal e potencial para aprendizado dado o aumento da conectividade e comunicação entre os neurônios, que é maior nos primeiros anos de vida (Desarkar et al, 2015).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os TCLEs para as famílias e para a equipe de Profissionais da Saúde da família.

Foram apresentados documentos de autorização de cooperação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisa de interesse científico e na área de saúde coletiva.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br



USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.631.331

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1355409.pdf	23/09/2019 16:55:36		Aceito
Outros	Anuencia_CamilaBolivar_set19.pdf	23/09/2019 16:53:25	Camila Bolivar Vieira Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_ag19.docx	06/08/2019 08:48:48	Camila Bolivar Vieira Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familiar_ag19.docx	06/08/2019 08:47:33	Camila Bolivar Vieira Sousa	Aceito
Outros	solicitacao_SMSRP.doc	06/08/2019 08:33:50	Camila Bolivar Vieira Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	requerimento_padrao_prefeitura.doc	06/08/2019 08:33:14	Camila Bolivar Vieira Sousa	Aceito
Outros	AnexoII.pdf	04/06/2019 16:36:45	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Folha de Rosto	FRPB.pdf	04/06/2019 16:36:18	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPPB.docx	20/05/2019 16:15:17	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEP.pdf	20/05/2019 02:17:03	Daniela Regina Molini Avejonas	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 09 de Outubro de 2019

**Assinado por:**

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

## ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Curso de Fonoaudiologia da FMUSP  
Laboratório de Investigação Fonoaudiológica  
em Atenção Primária a Saúde  
Responsável: Profa. Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas



### FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-FMUSP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO ..... Nº ..... COMP.: .....  
BAIRRO: .....  
CIDADE..... TELEFONE: DDD (.....) .....

---

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

##### 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

“A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO ALIADA NA DETECÇÃO DE SINAIS DE RISCO PARA ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM: ENCAMINHAMENTO E INTERVENÇÃO PRECOCE”

##### 2. PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS

- CAMILA BOLIVAR VIEIRA SOUSA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CRFa 2 - 18263  
CARGO/ FUNÇÃO: DOUTORANDA EM FONOAUDIOLOGIA  
UNIDADE DA FMUSP: DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL
- Profa. Dra. DANIELA REGINA MOLINI-AVEJONAS  
CARGO/FUNÇÃO: Docente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CRFa 2 – 8840  
UNIDADE DA FMUSP: DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

##### 3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X)                      RISCO MÉDIO ( )  
RISCO BAIXO ( )                        RISCO MAIOR ( )

##### 4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 ANOS

---

## **ESCLARECIMENTO**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar a Estratégia Saúde da Família enquanto aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem. Busca, portanto, o encaminhamento e intervenção precoce com estas crianças, a partir do compartilhamento de estratégias de estimulação da linguagem e instrumentalização dos profissionais de saúde quanto a protocolos que identifiquem quem são estas crianças que merecem esta atenção especial.

Além disso, pretendemos verificar se o programa proposta foi uma estratégia válida e como acontecerá o caminho destas crianças dentro da rede de saúde, bem como, como será a evolução dos casos.

Para isso, os profissionais serão submetidos a um programa de educação permanente, composto por três encontros em grupo, com duração prevista de 1h- 1h30 cada, visando a educação em saúde na área do desenvolvimento da linguagem infantil, incluindo os marcos do desenvolvimento, identificação de fatores de risco e o uso dos protocolos: PIFRAL – “Protocolo para identificação de fatores de risco para a alteração de linguagem e fala” (Silva; Couto; Molini-Avejonas, 2013) e Protocolo de Desenvolvimento de Linguagem (Molini-Avejonas; Fernandes, 2017).

Após tais encontros, me colocarei a disposição da Equipe de Saúde da família para continuarmos discutindo os casos e possíveis encaminhamentos, enquanto os profissionais implementam a utilização dos protocolos discutidos e compartilham as orientações discutidas nas situações de grupo com as famílias de seus territórios.

Serão aplicados também dois questionários de satisfação um imediatamente após os grupos de educação em saúde e outro, um ano depois, visando identificar o aproveitamento do programa proposto e verificar possíveis melhorias para próximas oportunidades.

A pesquisa busca melhorar a agilidade no encaminhamento e intervenção nas alterações da linguagem na infância, além de promover momentos de troca e compartilhamento de saberes com a equipe de Saúde da Família.

O único desconforto possível (risco mínimo) poderá ser o cansaço em participar dos grupos (embora ocorrerão dentro da carga horária normal de serviço) e o acréscimo de protocolos nas rotinas de atendimentos, embora sejam protocolos fáceis de usar e não se tenha uma meta de aplicação mínima, mas sim, de acordo com a disponibilidade.

Por meio de sua participação, os resultados desta pesquisa poderão levar a melhorias na formulação de políticas públicas no âmbito da Promoção da Saúde na área da linguagem.

A qualquer momento você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Camila Bolivar Vieira Sousa, que pode ser encontrada todos os dias úteis na Incantare – Clínica Interdisciplinar localizada na Rua Visconde de Abaeté, 200, Jd. Sumaré; telefone 16-98182-2345.

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Av. Dr. Arnaldo, 455 – 1º andar – CEP 01246-903, tel. 30618004, CNPJ: 63.025.530/0018-52.

É garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento, assim como a desistência em relação à participação no estudo. É garantido a todos os participantes o direito de confidencialidade, uma vez que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes e não serão divulgados dados de identificação.

É garantido também o seu direito em relação ao conhecimento dos resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Fica aqui explicitado o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

### **CONSENTIMENTO**

Acredito ter sido suficientemente informada por meio do que li e do que me foi dito sobre o estudo “A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO ALIADA NA DETECÇÃO DE SINAIS DE RISCO PARA ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM: ENCAMINHAMENTO E INTERVENÇÃO PRECOCE”, decidindo participar deste estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a possibilidade de algum desconforto, porém, a ausência de riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso às orientações fonoaudiológica necessárias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

-----  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **PARA O RESPONSÁVEL PELO PROJETO:**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante e de seu representante legal para a participação neste estudo.

-----  
Assinatura do responsável pelo estudo

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ANEXO 4 - Material visual do Programa de Educação permanente sobre Linguagem Infantil para profissionais das Unidades de Saúde da Família**

24/10/2019

The slide cover features a green and white wavy header. On the left is the logo for FONOAUDIOLOGIA FMUSP. On the right is the logo for Saúde da Família. The main title is centered: 'EDUCAÇÃO PERMANENTE - ENCONTRO 1' in blue, 'FONOAUDIOLOGIA' in red, and 'LINGUAGEM INFANTIL E SAÚDE DA FAMÍLIA' in green. Below the title is a small illustration of a family (mother, father, and child). At the bottom left, it says 'Ega. Ms. Camila Bolivar Vieira Sousa'. At the bottom center, it says '2019'.

1

The slide is titled 'Desenvolvimento da Linguagem' in red. On the left, a pink box contains the text 'DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM' with an arrow pointing to a central box. Below this box is a small image of a baby's face. The central box is titled 'Fatores determinantes:' and lists several factors. To the right of this box is a vertical thermometer graphic with a green bulb and a red top. To the right of the thermometer is another box listing additional factors. At the bottom, there is a small line of text: 'Vygotky, 1989; Tomasello, 2005 - 2007; Bentzen, 2012'.

**DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

**Fatores determinantes:**

- ritmo de desenvolvimento
- estimulação adequada
- exposição ao meio
- hereditariedade
- condições emocionais
- doenças, infecções

➤ Constituição e funcionamento do sistema nervoso

➤ Inteligência

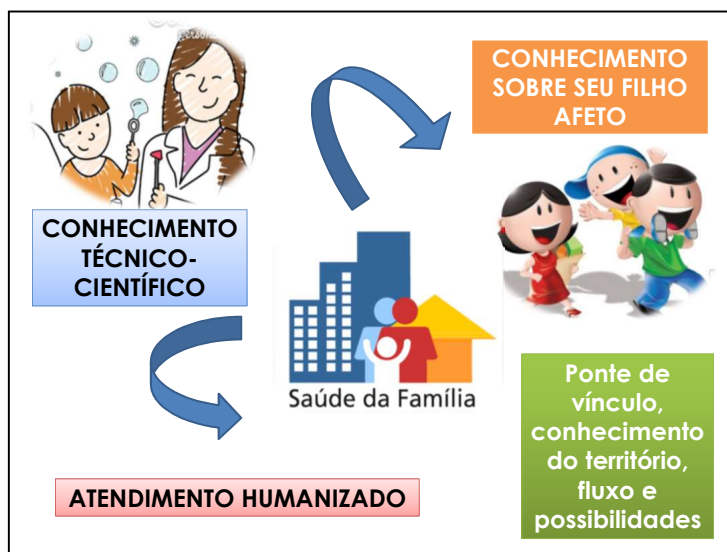
➤ Atenção, memória

➤ Aspectos ambientais, emocionais e sociais

Vygotky, 1989; Tomasello, 2005 - 2007; Bentzen, 2012

2

1



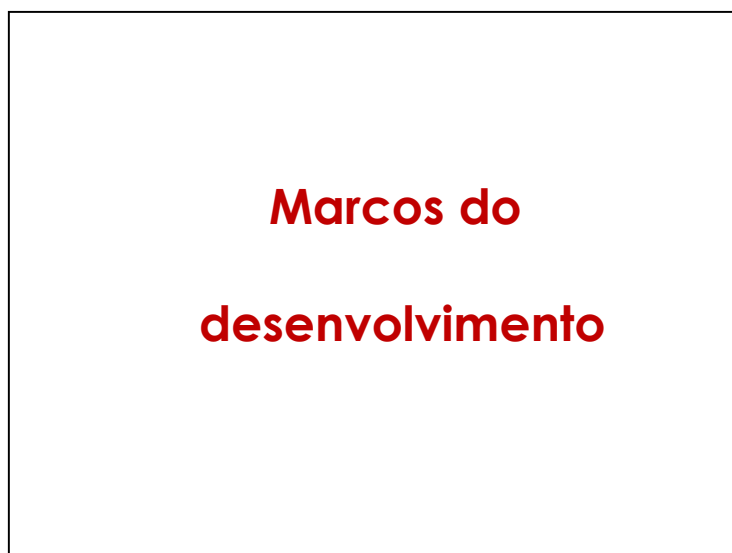
3



4



5



6


3

**Bebê  
0-3 meses**

**• Choro como principal forma de comunicação**

• Reflexos presentes (avaliação pediátrica – puericultura)

- Preensão palmar
- Procura
- Moro
- Gallant
- Apoio
- Marcha automática



**• Atenção visual e ao som**

**• Assusta-se com sons fortes**

**• Reflexo cócleo-palpebral**


**• Sucção nutritiva**

**• A partir dos 2m: Começa a fazer sons com a boca por prazer**

**• 2-3m: Sorriso social**

7

**Até 5 meses...**



- Olha nos olhos, localiza sons
- Sorri em resposta
- Produz vocalizações intencionais
- Responde a mudanças de entonação
- Vocaliza com alegria x desprazer
- Vocaliza para chamar atenção
- Brinca com as mãos, olha para brinquedos sonoros
- Eleva a cabeça
- Começa a conseguir apoiar as perninhas
- Acalma-se com a voz da mãe

8



## 6-8º mês



- Distingue estranhos
- Interesse pela alimentação
- Tenta alcançar brinquedos
- Brinca, solta, transfere, põe na boca, bate
- Balbucio por sílabas isoladas
- Presta atenção
- Jogos cadê-achou/ palminhas
- Aceita alimento pastoso
- Senta

9

## 9- 11 meses



- Curiosidade pelo ambiente
- Exploração diversificada dos objetos
- Brinca com dois objetos ao mesmo tempo
- Início de permanência do objeto
- Balbucios mais longos e começando a ser direcionado para palavra
- Reconhece familiares e nomes comuns
- Atende ao chamado pelo nome
- Inicia o compartilhamento de atenção
- Morde e mastiga com os dentinhos que tem
- Engatinha

10

## 1 ano a 1 ano e meio



- Começa a brincar com outros
- Consegue mostrar o que quer sem chorar
- Compreende ordens "cadê", "me dá"
- Mostra partes do corpo
- Usa gestos
- Primeiras palavras, começa a tentar imitar palavras
- Gosta de figuras, coloca objetos em potes
- Come com as mãos, bebe no copo
- Começa a andar, levanta e abaixa

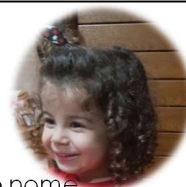
11

## 1 ano e meio – 2 anos

- Demonstra afeto/ ciúmes
- Testa limites (entende proibição)/ birra
- Imita ações, inicia ações simbólicas na brincadeira: boneca/ carrinho
- Busca independência nas AVDs
- Empilha
- Gestos de músicas
- Corre, chuta/ lança bola, sobe escada
- Nomeia: objetos, pessoas, animais
- Segue ordens simples
- Fala enquanto brinca, faz onomatopéias
- Começa a juntar 2 palavras para frases
- Chama-se pelo nome ou neném/ bebê
- Come comida sólida

12

## 3 anos



- Nomeia amigos, chama familiares pelo nome
- Nomeia a maioria das coisas
- Usa frases de 2-3 palavras ao menos, para comentar, perguntar, pedir
- Começa a cantar mais
- Fala entendida pelos familiares
- Compreende ordens não relacionadas
- Pula, escala, brinca de jogos simples e brinquedos
- Come sozinha, mastiga
- Põe meias, tira sapatos, ajuda a vestir-se, desfralde

13

## 4 anos



- Brinca bem com outras crianças
- Se comunica por diversificadas frases
- Descreve procedimentos
- Responde a perguntas do tipo por que? Como?
- Conta sobre o passado, antecipa sobre o futuro
- Fala inteligível, dificuldade apenas com R, L, S em final de sílaba...
- Atende de outro cômodo
- Ajuda em tarefas domésticas simples

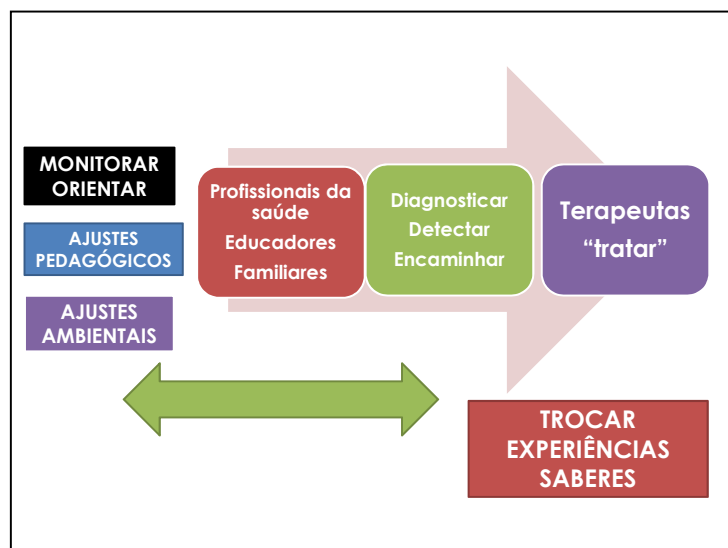
14

## 5 anos



- Só não fala os encontros consonantais e R/S em finais de sílaba
- Comunica-se de forma clara com crianças e adultos
- Frases detalhadas, concordância, plural
- Conta histórias com mais detalhes
- É curiosa, pergunta o "por que"
- Fala de coisas ausentes, evoca fatos
- Conhece letras, números, formas, nome, desenha
- Ouve e compreende o que é dito
- Se veste, come sozinho, escolhe

15



16

**Obrigada pela participação!**



[camilabolivar1@gmail.com](mailto:camilabolivar1@gmail.com)/ (16) 98182-2345

FONOAUDIOLOGIA  
FMUSP

Saúde da Família

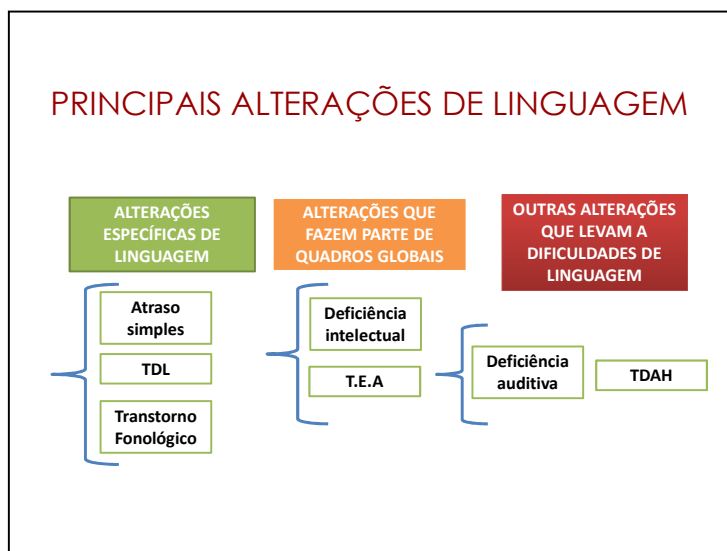
**EDUCAÇÃO PERMANENTE – ENCONTRO 2**  
**FONOAUDIOLOGIA**  
**LINGUAGEM INFANTIL E SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fga. Ms. Camila Bolivar Vieira Sousa

2019

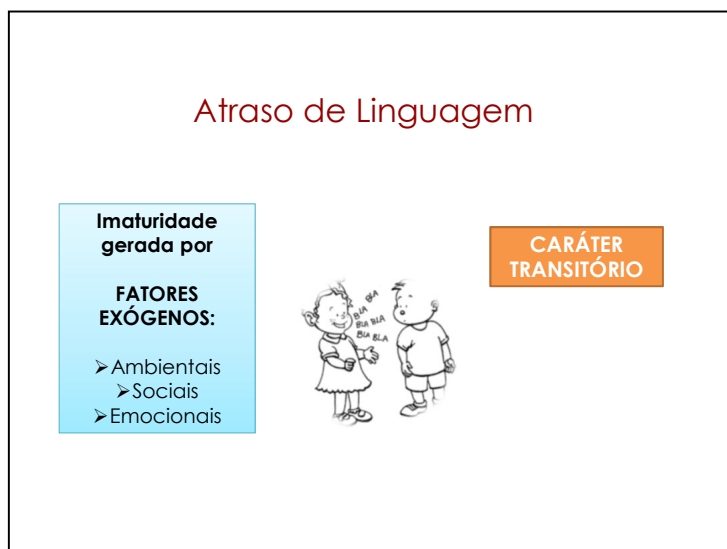


1

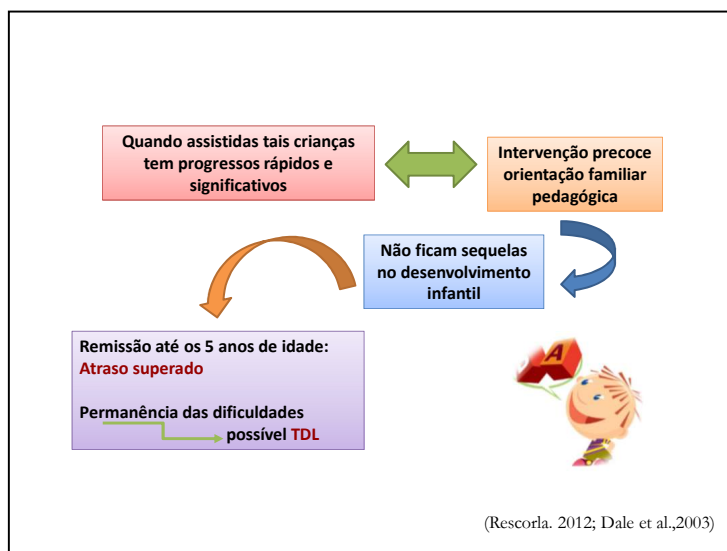


2

1



3



4

## TDL: Transtorno do desenvolvimento da Linguagem



- São problemas mais graves
- Provavelmente vão acompanhar o indivíduo por toda sua vida

 **dificuldades escolares, sociais, comportamentais e de adaptação.**

5

## TDL – Transtorno do desenvolvimento da Linguagem

<b>FATOR GENÉTICO + FATOR AMBIENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Padrão atípico de desenvolvimento</li><li>• 7% das crianças com 5 anos</li></ul>
<b>HEREDIATARIEDADE</b>	O diagnóstico é feito principalmente por <b>exclusão:</b>
<b>MARCADOR BIOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de perda auditiva</li><li>• Ausência de deficiência intelectual</li><li>• Ausência de TGDs, síndromes, lesões neurológicas</li></ul>
	<b>+ Baixo resultado nos testes formais e padronizados de linguagem</b> (fonologia, semântica, pragmática, sintaxe...)
	Pode co-ocorrer com TDAH/ apraxia de fala

6



## Transtorno Fonológico

Dislalia, distúrbio articulatorio, atraso de fala, distúrbio fonológico...



(Wertzner, 2012)

7

## Transtorno Fonológico


- Alteração no uso do sistema fonológico (de fala)
- **Desorganização** do sistema de sons
- **Substituições e/ou omissões** de sons na fala
- Inteligibilidade fala varia de acordo com a gravidade da alteração
- Alterações na FALA - **sistemáticas**

**Ausência de outros comprometimentos**

8

## Linguagem na deficiência intelectual

Alterações **orgânicas** podendo ou não estar associadas a quadros sindrômicos, resultado, quase sempre, de **uma alteração no desempenho cerebral**, provocada por fatores **genéticos**, distúrbios na **gestação**, problemas no **parto** ou na vida após o nascimento.



Funcionamento intelectual abaixo da média - QI abaixo de 70

9

Em geral, na comunicação verifica-se as seguintes dificuldades...

- Capacidade de formar **conceitos**
- Complexidades, abstrações
- Aspectos **formais** da linguagem
- Organização Lógico-temporal / Relações casuais
- **Perseveração temática** ou mudança brusca de assunto
- **Padrões verbais repetitivos** (ecolalia / clichês)

A aquisição da linguagem tende a seguir o desenvolvimento normal, porém, com uma **defasagem** que pode ser **significativa**.

HABILIDADES  
INTERATIVAS  
SOCIAIS




10

5

## Alteração de Linguagem dentro do TEA

DSM V (2013) – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO - (leve, moderado, severo)

- ✓ Marcante lesão da **comunicação** e interação social
- ✓ Comportamentos repetitivos e restritos




11



12

## Alteração de Linguagem no TEA



- ✓ Desenvolvimento de linguagem **atípico**
  - ✓ Atraso ou ausência de fala (30% serão NV)
- ✓ Baixa **responsividade** as outras pessoas
- ✓ **Atenção compartilhada** inadequada
- ✓ Quando verbal: Dificuldades discursivas
- ✓ Alteração no uso do **espaço, meio e funções** comunicativas
- ✓ **Peculiaridades sociais**: contato visual, expressão facial, postura corporal
- ✓ Dificuldades nas **relações interpessoais**: isolamento, uso instrumental do outro, regras sociais.

13

- Baixo contato ocular
- Foco maior em objetos que pessoas
  - Atraso de linguagem
- Primeiras palavras diferentes
  - Comunicação atípica
- Poucas expressões faciais
- Baixo compartilhamento
  - Interesses repetitivos



14

## Alteração no desenvolvimento da Linguagem devido a quadro de deficiência auditiva



*"a audição é o principal sentido pelo qual se desenvolve a comunicação e interação linguística"*

22ª semana de gestação: cóclea funcional

- + PRECOCE E SEVERA A PERDA    + IMPACTO LGG
- + PRECOCE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO  
  + IMPACTO LGG

(Moore e Jeffery, 1994)

15

## Perda auditiva congênita

- ✓ Ausência ou parada dos balbucios e das vocalizações até 12 meses de idade
- ✓ Atraso no aparecimento da primeira palavra (12m)
- ✓ Não uso do processo de imitação verbal (18m)
- ✓ Não aparecimento de frases simples (18-24m)



16

## Alteração de Linguagem devido a TDAH

Transtorno neuropsiquiátrico bastante comum na infância, observado principalmente nas idades pré-escolar e escolar (5%).

- Origem genética
- Fator hereditário

**Desatenção:** problema cognitivo  
**Hiperatividade:** problema motor  
**Impulsividade:** problema comportamental



17

## DISCO

### COMO SUA CRIANÇA FALA E OUVI

**4 - 5 Anos**

**OUVINDO E COMPREENDENDO**

Quando ouvimos, o cérebro recebe e interpreta o som. Depois disso, o cérebro manda uma mensagem para o corpo para responder ao som.

**CONSELHOS SOBRE A COMUNICAÇÃO**

- Ligar a criança para fazer um jogo de palavras.
- Ler e contar histórias para ela.
- Conversar com ela sobre o que ela está fazendo.
- Usar palavras simples e curtas.
- Usar palavras que ela já conhece.
- Usar palavras que ela não conhece.

**QUANDO OBTIVER AJUDA**

Se você acha que a criança pode ter problemas de fala, linguagem ou audição, consulte um fonoaudiólogo.

De a preferência que a criança ouça música no ambiente de fala, linguagem, audição, adaptação e voz. Sua voz pode ajudar a criança a aprender a falar, ouvir e se comunicar.

**MEDICINA FONODIDLOGIA**

### COMO SUA CRIANÇA FALA E OUVI

**6 - 8 Anos**

**LEITURA**

Quando ouvimos, o cérebro recebe e interpreta o som. Depois disso, o cérebro manda uma mensagem para o corpo para responder ao som.

**CONSELHOS SOBRE A COMUNICAÇÃO**

- Falar mais devagar e com clareza.
- Dar tempo para a criança responder.
- Usar palavras simples e curtas.
- Usar palavras que ela já conhece.
- Usar palavras que ela não conhece.

**QUANDO OBTIVER AJUDA**

Se você acha que a criança pode ter problemas de fala, linguagem ou audição, consulte um fonoaudiólogo.

De a preferência que a criança ouça música no ambiente de fala, linguagem, audição, adaptação e voz. Sua voz pode ajudar a criança a aprender a falar, ouvir e se comunicar.

**FAPESP**

18

## 2-3 anos

- ✓ Entende diferenças de significado ("para-vai", "dentro-fora", "grande-pequeno", "em cima-embaixo") ( )
- ✓ Atende a pedidos em sequencia ("pega o livro e coloca na mesa")
- ✓ Tem uma palavra (nome) para quase todas as coisas
- ✓ Usa frases de 2-3 palavras para falar e perguntar sobre as coisas ( )
- ✓ A fala é entendida pelos familiares na maioria das vezes ( )
- ✓ Frequentemente chama a atenção para objetos, nomeando-os. ( )

19

## 3-4 anos

- ✓ Atende quando você fala de outro cômodo. ( )
- ✓ Escuta a televisão ou rádio no mesmo volume que os outros membros da família.( )
- ✓ Responde a questões simples: "o quê?", "onde?", "porque?" ( )
- ✓ Fala sobre atividades na escola ou na casa de amigos. ( )
- ✓ Pessoas fora da família geralmente entendem a fala da criança. ( )
- ✓ Usa frases com quatro palavras ou mais. ( )
- ✓ Geralmente fala com facilidade, sem repetir sílabas ou palavras. ( )
- ✓ Produz os sons: p, b, t, k, g, f, v, s, z, ch, j, l, m, n, nh. ( )

20

### 4-5 anos

- ✓ Presta atenção em histórias curtas e responde a questões simples a respeito delas. ( )
- ✓ Ouve e compreende o que é dito em casa e na escola. ( )
- ✓ Só não fala os grupos consonantais com L e R (ex. globo e prato) e R e S em final de sílaba (Ex. poRta e paSta) ( )
- ✓ Comunica-se facilmente com outras crianças e adultos. ( )
- ✓ O som da voz é tão claro como das outras crianças. ( )
- ✓ Usa frases detalhadas com plural, verbos (ações) e adjetivos (qualidades/ descrição de objetos e pessoas). ( )
- ✓ Conta histórias mantendo o tem. ( )
- ✓ Nomeia algumas letras e números. ( )

21

**Nota de corte:** Mais de 4 respostas negativas

Conduta:

Encaminhamento ( ) para: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

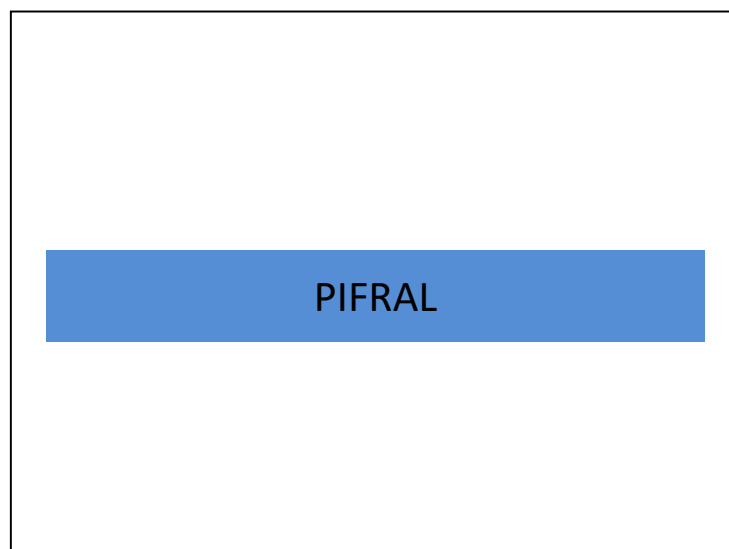
Não precisou: ( ) - Orientações ( ) \_\_\_\_\_

Resposta do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

22





23

**PROTOCOLO DE FATORES RISCO PARA ALTERAÇÃO DE FALA E LINGUAGEM**

*Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolivar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas*

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Parentesco mãe, pai, avó, avô, tia, tio): \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data atual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_  
Profissional (aplicador): \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

1. Idade (anos): \_\_\_\_\_  
2. Gênero: masculino (  ) feminino (  ) \_\_\_\_\_  
3. Raça: branca (  ) negra (  ) amarela (  ) parda (  ) outra (  ) Qual? \_\_\_\_\_  
4. Existe queixa fonoaudiológica (fala, audição, músculos do rosto, voz) para a criança?  
não (  ) sim (  ) Qual? \_\_\_\_\_  
5. Idade de aparecimento da queixa fonoaudiológica: \_\_\_\_\_  
6. Existem casos de familiares com a mesma dificuldade ou outras alterações auditivas ou comunicativas? não (  ) sim (  ) Quais? \_\_\_\_\_

24

7. Escolaridade da criança:	
8. Escolaridade da mãe:	Escolaridade do pai:
9. Profissão da mãe:	Profissão do pai:
10. Número de Irmãos:	
11. Idade dos irmãos:	
12. A criança possui irmão (a) gêmeo (a)? sim ( ) não ( )	
13. Idade da mãe:	Idade do pai:
14. Idade da mãe ao nascimento da criança:	
15. Fala outra língua além do Português em casa? não ( ) sim ( )	
16. Tempo que os pais passam com os filhos (brincando, estudando, conversando) por dia: meia hora ( ) 1 hora ( ) 2 a 4 horas ( ) 6 a 8 horas ( ) 9 a 12 horas ( )	
17. Temperamento dos pais: Depressivo ( ) nervoso ( ) calmo ( ) afetivo ( )	

25

18. Temperamento da criança: Tímido ( ) agressivo ( ) afetivo ( ) difícil ( )	
19. Você considera seu bairro perigoso? sim ( ) não ( )	
20. Qual a renda mensal da família? R\$	
21. A mãe apresentou intercorrências pré-natais (queda, doença)? não ( ) sim ( ) Qual?	
22. A mãe utilizou drogas, medicamentos, álcool ou fumo durante a gravidez? não ( ) sim ( ) Quais?	
23. A criança nasceu prematura e/ou com baixo peso? sim ( ) não ( )	
24. A nota do Apgar foi menor que 4 no primeiro minuto e menor que 6 aos 5 minutos de vida? <i>(se dúvida, Ver caderneta de saúde da criança)</i> sim ( ) não ( )	

26

25. Quais as condições de saúde da criança? boa ( ) média ( ) ruim ( )  
Apresenta alguma doença diagnosticada? não ( ) sim ( ) Qual?

---

26.A criança já precisou ficar internada? não ( ) sim ( ) Por quanto tempo?

---

27.Já fez teste auditivo? não ( ) sim ( ) Apresenta dificuldade para ouvir? não ( ) sim ( )

---

28.A criança apresenta dificuldades para se alimentar ou problemas nos músculos do rosto? não ( ) sim ( )

---

29. A criança apresenta já usou ou usa mamadeira ou chupeta? Já chupou ou chupa o dedo? não ( ) sim ( ) Por quanto tempo?

---

30.A criança já presenciou ou sofreu algum tipo de violência? (assalto, brigas, desaparecimento de familiares, abuso, negligência etc.) não ( ) sim ( ) Qual?

27

**Obrigada pela participação!**



[camilabolivar1@gmail.com](mailto:camilabolivar1@gmail.com) / (16) 98182-2345

28

FONOAUDIOLOGIA  
FMUSP



Saúde da Família

**EDUCAÇÃO PERMANENTE – ENCONTRO 3**  
**FONOAUDIOLOGIA**  
**LINGUAGEM INFANTIL E SAÚDE DA FAMÍLIA**




Ega. Ms. Camila Bolivar Vieira Sousa

2019

1

**Qual a melhor forma de incentivar  
o desenvolvimento da linguagem  
das crianças?**



2

1



3



4

2

✓ Deixe-se conduzir pela criança  
 ✓ Dê espaço para a criança se comunicar  
 ✓ Desacelere...  
 ✓ Desperte o interesse da criança

É mais fácil se comunicar quando há um foco de interesse comum...

Trocar o NÃO pelo SIM:  
Dizer o que a criança pode fazer

Estratégias de autorregulação

Module comportamentos, ensine como a criança pode demonstrar o "não querer"

Balestro e Fernandes, 2017

5

- Identificar o **meio de comunicação** que a criança utiliza:
  - Vocalizações, gestos, fala ou sistema de comunicação alternativa
  - Valorizar o meio utilizado, porém, propor também outras formas de expressão
  - Ex. choro x não
- **Demanda** para linguagem
  - oportunidade, interlocutor disponível, contexto, interesse, forma



6

3

## E na dúvida, e os atrasos?

- Significar ações, nomear
- Contato visual, conversa simétrica
- Falar corretamente
- Afetividade x diminutivos
- Repetições
- Situações de demanda
- Reformule frases invertidas
- Nunca corrija, modele
- Contar histórias com figuras, cantigas, rimas
- Acima de 2 anos, incentivar diálogo



7

## Sobre o ambiente:

- Organização do ambiente
- Regras x Educação afetiva
- Combinados
- Horários/ Rotina
- Hábitos orais prolongados
- Forma da alimentação



8

*“Todas as pessoas grandes foram um dia crianças”*

*“O essencial é invisível aos olhos”*

O pequeno Príncipe



[camilabolivar1@gmail.com](mailto:camilabolivar1@gmail.com) -  
16 - 98182-2345

**Obrigada!**

9



## ANEXO 5 - Questionário de Satisfação

QUESTIONARIO - PESQUISA - A estratégia saúde da família enquanto aliada na detecção de sinais de risco para alteração de linguagem: encaminhamento e intervenção precoce  
Doutoranda: Camila Bolivar Vieira Sousa  
Satisfação sobre o grupo de pais

Este é um questionário anônimo composto por 10 questões.

Por favor, responda a esta enquete de forma sincera, levando em conta sua experiência com os três grupos dos quais participou.

Considere 1 estrela para a pior avaliação e 5 para a melhor avaliação sobre cada quesito:

1. Quão importante você considera a realização de atividades na área da fonoaudiologia envolvendo os profissionais da saúde da família?



2. Qual a relevância dos temas trazidos para discussão?



3. O que você achou do tempo destinado para cada encontro?



4. Quão organizados foram os encontros (pontualidade, mediação, material disponibilizado)?



5. Suas dúvidas foram respondidas de forma satisfatória?



6. Quão interessante foi trocar experiências com a profissional e poder compartilhar sobre as famílias e territórios onde atua?



7. Emocionalmente falando, foi desgastante, estressante ou cansativo participar destes encontros?  
Considere 5 estrelas para "nada desgastante", 4 estrelas para "um pouco", 3 para "razoavelmente", 2 para "muito" e 1 estrela para "totalmente".



8. Quão importante você considera o papel do Fonoaudiólogo enquanto parceiro no compartilhamento de informações e orientações acerca da linguagem infantil?



9. Esse tipo de programa auxilia com relação ao seu trabalho?



10. Deixe seus comentários, críticas ou sugestões para as próximas oportunidades:

## ANEXO 6 - Protocolo de fatores de risco para alteração de fala e linguagem

### PROTOCOLO DE FATORES RISCO PARA ALTERAÇÃO DE FALA E LINGUAGEM

*Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolivar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas*

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Parentesco mãe, pai, avó, avô, tia, tio): \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_  
Profissional (aplicador): \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

1. Idade (anos): \_\_\_\_\_
2. Gênero: masculino (  ) feminino (  ) \_\_\_\_\_
3. Raça: branca (  ) negra (  ) amarela (  ) parda (  ) outra (  ) Qual? \_\_\_\_\_
4. Existe queixa fonoaudiológica (fala, audição, músculos do rosto, voz) para a criança?  
não (  ) sim (  ) Qual? \_\_\_\_\_
5. Idade de aparecimento da queixa fonoaudiológica: \_\_\_\_\_
6. Existem casos de familiares com a mesma dificuldade ou outras alterações auditivas  
ou comunicativas? não (  ) sim (  ) Quais?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Escolaridade da criança: \_\_\_\_\_
8. Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_ Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_
9. Profissão da mãe: \_\_\_\_\_ Profissão do pai: \_\_\_\_\_
10. Número de Irmãos: \_\_\_\_\_
11. Idade dos irmãos: \_\_\_\_\_
12. A criança possui irmão (a) gêmeo (a)? sim (  ) não (  ) \_\_\_\_\_
13. Idade da mãe: \_\_\_\_\_ Idade do pai: \_\_\_\_\_
14. Idade da mãe ao nascimento da criança: \_\_\_\_\_
15. Fala outra língua além do Português em casa? não (  ) sim (  ) \_\_\_\_\_
16. Tempo que os pais passam com os filhos (brincando, estudando, conversando) por dia:  
meia hora (  ) 1 hora (  ) 2 a 4 horas (  ) 6 a 8 horas (  ) 9 a 12 horas (  ) \_\_\_\_\_
17. Temperamento dos pais: Depressivo (  ) nervoso (  ) calmo (  ) afetivo(  ) \_\_\_\_\_

18. Temperamento da criança: Tímido ( ) agressivo ( ) afetivo ( ) difícil ( )

---

19. Você considera seu bairro perigoso? sim ( ) não ( )

---

20. Qual a renda mensal da família? R\$

---

21. A mãe apresentou intercorrências pré-natais (queda, doença)? não ( ) sim ( )

Qual?

---

22. A mãe utilizou drogas, medicamentos, álcool ou fumo durante a gravidez?

não ( ) sim ( ) Quais?

---

23. A criança nasceu prematura e/ou com baixo peso? sim ( ) não ( )

---

24. A nota do Apgar foi menor que 4 no primeiro minuto e menor que 6 aos 5 minutos de vida? *(se dúvida, Ver caderneta de saúde da criança)*

sim ( ) não ( )

25. Quais as condições de saúde da criança? boa ( ) média ( ) ruim ( )

Apresenta alguma doença diagnosticada? não ( ) sim ( ) Qual?

---

26. A criança já precisou ficar internada? não ( ) sim ( ) Por quanto tempo?

---

27. Já fez teste auditivo? não ( ) sim ( ) Apresenta dificuldade para ouvir? não ( ) sim ( )

---

28. A criança apresenta dificuldades para se alimentar ou problemas nos músculos do rosto? não ( ) sim ( )

29. A criança apresenta já usou ou usa mamadeira ou chupeta? Já chupou ou chupa o dedo? não ( ) sim ( ) Por quanto tempo?

---

30. A criança já presenciou ou sofreu algum tipo de violência? (assalto, brigas, desaparecimento de familiares, abuso, negligência etc.) não ( ) sim ( ) Qual?

---

## ANEXO 7 - Protocolo de Desenvolvimento da Linguagem (Disco Giratório)

(Baseado em Molini-Avejonas, 2017)

### Como sua criança fala e ouve? 1-2 anos

Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolívar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas - DISCO

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

#### Marque um X nas alternativas que seu filho faz:

- ✓ Aponta algumas partes do corpo quando pedido ( )
- ✓ Segue ordens simples e entende questões simples ("joga a bola", "dá um beijo no neném", "cadê o sapato") ( )
- ✓ Presta atenção a histórias simples, canções e versinhos ( )
- ✓ Aponta figuras em um livro quando elas são nomeadas ( )
- ✓ Fala mais palavras a cada mês ( )
- ✓ Faz perguntas com uma ou duas palavras ("cadê papai?", "cabô?", "que isso?" ( )
- ✓ Junta duas palavras ("mais bala", "suco não", "bola neném") ( )
- ✓ Usa diferentes sons consonantais em início de palavras ( )

#### Nota de corte: Mais da metade de respostas negativas

##### Conduta:

Encaminhamento ( ) para: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Não precisou: ( ) - Orientações ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resposta do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## Como sua criança fala e ouve? 2-3 anos

Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolivar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas - DISCO

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

### Marque um X nas alternativas que seu filho faz:

- ✓ Entende diferenças de significado ("para-vai", "dentro-fora", "grande-pequeno", "em cima-embaixo") ( )
- ✓ Atende a pedidos em sequencia ("pega o livro e coloca na mesa") ( )
- ✓ Tem uma palavra (nome) para quase todas as coisas
- ✓ Usa frases de 2-3 palavras para falar e perguntar sobre as coisas ( )
- ✓ A fala é entendida pelos familiares na maioria das vezes ( )
- ✓ Frequentemente chama a atenção para objetos, nomeando-os. ( )

### Nota de corte: Mais da metade de respostas negativas

#### Conduta:

Encaminhamento ( ) para: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Não precisou: ( ) - Orientações ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resposta do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### Como sua criança fala e ouve? 3-4 anos

Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolívar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas - DISCO

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

#### Marque um X nas alternativas que seu filho faz:

- ✓ Atende quando você fala de outro cômodo. ( )
- ✓ Escuta a televisão ou rádio no mesmo volume que os outros membros da família. ( )
- ✓ Responde a questões simples: "o quê?", "onde?", "porque?" ( )
- ✓ Fala sobre atividades na escola ou na casa de amigos. ( )
- ✓ Pessoas fora da família geralmente entendem a fala da criança. ( )
- ✓ Usa frases com quatro palavras ou mais. ( )
- ✓ Geralmente fala com facilidade, sem repetir sílabas ou palavras. ( )
- ✓ Produz os sons: p, b, t, k, g, f, v, s, z, ch, j, l, m, n, nh. ( )

#### Nota de corte: Mais da metade de respostas negativas

##### Conduta:

Encaminhamento ( ) para: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Não precisou: ( ) - Orientações ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resposta do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### Como sua criança fala e ouve? 4-5 anos

Projeto de doutorado – Fga. Camila Bolivar/ Prof. Daniela Molini-Avejonas - DISCO

Nome da criança/ responsável: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento (criança): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Família: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

#### Marque um X nas alternativas que seu filho faz:

- ✓ Presta atenção em histórias curtas e responde a questões simples a respeito delas. ( )
- ✓ Ouve e compreende o que é dito em casa e na escola. ( )
- ✓ Só não fala os grupos consonantais com L e R (ex. globo e prato) e R e S em final de sílaba (Ex. poRta e paSta)
- ✓ Comunica-se facilmente com outras crianças e adultos. ( )
- ✓ O som da voz é tão claro como das outras crianças. ( )
- ✓ Usa frases detalhadas com plural, verbos (ações) e adjetivos (qualidades/ descrição de objetos e pessoas). ( )
- ✓ Conta histórias mantendo o tem. ( )
- ✓ Nomeia algumas letras e números. ( )

#### Nota de corte: Mais da metade de respostas negativas

##### Conduta:

Encaminhamento ( ) para: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Não precisou: ( ) - Orientações ( ) \_\_\_\_\_

Resposta do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



# Guia familiar para estimulação da linguagem infantil



**Camila Bolivar Vieira Sousa**



Olá!

Esse guia foi elaborado para ajudar pais e familiares no desenvolvimento da linguagem (expressão e compreensão) de seu filho(a).

Aqui você vai encontrar dicas e orientações para que esse processo aconteça como deve ser: de maneira leve e divertida. A participação da família é fundamental para o desenvolvimento da linguagem da criança, especialmente quando há atraso de linguagem, pois nesse caso será necessário que essa criança seja estimulada de forma mais intensa e organizada.

As orientações estão divididas em cinco seções, seguidas por algumas recomendações gerais para pais e familiares. Guarde esse material e conte sempre com os profissionais que atendem seu filho para dúvidas específicas.

Boa leitura!



## Índice

1. Como falar para estimular melhor.....	4
2. Como responder para estimular melhor.....	6
3. Como criar oportunidades de fala.....	8
4. Comunicação e rotina.....	9
5. Brincadeiras e atividades para melhor estímulo.....	11
6. Alguns cuidados e dicas.....	13
7. Créditos e referências do material.....	16



## Como falar para estimular melhor

Falar amorosamente com seu filho é natural e instintivo! No entanto, algumas dicas na nossa forma de falar com os pequenos são bem vindas para auxiliar no desenvolvimento da linguagem:



- Use gestos apenas para situações em que se é comum se expressar através deles (dar oi, tchau, apontar). Em outras situações, busque sempre usar a sua fala.
- Converse com sua criança sobre diversos assuntos. Fale com carinho, mas pronunciando de forma correta (exemplo: mamadeira, ao invés de "tetê").
- Evite falar no diminutivo (comidinha, mãozinha, roupinha, etc). Esse modo torna as palavras maiores e mais parecidas umas com as outras.

## Como falar para estimular melhor



- Olhe nos olhos da criança quando se comunicar. Procure sempre abaixar-se para estar com o seu rosto na mesma altura dela, de forma clara, sonora e calma.
- Fale sem pressa, variando o tom e volume da sua voz conforme a situação. Use frases simples, diretas e curtas, destacando as palavras mais importantes daquela conversa.
- Fale com a criança mesmo quando parece que ela não está entendendo.
- Chame a sua atenção para que ela lhe ouça (chame-a pelo nome, toque-a).
- Mostre os gestos (dar tchau, jogar beijos, sacudir a cabeça para expressar sim ou não) e incentive-a a imitar, sempre explicando qual é o propósito daquele gesto e o associando com a palavra falada.

## Como responder para estimular melhor

Também podemos ampliar as possibilidades de comunicação das crianças pela forma de responder às suas falas e iniciativas. Embora muitas vezes consigamos entender bem as crianças sem que elas precisem expressar tanto, devemos estimular para que se comuniquem de forma rica, que permita uma boa interação social.

Quando seu filho se comunicar apenas com gestos, evite atender de imediato, para que ele sinta necessidade de usar também a fala.

- Tente não adivinhar ou atender o que a criança quer antes mesmo dela ter iniciativa de pedir: dê chances para que ele expresse o que ela quer ou precisa.

Se a criança falar errado, nunca corrija ou repreenda. Ao invés, repita, falando da forma correta. Exemplo: "- Olha mãe, cacaco". – "Que lindo filho, o macaco né?"



Dê tempo para a criança se comunicar, espere sua vez, sem pressa ou ansiedade.

Depois que você falar, espere pela resposta com paciência e tranquilidade.

## Como responder para estimular melhor

- Quando seu filho falar correta e claramente, “faça festa”, mostre que entendeu e atenda ao que ele pediu da melhor forma possível.
- Mesmo buscando incentivar sempre a fala, dê atenção e sentido para as formas de comunicação não-verbal da criança (gestos, olhares, expressões faciais). Valorize e nomeie tais formas de comunicação. Exemplo: "nossa, filho, você viu que lindo o cachorro?"



## Como criar oportunidades de fala

Alguns pequenos ajustes e medidas podem despertar nas crianças a necessidade e o desejo de falar. Ao criar pequenos desafios e obstáculos em situações corriqueiras, estimulamos nossas crianças a expressarem um pedido de solução:

- Mesmo que a criança ainda não fale, incentive-a a pedir, ainda que por gestos (como apontar) ou sons, antes de entregar ou atender o que ela quer.
- Deixe alguns brinquedos e objetos de interesse fora do alcance, para incentivar que a criança peça ao adulto.
- Crie situações que peçam resposta e reação da criança. Por exemplo: ao deixar um brinquedo cair, olhe para ela com fisionomia tipo “e agora?”, esperando que ela reaja.
- Estimule que a criança cumpra ordens, inicialmente mais simples, (ex.: “me dá a bola”) e depois mais complexas, como “pegue para mim o peixinho que está na caixa”.
- Crie algumas situações inusitadas no dia a dia, como entregar um prato vazio na hora do almoço ou um brinquedo eletrônico sem pilha, para que isso desperte na criança a necessidade se expressar.

## Comunicação e rotina

Para uma criança, a rotina nos cuidados e hábitos ajuda a trazer ordem, noção de previsibilidade, estabilidade e segurança. As atividades consistentes e repetidas da rotina ajudam também no desenvolvimento da linguagem, pois permitem ensinar conceitos, trabalhar o vocabulário prático do dia a dia e estabelecer diálogos naturais e descontraídos. Aí vão algumas sugestões para aproveitar esses momentos:

- Conte em voz alta enquanto guarda itens diante da criança.
- Diga o nome do que ela aponta, vá expressando o que acontece no dia a dia dela. Exemplo: “uhn, você está bebendo água, é?”; “Olha! Você achou seu sapato!”
- Cante e converse com a criança enquanto ela está sendo cuidada.





## Comunicação e rotina

Situações de banho, troca de roupas, alimentação, etc são ótimas para estimulação do vocabulário em situação real, com itens do cotidiano da criança.

Cante músicas relacionadas a eventos e situações enquanto elas ocorrem. Exemplo: cante uma música sobre a chuva quando estiver chovendo; "Seu Lobato" diante de animais, músicas que falem do corpo humano durante o banho, etc.



## Brincadeiras e atividades para melhor estímulo

Brincar é uma ferramenta maravilhosa para conhecer, fortalecer vínculos e ter tempo de qualidade com seu filho. Além disso, permite trabalhar não só a linguagem, como também vários outros aspectos que irão ajudá-lo em seu desenvolvimento motor, cognitivo e emocional.

A seguir estão listadas algumas propostas interessantes para estimular a comunicação:

- Faça jogos e brincadeiras em que a criança imite gestos e sons emitidos pelo adulto. Proponha sons para ela imitar, como telefone (triiim), carro (brrrr, bibi), navio/ barco (pu-pu), animais (auau, miau, cocó, piupiu, pocotó, estalo de língua, ú-ú – coruja, u-u-á-á – macaco, óinc – porco, méeee, muuuu), trem (piui, chic-chic), avião (wwwwww), chuva (xxxxxxx), etc.
- Estimule brincadeiras de “faz de conta” com bonecos, carrinhos, casinha, comidinha e miniaturas de animais.

Essas atividades são importantíssimas, pois imitam situações reais, incentivam a imaginação, pedem a observação da realidade e estimulam a linguagem.



- Utilize telefone de brinquedo nas brincadeiras para incentivar a comunicação.
- Ensine canções, versos infantis, parlendas e histórias com apoio de figuras.
- Proponha atividades com relações de comparação, organização dos ítems por cores ou função. Isso pode ser estimulado na hora de guardar os brinquedos, por exemplo, ou de organizar a brincadeira. Exemplo: separar meios de transporte (terrestres e aéreos), separar animais, separar ítems por cores, agrupar brinquedos que combinem, etc.
- Incentive a criança a brincar com um brinquedo de cada vez, ou a combinar brinquedos que tenham relação entre si, para que essa brincadeira tenha foco, ordem, começo/meio/fim e aconteça de forma funcional. Exemplo: brincar de carrinhos de forma que eles transitem por um chão ou de bonecos imitando ações do dia a dia.
- Utilize jogos com troca da vez (ex. quebra-gelo, pula pirata, empilhar blocos cada um colocando uma peça, jogar bola um para o outro).
- Promova oportunidades de interação em outros ambientes além da casa ou escola. Leve a criança a parques, festinhas, etc.

## Alguns cuidados e dicas

### Uso de Dispositivos eletrônicos

As tecnologias disponíveis hoje são muito úteis em nosso cotidiano e são válidas para entreter e distrair as crianças quando os pais precisam, mas o uso excessivo e não supervisionado pode trazer prejuízos ao desenvolvimento da criança.

O tempo diante das telas não costuma envolver interação com outras pessoas, não deixa espaço para a criatividade trabalhar, dentre outros problemas. Tendo isso em vista, a sugestão é que a criança acesse vídeos e jogos de forma controlada e supervisionada pelos adultos.

Assista junto com ela, faça-a repetir, traga as músicas para o dia a dia, dê “pause” no vídeo para estimular que ela complete as frases, dê preferência a conteúdos com menos poluição sonora, de linguagem clara e em português.

Limite o uso de tablet, especialmente sozinho. Quando a criança for utilizar, se possível jogue junto ou aproveite para conversar sobre os conteúdos que ela acessou.



## **Alguns cuidados e dicas**

### **O papel da família**

Oriente familiares e pessoas de convivência próxima a colaborarem no processo de estimulação.

### **Assumindo uma postura proveitosa**

É importante lembrar sempre que a aquisição da linguagem é um processo gradual e permanente. A ansiedade é inimiga do desenvolvimento saudável e os estímulos devem ter lugar em situações naturais.

- Não force a criança a falar, não chantageie, nem use punição. Se a criança aponta um copo de água, ensine-a a pedir. Exemplo: "Ah você quer água; "dá água" - pede filho!"
- Se a criança tenta falar ou emitir sons para pedir algo, ainda que não tenha sido conforme o ideal, repita da forma como ela deveria ter dito e atenda ao pedido. Se perceber que a criança quer algo, mas não consegue expressar e está irritada, atenda, dando o modelo certo a ela. Exemplo: "você quer a bola, diga: "mamãe, dá a bola"; então dê. Dessa forma, se pode evitar que a criança faça associações negativas: a comunicação deve ser prazerosa e tranquila.

## Alguns cuidados e dicas

- Não fique falando no lugar da criança, imitando sua voz ou antecipando o que ela quer dizer. Deixe que ela fale!
- Se uma habilidade, fala ou gracinha já foi conquistada pela criança, deixe que ela seja espontânea, sem pedir que fique repetindo o que sabe, pois pode acabar sendo cansativo e desestimulante.
- Para desenvolver a fala, a criança precisa entender que é legal crescer e que a linguagem traz oportunidades, afeto, diversão e possibilidades interessantes!



## Créditos do material

### **Autora: Camila Bolivar Vieira Sousa**

Fonoaudióloga e Neuropsicopedagoga - CRFa 2- 18263

Mestre e doutoranda em ciências da reabilitação –FMUSP

Terapeuta PROMPT – Nível 1

Especialista em análise do comportamento aplicada -  
LAHMIEI - UFSCAR

Pós-graduada em Linguagem - CIR-HERP - USP

Pós-graduada no programa de residência em Atenção  
Integral à Saúde HCFMRP-USP

Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de  
São Paulo - FMUSP

(16) 98182-2345 – camilabolivar1@gmail.com

## Bibliografia consultada

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - Primeira Infância

Site: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/>

Diretrizes de estimulação precoce para crianças de zero a  
três anos. Ministério da Saúde, 2016

*É vedada a edição, reprodução ou cópia desse material sem  
prévia autorização da autora*

