

INTERSUBJETIVIDADE NO OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE O BRINCAR E A LINGUAGEM DE SUJEITOS COM RISCO PSÍQUICO

Intersubjectivity from an interdisciplinary perspective on the play and language of subjects at psychological risk

Josiane Fernanda Vendruscolo ⁽¹⁾, Ana Paula Ramos de Souza ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivos: analisar, em uma perspectiva interdisciplinar, o brincar e a linguagem na interação entre familiares e crianças com risco psíquico, observados na faixa etária entre 21 e 26 meses, e a necessidade de intervenção precoce indicada por clínicos de distintas profissões, confrontando o olhar destes com sua formação teórica e prática clínica na infância. **Métodos:** estudo qualitativo, longitudinal de dezesseis crianças avaliadas com risco psíquico, de um a dezoito meses, por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil e entrevistas e que foram reavaliadas, por meio de filmagens de 20 minutos, quando estavam entre 21 e 26 meses, em interação lúdica livre com suas mães. A análise foi realizada por três clínicas experientes em desenvolvimento infantil, uma Terapeuta ocupacional, uma Fonoaudióloga e uma Psicóloga. **Resultados:** doze das dezesseis crianças, apesar de poderem simbolizar durante o brincar, apresentaram alterações na dimensão psicoafetiva nas interações com suas mães, e tiveram indicações de intervenção, clínica (08 crianças) ou orientações breves (04 crianças). Tais resultados foram compatíveis com a ausência de alguns índices de desenvolvimento e presença de risco psíquico. **Conclusão:** os resultados demonstraram uma relação entre a prática clínica e a formação em pós-graduação dos profissionais, que privilegiou a análise de aspectos psicoafetivos entre a mãe e a criança. Houve relação importante entre alteração do brincar e presença de risco psíquico.

DESCRITORES: Desenvolvimento Infantil; Risco; Jogos e Brinquedos

■ INTRODUÇÃO

Considerando a importância do brincar na clínica da infância, tanto em sua dimensão cognitiva quanto psicoafetiva, bem como por sua relação com a linguagem, a investigação de como ele pode ser analisado para possibilitar a construção de boas intervenções terapêuticas parece fundamental.

Este artigo procura abordar tal tema a partir da eleição de duas dimensões de análise do brincar: a psicoafetiva e a cognitiva.

A dimensão psicoafetiva abrange a constituição psíquica relacionada à estruturação da personalidade da criança, favorecendo tanto seu desenvolvimento emocional quanto seus contatos sociais e inserção cultural. Esta dimensão é teorizada, principalmente, por Winnicott¹, que afirma que a experiência inicial da onipotência é o que origina a brincadeira. Seu entendimento é que a confiança que a criança deposita em sua mãe cria um espaço potencial entre eles, ou que uma mãe e bebê em um *playground* intermediário no qual a ideia de magia se origina².

Nesse primeiro momento onipotente, a criança brinca com a mãe por meio da alucinação e, depois

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa: CAPES

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria.

Conflito de interesses: inexistente

de passar pelo estágio dos fenômenos transicionais, inicia um brincar compartilhado e, portanto, criativo. Winnicott¹ destaca o importante valor atribuído à mãe (ou a quem realiza esse tipo de cuidado) para que a criança consiga se constituir. Considera que não há possibilidade de o bebê avançar do princípio do prazer para a realidade se a mãe não for suficientemente boa, ou seja, se esta não se portar como devota a seu filho, adaptando-se às suas necessidades e dando possibilidade à criança de experimentar a criatividade nas relações interpessoais e também por meio do uso de objetos. Portanto, esta experiência íntima entre mãe e bebê, denominada na teoria winnicottiana como *holding*, é o que propicia o desenvolvimento da noção do “eu”. A partir dessa perspectiva é possível pensar na importância de um olhar intersubjetivo na análise do brincar, ou seja, não apenas olhar o brincar infantil, mas como ele sofre os efeitos da relação com aqueles que desempenham os cuidados de tipo materno e paterno.

Alguns estudos têm abordado o tema do brincar em sua dimensão psicoafetiva na Fonoaudiologia. Entre eles destacam-se os estudos de Graña e Ramos³, que relatam uma pesquisa com um grupo de fonoaudiólogos acerca da inserção do brincar na sua prática clínica apontando considerações acerca dos possíveis caminhos do lúdico na Fonoaudiologia, principalmente sobre seu valor terapêutico. Klinger e Ramos⁴ investigaram aspectos como o uso dos objetos e sua possibilidade de mudança em crianças do espectro autista em terapia fonoaudiológica de concepção Interacionista, concluindo que o brincar é elemento fundamental da terapêutica da infância, e que o conhecimento e observação da relação objetal são importantes indicadores clínicos. As autoras demonstraram a importância da modificação da interação familiar-criança para que essa evolução ocorresse. O terapeuta apresentou-se, em sua pesquisa, como alguém que instigou a mudança nos comportamentos familiares, às vezes como modelo, outras apenas escutando a família e oportunizando a reflexão familiar⁵.

Pollonio e Freire⁶ realizaram uma revisão bibliográfica acerca do brincar e suas particularidades em relação à criança e aos sintomas de linguagem, bem como sua articulação ao método clínico fonoaudiológico, com correntes vindas da Pedagogia, da Linguística e da Psicanálise, concluindo que o brincar é atividade que por si só põe em circulação o funcionamento da criança na língua, podendo-se atribuir sentido, interpretação e escuta ao brincar na clínica fonoaudiológica.

Na Fonoaudiologia muitos estudos têm abordado a dimensão cognitiva do brincar, em especial alguns acerca de testes e provas sobre

a relação entre cognição e linguagem, como os que abordam a aplicação do PROC – Protocolo de observação comportamental⁷, realizando um estudo de referência para análise quantitativa de crianças de dois e três anos quanto ao desenvolvimento cognitivo e de linguagem^{8,9}.

Pode-se dizer, então, que o brincar, ao mesmo tempo em que se origina da inteligência em ascensão e do estabelecimento das relações com o outro, adquire uma função particular nas diferentes etapas de desenvolvimento e da própria linguagem. Ele tem sido utilizado na clínica da infância como forma diagnóstica, tanto no campo psicanalítico^{4,5} quanto nas perspectivas mais pedagógicas do fazer clínico^{8,9}. Deste modo, é possível pensar que a ausência ou mesmo a qualidade do brincar podem dar indícios se a estruturação psíquica ou mesmo o desenvolvimento, em um sentido mais amplo, de um bebê está correndo bem ou não.

Alguns estudos atuais já permitem que se detecte risco ao desenvolvimento ou psíquico, a partir dos índices de risco discutidos em Kupfer e Voltolini¹⁰. Tais índices de risco demonstraram evidências de associação com dificuldades na transição alimentar¹¹, com aleitamento¹², no exercício das funções parentais^{13,14}, com a aquisição da linguagem^{15,16} e se relacionam a aspectos sócio demográficos e obstétricos¹⁷, demonstrando validade e confiabilidade para detectar quando algo não vai bem no desenvolvimento de aspectos instrumentais e/ou estruturais do bebê.

Considerando tais estudos, este artigo busca tematizar a relação entre risco psíquico e o brincar infantil. Para tanto, adotou-se um olhar interdisciplinar do brincar a partir da escolha de clínicos experientes, representantes de profissões que efetivam a clínica de bebês a partir do brincar, a saber: a Fonoaudiologia, a Psicologia e a Terapia Ocupacional, para uma análise qualitativa do brincar.

Diante de tais pressupostos os objetivos deste artigo foram analisar, em uma perspectiva interdisciplinar, o brincar e linguagem nas interações entre familiares e crianças com risco psíquico, observados na faixa etária entre 21 e 26 meses, e a necessidade de intervenção precoce indicada por clínicos de distintas profissões, confrontando o olhar destes com sua formação teórica e prática clínica na infância.

■ MÉTODOS

Este estudo originou-se de um projeto denominado “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal de Santa Maria e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

Tal projeto de pesquisa abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças a partir dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)¹⁰ na realidade de uma cidade de porte médio do Rio Grande do Sul. Tais índices foram idealizados por Kupfer¹⁰ para captar risco ao desenvolvimento e/ou risco psíquico a partir da observação das

interações entre mães e bebês durante a consulta pediátrica. Eles apresentam como inspiração a experiência clínica dos autores com distúrbios do desenvolvimento, sobretudo psicopatologias graves como autismo e psicose, por meio das quais foram identificados sintomas que foram traduzidos nos índices. Também possuem uma base nos eixos teóricos do campo psicanalítico freudo-lacaneano que norteiam o olhar sobre a constituição psíquica: estabelecimento da demanda(ED), suposição de sujeito (SS), alternância entre ausência e presença (AP) e alteridade ou função paterna (FP). Os índices estão sintetizados na Figura 1.

0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido à ela (mamanhês).	SS
3. A criança reage ao mamamhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
13. A criança faz gracinhas.	ED
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
12 A 18 MESES	
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP

Figura 1- Índices de risco ao desenvolvimento infantil

Os bebês e seus familiares foram contatados durante a realização da triagem auditiva neonatal em hospital universitário da cidade. Nesse momento, os responsáveis foram convidados a participar e tiveram explicações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, seu direito de voluntariado e sigilo de identidade, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os bebês que apresentaram

malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Os pais e bebês foram acompanhados desde os primeiros meses de idade, por meio da aplicação dos IRDIs¹⁰ nas faixas etárias de 0 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses e entrevistas continuadas.

Para o presente estudo, a amostra constituiu-se de 16 crianças com idade entre 21 e 26 meses, detectadas como tendo risco ao desenvolvimento, aqui nomeadas com a letra C (criança) acompanhada de um numeral de 1 a 16.

Para este estudo, as crianças da amostra, com idades entre 21 e 26 meses, foram filmadas com a mãe, sendo que em alguns vídeos tem-se a participação de um irmão, um pai e de uma tia na interação. Nesta filmagem, pediu-se para os familiares que brincassem, por 20 minutos, com a criança como costumavam fazer em casa, mediante a oferta de brinquedos variados, pertinentes à faixa etária, disponibilizados sobre um tapete em sala de clínica fonoaudiológica.

Os vídeos foram gravados em DVDs e entregues a três diferentes profissionais clínicos da infância, sendo uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga e uma Fonoaudióloga, que foram orientadas a realizar a análise do brincar dessas crianças. Para nortear as análises foram realizadas duas questões norteadoras: como viam o brincar das crianças e se achavam que os bebês-familiares em questão necessitavam de algum tipo de intervenção e como seria essa intervenção. As profissionais não tinham conhecimento prévio se as crianças apresentavam ou não risco ao desenvolvimento. A seleção das profissionais se deu por serem clínicas com experiência superior a 5 anos com bebês e crianças pequenas, e identificadas como tendo formação teórica acerca do brincar, e conhecidas na cidade por utilizarem o mesmo como forma primordial de intervenção com crianças. Ainda, para especificar mais essa formação, foi realizada uma entrevista na qual foi solicitado que discorressem sobre sua formação teórica e prática com o brincar.

As análises realizadas pelas profissionais foram sintetizadas de acordo com a concordância para compor o corpo dos resultados deste trabalho e categorizadas de acordo com os objetivos desta pesquisa. Para categorizar, buscou-se, em relação ao brincar, identificar se as profissionais falavam das dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar e de que modo abordavam o tema, se com foco mais na criança e/ou no adulto. Quanto à intervenção buscou-se identificar se as profissionais faziam indicações mais genéricas do tipo avaliações e orientações aos familiares, as quais foram nomeadas como intervenção breve, ou se identificavam a necessidade de uma intervenção precoce, dado o risco na constituição do bebê (seja por estruturação de transtorno grave do desenvolvimento, ou mesmo por obstáculo instrumental ao desenvolvimento), ou ausência de necessidade de intervenção. A intervenção breve foi considerada como possibilidade tanto em vertentes individuais

quanto coletivas. Essas categorias foram identificadas no dizer das profissionais e foram propostas na análise que será descrita nos resultados.

Para a relação entre linguagem e brincar, buscou-se identificar o que os profissionais apontavam como sendo uma problemática de linguagem, se abordavam categorias ou domínios gramaticais da língua, ou seja, se identificavam problemas mais pontuais no domínio do sistema linguístico pela criança, ou se observavam maiores dificuldades no domínio discursivo manifesto no diálogo entre a criança e seus familiares, ou ambos os fatores. A partir das análises dos profissionais, oferecem-se descrições do que os mesmos afirmaram sobre a linguagem infantil. Tais análises foram depois confrontadas com os resultados dos IRDIs coletados nas idades anteriores a filmagem. Buscou-se investigar se os resultados da análise do brincar, feita pelas profissionais entre 21 e 26 meses, apresentavam sintomas que pudessem ser explicados pelas alterações nos eixos teóricos e suas conseqüentes repercussões na constituição psíquica encontradas anteriormente, entre 1 e 18 meses na coleta dos índices de risco.

■ RESULTADOS

Considerando as entrevistas acerca de sua formação sobre o brincar, realizadas com as três profissionais que analisaram o brincar dos 16 sujeitos desta pesquisa, pôde-se observar que a formação sobre o brincar ocorreu mais na pós-graduação e também em estudos realizados a partir do que lhes fazia sentido em sua experiência clínica.

A profissional de terapia ocupacional explicou que o brincar foi abordado em sua graduação enquanto estudo de jogos. Apenas na pós-graduação iniciou um aprofundamento sobre as dimensões cognitiva e afetiva do brincar. No entanto, o brincar ainda era analisado como um recurso pedagógico, pois a cena terapêutica era de educação ou de reeducação. Quando a profissional iniciou estudos que consideravam as questões da subjetividade, fez uma transição entre a visão educacional do brincar, como meio, para a visão do brincar como terapêutico, na qual se busca possibilitar que a criança brinque livremente. Nas palavras da terapeuta: *“a clínica não era educativa, que a clínica era de construção subjetiva ou de construção de inteligência, até pode ser de produção de inteligência, de subjetividade, de produção de condição motora, não como um treinamento [...], mas sim de construção de uma vida, de um dia-a-dia”*.

Para a psicóloga, na graduação não havia um estudo muito claro, sobre o brincar, mas já

percebia a importância dos estudos de Winnicott para sua atuação profissional. Na pós-graduação, aprofundou estudos percebendo o brincar como um espaço potencial. Expõe na entrevista que *“mesmo quando a criança não consegue brincar, o que se pode fazer dentro da teoria de Winnicott, que a chame pra esse brincar, e daí é um brincar criativo e espontâneo; e no sentido, assim, de que a criança sim consiga criar, e que a gente não fique interrompendo esse brincar, seja com intervenção, com interpretação, não que não seja feito... mas assim, tem que ser no tempo da criança [...], então daí a gente utiliza outras fontes que vão agregando, mas basicamente é de Winnicott, dentro da sobreposição lúdica, que é a sobreposição do brincar da terapeuta e da criança”*.

A fonoaudióloga também afirma que durante a graduação não recebeu formação teórica específica sobre o brincar. Em suas palavras: *“Eram situações de brincar básicas com olhar para o que estava adequado. O brincar era utilizado como forma de avaliação em protocolos [...], mas a análise do brincar livre pouco foi explorada”*. O conhecimento teórico e prático que orienta o trabalho clínico da profissional foi recebido, de fato, durante o mestrado, com estudos de interface com a psicanálise para entender o brincar, conforme sua fala: *“a avaliação do brincar da criança com os familiares e com terapeuta é a mais efetiva e de grande importância na escolha da conduta clínica”*.

Essas profissionais colocam hoje, então, o brincar na posição de terapêutico em si, e não como um meio de atingir um objetivo educacional. Desta forma, quanto à análise das filmagens dos bebês com risco ao desenvolvimento, todas as profissionais marcaram aspectos das dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar. A linguagem também foi observada de diferentes formas pelas três profissionais.

Enquanto a psicóloga a olhou de modo implícito, observando se a mãe atribuía significação verbal às ações da criança durante a brincadeira, a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga olharam a linguagem em termos de sustentação do diálogo. Este olhar foi dirigido à criança e à mãe – em cena – ou seja, na intersubjetividade, na análise de quem propõe e quem investe na proposição.

Apesar do olhar intersubjetivo que se pôde perceber na análise das três profissionais,

observou-se que o foco maior foram as ações do adulto/parceiro, o que demonstra uma perspectiva da importância da provisão ambiental no desenvolvimento infantil.

A fim de apresentar os dados obtidos de forma sintética, organizou-se a Figura 2, de forma que fossem expostas as seguintes informações relativas a cada sujeito - representados como C (criança) acompanhados de um numeral de 1 a 16: os índices que apareceram ausentes; a síntese das categorias das análises feitas pelos profissionais a saber: análise do brincar em suas dimensões psicoafetiva, como evidência de risco na estruturação rumo a um transtorno grave do desenvolvimento, e sob a dimensão cognitiva, como capacidade de acesso ao simbolismo ou permanência em uma exploração sensorio-motora; a análise da linguagem sob a visão de haver ou não um déficit de linguagem e se este abrange o domínio do sistema linguístico (fala pouco, não faz frases, etc.) e/ou se encontra no processo de interlocução com o parceiro de diálogo, no caso a mãe, ou seja, tanto no domínio dos componentes gramaticais quanto no domínio discursivo, pois tiveram a oportunidade de analisar o diálogo e não apenas a fala da criança isolada; e a categoria indicações clínicas, marcadas como: Intervenção breve, quando as profissionais mencionaram a necessidade de alguns atendimentos para melhor avaliação e orientação acerca de um maior investimento no brincar, na linguagem e na criatividade infantil pelo adulto; Intervenção precoce que foi atribuída quando alguma das profissionais indicou um ou mais tipos de intervenção, em forma de terapia, em especial sobre a linguagem, o brincar e/ou aspectos psíquicos.

Os índices de risco ao desenvolvimento em negrito são aqueles que preveem risco psíquico. As sínteses descritas na Figura 2 foram elaboradas a partir das análises das profissionais acerca do brincar e da linguagem das 16 crianças, bem como sobre o tipo e necessidade ou não de intervenção. Não houve contradições nas análises, por isso, não foram discriminadas as falas de cada profissional, mas optou-se por uma síntese das falas que praticamente coincidiram e, em alguns momentos, se complementaram. Não houve discordância na percepção dos aspectos principais do brincar das crianças e seus familiares por parte das profissionais.

Suj.	IRDIs A	Análise das profissionais	Indicação Clínica
C1	12, 15, 16, 18	Dimensão psicoafetiva – diretividade da mãe, sem instigar a criatividade; e brincar impulsivo e agressivo de C1. Dimensão cognitiva - tem potencial para simbolismo, mas não é explorado pela mãe. Menino psiquicamente e cognitivamente bem organizado, possuindo conceitos de esquema e imagem corporal, porém sem investimento materno. Mãe diretiva e ansiosa, que não interpreta as manifestações do filho (corporais e verbais), não permitindo o aparecimento de um espaço potencial. Dificuldade em estabelecer o diálogo. Menina fala pouco para a idade.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C2	12	Dimensão psicoafetiva - criança tem pouca iniciativa e apresenta desinteresse pela interação e a mãe não sustenta o brincar, mostrando pouca disponibilidade corporal, apenas apresentando os brinquedos ao filho. Dimensão cognitiva - sem possibilidade de simbolismo. Profissionais observam fragilidade psíquica mútua e mãe sem vitalidade; Mãe com pouco investimento no filho; Mãe não escuta a fala do menino e nem dá significação, desistindo quando percebe o desinteresse do menino. Por vezes, o menino apresenta recusa ao discurso da mãe e responde melhor ao som dos brinquedos. Menino muito calado, praticamente não fala.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C3	2, 8, 14	Dimensão psicoafetiva- Mãe não investe no brincar e criança também não tem iniciativa, mostrando-se retraído. Dimensão cognitiva- sem possibilidade de simbolismo e presença lentidão psicomotora. Menino não olha para a mãe e esta não investe e/ou sustenta as poucas investidas do filho, mantendo-se silenciosa; Mãe e filho sem iniciativa no brincar criativo e no diálogo. Menino só explora os objetos, com aparente e constante desinteresse corporal e inexpressividade facial, bem como fala praticamente ausente.	Intervenção precoce, com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C4	2, 16, 18	Dimensão psicoafetiva- Inquietude e ansiedade do menino relacionada à falta de investimento e regulação da mãe. Dimensão cognitiva - Agitação psicomotora e mãe com dificuldades em abrir, investir e fechar uma brincadeira mais simbólica e criativa. De acordo com as profissionais, o menino se mostra agitado, inquieto e ansioso, pedindo atenção; Dificuldade para brincar criativamente; Há apenas nomeação de brinquedos. Mãe preocupada em controlar o menino corporalmente, mas sem organizá-lo. Existe, no entanto, boas iniciativas do menino e até do irmão sem que, contudo, sejam bem desenvolvidas.	Intervenção precoce com foco na linguagem e avaliação psicológica.
C5	14, 15, 17, 18	Dimensão psicoafetiva - disponibilidade corporal por meio da qual se vê a simbolização entre pai, mãe e criança, com brincadeiras envolvendo os três e presença de espontaneidade e afetividade. Dimensão cognitiva - capacidade plena de simbolizar. Profissionais não relatam alterações de linguagem, porém observam que, mesmo havendo sustentação cognitiva e linguística, às vezes, os pais não correspondem a toda a demanda apresentada pela menina.	Intervenção breve.
C6	17, 18	Dimensão psicoafetiva: mãe diretiva corporal e linguisticamente, mas que permite a exploração do brincar em partes da cena. Dimensão cognitiva: brincar simbólico com pouco investimento na criatividade por parte da mãe, que faz perguntas (nomeação) para afirmar o saber do filho, não se preocupando com um brincar mais livre. A mãe não explora histórias e a fala de C6, apresenta pouco investimento discursivo, porém mãe disponível e com possibilidade de desenvolver um brincar criativo.	Intervenção breve.
C7	14, 15, 16, 17	Dimensão psicoafetiva: há investimento da mãe e da criança em desenvolver um brincar criativo. Dimensão cognitiva: o brincar é simbólico. Mãe e filha interagem bem, tanto via linguagem verbal quanto no envolvimento no brincar; Mãe interpreta e sustenta a fala da filha, sem diretividade. Há espontaneidade e afeto, observados pelas profissionais, que não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C8	12	Dimensão psicoafetiva: menina tem iniciativa e mãe é diretiva (nomeação), porém permite um espaço potencial para a criança poder criar e construir seu brincar. Dimensão cognitiva: o brincar é simbólico, mas com pouco investimento materno; Há comunicação pela linguagem oral e pelo brincar, que não é rígido nem estereotipado; Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C9	12	Dimensão psicoafetiva: há investimento mútuo da díade. Ambiente rico e saudável do ponto de vista emocional. Dimensão cognitiva: brincar simbólico e criativo. Mãe e filha com espontaneidade e criatividade, tanto no brincar quanto na linguagem oral. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.

Suj.	IRDIs A	Análise das profissionais	Indicação Clínica
C10	15, 18	Dimensão psicoafetiva: criança com iniciativa, mas a mãe investe pouco no brincar (preocupada em apresentar brinquedos e nomeá-los). Dimensão cognitiva: capacidade simbólica e criativa normais da criança. A menina demonstra condições e iniciativa para o brincar e para a linguagem, mas há, por parte da mãe, falta de investimento e sustentação de um brincar criativo (menina acaba brincando sozinha), embora esta sustente bem a linguagem da filha. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Intervenção breve.
C11	12	Dimensão psicoafetiva: mãe ansiosa e diretiva (mostra muitos brinquedos sem aguardar respostas ou iniciar uma brincadeira) e menino com iniciativa no brincar. Dimensão cognitiva: capacidade para o simbolismo, mas limitada pela diretividade e pouca disposição corporal materna. Ambiente favorável, porém necessitando de maior disponibilidade da mãe para brincar livremente. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Intervenção breve.
C12	12	Dimensão psicoafetiva: dissociação entre as iniciativas da mãe e da filha, parecendo que a mãe não está concentrada na brincadeira. Dimensão cognitiva: a criança tem pouca criatividade no brincar. Menina nomeando, mas mãe e filha desconectadas na brincadeira; Mãe dá voz às ações, mas não interpreta as ações da filha no brincar, ou o faz desconectadamente. Mãe mostra diretividade e pouco investimento. Menina sem alteração de linguagem, mas há falta de interpretação e investimento por parte da mãe.	Intervenção precoce, com foco em aspectos psíquicos.
C13	15, 16, 17, 18	Dimensão psicoafetiva: pouco investimento da mãe nas iniciativas da menina, embora ambiente afetivo favorável. Dimensão cognitiva: simbolismo presente por parte da criança com pouco investimento da mãe. Não há um brincar totalmente livre, pois há pouco investimento materno, embora a menina apresente iniciativa e simbolismo. Mãe não dá sequência às iniciativas de fala da filha, pois a criança inicia interação por linguagem oral, mas não obtém resposta.	Intervenção precoce, com foco na linguagem.
C14	12	Dimensão psicoafetiva: dificuldade de separação do menino em relação à mãe (a chama o tempo inteiro, mesmo estando próximo), que está mais atenta no discurso, mas pouco disponível no brincar, mostrando-se pouco interessada na brincadeira. Dimensão cognitiva: simbolismo presente nas interações da díade. Ambiente favorável para o brincar, mas com pouco investimento materno e limitado pela não separação do menino em relação à mãe. Profissionais não relatam alterações de linguagem.	Intervenção precoce, com foco em aspectos psíquicos.
C15	12	Dimensão psicoafetiva: boa interação da mãe, menino e pai, que criam brincadeiras simbólicas juntos, com ativa participação criativa e afetiva por parte do menino. Dimensão cognitiva: simbolismo presente e investido pelos pais e criança. Sem alterações de linguagem.	Sem necessidade de intervenção clínica.
C16	1, 10, 11, 12	Dimensão psicoafetiva: Mãe e filho brincam criativamente, mas por vezes a mãe investe pouco e se ausenta, parecendo distante, não interpretando as ações do filho. Dimensão cognitiva: simbolismo presente, porém com pouco investimento materno. Sem sintonia no discurso, ou seja, o menino fala, mas a mãe não compreende; Mãe com boa disponibilidade corporal, mas não significa as ações e fala do filho via linguagem.	Intervenção precoce, com foco na linguagem.

Suj.=sujeito; A= ausente

Figura 2 - Quadro Síntese da Análise das Profissionais

De acordo com a Figura 2, das 16 crianças com risco ao desenvolvimento, quatro crianças (25%) não apresentam necessidade de algum tipo de intervenção. Este foi o caso de C7, C8, C9, C15.

Das 12 crianças com alguma indicação de intervenção, quatro crianças (33,33%) tiveram indicação de intervenção breve, com foco em melhorar a interação, tanto no brincar, quanto na linguagem. A intervenção breve destaca-se, nesses casos, pelo valor preventivo já que há algo não funcionando bem na relação, mas que não indica um trans-torno grave do desenvolvimento. As profissionais

indicaram orientações aos pais como principal forma de intervenção nesses quatro casos (C5, C6, C10, C11).

Oito crianças das dezesseis investigadas (50%) e das doze (66,66%) com indicação terapêutica, tiveram indicação de intervenção precoce: quatro (50%) com foco na terapia psicológica e linguagem (C1 a C4); duas crianças (25%) com indicação para intervenção só psicológica (C12 e C14); duas (25%) só para intervenção em linguagem (C13 e C16).

Então, do total das 12 crianças com alguma indicação, seis crianças (50%) foram destacadas

com necessidade de um olhar psicológico e seis (50%) com necessidade de acompanhamento fonoaudiológico.

Diante dos encaminhamentos percebe-se que as três profissionais analisaram as dimensões psicoafetiva e cognitiva do brincar, e relacionaram essas dimensões com a linguagem. Então, das crianças tidas com alterações apontadas pela análise do brincar, na dimensão psicoafetiva, a diretividade da mãe apareceu em quatro crianças (C1, C6, C8, C11); a falta da iniciativa e sustentação da mãe foi observada em sete crianças (C2, C3, C4, C10, C13, C14, C16); a falta de iniciativa da criança em duas (C2, C3); três (C2, C3, C4) apresentaram um brincar exploratório e/ou não concentrado e em C1, brincar agressivo e impulsivo. Algumas crianças não mostraram alterações importantes podendo ter limitações de criatividade (C5, C7, C9, C15). No caso de C12 foi observada uma dissociação entre as iniciativas da mãe e da criança, e para C14, uma dificuldade de separação por parte do menino em relação à mãe.

Na dimensão cognitiva do brincar, o simbolismo está presente em todas as crianças, com maior ou menor capacidade criativa, mas encontra-se ausente em C2, C3, C4. Essa dimensão permite ver as possibilidades da criança e o quanto é investida na criatividade, em interface com a linguagem.

Quanto à análise da linguagem, no domínio gramatical, as profissionais indicaram C1, C2, C3 apresentando limitações em termos de conhecimento do sistema linguístico (falavam pouco ou não falavam ainda). Quanto ao processo de interlocução com o adulto, apontaram defasagem em C1, C2, C3, C4, C6, C12, C13 e C16. Portanto, apesar do distúrbio de linguagem mais evidente em C1, C2 e C3, considerando a ausência ou precariedade a fala como mais evidente na literatura fonoaudiológica⁷, existe um comprometimento na dimensão discursiva em oito das dezesseis crianças (50%), captado pela análise do diálogo feita pelas profissionais.

Algumas crianças que demonstraram dificuldades no processo de interlocução, em co-ocorrência com dificuldades psicoafetivas exclusivas foram elas C4 (brincar não concentrado, mas iniciativa da mãe), C6 (diretividade materna), C12 (dissociação entre iniciativas da mãe e da criança), C13 e C16 (falta de iniciativa da mãe). Percebe-se, portanto, nesses casos dificuldades ambientais importantes.

Considerando as oito crianças com necessidade de intervenção precoce, observam-se algumas particularidades nos casos clínicos.

C1, com índices ausentes que indicam problemas nos eixos teóricos de função paterna e estabelecimento de demanda, foi um bebê

premature não planejado, e foi amamentado no seio até os 24 meses. Embora tenha apresentado desenvolvimento psicomotor dentro do esperado para faixa etária, a linguagem apresentou uma certa estagnação, pois não expandiu o vocabulário como esperado, e tinha uma fala ininteligível quando avaliado. A mãe o percebia como hiperativo e desobediente. Na análise das profissionais foram destacadas ansiedade e diretividade maternas, com pouca exploração do potencial do menino. Também observaram que a mãe não explora a cena linguisticamente, o que não favorece o diálogo com o filho. O brincar de C1 é percebido como agressivo e impulsivo e a mãe não permite um espaço potencial.

Em relação ao menino C2, nasceu de uma gravidez não planejada e vive com os pais e irmã de 13 anos. A mãe apresentou depressão anterior ao nascimento do menino. Ele foi amamentado até 1 ano de idade, quando teve introdução da mamadeira quatro vezes ao dia. O menino sentou aos sete meses e caminhou com 1 ano, mas teve uma queda, e isso atrasou seu desenvolvimento psicomotor, de acordo com a mãe. Iniciou também a fala com 1 ano mas sem evolução até 2 anos. A mãe também identifica uma situação traumática (grande susto) como geradora de inibição do desenvolvimento do filho. O menino era muito apegado à mãe, usava fraldas e dormia em berço no quarto dos pais quando avaliado para esta pesquisa. Esse prolongamento da dependência absoluta aparece na alteração do eixo função paterna manifesto na ausência do índice 12. Nas observações das profissionais fica clara a falta de iniciativa e retraimento do menino, acompanhada da falta de sustentação do brincar por parte da mãe. Quando o menino tem tímidas iniciativas, ainda exploratórias do brincar, a mãe tem dificuldade de perceber e investir. Em termos de linguagem, C2 é extremamente calado.

Os eixos teóricos suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e função paterna estiveram alterados no acompanhamento de C3 pelos IRDIs. Isso é visualizado na relação do menino com a mãe que é de apego corporal, hipotonia e falta de iniciativa do menino e também falta de investimento corporal e discursivo da mãe. A mãe não significa as ações do filho e quando o faz é para dizer que é manha a sua busca por ela. Não supõe que o filho queira dizer algo. Enquanto a profissional de psicologia indicou a necessidade de uma investigação da situação familiar, a profissional de fonoaudiologia ressaltou que a mãe é coadjuvante do silêncio do filho. Em termos de histórico, C3 nasceu prematuro, de uma gravidez indesejada, já que os pais estavam se afastando. O menino foi amamentado até um mês e recebeu aleitamento artificial após este período. O desenvolvimento psicomotor foi mais

lento e a fala emergiu com um ano e meio, sem evolução do vocabulário até os dois anos quando foi avaliado.

O menino C4 também nasceu prematuro, não planejado, sendo o quinto filho de um casal jovem (cinco filhos com menos de 30 anos). Teve demanda livre do seio até um ano. Este caso demonstrou alterações na dimensão discursiva desde as primeiras avaliações, pois a mãe não atribua significado sintonizado às ações do menino. Isso emergiu nos IRDIs pela alteração da suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e função paterna. Essa falta de investimento discursivo também foi observada pelas profissionais durante o brincar entre mãe, menino e irmão. Embora o menino estivesse começando a falar mais, a família não interpretava e investia em seus enunciados.

A menina C12, também não planejada, nasceu a termo e foi amamentada pela mãe e fez uso de leite artificial concomitante (aleitamento misto). A mãe teve depressão e tomou medicamentos durante a gravidez. Em relação ao desenvolvimento psicomotor e de linguagem não se observaram particularidades na entrevista com a mãe. Nos índices de risco, o eixo função paterna esteve alterado. No brincar, as profissionais observaram que a menina toma iniciativa tanto verbal quanto não verbal, mas a mãe não parecia estar sintonizada e atenta a tais iniciativas. A fonoaudióloga observou, assim como a terapeuta ocupacional, uma certa diretividade da mãe, e falta de investimento discursivo.

A criança C13, também uma menina prematura e de gravidez não planejada, fazia tratamento fisioterápico na época da coleta. O aleitamento foi misto e a criança possuía intolerância a lactose. A mãe fazia acompanhamento psicológico. Nos índices de risco encontrou-se alteração nos eixos estabelecimento de demanda e função paterna, o que também manifestava na dificuldade de a mãe significar a fala da filha, e dar turno de fala para a menina. As profissionais também observaram que, apesar de uma certa disponibilidade corporal, a mãe não investia muito no brincar livre.

Já C14 foi planejado, nascendo a termo, e sendo amamentado no seio materno até quatro meses. As profissionais observaram dificuldade de separação da mãe, pois o menino a convocava a todo o momento, mas a mãe não significava muito e sustentava seus pedidos. O menino tinha um brincar simbólico, mas que não se tornava muito criativo por falta de sustentação materna. Em termos de índices alterados ficava clara a ausência do índice 12 que é evidência de comprometimento da função paterna.

Por fim, C16 era um menino nascido a termo de gravidez desejada, com evolução alimentar adequada no primeiro semestre de vida, mas

restrições aos 24 meses. O desenvolvimento psicomotor e de linguagem foram adequados. Nesse caso, os índices demonstraram alterações em todos os eixos teóricos (suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, função paterna e alternância presença e ausência).

O que foi comum a todos os casos em que houve indicação de intervenção precoce pelas profissionais é que havia dificuldades tanto no brincar, em sua dimensão psicoafetiva, quanto na linguagem, demonstrando um paralelismo nas interações verbais e não verbais. Também era comum em alguns casos a dificuldade de separação da mãe e atendimento a regras, o que se evidenciava na alteração comum do eixo da função paterna em todos os casos, quando analisados os IRDIs.

Outro aspecto muito frequente nos casos foi o não planejamento da gravidez em cinco (62,5%) das oito crianças. Ainda das oito crianças, três mães têm histórico de depressão. As crianças C2 e C3 são os casos mais graves em que as crianças eram mais retraídas, com pouca iniciativa e com brincar muito limitado.

■ DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu observar algumas questões importantes para discussão: a relação entre os índices de risco avaliada nos 18 primeiros meses de vida e o brincar observado entre 21 e 26 meses, sobretudo o valor diagnóstico do brincar; a relação importante entre a dimensão psicoafetiva do brincar e o funcionamento de linguagem mais saliente do que a dimensão cognitiva; e o foco disciplinar ou interdisciplinar na análise do brincar por cada profissional.

Quanto às alterações nos IRDIS, a função paterna foi o eixo mais alterado, e em alguns casos, clinicamente se apresentando como um não descolamento da criança do corpo da mãe, e em outros como agitação motora. Conforme Levin¹⁸, a estrutura psicomotora une a mecânica motora à estrutura discursiva, estando inter-relacionadas. Assim, não se pode conceber o que afeta o corpo e seu desenvolvimento sem examinar também os aspectos estruturais. Porém, este autor faz uma distinção entre dois tipos de problemas, os estruturais, que dizem respeito diretamente a falhas na função paterna, interferindo na construção da subjetividade; e os problemas do desenvolvimento, que afetam o corpo, pois o desenvolvimento é governado pelo imaginário.

Por outro lado, o autor¹⁸ afirma que há uma conexão importante entre motricidade e angústia, afirmando que “*uma das modalidades que a criança tem de angustiar-se é através do movimento*” (p.

209), o que também implica a questão subjetiva, como um apelo ao reestabelecimento da função simbólica paterna. Então quando a função paterna é defasada, pode-se mostrar em problemas tanto estruturais, como o não desenvolvimento da subjetividade, quanto problemas corporais, como a agitação motora, o que se viu em alguns casos analisados, como C4.

Também é possível afirmar, a partir dos resultados, que os índices de risco possuem uma capacidade maior de predizer problemas de desenvolvimento, em alguns casos, risco psíquico¹⁹, podendo captar grande número de casos precocemente. Portanto, não se está considerando-o como um teste diagnóstico, mas como mais um apoio no sentido de detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil, apontando-se que é na observação do brincar infantil, na relação com o outro, que se poderá de fato estabelecer um diagnóstico em etapa posterior aos 18 meses.

Nos casos estudados, pôde-se observar a ligação entre a linguagem, sobretudo na dimensão discursiva, com alteração na dimensão psicoafetiva do brincar, encontrada em 50% dos casos. Em contrapartida houve poucos casos em que se pôde observar a ligação entre a linguagem e a dimensão cognitiva, no olhar das profissionais.

Por outro lado, as análises das três profissionais demonstraram que o brincar, em sua visão, provê um diagnóstico das dimensões psicoafetiva e cognitiva que lhes permite pensar a necessidade ou não de intervenção.

Das profissionais que avaliaram as díades, enquanto a terapeuta ocupacional estabeleceu seu foco de análise na psicomotricidade e na linguagem, voltando o brincar para as dimensões afetiva e cognitiva, a fonoaudióloga voltou-se para uma análise predominantemente afetiva e de linguagem, e a psicóloga direcionou sua análise para as dimensões afetiva e cognitiva. Todas as análises apontaram foco maior na ação do adulto, portanto, ressaltaram a necessidade da análise do meio em que a criança vive. Colocaram, portanto, foco no ambiente relacional e não somente na criança ou no adulto, como é tradicionalmente feito na clínica, crítica realizada já por Rechia e Souza²⁰ ao afirmarem que a unidade de análise da linguagem é o diálogo e não a fala da criança de modo isolado., mesmo diante de sujeitos com sinais fisiopatológicos na produção. Assim, pode-se dizer que a análise das cenas priorizou a interação entre a criança e seu familiar, e não apenas o brincar ou a linguagem da criança de modo isolado. Com distintos recursos, houve uma similaridade na análise das profissionais que foi um olhar no que

acontecia **entre** os parceiros e não apenas no desenvolvimento da criança.

Pode-se dizer ainda que, de um modo geral, houve menos alteração da dimensão cognitiva do brincar e mais alterações na dimensão psicoafetiva, nas observações das profissionais, pois emerge mais, nas análises, como o adulto estava sustentando o brincar com a criança do que apenas se a criança podia ou não simbolizar, ou seja, nas análises estavam em jogo a qualidade desse simbolismo e a possibilidade imaginativa.

A dependência absoluta inicial, necessária em termos constitutivos e que deve ser superada com o processo de integração do bebê, indicada por trabalhos clássicos como o de Winnicott¹, visualiza-se como aspecto importante nos casos analisados. Definir se a criança pode ou não representar o ausente e utilizar objetos de modo funcional é uma análise que não fornece os elementos suficientes para se decidir se é necessária a intervenção precoce ou não, na visão das profissionais, pois a maior parte das crianças deste estudo atingiu este patamar evolutivo. As profissionais demonstraram, em sua análise clínica, que valorizam o brincar que ocorre **entre** a criança e seus familiares, como elemento diagnóstico do tipo de cuidado mais geral que os familiares dedicam a criança, e como elemento para uma decisão clínica acerca da intervenção.

Portanto, o brincar pode ser tomado enquanto signo de uma relação entre a criança e seus familiares. Nesse sentido, importa, além do tipo de sustentação cognitiva, o tipo de relação afetiva que a cena do brincar denuncia, ou seja, além de observar se uma mãe não consegue oportunizar um brincar muito estimulante do ponto de vista cognitivo, também se deve analisar o quanto ela está sustentando uma relação e que tipo de relação é essa, diretiva ou não, com ou sem prazer, que respeita ou não um lugar de manifestação corporal e/ou verbal para a criança. Enfim, a análise do funcionamento do brincar parece permitir um olhar ao clínico de como está a relação na articulação corpo linguagem, confirmando proposições winnicottianas acerca da importância da análise conjunta das condições do bebê/criança e daqueles que exercem os cuidados de tipo materno e paterno.

Na análise das profissionais, percebe-se que a análise do brincar entre a criança e aqueles que exercem o cuidado de tipo materno¹ foi um recurso para compreender melhor o desenvolvimento da criança, e para propor uma intervenção precoce, ou seja, uma intervenção que permita à criança não só avançar no processo de integração e personificação, mas também no nível imaginativo e de independização do adulto. Para tanto, deve-se incluir a

criança e aqueles que exercem tais cuidados com ela nas sessões de avaliação e de terapêutica.

Dessa visão, propõe-se a partir das análises das profissionais aqui apresentadas, que não basta à clínica a análise acerca do aspecto instrumental no brincar em sua dimensão cognitiva, é preciso pensar também na dimensão psicoafetiva do brincar ao se decidir por uma intervenção precoce, pois ela é fundamental às funções imaginativas, à criatividade, ao brinquedo, à imaginação e ao jogo relatadas por Winnicott. De acordo com o autor², a área do experienciar, que se localiza entre o mundo interno e a realidade psíquica externa, o chamado Espaço Potencial, é onde a criatividade se torna possível e os símbolos se originam. Este é o espaço em que as pessoas se expressam e anunciam a localização do seu brincar, embora nem sempre essa área esteja tão disponível, pois a criatividade e expressão simbólica irão ocorrer quando a criança inicia o processo de separação e de reencontro com a mãe. Não se trata propriamente de um espaço anatômico, mas de uma vivência, em que o sujeito experimenta sentimentos ambivalentes entre fantasiar e perceber a realidade, sentir-se unido e, ao mesmo tempo, separado, só e ao mesmo tempo acompanhado. É o espaço em que prevalece a dialética da afirmação e da negação, o lugar da experiência cultural em que a criatividade se faz presente em todos os sentidos.

É a partir da experiência vivenciada com e pelo outro, que a criança encontra alternativas que substituem o objeto ausente, embora não tragam o objeto de volta à cena, sendo a intersubjetividade possível ao bebê quando há uma vivência de relação entre dois; em que um cria o outro, mas, ao mesmo tempo, permite que cada um seja ele mesmo. Assim como a mãe cria o bebê e o bebê cria a mãe, o processo dialético inconsciente instala a subjetividade a partir da semelhança e da diferença. Portanto, subjetividade e intersubjetividade se constituem na medida em que uma não existe sem a outra. Winnicott², ao destacar o valor do objeto transicional, enfatiza o lugar privilegiado da mãe como norteadora e demarcadora da existência do bebê e os mecanismos primitivos emanados das fantasias arcaicas e da angústia de aniquilamento. Para o mesmo autor a subjetividade se dá no espaço “entre” o interno e externo, ilusão e desilusão, a partir das primeiras relações entre a mãe e o bebê².

O mesmo pode ser dito em relação à linguagem, pois a análise das terapeutas esteve sempre centrada no diálogo e, por isso, elas não se limitaram a indicar intervenção apenas às crianças que possuíam limitações importantes do domínio gramatical (C1 a C3), mas a todas as crianças

que apresentaram limitações na interlocução ou na dimensão discursiva (C12, C13, C14 e C16). Portanto, suas indicações demonstram que os índices de risco podem prever risco de alterações no desenvolvimento que incluem a linguagem¹⁵, a cognição e o desenvolvimento psíquico de um ponto de vista psicoafetivo conforme outros estudos assinalaram^{10,13,14,16,19}.

Por fim, os resultados demonstraram que o olhar sobre o brincar sofreu efeitos da formação disciplinar, porque, enquanto a terapeuta ocupacional valorizou mais a psicomotricidade em relação às demais profissionais, a fonoaudióloga deu maior relevância ao funcionamento de linguagem e a psicóloga à relação afetiva. Por outro lado, há um efeito interdisciplinar nas três profissionais que emergiu tanto da necessidade clínica, quanto da formação que receberam em pós-graduação. Todas demonstram que a graduação ainda enfoca muito a dimensão cognitiva do brincar, e que a dimensão psicoafetiva como foco de análise para elas emergiu mais na formação continuada em nível de pós-graduação. Possivelmente, isso ocorreu porque, ao atuar na clínica, a demanda para olhar a relação da criança com seus familiares fez com que as profissionais buscassem uma formação que priorizasse o psicoafetivo na pós-graduação, e que lhes permitiu integrá-lo a outras dimensões do brincar.

Esses resultados advogam, então, em defesa de uma formação interdisciplinar já na graduação, acerca do brincar, e que tal formação aborde as dimensões afetiva e cognitiva, verbal e não verbal, como forma diagnóstica e como fornecedoras de elementos fundamentais para se pensar a intervenção, conforme já assinalaram Pollonio e Freire⁶ e Klinger e Ramos⁴.

■ CONCLUSÃO

Considerando os objetivos iniciais deste artigo, pode-se afirmar que o processo de representação do ausente não ficou impedido na maior parte dos casos, demonstrando que os sujeitos atingiram elementos básicos do simbolismo no brincar, apesar da capacidade de separação (estranhamento do desconhecido) ter sido o índice ausente comum a todos os casos.

A qualidade do brincar indicou, por outro lado, limitações no espaço potencial criativo, que, a médio prazo, poderão trazer limitações cognitivas e já evidenciam dificuldades psicoafetivas de ao menos doze das dezesseis crianças estudadas, e, de modo mais importante, em oito crianças (50%) da amostra. Talvez algumas dessas limitações poderão ser visualizadas apenas no processo

de escolarização, já que nem todas as crianças desenvolveram problemas instrumentais ou mesmo distúrbios do desenvolvimento importantes nesses primeiros dois anos de vida.

O olhar de diferentes profissionais, embora estes tenham suas particularidades, tomou como foco principal a interação entre o adulto e a criança, e não apenas a análise do comportamento da criança ou do adulto de modo isolado, e indicou que esse é um caminho clínico importante que pode ter efeitos, tanto na decisão ou não por uma intervenção precoce, quanto no tipo de intervenção escolhida. Conforme o relato dos profissionais sobre sua formação, observou-se que tal foco durante

as análises se correlacionou com a formação acadêmica em pós-graduação e com a experiência clínica e, em menor grau, com a formação do curso de graduação, sobretudo para a fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

Os resultados deste estudo são sugestivos de que os índices de risco podem ser estratégia relevante de detecção precoce e que podem ser inseridos como estratégia de saúde mental infantil, desde que inseridos em uma realidade que possua uma equipe de referência com um olhar interdisciplinar para acompanhar o desenvolvimento das crianças com risco, e propor uma intervenção quando necessário.

ABSTRACT

Purpose: to analyze, in an interdisciplinary perspective, the play and language in family interaction with psychological risk children, between 21 and 26 months, and the need for early intervention indicated by clinicians from different professions, comparing the look of these with their theoretical and clinical practice in childhood. **Methods:** a qualitative, longitudinal study of 16 children with psychological risk between 0 and 18 months by Child Development Risk Indices and by interviews. They were evaluated in a shoot of 20 minutes of free play interaction with their mothers when they were between 21 and 26 months. The qualitative analysis was performed by three experienced child development clinics, an occupational therapist, a speech therapist and a psychologist. **Results:** twelve of the sixteen children, despite symbolism in play, showed psychoaffective limitations in the interaction with their mothers, and had clinical intervention indication (08 children) or brief orientation (04 children). **Conclusion:** the results showed a relationship between clinical practice and training in post-graduate professionals who privileged the analysis of psychoaffective factors between the mother and the child. There was a important relation between play disorder and psychological risk.

KEYWORDS: Child Development; Risk; Play and Playthings

REFERÊNCIAS

1. Winnicott DW. The use of an object. *Int. J. Psycho-Anal.* 1969; 50:711-6.
2. Winnicott D W. O brincar e a realidade, Imago, Rio de Janeiro.1975.
3. Graña CG, Souza APR. Falando com brinquedos: o fazer do fonoaudiólogo na atividade clínica com crianças. *Organon.* 2006;20(40/41):141-56.
4. Klinger EF, Souza APR. O brincar e a relação objetal no espectro autístico. *Fractal: Revista de Psicologia.* 2013;25(1):191-206.
5. Moro MP, Mezzomo CL, Souza APR. O brincar e a dialogia na terapia fonoaudiológica de casos de espectro autístico. In Fernandes CM, Rassial JJ. *Crianças e Adolescentes: encantos e desencantos.* São Paulo, Instituto Langage; 2012. p.167-76.
6. Pollonio CFE, Freire RM. O brincar na clínica fonoaudiológica. *Distúrb.Comun.*2008;20(2):267-78.
7. Zorzi JL, Hage SRV. PROC-Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. São José dos Campos (SP): pulso editorial; 2004.
8. Hage SRV, Pereira TC, Zorzi J L. Protocolo de Observação comportamental - PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. *Rev CEFAC.* 2012;14(4):677-90.
9. Pereira TC. Normatização de Protocolo de Observação comportamental (PROC) aspectos comunicativos e cognitivos de crianças com desenvolvimento típico de linguagem [Dissertação] Bauru (SP): Universidade de São Paulo - Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia; 2012.
10. Kupfer MCM, Voltolini R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um

debate conceitual. *Rev. Psic.: Teor. e Pesq.* 2005;21(3):359-64.

11. Vendruscolo JF, Bolzan G, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os índices de risco ao desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação.* 2012;24(1):41-52.

12. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012;24(3):205-10.

13. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami AB. Associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Rev CEFAC.* 2013;15(2):348-60.

14. Beltrami L, Moraes AB, Souza APR. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Disturb. Comun.* 2013;25(2):229-339.

15. Crestani AH. Produção Inicial de Fala, Risco ao Desenvolvimento Infantil e Variáveis Socioeconômicas, Demográficas, Psicossociais

e Obstétricas [dissertação] Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Distúrbios da Comunicação Humana; 2012.

16. Flores MR, Beltrami L, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Distúrb Comun.* 2011;23(2):143-52.

17. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Souza APR. Fatores socioeconomicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev CEFAC.* 2013;15(4):847-56.

18. Levin E. A Clínica Psicomotora: o corpo na linguagem. Petrópolis/RJ, Vozes; 2011.

19. Oliveira LD, Peruzzolo DL, Souza APR. Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único Sustentado na Interdisciplinaridade. *Distúrb Comun.* 2013;25(2):187-202.

20. Rechia IC, Souza APR. Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. *Psicol. estud.* 2010;15(2):315-26.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201514814>

Recebido em: 05/08/2014

Aceito em: 06/09/2014

Endereço para correspondência:

Ana Paula Ramos de Souza

Av. Roraima nº1000, Prédio 26, Sala 1418,

Campus Camobi

Santa Maria – RS – Brasil

CEP: 97105-900

E-mail: josileve@yahoo.com.br

ramos1964@uol.com.br