

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos do grupo de pesquisa segundo gênero, idade e quadro clínico

Número	Gênero	Idade (anos)	Quadro Clínico
01	Masculino	3	Diplegia
02	Feminino	3	Diplegia
03	Feminino	4	Diplegia
04	Masculino	4	Hemiplegia
05	Feminino	5	Diplegia
06	Masculino	5	Hemiplegia
07	Masculino	5	Hemiplegia
08	Masculino	5	Hemiplegia
09	Masculino	7	Diplegia
10	Feminino	7	Diplegia
11	Feminino	7	Diplegia

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos do grupo de pesquisa quanto à percepção das mães de dificuldades dos filhos na alimentação e atraso da fala

Questionário	Número	Porcentagem (%)
Dificuldade de alimentação	6	63
Atraso da fala	5	45

Tabela 3 - Percentual Mínimo, Máximo e Médio das provas de nomeação de palavras obtidos com o Grupo Controle (G.C.) e com o Grupo de Pesquisa (G.P.)

Idade	Escore Mínimo		Escore Máximo		Média	
	G.C.	G. P.	G.C.	G. P.	G.C.	G. P.
3 anos	44%	30%	92%	64%	69%	47%
4 anos	76%	87%	97%	90%	89%	88%
5 anos	83%	0%	96%	93%	88%	47%
7 anos	90%	46%	100%	97%	98%	70%

Tabela 4 - Média de ocorrência de processos fonológicos referente às idades de 3 e 4 anos

Processo Fonológico	3 anos		4 anos	
	G. C.	G. P.	G. C.	G. P.
1. Simpl. Grupo cons. p/ omissão	13,43%	2,43%	3,25%	0,66%
2. Simpl. Grupo cons. p/ substituição	3,43%	0%	0%	0,67%
3. Simpl. Grupo cons. p/ semivoc.	0,57%	0%	0%	0%
4. Simpl. Cons. Final p/ omissão	2,57%	0,57%	0,50%	0,33%
5. Simpl. Cons. Final p/ semivoc.	4,71%	0,71%	2,00%	0%
6. Simpl. Vib. Simples p/ omissão	0,29%	0%	0%	0%
7. Simpl. Vib. Simples p/ subst.	3,14%	0,71%	0%	0%
8. Simpl. Vib. Simples p/ semivoc.	0%	0%	0%	0%
9. Simpl. Vib. Múltipla p/ omissão	0,43%	0%	0%	0%
10. Reduplicação	0%	0%	0%	0%
11. Oclusivação	0,28%	0%	0%	0%
12. Anteriorização	5,42%	1,71%	0,25%	0%
13. Posteriorização	1,14%	0%	1,25%	0,33%
14. Assimilação	1,29%	0%	0,25%	0%
15. Migração	1,71%	0%	1,75%	0%
16. Ensurdecimento	0,57%	0%	0,25%	0%
17. Omissão de sílaba átona	2,43%	0,43%	0%	0%
18. Silabificação	0%	0%	0%	0%
19. Sonorização	0,14%	0%	0%	0%
20. Africação	0%	0%	0%	0%
21. Simplificação de sílaba	1,00%	0%	0,25%	0%
22. Adição de sílaba inicial	0%	0%	0%	0%
23. Adição de vogal	0%	0%	0%	0,14%

Subst: Substituição; Cons: consonantal; Vib: vibrante; Semivoc: semivocalização; Simpl: simplificação; p/: por; G.C.: Grupo Controle; G.P.: Grupo de Pesquisa

Tabela 5 - Média de ocorrência de processos fonológicos referente às idades de 5 e 7 anos

Processo Fonológico	5 anos		7 anos	
	G. C.	G. P.	G. C.	G. P.
1. Simpl. Grupo cons. p/ omissão	4,80%	4,0%	0,20%	4,33%
2. Simpl. Grupo cons. p/ subst.	0,40%	0%	0,20%	0%
3. Simpl. Grupo cons. p/ semivoc.	0,80%	0%	0%	0%
4. Simpl. Cons. Final p/ omissão	0,60%	1,00%	0%	1,33%
5. Simpl. Cons. final p/ semivoc.	0%	0,75%	0%	0,17%
6. Simpl. Vib. simples p/ omissão	0%	0,50%	0%	0%
7. Simpl. Vib. simples p/ substituição	0,40%	1,00%	0%	0,17%
8. Simpl. Vib. simples p/ semivoc.	0,20%	0,50%	0%	0%
9. Simpl. Vib. múltipla p/ omissão	0%	0,50%	0%	0,17%
10. Reduplicação	0%	1,00%	0%	0,0%
11. Oclusivação	0,20%	0,25%	0%	0%
12. Anteriorização	1,00%	0,50%	0%	1,33%
13. Posteriorização	1,80%	1,50%	0%	0,33%
14. Assimilação	0,40%	0%	0%	0%
15. Migração	1,00%	0%	0,33%	0%
16. Ensurdimento	0,20%	0%	0%	0,17%
17. Omissão de sílaba átona	0%	1,00%	0%	0,33%
18. Silabificação	0%	0%	0%	0%
19. Sonorização	0,60%	0%	0%	0%
20. Africação	0%	0%	0%	0%
21. Simplificação de sílaba	0%	0%	0%	0,33%
22. Adição de sílaba inicial	0,20%	0%	0%	0%
23. Adição de vogal	0%	0%	0%	0%

Subst: Substituição; Cons: consonantal; Vib: vibrante; Semivoc: semivocalização; Simpl: simplificação; p/: por; G.C.: Grupo Controle; G.P.: Grupo de Pesquisa

■ DISCUSSÃO

Na paralisia cerebral as alterações motoras previstas poderão trazer interferências na expressão oral, com acometimento dos processos fonológicos e fonéticos. Cabe ressaltar que estes são dois ápices diferenciais, linguagem e produção de fala, sendo que estas condições podem se apresentar de forma concomitante.

No presente estudo, a produção lingüística de indivíduos diplégicos espásticos e hemiplégicos espásticos foi analisada e, apesar de, teoricamente, quanto maior a gravidade do quadro motor, maior a probabilidade de interferências nos quadros orais, especialmente nos aspectos fonéticos, estudos relataram que a gravidade da seqüela da lesão não é, obrigatoriamente, diretamente proporcional às suas conseqüências, pois há casos de paralisia cerebral de grau leve com maiores problemas de fala do que os de grau severo, os quais portanto, poderiam ser classificados como fonológicos e não fonéticos^{6,7}. O grupo de pesquisa foi composto, quanto ao quadro clínico, de indivíduos com hemiplegia e diplegia e nestes, não foram observadas diferenças significantes quanto a produção lingüística, especialmente no que se refere ao desenvolvimento do aspecto fonológico e fonético.

A relação entre fala, alimentação e respiração é primordial, uma vez que os mesmos órgãos que o indivíduo utiliza para a alimentação e respiração fazem parte do aparato fonador. Foi relatado pelos familiares que 63% dos participantes do grupo de pesquisa apresentaram dificuldades quanto a alimentação e 45% atraso no desenvolvimento da fala. Problemas alimentares quanto à dificuldade do controle do trânsito de alimentos na boca e coordenação da respiração podem limitar a quantidade e qualidade dos atos motores que serão, posteriormente, utilizados nas habilidades expressivas. Para alguns estudos^{4,11} as manifestações destes problemas podem variar de criança para criança que experimentam precocemente problemas de alimentação e respiratório, mais sutilmente limitando a variedade e a qualidade ou quantidade de padrões fonéticos.

Em linhas gerais, os diferentes transtornos fonológicos podem também ser imputados às alterações motoras do controle da zona oral além das dificuldades de percepção e discriminação fonética^{4,6,18}. Entretanto, é necessário refletir que a alteração fonológica em paráliticos cerebrais pode acontecer independente da seqüela da paralisia cerebral, desde que a face e a cintura escapular não estejam afetadas. O atraso do desenvolvimento fonológico pode ocorrer por outros fatores, como por exemplo, alterações perceptivas, recorrência familiar e imaturidade. É importante lembrar que nos pacientes hemiplégicos há um hemicorpo sem comprometimento que pode

assumir e favorecer o desempenho funcional oral. Também os diplégicos podem ter comprometimentos motores variados, tendo a face e cintura escapular menos afetadas e, nestes casos, outras hipóteses devem ser elencadas.

Em crianças normais, apesar de não haver comprometimento motor, são esperadas simplificações fonológicas nas diferentes faixas etárias. Na amostra do grupo controle estudado, as crianças com 3 anos de idade apresentaram simplificação de grupo consonantal por omissão, anteriorização, simplificação de consoante final por semivocalização e omissão de sílaba átona em maior prevalência. Já as crianças com 4 anos apresentaram simplificação de grupo consonantal por omissão, simplificação de consoante final por semivocalização e migração. Com 5 anos, as crianças apresentaram simplificação de grupo consonantal por omissão, posteriorização e migração. Com 7 anos, o processo fonológico de maior prevalência foi a migração. Estes resultados são importantes para fidedignidade do grupo controle, pois estes se encontram dentro dos critérios de normalidade do processo aquisicional. Com os achados do grupo controle, pôde-se obter informações de referências que puderam servir de comparação para o grupo de pesquisa.

As crianças de 3 anos do grupo de pesquisa apresentaram simplificações fonológicas semelhantes às crianças do grupo controle da mesma faixa etária, o que pode ser ressaltado, nestes casos à intervenção terapêutica precoce ou ao próprio quadro clínico; não sendo portanto, considerado como fator interferente no desenvolvimento fonológico. Esta hipótese nos remete também a referir que o aspecto fonético não foi relevante nestes casos, uma vez que não evidenciou aspectos diferenciais entre os grupos avaliados.

Com 4 anos, as crianças do grupo de pesquisa apresentaram substituição e omissão de vogal ou semivogal e adição de vogal. Estes processos fonológicos não foram realizados pelas crianças do grupo controle, sendo assim, desviados da normalidade. Existe, freqüentemente, uma diferença entre os padrões que aparecem no desenvolvimento sensorio-motor oral normal e aqueles usados pela criança com paralisia cerebral. Portanto, a maior questão em termos funcionais não é saber se o padrão é objetivamente normal, mas se ele é limitante à criança em relação à aquisição ou refinamento dos movimentos dos órgãos orais para a realização das funções estomatognáticas, entre elas: o aspecto fonético, conforme relatado também por outros estudos. Nestes casos, o diferencial fica em concomitância aos componentes da fala e linguagem^{8,9,11}.

As crianças de 5 anos apresentaram reduplicação e substituição de líquida lateral por semivocalização, enquanto as crianças de 7 anos apresentaram simplificação de grupo consonantal e consoante final, além

de anteriorização. Constata-se, a partir destes dados, que tais crianças, nestas faixas etárias, também apresentaram desenvolvimento fonológico alterado em relação ao grupo controle. Estes achados corroboram com outro estudo da literatura¹⁰. A mesma hipótese qualitativa é aplicada a este grupo quanto ao fator fonético e fonológico associados.

No que se refere ao aspecto fonológico, este é uma atividade neurofisiológica, portanto, qualquer desordem no sistema neuromuscular poderá afetá-la¹⁹. Sendo assim, é possível supor que são totais as possibilidades do paralisado cerebral apresentarem algum distúrbio na fala, sejam de ordem fonética ou fonológica, associados ainda com transtornos na alimentação e respiração, como ressaltados pelo presente estudo. As condições do sistema miofuncional oral e práxicas estão alteradas e assim irão prejudicar o indivíduo quanto aos três aspectos citados, achados estes, condizentes com os deste estudo^{8,9}.

Dois outros estudos referem de maneira semelhante quando afirmaram que na presença de déficit do controle da zona oral com alterações do tônus da postura e dos movimentos, ocorrerão alterações no desenvolvimento fonético-fonológico, como denotado em nosso estudo, principalmente com as crianças na faixa etária de 4, 5 e 7 anos^{1,10}.

■ CONCLUSÃO

O grupo de pesquisa apresentou desempenho fonético-fonológico alterado quando comparado às crianças do grupo controle. Estas dificuldades notificam implicações relevantes para o desempenho comunicativo destas crianças, do ponto de vista de seu desenvolvimento e faz-nos refletir em formas para remediar tais distúrbios comunicativos, uma vez que estas têm potencialidades a serem utilizadas e estimuladas.

ABSTRACT

Purpose: to check the phonologic aspects of individuals with cerebral palsy spastic. **Methods:** 22 individuals, of both genders, male and female, aging between 3 and 7 years, being 11 in experimental group with cerebral palsy spastic and 11 in control. A list with 125 words for nomination that were analyzed was used for this evaluation, describing each phonological process and its diversions according to the adapted propose of Wertzner. **Results:** the research group demonstrated a lower performance when compared to the control group. **Conclusion:** presence of phonological disorders in individuals with cerebral palsy spastic.

KEYWORDS: Cerebral Palsy; Language Development Disorders; Language; Speech

■ REFERÊNCIAS

1. Lamônica DAC. Diagnóstico fonoaudiológico: reconhecimento semântico e reconhecimento de frases acusticamente distorcidas (PSI) em paralisados cerebrais. [doutorado] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.
2. Miller G. Paralisia cerebral: uma visão geral. In: Miller G, Clark G, organizadores. Paralisia cerebral: causas, conseqüências e condutas. São Paulo: Manole; 2002. p. 1-41.
3. Badawi N, Watson L, Petterson B, Blair E, Slee J, Haan E, Stanley F. What constitutes cerebral palsy? *Dev Med Child Neurol.* 1998; 40(8):520-7.
4. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Interaction training for conversational partners of children with cerebral palsy: a systematic review. *Int J Lang Commun Disord* 2004; 39(2):151-70.
5. Shapiro BK. Cerebral palsy: a reconceptualization of the spectrum. *J Pediatr.* 2004; 145(2 Suppl):S3-7.
6. Telles L, Nascimento YP. Atuação fonoaudiológica

na paralisia cerebral. Série Didática. Goiânia: UGC; 2003.184 p.

7. Koman LA, Smith BP, Shilt JS. Cerebral palsy. *Lancet.* 2004; 363(9421):1619-31.

8. Limongi SCO. Relação linguagem-cognição a partir do uso das partículas proposicionais na avaliação e terapia fonoaudiológicas em crianças paralisadas cerebrais espásticas. *Pró-Fono R Atual Cient.* 1998; 10(1):3-7.

9. Bishop DV, Brown BB, Robson J. The relationship between phoneme discrimination, speech production and language comprehension in cerebral palsied individuals. *J Speech Hear Res.* 1990; 33(2):210-9.

10. Puyuelo-Sanclemente M. Psychology, audition and language in different disorders of childhood. *Communication and neuropsychological aspects. Rev Neurol.* 2001; 32(10):975-80.

11. Marujo VLMB. Fonoaudiologia em paralisia cerebral. São Paulo: Memnon, 1998.

12. Le Métayer M. A fonoaudiologia na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 1995. 230 p.

13. Vieira SMM. Considerações sobre o comportamento fonético fonológico de crianças paralisadas cerebrais do tipo espástico. [mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 1974.
14. Vieira SMM. A norma fonética fonológica do paralisado cerebral. [doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 1976.
15. Russman BS, Ashwal S. Evaluation of the child with cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004; 11(1):47-57.
16. Yavas M, Hernandorena CLM, Lamprecht RR. Avaliação fonológica da criança: reeducação e terapia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
17. Wertzner HF. Estudo da aquisição do sistema fonológico: uso de processos fonológicos em crianças de três a sete anos. *Pró-Fono R Atual Cient*. 1995; 7(1):21-6.
18. Sabbadini M, Bonanni R, Carlesimo GA, Caltagirone C. Neuropsychological assessment of patients with severe neuromotor and verbal disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2001; 45(2):169-79.
19. Stiller C, Marcoux BC, Olson RE. The effect of conductive education, intensive therapy, and special education services on motor skills in children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2003; 23(3):31-50.

RECEBIDO EM: 27/03/06

ACEITO EM: 28/07/06

Endereço para correspondência:
Rua Antonio Alves, 25-60 apto 52
Bauru – SP
CEP: 17060-012
Tel: (14) 32272321
E-mail: lupvitto@uol.com.br

DESENVOLVIMENTO GLOBAL E DE LINGUAGEM EM CRIANÇAS NASCIDAS GRANDES PARA IDADE GESTACIONAL: RELATO DE TRÊS CASOS

Global and language development in children born large for gestational age: three cases report

Luciana Andrea Contesini ⁽¹⁾, Isabel Regina Sinhorini ⁽²⁾, Noemi Takiuchi ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: avaliar e descrever o desenvolvimento global e de vocabulário em sujeitos nascidos grandes para idade gestacional (GIG). **Métodos:** foram aplicados a escala de desenvolvimento segundo Gesell, (1947) para avaliar o desenvolvimento global e o ABFW - Teste de Linguagem Infantil na área vocabulário para verificação da competência lexical, em três sujeitos nascidos grandes para a idade gestacional sem outro fator de risco, na faixa etária de dois anos e seis meses a dois anos e oito meses. Os resultados foram descritos em forma de relato de caso e discutidos comparativamente. **Resultados:** foi encontrado um perfil diferenciado entre os sujeitos, sendo que o sujeito 1 apresentou desenvolvimento normal, o sujeito 2 defasagem nas áreas adaptativa e linguagem e o sujeito 3 defasagem específica em linguagem. **Conclusão:** o desenvolvimento global e lingüístico nos casos avaliados apontou diversidade nas performances, com um quadro de normalidade e dois quadros de defasagens em graus distintos. Embora o número de sujeitos tenha sido pequeno (três), os dados obtidos indicam a necessidade de se observar a população GIG com maior atenção, visando o estabelecimento de condutas preventivas nesta população.

DESCRIPTORIOS: Peso ao Nascer; Macrossomia Fetal; Desenvolvimento Infantil; Desenvolvimento da Linguagem

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é, em todos os grupos populacionais, o mais importante determinante isolado das chances de um recém nascido sobreviver e ter um crescimento e desenvolvimento normal, segundo a Organização Mundial de Saúde ¹. Por este motivo é o índice mais utilizado para acompanhar o crescimento intrauterino ².

Classifica-se o peso ao nascimento como: AIG (adequado para a idade gestacional) quando o recém-nascido apresenta peso entre 2500 a 3999 gramas;

PIG (pequeno para idade gestacional) com peso inferior a 2.500 gramas; e GIG (grande para a idade gestacional) com peso igual ou acima de 4000 gramas ^{1,3,4}.

Em levantamento sobre a distribuição do peso ao nascer na cidade de São Paulo, foi encontrado um índice de 4,3% crianças com peso acima de 4.001 gramas e de 20,33% com peso entre 3.501 e 4000 gramas ⁵.

O peso ao nascimento é uma característica que tem preocupado permanentemente a equipe de saúde em atenção primária. Por muitos anos a preocupação com o peso ao nascimento se concentrou nas crianças de baixo peso ⁴, porém o sobrepeso não é necessariamente indicativo de bom crescimento fetal ². Este, ao ultrapassar os limites de normalidade, converte-se em fator de risco para a criança ou para a mãe, ou para ambos ⁴.

Estudos têm mostrado que a incidência das crianças nascidas GIG tem crescido nos últimos 50 anos, chegando a índices de 9% nos Estados Unidos; no Chile é apontado o índice de 9,6% de crianças GIG contra 4,8% de recém-nascidos PIG ⁴.

⁽¹⁾ Fonoaudióloga do Programa de Prevenção e Estimulação da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Jundiaí; Especialista em Linguagem.

⁽²⁾ Fonoaudióloga da Clínica de Psicologia e Fonoaudiologia Jundiaí; Especialista em Linguagem.

⁽³⁾ Fonoaudióloga, Professora Assistente do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Doutoranda em Semiótica e Lingüística Geral pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

O termo GIG, também denominado como macrossomia, significa aumento de massa corporal total, conseqüente a um acentuado desenvolvimento hiperplásico e hipertrófico de células e tecidos ⁶.

O crescimento fetal é um processo complexo que depende de fatores genéticos, ambientais, nutricionais, placentários e endócrinos. O peso do recém-nascido depende, em primeira instância, da duração da gestação e da velocidade do crescimento intra-uterino. Além disso, também são determinantes do peso do bebê, o estado nutricional da gestante ao iniciar a gravidez e ao longo da mesma, doenças, tabagismo, fontes de estresse durante a gestação, adequação da assistência pré-natal, idade da gestante e paridade. Em última instância, as condições sócio econômicas também são determinantes do peso ao nascer ⁵.

O peso ao nascer varia de acordo com a constituição física determinada pela proporção de tecido adiposo, muscular e ósseo; tem relação direta com a herança genética e estima-se que seja por volta de 70% herdado de fatores maternos ⁴.

O potencial genético, tamanho uterino adequado, boas condições de saúde e nutrição maternas, e um suprimento sanguíneo adequado à unidade feto-placentária, constituem fatores etiológicos importantes para o desenvolvimento de GIG, bem como a idade materna, a paridade, não tabagismo, antecedentes de GIG e pós-maturidade ⁶.

A macrossomia se relaciona também ao sobrepeso no início da gestação, aumento excessivo de peso durante a gravidez e aos antecedentes de diabetes ⁴. Dentre estes fatores, a ocorrência clínica mais comum relatada foi diabetes mellitus, em 9% dos casos, sendo 7% de hipertensão arterial e 5% de obesidade ⁶.

Outros estudos relatam diferentes proporções; uma pesquisa encontrou 4,3% de mães de GIG com diabetes gestacional (DG) ⁷; outro estudo apontou índices de 6,6% de alteração nos testes glicêmicos ⁴.

Dentre a população geral, observa-se que a prevalência de DG varia dependendo do grupo estudado. Nos Estados Unidos esta entidade complica cerca de 2 a 4% das gestações, ao passo que em Recife foi observado um índice de 5% ⁸.

Os estados hiperglicêmicos maternos levam à hiperglicemia e conseqüente hiperinsulinemia fetal. A insulina, por meio de uma ação anabolizante, estimula o crescimento fetal ⁶.

Na vigência de GIG observa-se elevação da taxa de morbidade materno-fetal, principalmente no que diz respeito à ocorrência de toco-traumatismos. O parto vaginal de GIG aumenta a morbidade materna por traumatismos das partes moles do canal do parto, como lacerações do colo uterino, vagina, vulva e rotura uterina ⁶. Quanto ao parto, observa-se maior frequência de uso de fórceps de alívio e cesarianas ^{4,6,7}.

O aumento da morbidade perinatal para a criança GIG ocorre com maior frequência devido ao prolongamento do parto, asfixia intraparto e distocia de ombros com trauma ao nascimento.

São também relatadas outras complicações como fraturas de clavícula, aspiração de mecônio, paralisia do plexo braquial e facial, cefalohematoma entre outras anomalias ^{7,9-11}.

Os riscos de mortalidade referem parto muito demorado, asfixia, pneumonia, sangramento subaracnóideo e doença cardíaca congênita ⁷.

No que se refere à morbidade infantil, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar as crianças com maior risco, a fim de minimizar os efeitos negativos decorrentes ¹².

Durante a assistência pré-natal é referido como imprescindível uma minuciosa avaliação e um controle dos fatores de risco, procurando-se na medida do possível, estabelecer o diagnóstico de GIG antes de iniciado o trabalho de parto, possibilitando uma adequada assistência materno-fetal ¹².

Com adequada assistência pré-natal e aumento na incidência de cesarianas, é referido na literatura redução da taxa de sofrimento fetal agudo, possibilitando a este grupo uma taxa de mortalidade em índices semelhantes à do grupo de recém-nascidos com AIG ¹².

Existem evidências suficientes de que quanto mais precoces forem o diagnóstico de atraso no desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança ¹². Dados da literatura apontam que além do fator biológico, coloca-se a forte influência dos fatores socioeconômicos e a estimulação ambiental como riscos para o atraso ¹²⁻¹⁵. Mesmo nas crianças que não são biologicamente vulneráveis, tal influência é suficiente para gerar desvantagens psicossociais capazes de prejudicar o desenvolvimento ¹⁴.

Estudos longitudinais com crianças nascidas GIG são escassos e focados no crescimento, relatando ganho de peso e altura ¹⁶. Já com crianças nascidas com baixo peso (a termo ou prematuras) inúmeras pesquisas têm sido realizadas apontando problemas de saúde como problemas respiratórios, de linguagem, cognitivos, neurológicos e psicológicos ¹⁷⁻¹⁹. Nestas crianças, observa-se maior irritabilidade, menor número de vocalizações e sorriso, menor contato visual, reações afetivas menos positivas e menor envolvimento ativo com brinquedos, e maior latência em iniciar resposta ao estímulo, principalmente aos 12 meses de idade ¹⁸.

Avaliações com testes psicológicos realizadas em crianças prematuras e com muito baixo peso em idade pré-escolar, mostraram que quanto menor o peso ao nascer, mais baixos são os escores obtidos ¹⁵.

Em relação à linguagem expressiva, são relatados atrasos tanto no nível pré-lingüístico como no

lingüístico^{18,19}. Estudos demonstram que tal defasagem é um ritmo próprio do pré-termo, que mais tarde se iguala à criança de termo. Ainda assim, um auxílio profissional visando estimular os processos integrativos de funções corticais superiores com uso do verbal, se faz necessário desde o período pré-lingüístico, constituindo-se numa medida preventiva para futuras alterações no desenvolvimento da linguagem¹⁹.

No que se refere ao desenvolvimento da linguagem de crianças GIG, bem como suas aquisições motoras, cognitivas e de socialização, nenhum dado foi encontrado no levantamento bibliográfico realizado.

Sendo considerados todos os dados de risco desta população, seria importante a realização desses estudos direcionados para ações preventivas e terapêuticas.

Visando iniciar a atenção para esse quadro, o objetivo desta pesquisa foi avaliar e descrever o desenvolvimento global e de vocabulário em três sujeitos nascidos grandes para idade gestacional (GIG), sem outros fatores de risco associados, comparando os desempenhos obtidos com padrões de referência de normalidade.

■ MÉTODOS

Os sujeitos da pesquisa fazem parte da clientela de dois programas específicos da APAE de Jundiá, que atende crianças de zero a quatro anos: o Programa de Intervenção Preventiva e o Programa de Estimulação Essencial. Para o Programa de Intervenção Preventiva são encaminhados, logo ao nascimento, bebês de risco, ou seja, crianças nascidas PIG, GIG, prematuras, com anóxia, convulsões ou demais complicações perinatais, onde recebem orientações quinzenais e consultas com pediatria e neuropediatria para acompanhar o desenvolvimento até os dois anos de idade. Já no Programa de Estimulação Essencial são atendidas crianças que apresentam algum atraso no desenvolvimento, que podem chegar à Instituição por encaminhamentos externos ou oriundos do Programa de Intervenção Preventiva.

Para a realização da pesquisa, foram considerados como critérios de inclusão crianças que frequentassem a instituição no momento do estudo em quaisquer dos dois programas, nascidas GIG, com idade entre dois e quatro anos, sendo descartados os casos com outro risco associado para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (anóxia moderada ou grave, convulsões ao nascimento, macrocrania, lesões neurológicas, sofrimento fetal).

Dentro deste perfil, foram selecionados preliminarmente três sujeitos, constituindo assim o presente relato de casos. Contudo, como não foi possível realizar a avaliação de um deles por falta de interesse da

família, o mesmo foi substituído por um novo sujeito. Este último sujeito já havia passado pelo Programa de Estimulação, porém abandonou os atendimentos e não estava recebendo nenhum tipo de intervenção, estando, portanto, dentro dos demais critérios de inclusão.

Descrição dos sujeitos a partir de dados obtidos dos prontuários das crianças na Instituição:

Sujeito 1: dois anos e sete meses, gênero masculino, com peso 4.750 g, APGAR 8/10. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatria, pediatria e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até dois anos, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. No momento do estudo freqüentava estimulação essencial com fonoaudióloga recebendo estimulação global uma vez por semana.

Sujeito 2: dois anos e oito meses, gênero masculino, com peso 4.250 g, APGAR 9/9. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatria, pediatria e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até dois anos e um mês, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. No momento do levantamento freqüentava estimulação essencial com psicóloga recebendo estimulação global uma vez por semana.

Sujeito 3: dois anos e seis meses, gênero masculino, com peso 4.100 g, APGAR 9/10. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatria, pediatria e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até um ano e três meses, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. Na ocasião, a família optou por desistir dos atendimentos por motivos particulares. Assim, a criança permaneceu este período sem qualquer intervenção terapêutica.

Durante a testagem, as fonoaudiólogas utilizaram máquina filmadora Gradiente GCP – 180 CR, formulários de registro para o Teste Gesell²⁰ e Protocolo de Registro de Respostas para o Teste ABFW de linguagem Infantil²¹. Toda a testagem ocorreu em uma das salas da Unidade de Intervenção Preventiva e Estimulação Essencial da APAE-Jundiá.

Os sujeitos foram testados individualmente, em duas a três sessões de 45 minutos de duração, com a presença do responsável.

Duas fonoaudiólogas permaneceram na sala durante a testagem para os procedimentos de aplicação dos testes e registro dos dados com filmagem e anotações.

Os sujeitos foram testados utilizando-se a Escala de Desenvolvimento segundo Gesell²⁰, sendo ava-

liadas as quatro áreas básicas: motora - aquisições motoras como: sustentar a cabeça, sentar, engatinhar, andar e incluiu-se também a atividade das mãos em pegar e manipular objetos; adaptativa - aspectos da inteligência, capacidade de usar e iniciar experiências para a adaptação; linguagem - comunicação verbal e/ou não-verbal para compreensão e expressão e; pessoal-social - reações pessoais frente ao ambiente social.

O material usado para a coleta dos dados é o sugerido por Gesell²⁰, que inclui objetos simples, encaixes e mobiliário normatizados.

A Escala de Desenvolvimento de Gesell tem como objetivo determinar o nível evolutivo da criança²⁰. As áreas do desenvolvimento foram avaliadas a partir da observação direta do comportamento da criança e de dados relatados pela mãe^{20,22}, obtendo-se o quociente de desenvolvimento (QD) em cada uma das áreas^{20,2}. O critério estabelecido pelo autor refere os valores de QD acima de 85 como indicativos de normalidade, os valores entre 85 e 68 são considerados limítrofes e teriam implicações para acompanhamento e valores abaixo de 68 indicam atraso significativo²⁰.

Para a verificação da competência lexical foi utilizada a prova de vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW²¹. Essa prova consiste numa tarefa de nomeação de 118 figuras divididas em nove campos conceituais, a fim de analisar os mecanismos utilizados pelas crianças na designação das palavras e permitindo observar o grau de desenvolvimento semântico. A avaliação do vocabulário é uma das mais utilizadas para diagnosticar diferentes alterações de linguagem, pois se acredita que o significado das palavras tenha relação direta ao processo de desenvolvimento cognitivo²¹. A análise da prova seguiu as orientações do Teste ABFW, verificando-se a porcentagem de Designações Usuais, Não Designações e Processos de Substituição em cada campo conceitual. As ocorrências de Processos de Substituição foram ainda analisadas quanto às tipologias. As porcentagens obtidas pelos sujeitos foram comparadas aos valores de referência para a faixa etária correspondente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, sob o protocolo número 092/05. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados obtidos com cada sujeito são apresentados de forma descritiva e discutidos comparativamente.

■ RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados descritivos das avaliações de cada sujeito.

SUJEITO 1 (S1): os dados obtidos na avaliação de desenvolvimento segundo a escala de Gesell do sujeito 1, descritos na Tabela 1, mostram desempenho satisfatório pois atingiu valores de QD superiores a 85 em todas as áreas avaliadas. De acordo com esta escala, esse resultado sugere normalidade.

As áreas de melhor desempenho foram adaptativa e linguagem, dado coerente levando-se em consideração que o desenvolvimento cognitivo tem relação direta com o da linguagem. Já a área pessoal – social, que avalia as reações pessoais da criança frente ao ambiente social em que vive foi o que obteve menor escore, ainda que dentro da faixa de normalidade.

Na avaliação de vocabulário, o sujeito 1 apresenta índices de normalidade em Designação Verbal Usual (DVU), como descrito na Figura 1, em sete dos nove campos conceituais avaliados. A porcentagem de Não Designação (ND), descrita na Figura 2, e dos processos de substituição na Figura 3, mostram resultados obtidos melhores que os esperados. Com relação à tipologia dos processos de substituição (Tabela 2) a maior ocorrência foi por uso de co-hipônimo próximo, mostrando bom recurso de significação utilizado na nomeação.

Em ambas as avaliações a criança obteve desempenho adequado para a idade, mostrando compatibilidade nas testagens.

SUJEITO 2 (S2): com relação à avaliação pela escala de desenvolvimento segundo Gesell, descritos na Tabela 1, os QDs nas áreas motora e pessoal-social estão dentro dos padrões de normalidade; já os QDs das áreas adaptativa e linguagem encontram-se abaixo de 85, sugerindo defasagem.

Observou-se na avaliação do vocabulário que a criança tem dificuldade em designação usual em 4 dos 9 campos conceituais (Figura 1). Apresentou uma porcentagem alta de não designações (Figura 2) evidenciando dificuldade no acesso lexical quanto à significação, diminuindo a ocorrência de processos de substituição em alguns campos conceituais (Figura 3).

As tipologias dos processos de substituição mais observadas (Tabela 2) foram o uso de hiperônimos, caracterizados pelo uso de vocábulos mais abrangentes, forma essa mais distante da DVU. O uso de co-hipônimos próximos foi observado nas categorias mais familiares ao sujeito. Foi observado grande número de ocorrência de segmentos ininteligíveis em vários campos semânticos, devido ao grande número de desvios nos processos fonológicos apresentados pela criança. Apesar deste estudo não abranger a análise da fonologia, verificou-se que a criança apresentava dificuldades em mais de uma área do desenvolvimento da linguagem.

Os resultados da escala de desenvolvimento segundo Gesell e do Teste de Vocabulário ABFW mostraram-se compatíveis, uma vez que o sujeito 2 apre-

sentava defasagem em ambos.

SUJEITO 3 (S3): pela avaliação da escala de desenvolvimento segundo Gesell (Tabela 1), verifica-se que o QD da área pessoal-social encontra-se abaixo de 85, sugerindo defasagem. Por outro lado, apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade os QDs nas áreas motora, adaptativa e linguagem.

No entanto, observou-se na avaliação do vocabulário dificuldade da criança em designação usual em oito dos nove campos conceituais (Figura 1). Apesar da baixa ocorrência de não-designações (Figura 2), houve um número elevado de processos de substituição (Figura 3), cujas tipologias mais observadas foram o uso de atributo semântico não pertinente (Ta-

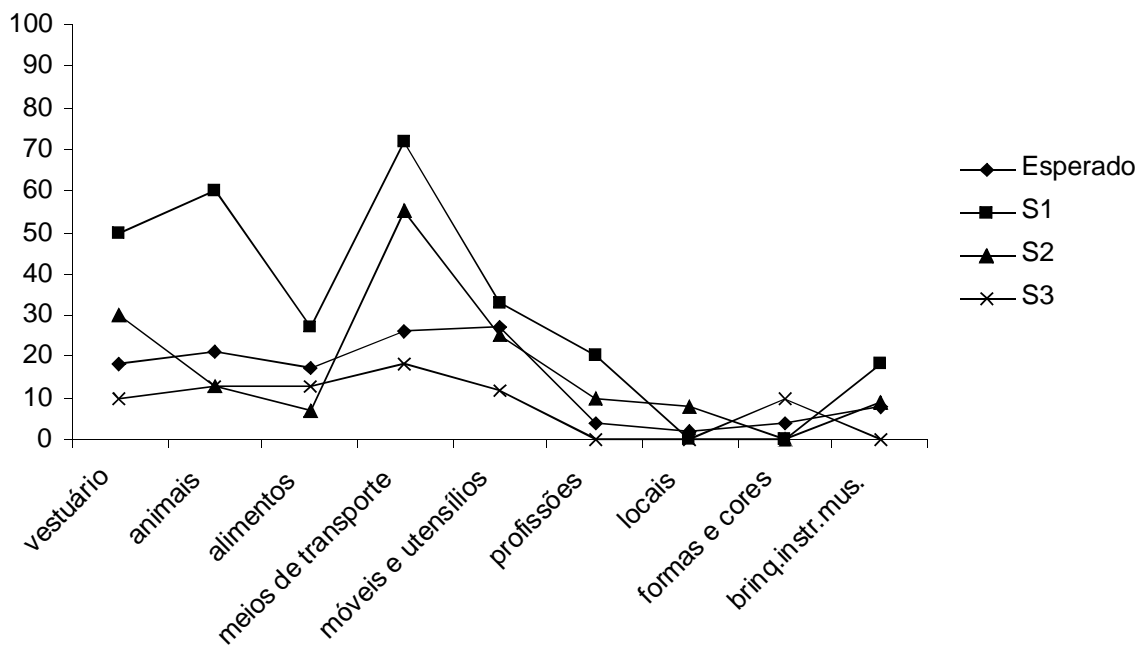
bela 2). Além disso, apresentou dificuldades nas habilidades pragmáticas, como dificuldade no estabelecimento de troca de turnos comunicativos, além de comportamento verbal perseverante, ecolalia, agitação psicomotora, baixa tolerância à frustração, agressividade.

Os resultados da escala de Gesell, em relação à área de linguagem, comparados com o teste de vocabulário ABFW mostram-se incompatíveis, uma vez que sua performance na avaliação da competência lexical apresentou-se abaixo do esperado para a sua faixa etária. Tal incompatibilidade nas duas testagens é demonstrada pela verificação de que a escala de Gesell neste caso, não abrangeu todos os aspectos do desempenho lingüístico.

Tabela 1 – Quocientes de desenvolvimento (QD) segundo Gesell para S1, S2 e S3

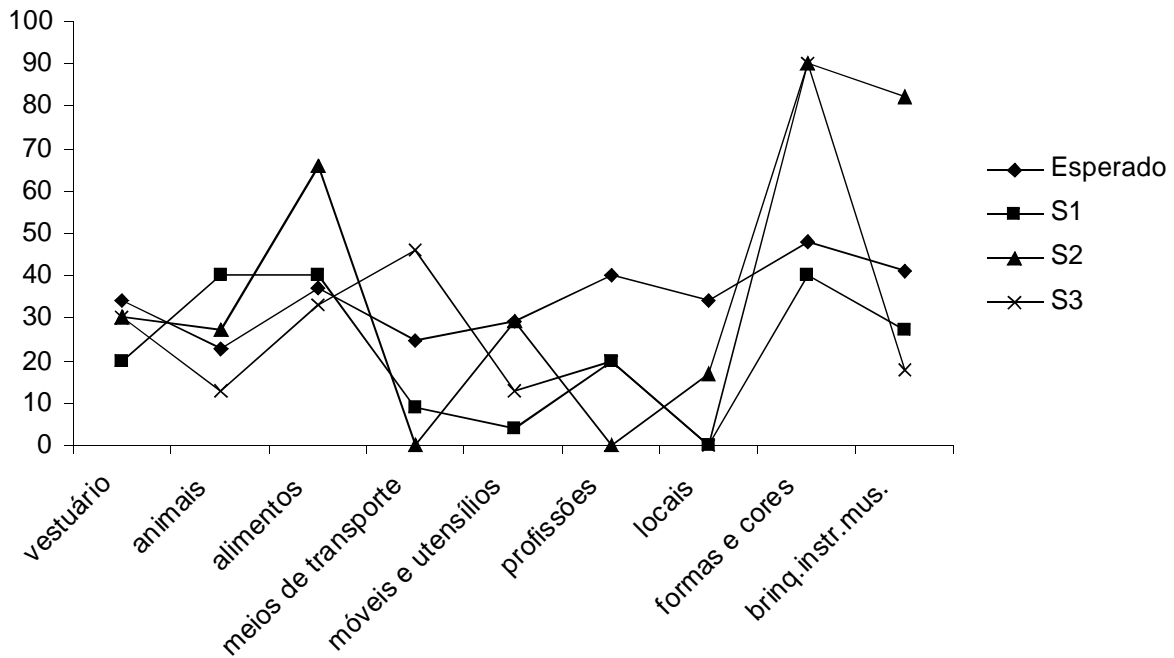
SUJEITOS	IDADE CRONOLÓGICA	MOTORA	ADAPTATIVA	LINGUAGEM	PESSOAL-SOCIAL
S1	2:7a	106	112	117	100
S2	2:8a	121	76*	82*	96
S3	2:6a	98	85*	91	78*

QD abaixo do esperado para a idade cronológica



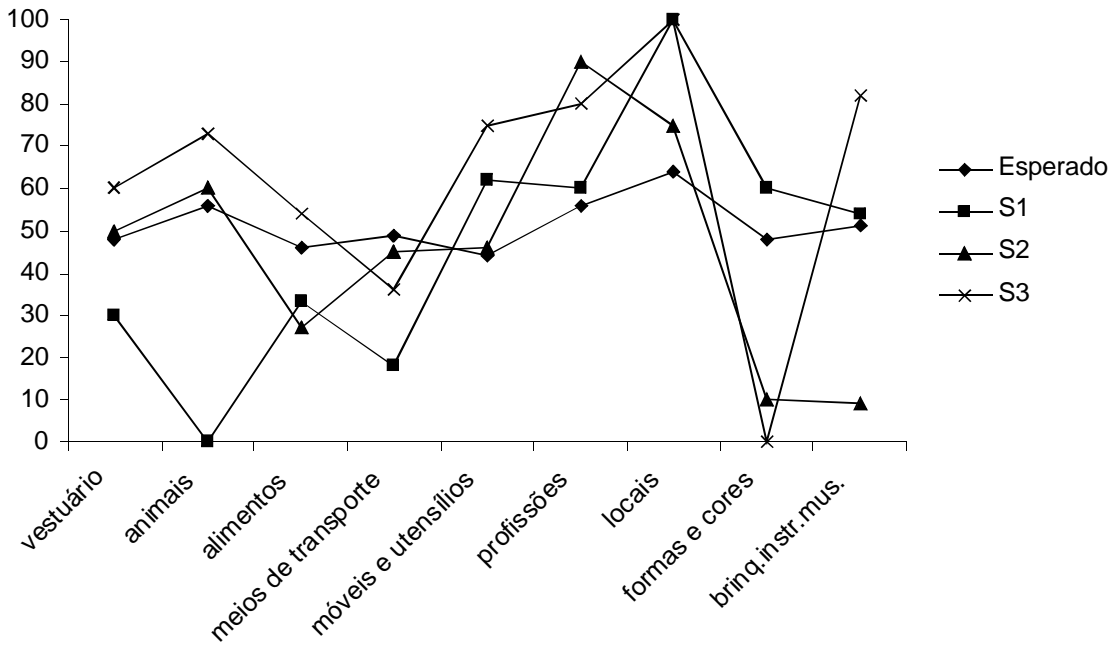
brinq. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 1 – Porcentagens de Designações de Vocabulário Usual esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW



brinq. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 2 – Percentagens de Não Designações esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW



brinq. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 3 – Percentagens de Processos de Substituição esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW

Tabela 2 – Tipologias de Processos de Substituição predominantemente utilizados pelos sujeitos em cada campo conceitual da Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW

CAMPO CONCEITUAL	SUJEITO 1	SUJEITO 2	SUJEITO 3
Vestuário	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo Atributo semântico não pertinente
Animais	–	Utilização de onomatopéia Incorreta	Co-hipônimo próximo
Alimentos	Hiperônimo não imediato	Co-hipônimo próximo	Atributo semântico não pertinente Substituição por designação de funções
Meios de transporte	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo Co-hipônimo distante
Móveis e utensílios	Co-hipônimo próximo	Hiperônimo imediato Segmento ininteligível	Atributo semântico não pertinente Substituição por designação de funções
Profissões	Hiperônimo não imediato	Hiperônimo não imediato	Atributo semântico não pertinente
Locais	Hipônimo Valorização do estímulo visual	Atributo semântico não pertinente	Atributo semântico não pertinente
Formas e cores	Co-hipônimo próximo	Hiperônimo não imediato	–
Brinquedos e Instrumentos musicais	Valorização do estímulo visual	Segmento ininteligível	Atributo semântico não pertinente

■ DISCUSSÃO

Procedendo a análise dos resultados dos testes do ABFW e Gesell encontrou-se perfis diferenciados entre os sujeitos.

Com base nos dados encontrados, o sujeito 1 apresentou desenvolvimento normal, o sujeito 2 defa-

sagem nas áreas adaptativa e linguagem e o sujeito 3, defasagem específica na linguagem.

Considerando-se as testagens dos sujeitos 1 e 2 observou-se compatibilidade de resultados entre a escala de desenvolvimento de Gesell e o teste de vocabulário ABFW. Já o sujeito 3 apresentou escores normais pelos parâmetros indicados pela escala, porém, quando exposto a uma análise mais minuciosa das competências lingüísticas, este

mostrou grande dificuldade nas habilidades pragmáticas e semântico-lexicais.

Dessa forma vê-se que a Escala de Gesell aplicada isoladamente não avalia minuciosamente o aspecto lexical. As provas da Escala são bastante simples e genéricas, envolvendo compreensão de termos espaciais, de ordens situacionais e nomeação de figuras comuns e rotineiras²³. Já no teste ABFW é possível avaliar diferentes campos semânticos com número maior de vocábulos, numa análise mais completa do vocabulário expressivo.

Assim, em casos onde se suspeita de atraso de linguagem, a complementação da escala se faz necessária para um diagnóstico mais preciso. A coleta de dados mais específicos também fornece maiores subsídios para o processo de intervenção terapêutica.

Nesta pesquisa outro ponto importante observado foi a influência do meio no desenvolvimento dos sujeitos. O acompanhamento desde os primeiros meses de vida na instituição possibilita a melhora da qualidade do estímulo ambiental, uma vez que a família recebe orientação e a criança recebe estimulação adequada. Dados da literatura apontam que a intervenção precoce diminui o impacto dos fatores de risco, e a ênfase em programas de apoio a família se mostram efetivos para o desenvolvimento¹²⁻¹⁵.

A detecção e estimulação precoce significam, em termos de saúde pública, uma economia de recursos pessoais e financeiros, pois pode-se estabelecer programas de prevenção de baixo custo e de abordagem comunitária envolvendo as crianças de risco.

Observou-se resultados positivos desse processo analisando o sujeito 1 que no momento da avaliação apresentou resultados dentro da normalidade, enquanto o sujeito 3 que abandonou os atendimentos, apresentou alteração. O sujeito 2 que está em acompanhamento desde as primeiras semanas de vida e apresenta déficit em ambas as testagens, provavelmente estaria com um maior

comprometimento caso não houvesse recebido intervenção.

Como apresentado no referencial teórico, não foram encontrados estudos que relatem o desenvolvimento das crianças nascidas grandes para a idade gestacional, não havendo dados comparativos para este estudo.

O critério estabelecido para a seleção dos sujeitos neste estudo foi isolar o fator de risco. Como grande parte das crianças nascidas GIG apresentam complicações neonatais, não puderam participar deste estudo, limitando o grupo selecionado a uma amostra de três casos.

No entanto, como referido na literatura, a incidência de crianças nascidas grandes para a idade gestacional gira em torno de 9%⁴. Em levantamento feito na APAE de Jundiaí, no período de janeiro de 2001 a outubro de 2003, foram realizados 84 encaminhamentos de crianças nascidas GIG. O fato mais relevante, e que justifica a realização de contínuas pesquisas com esse grupo de crianças em termos de desenvolvimento foi que dez dessas crianças (12%), apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, necessitando de terapias específicas no Programa de Estimulação Essencial.

■ CONCLUSÕES

O desenvolvimento global e lingüístico nos três casos avaliados apontou diversidade nas performances, com um quadro de normalidade e dois quadros de defasagens em graus distintos. Embora o número de sujeitos nesta pesquisa tenha sido pequeno, os dados obtidos quanto ao desenvolvimento global e desenvolvimento lingüístico indicam a necessidade de se observar a população GIG com maior atenção. Levando-se também em consideração os índices de nascimentos GIG, mostra-se ainda mais relevante a realização de outros estudos e o estabelecimento de condutas preventivas nesta população capazes de minimizar o impacto negativo dos fatores de risco no desenvolvimento destas crianças.

ABSTRACT

Purpose: to evaluate and describe the global development of vocabulary in children born large for gestational age. **Methods:** the scale used to evaluate the global development was according to Gesell, and to evaluate the lexical competence the scale used was of ABFW test, in three children born large for gestational age without other risk factor, among two years and six months and two years and eight months old. The results were described as case report and then, they were discussed comparatively. **Results:** the profile among the children was different. The child number one had a normal development; the child number two had a large divergence among adaptive and language areas, and the child number three had a specific divergence in language. **Conclusion:** the global and linguistic development in the evaluated cases show diversity in the results, with one normal patient's condition, and two divergence conditions in different grades. Although the number of children has been small (three), the information obtained about global and linguistic development indicate that these children should be observed with larger attention, seeking to set up preventive conducts for this population.

KEYWORDS: Birth Weight; Fetal Macrosomia; Child Development; Language Development

■ REFERÊNCIAS

1. D'Amorim AB, Cavalcanti AGLC, Campelo Netto FAZ, Campos JM, Lima LFC, Pereira MAP, Silva RBCB, Novaes Filho TB, Lira PIC, Romani SAM. Estudo do peso ao nascer no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco -1989. *Rev IMIP*. 1991; 5(1):13-9.
2. Bettiol H. Neonatal anthropometry and neonatal outcome. *São Paulo Med J*. 2003; 121(4):147-8.
3. Jazayeri A, Contreras D. Macrosomia [periódico online]. *eMedicine* 2004; Disponível em: URL: <http://www.emedicine.com/med/topic3279.htm>
4. Lopez IB, Sepúlveda HB, Jeria CH, Letelier CL. Niños macrosómicos y de peso normal de un consultorio de atención primaria: comparación de características propias y maternas 1997-2000. *Rev Chil Pediatr*. 2003; 74(3):287-93.
5. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6):1-23.
6. Mauad Filho M, Valadares Neto JD, Rangel MADR, Wagner A, Cotrim AM. Grande para a idade gestacional: aspectos obstétricos e perinatais. *Rev Femina*. 1992; 20(2):113-6.
7. Oral E, Cagdas A, Gezer A, Kaleli S, Aydinli K, Öçer F. Perinatal and maternal outcomes of fetal macrosomia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 99(2):167-71.
8. Katz L, Amorim M, Coutinho I, Santos LC. Análise comparativa de testes diagnósticos para diabete gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(8):527-33.
9. Garcia IJ, Martínez JMQ, Bloch EA, Luis GG, Rodríguez-Miguélez JM, Aloy JF. Morbilidad del recién nacido hijo de madre diabética en relación con la macrosomía. *An Esp Pediatr Ene*. 1999; 50(3):275-8.
10. Jones CW. Gestational diabetes and its impact on the neonate. *Neonatal Netw*. 2001; 20(6):17-23.
11. Bertagnon JRD, Segre CADM, Colletto GMD. Relação entre peso e comprimento para prever afecções neonatais. *São Paulo Med J* 2003; 121(4):1-14.
12. Halpern R, Giugliani ERJ, Victoria CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73:529-39.
13. Andraca I, Pino P, La Parra A, Rivera F, Castillo M. Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Rev Saúde Pública*. 1998, 32(2):138-47.
14. Eickmann SH, Lira PI, Lima MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2002, 60(3):748-54.
15. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2003, 37(3):311-8.
16. Hediger ML, Overpeck MD, Maurer KR, Kuczmarski RJ, McGlynn A, Davis WW. Growth of infants and young children born small or large for gestational age. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998; 152(12):1225-31.
17. Kelly YJ, Nazroo JY, McMunn A, Boreham R, Marmot M. Birthweight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *Int J Epidemiol*. 2001; 30(1):88-94.
18. Oliveira LN, Lima MCMP, Gonçalves VMG. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3):802-7.
19. Pereira MR, Funayama CAR. Avaliação de alguns aspectos da aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas pré-termo. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62(3):641-8.
20. Gesell A. Psicologia do desenvolvimento do lactente e da criança pequena: bases neuropsicológicas e comportamentais. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2002. 566 p.
21. Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. 2. ed. São Paulo: Pró-Fono; 2004. 98 p.
22. Meio MDBB, Mello RRD, Morsch DS, Cecherelli MC, Rossetti MC, Lopes JMDA, Dutra MVP. Teste de Gesell: anormalidade na testagem e sua relação com fatores de risco perinatais. *Pediatr Mod*. 1999; 35(6):394-402.
23. Hage SRV, Joaquim RSS, Carvalho KG, Padovani CR, Guerreiro MM. Diagnóstico de crianças com alterações específicas de linguagem por meio de escala de desenvolvimento. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62(3):649-53.

RECEBIDO EM: 10/06/06

ACEITO EM: 01/09/06

Endereço para correspondência:

Rua São Jorge, 92

Jundiaí – SP

CEP: 13201-807

Tel: (11) 45868363

E-mail: luacontesini@hotmail.com