

Problemas de linguagem oral e enurese em crianças***

Oral language disorders and enuresis in children

Thelma Kilinsky Birenbaum*
Maria Claudia Cunha**

*Fonoaudióloga. Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC - SP). Membro do Grupo de Pesquisa Distúrbios da Linguagem, Corpo e Psiquismo. Endereço para correspondência: R. Comendador Miguel Calfat, 128 - Conj. 1303 - São Paulo - SP - CEP 04537-080 (thel29@attglobal.net).

**Fonoaudióloga. Professora Titular do Departamento de Clínica Fonoaudiológica da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC - SP.

***Trabalho Realizado no Departamento de Fonoaudiologia da PUC - SP.

Artigo Original de Pesquisa

Artigo Submetido a Avaliação por Pares

Conflito de Interesse: não

Recebido em 09.03.2010.
Revisado em 08.05.2010; 17.05.2010;
09.11.2010.
Aceito para Publicação em 09.11.2010.

Abstract

Background: co-occurrence of oral language disorders and enuresis in children. Aim: to identify and analyze the relationship between instances of oral language disorders and enuresis in children. Method: clinical, quantitative and qualitative study, with a descriptive/interpretative outline, presented through two distinct situations. "Situation 1" refers to a group of 120 children between 3:0 and 10:0 years old, independently of gender and age, from a philanthropic Institution in Greater São Paulo. "Situation 2" refers specifically to the evaluation of children who have oral language disorders and enuresis. Results: results indicated that enuretic children present a higher percentage of oral language disorders when compared to non-enuretic children, especially phonological disorders and talking very little. These results support the studies on co-occurrence of enuresis and oral language disorders, presented in papers that attribute a bio-psychic etiology to this co-morbidity. Conclusion: results indicated a relationship between enuresis and oral language disorders. Considering the interactions among language, body and psyche, it is suggested that speech therapists, when dealing with oral language disorders in children, also investigate the acquisition of their bladder sphincter control, in a bio-psychical approach.

Key Words: Enuresis, Child Language, Language Disorders, Psychoanalysis.

Resumo

Tema: co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese em crianças. Objetivo: Identificar e analisar possíveis relações entre problemas da linguagem oral e enurese em crianças. Método: pesquisa clínico-quantitativa-qualitativa de caráter descritivo/interpretativo apresentada em duas situações distintas. A "situação 1" refere-se a um grupo de 120 crianças, entre 3:0 e 10:0 anos, independente das variáveis sexo e idade, que frequentam uma Instituição da Grande São Paulo. A "situação 2" refere-se especificamente à avaliação de crianças que apresentam a co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese. Resultados: os resultados apontaram que, comparativamente, as crianças enuréticas tendem a ter mais problemas de linguagem oral que as não enuréticas, especialmente desvios fonológicos e o fato de falarem pouco. Tais resultados corroboram os estudos sobre a co-ocorrência de enurese e problemas de linguagem oral, apresentados em trabalhos que atribuem etiologia bio-psíquica a essa co-morbidade. Conclusão: os resultados indicaram relação entre enurese e problemas de linguagem oral. Considerando-se os efeitos recíprocos entre linguagem, corpo e psiquismo, sugere-se que os fonoaudiólogos que se ocupam dos problemas de linguagem em crianças também investiguem a aquisição do seu controle esfinteriano vesical, numa abordagem bio-psíquica.

Palavras-Chave: Enurese, Linguagem Infantil, Transtornos da Linguagem, Psicanálise.

Referenciar este material como:



Birenbaum TK; Cunha MC. Problemas de linguagem oral e enurese em crianças. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2010 out-dez;22(4):459-64.

Introdução

Dificuldade comum a muitas famílias em todo o mundo, a enurese infantil (micção involuntária e inconsciente após os cinco anos, com o sistema urinário íntegro)¹⁻² é uma das ocorrências sintomáticas registradas pelo fonoaudiólogo no atendimento a crianças com problemas de linguagem.

A enurese pode ser diurna e/ou noturna¹⁻², primária (quando não há controle esfinteriano vesical) ou secundária (quando aparece ou reaparece após intervalos de tempo),²⁻⁴ esta última diretamente relacionada a conflitos emocionais e à regressão afetiva^{1,5-7}. Estudos sobre a enurese são abordados em seus aspectos biológicos^{1-3,6,8} e/ou psico-sociais^{1-3,5-6,9-13}.

Do ponto de vista bio-psíquico, considera-se que o ser humano não é redutível à dimensão biológica, pois a todo estado orgânico correspondem representações mentais, de ordem subjetiva^{1,3,6-7,14-16}.

Na perspectiva psicanalítica, em crianças pequenas o sintoma geralmente é uma resposta corporal, tecida num contexto sustentado por uma rede simbólica.¹⁷ As verbalizações dos adultos ao tocarem seus corpos, por exemplo durante as cenas de alimentação¹⁸ e higiene¹⁶, introduzem a linguagem na constituição dessa subjetividade, e podem provocar emoções conflituosas na criança, desencadeando, entre outros, problemas de linguagem e enurese.^{1,3,7} Salienta-se que a literatura específica referente à co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese em crianças é escassa^{3,19}, particularmente na abordagem teórica aqui proposta.

Nesse contexto, esse trabalho tem como objetivo identificar e analisar possíveis relações entre problemas da linguagem oral e enurese em crianças, numa abordagem bio-psíquica.

Método

Pesquisa clínico-quantitativa de caráter descritivo/interpretativo, apresentada em duas situações distintas e complementares. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) (protocolo número 325/2008), e o Termo de Livre Consentimento foi devidamente assinado pelos responsáveis.

Casuística

- . situação 1: 104 crianças que frequentam uma instituição da Grande São Paulo, entre três a dez anos, desconsiderando-se as variáveis sexo e idade. Justifica-se a escolha desta faixa etária: por maturidade neurológica² e pela etapa do desenvolvimento psicossocial da infância que compreende o final da fase oral ao final da fase de latência¹⁷;
- . situação 2: 14 crianças que apresentam co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese, selecionadas na situação 1.

Procedimento

. situação 1: foram enviados 120 questionários para verificação sobre a ocorrência de problemas de linguagem oral e/ou de enurese, dos quais 104 foram respondidos pelos responsáveis. Uma criança devolveu o questionário sem resposta sobre a ocorrência da enurese. As respostas dadas pelos pais com relação à ocorrência (ou não) da enurese foram aceitas como verdadeiras, e a sua inclusão para posterior análise dos resultados não dependeu de qualquer especificação quanto à frequência, período de ocorrência (diurno e/ou noturno) e subtipo da enurese (primária/secundária). Ao final da coleta de dados, foi elaborada uma tabela contendo as seguintes categorias: nome, sexo, data de nascimento, idade, problema de linguagem (sim/não), enurese diurna (sim/não), enurese noturna (sim/não). A co-ocorrência entre problemas de linguagem oral e enurese foi analisada através de estatística descritiva: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. Foram utilizados os testes t-Student e teste exato de Fisher²⁰, e os dados obtidos nas correlações estatísticas também foram interpretados a partir de uma abordagem bio-psíquica;

. situação 2: a partir das respostas obtidas nos questionários enviados e devolvidos, foram selecionadas 14 crianças, todas enuréticas, mas somente 10 apresentavam queixas de problemas de linguagem oral. Cada criança foi submetida (individualmente) a avaliação fonoaudiológica, através de observação clínica em contexto dialógico e lúdico. Além disso, aplicou-se o Protocolo de Observação Comportamental (Proc), especificamente no item Habilidades Comunicativas (HC) por meio dos itens: 1 a (habilidades dialógicas ou conversacionais), 1 b (funções comunicativas), 1 c (meios de comunicação) e 1 d (níveis de contextualização da linguagem)²¹. As relações entre problemas de linguagem e enurese foram analisadas a partir de uma abordagem bio-psíquica.

Resultados

. situação 1: a amostra é composta por 104 crianças, com média de idade de 86,9 meses (desvio padrão de 21,9 meses), sendo 41 (39,4%) do sexo feminino e 63 (60,6%) do sexo masculino. Com o objetivo de descrever os valores de idade observados na amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo, e construídos *box-plots* dessa variável nos grupos com e sem problema de linguagem, e com e sem enurese. As médias das idades nos grupos com e sem problema de linguagem foram comparadas por meio do teste t-Student. O mesmo procedimento foi adotado para comparar as médias dessa variável nos grupos com e sem enurese. As prevalências de problema de linguagem oral e enurese foram estimadas pontualmente e construídos intervalos de confiança de 95%. A associação entre enurese e problema de linguagem foi avaliada por meio do teste exato de Fisher. As técnicas estatísticas adotadas estão descritas em Fisher e Van Belle²⁰. Foi adotado nível de significância de 0,05 em todos os testes de hipótese. A Tabela 1 apresenta as porcentagens conjuntas de crianças com enurese diurna e enurese noturna.

TABELA 1. Frequências e porcentagens conjuntas de enurese diurna e enurese noturna.

Enurese Diurna	Enurese Noturna			TOTAL
	Não Respondeu	Não	Sim	
não respondeu	1 1%	0	0	1 1%
não	0	87 83,7%	12 11,5%	99 95,2%
sim	0	1 1%	3 2,9%	4 3,8%
TOTAL	1	88	15	104

A Tabela 2 apresenta as distribuições de frequências e porcentagens de problemas de linguagem nas crianças com e sem enurese. Observa-se que, a partir das respostas dos pais ao questionário, 56 crianças dessa amostra apresentaram queixas de problemas de linguagem oral (53,9%).

A porcentagem de crianças com problema de linguagem nas crianças sem enurese é 50,6%, valor menor do que o observado nas crianças com enurese (68,8%). Porém, do ponto de vista estatístico, não foi detectada diferença significativa entre as porcentagens de ocorrência de problema de linguagem nas crianças com e sem enurese ($p = 0,276$).

Tais resultados não foram estatisticamente significativos, porém interpretativamente analisáveis. Portanto, apesar de não ser possível fazer generalizações estatísticas, observou-se, a partir das respostas dos pais aos questionários, que as crianças enuréticas apresentaram mais problemas de linguagem oral que as não enuréticas, especialmente no que se refere a "falarem pouco". A porcentagem de crianças com a queixa "fala pouco" no grupo com enurese é de 25,0%, enquanto a porcentagem de crianças sem enurese com esta mesma queixa é de 5,80%.

Do ponto de vista psicanalítico, o fato de uma criança "falar pouco" é um indicativo de inibição, abandono ou restrição de uma função do ego, porque a sua prática produziria ansiedade²². Ansiedade e dificuldades de linguagem são frequentes em crianças com mutismo seletivo²³, e pesquisas apontam que crianças enuréticas também podem apresentar dificuldades de expressão^{3,9,19,24-25}.

. situação 2: a partir das avaliações fonoaudiológicas individuais das 14 crianças enuréticas constatou-se que todas aquelas cujos pais queixaram-se de enurese apresentavam algum problema de linguagem oral. Os resultados das avaliações individuais serão descritos abaixo, e acrescidos das respectivas pontuações obtidas no Proc.

1. Sexo feminino - 3:7 anos - enunciados curtos, porém inteligíveis; elaboração oral precária. Sigmatismo anterior assistemático (distorção do /s/ e /z/). Esporadicamente, algumas alterações vocabulares (ex. olhos - [z'nyus]) - Proc 67 - enurese diurna.
2. Sexo feminino - 7:7 anos - interagiu dialogicamente, apesar de falar pouco espontaneamente. Muito tensa. Apresentou omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais, omissão do arquifonema {R}; falhas de concordância verbal, (predominantemente de número), discreto aumento de saliva no vestibulo inferior, arcada dentária superior protruída e lábio inferior evertido - Proc 65 - enurese diurna e noturna
3. Sexo feminino - 9:0 anos - fala pouco - Proc 63 - enurese noturna

4. Sexo masculino - 4:4 anos - voz rouca, enunciados curtos e pouco inteligíveis, discreta sialorréia e hipotonia da musculatura oral; arcada dentária superior protruída - Proc 55 - enurese noturna.

5. Sexo feminino - 5:8 anos - enunciados curtos, fala infantilizada, articulação imprecisa, omissão assistemática do fonema /r/, incluindo os grupos consonantais, alterações vocais- Proc 54 - enurese noturna.

6. Sexo masculino - 6:7 anos - omissão do /r/, incluindo grupos consonantais, omissão do arquifonema {R}, fala com velocidade aumentada - Proc 54 - enurese noturna.

7. Sexo masculino - 8:0 anos - fala pouco, falhas de concordância verbal, discreta alteração vocal, omissão assistemática do arquifonema {R} - Proc 54 - enurese noturna.

8. Sexo feminino - 6:10 anos - omite /r/ em grupos consonantais e o arquifonema {R} ou o substitui por /X/; substitui /ʃ/ e /ʒ/ respectivamente por /s/ e /z/; hipotonia da musculatura perioral - Proc 52 - enurese noturna.

9. Sexo masculino - 3:8 anos - discreta sialorréia; voz hiponasal; discreta hipotonia da musculatura oral; respiração bucal - Proc 49 - enurese diurna e noturna.

10. Sexo feminino - 5:10 anos - enunciados monossilábicos, sigmatismo anterior; omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais e do arquifonema {R}; língua hipotônica - Proc 46 - enurese diurna e noturna.

11. Sexo masculino - 9:5 anos - voz com fraca intensidade, quase inaudível, fala pouco - Proc 39 - enurese noturna.

12. Sexo feminino - 7:10 anos - discreta sialorréia, hipotonia da musculatura oral; sigmatismo anterior, mordida aberta anterior; fala pouco, enunciados curtos, falhas de concordância verbal - Proc 33 - enurese noturna.

13. Sexo masculino - 5:10 anos - fala pouco, não mantém diálogo, sigmatismo anterior, omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais e sistemática do arquifonema {R}; voz com fraca intensidade - Proc 26 - enurese noturna.

14. Sexo masculino - 8:0 anos - fala pouco, enunciados curtos, alterações vocais - Proc 24 - enurese noturna.

TABELA 2. Frequências e porcentagens de problemas de linguagem nas crianças com e sem enurese.

Enures e	Problema de Linguagem		TOTAL
	Não	Sim	
não respondeu		1 100,00%	1 100,00%
não	43 49,40%	44 50,60%	87 100,00%
sim	5 31,3%	11 68,8%	16 100,00%
TOTAL	48 46,20%	56 53,90%	104 100,00%

TABELA 3. Estatísticas descritivas para as pontuações no Protocolo de observação comportamental (Proc) (%).

PROC	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
TOTAL 1 a (%)	14	82,9	20,2	40,0	90,0	100
TOTAL 1 b (%)	14	57,6	33,0	0,0	66,7	100
TOTAL 1 c (%)	14	72,5	18,1	45,0	75,0	100
TOTAL 1 d (%)	14	64,3	30,6	33,3	66,7	100
TOTAL HC(%)	14	69,5	19,5	34,3	75,7	95,7

Proc: Protocolo de Observação Comportamental.

Das 14 crianças enuréticas avaliadas individualmente, 8 já haviam completado cinco anos, idade que marca a aquisição plena do sistema fonológico do Português Brasileiro²⁶, e sete delas apresentaram omissões sistemáticas ou assistemáticas dos fonemas /r/ e/ou {R}, indicando desvio fonológico e atraso de aquisição fonológica²⁷. Ressalta-se que a variável imaturidade também faz parte do quadro enurético, no que se refere a aspectos orgânicos, fisiológicos, psicomotores e/ou afetivos^{1-3,6-7, 24}.

As 14 crianças enuréticas avaliadas obtiveram pontuação abaixo de 70 (valor máximo esperado) no Proc. Calculou-se, então, a média dessas pontuações, e observou-se que: 8 crianças (57,14 %) estavam acima da média, 1 criança (7,14%) encontrava-se na média, e 5 crianças (35,71%) estavam abaixo da média.

Das 8 crianças acima da média, 6 (42,8 %) já haviam completado 5 anos. Mesmo apresentando as melhores pontuações no Proc, essas 6 crianças manifestaram, predominantemente, desvios fonológicos: em 4 (66,6%) a omissão de /r/; em 4 (66,6%) a omissão de {R} ; em 1 (16,6%) a distorção de /s/ e /z/; em 01 (16,6%) a substituição de /ʃ/ e /ʒ/ respectivamente por / s / e / z /. Além disso, 3 (50%) apresentaram alterações vocais (voz rouca), e 3 (50%) falam pouco.

Nas 5 crianças (37,72%) abaixo da média, também foram detectados desvios fonológicos e alterações vocais, mas o "falar pouco" teve incidência de 100%. Este achado foi mais compatível com os resultados obtidos no Proc, uma vez que, também identificadas pela pesquisadora como crianças que "falam pouco", essas crianças tiveram desempenho abaixo da média no que se refere às habilidades comunicativas.

Os resultados dos sub-ítem que compõem as habilidades comunicativas (HC), a saber, 1a (habilidades dialógicas ou conversacionais), 1b (funções comunicativas), 1c (meios de comunicação), 1d (níveis de contextualização da linguagem) e o resultado total de HC (pontuação máxima = 70) foram transformados em porcentagens. A seguir, foram calculados os valores das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das pontuações percentuais. A maior porcentagem média de acertos foi obtida no item 1 a (habilidades dialógicas ou conversacionais), e a menor porcentagem média de acertos foi obtida no item 1b (funções comunicativas). (Tabela 3).

Além dos dados encontrados na literatura psicanalítica, pesquisas realizadas na área da psicologia indicam que a enurese também pode estar relacionada a dificuldades e transtornos na área da linguagem, especificamente no que se refere a atrasos, lentidão ao falar e dificuldades globais de expressão^{3,19}.

Em síntese, considerando-se prioritariamente os resultados obtidos em cada avaliação individual, que foram complementados pelos obtidos no Proc, pode-se afirmar que todas as crianças enuréticas avaliadas apresentaram comprometimentos nas habilidades comunicativas. Desvios fonológicos, especialmente a omissão dos fonemas /r/ e {R}, e o fato de falarem pouco foram os achados mais frequentes. E, nesses casos, houve prevalência de enurese noturna. Considerando uma concepção de linguagem que articula o funcionamento simbólico ao funcionamento psíquico^{18,28-30} a co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese em crianças indica o seu comprometimento bio-psico-social. Nessa perspectiva, a enurese, assim como a linguagem, também tem função simbólica⁷.

Conclusão

Os resultados apontaram que, comparativamente, as crianças enuréticas tendem a ter mais problemas de linguagem oral que as não enuréticas.

A interpretação da co-ocorrência de ambas as marcas corporais, a partir da indissociabilidade entre linguagem, corpo e psiquismo, permite afirmar que, diante de crianças que apresentam problemas de linguagem oral, os fonoaudiólogos devem investigar o seu controle esfíncteriano vesical. Da mesma forma, diante de uma criança enurética, deve-se atentar para possíveis problemas de linguagem oral. Além disso, sugere-se que se investigue especialmente as funções comunicativas da linguagem (instrumental, protesto, interativa, nomeação, informativa, heurística e narrativa) em crianças enuréticas, e que sejam realizados novos estudos a respeito da co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese em crianças, particularmente em relação aos conteúdos psíquicos envolvidos nesses sinais clínicos, de maneira a favorecer a eficácia do método clínico terapêutico fonoaudiológico nesses casos.

Referências Bibliográficas

1. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatria infantil. São Paulo: Masson; 1980.
2. Pachelli L, Topczewski A. Xixi na cama: nunca mais! Saiba o que é mito e o que é verdade e aprenda a lidar com a enurese. São Paulo: Edições Inteligentes; 2005.
3. Lluís JM. Enuresis nocturna: su relación con otros transtornos. Anu Psicol. 1993;58:105-18.
4. Caldwell PHY, Edgar D, Hodson E, Craig JC. Bedwetting and toileting problems in children. Med J Australia. 2005;182(4):190-5.
5. Barone JG, Ramasamy R, Farkas A, Lener E, Creenan E, Salmon D, et al. Breastfeeding during infancy may protect against bed-wetting during childhood. Pediatrics. 2006;118(1):254-9.

6. Garcia, FS. Enuresis nocturna: causas y tratamiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
7. Dolto F, Hamad N. Destinos de crianças: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
8. Mikkelsen EJ. Enuresis and encopresis: ten years of progress. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psych.* 2001;40(20): 1146-58.
9. Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Sechadri S, Subbakrishna DK, Bhola P, Kumar N. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian J Med Res.* 2005;122(1):67-79.
10. Butler R, Heron J. An exploration of children's views of bed-wetting at 9 years. *Child Care Health Dev.* 2008;34(1):65-70.
11. Sureshkumar P, Jones M, Caldwell PHHY, Craig JC. Risk factors for nocturnal enuresis in school-age children. *J Urol.* 2009;182(6 pt 1):2893-9.
12. Sapi MC, Vasconcelos JPS, Silva FG, Damião R, Silva E. Assessment of domestic violence against children and adolescent with enuresis. *J Pediatr.* 2009;85(5):433-7.
13. De Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, Baeyens, D, Hoebeke P, Vande Walle J. Problem behavior, parental stress and enuresis. *J Urol.* 2009;128(4 pt 2):2015-20.
14. Von Gontard A. Psychological and psychiatric aspects of nocturnal enuresis and functional urinary incontinence. *Urologe A.* 2004;43(7):787-94.
15. Joinson C, Heron J, Von Gontard A. Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics.* 2006;118(5):1895-993.
16. Jerusalinsky A. Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. 4a. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 2007.
17. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. 2a. ed. Rio de Janeiro: Imago; 1989. p.119-283.
18. Palladino RRR, Cunha MC, Souza LAP. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Pró-fono Rev Atual Cient* 2007;19(2):205-14.
19. Rodrigues EJB. Síndrome: enurese noturna, valgismo, disfonia, ortodontopatia. *Rev. Bras.Otorrinolaringol.* 1997;63:280-3.
20. Fisher LD, Van Belle G. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* New York: Wiley. Interscience; 1993.
21. Zorzi JL, Hage SRV. *Proc - Protocolo de Observação Comportamental.* São José dos Campos: Pulso; 2004.
22. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade in: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* 2a. ed. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p.95-293.
23. Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, McIness A, Clark S. The sounds of silence: language, cognition and anxiety in selective mutism. *J Acad Child Adol Psychiatr.* 2007;46(9):1187-95.
24. Touchette E, Petit D, Paquet J. Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir JY. et al. Bed-wetting and its association with development milestones in early childhood. *Arch Pediatr Adol Med.* 2005;159(12):1129-34.
25. Al-Jawadi AA, Abdul-rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2007;7:274.
26. Soares MK, Pagliarin KC, Ceron MI. Terapia fonológica considerando as variáveis linguísticas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(2):261-6.
27. Ferrante C, Borsel JV, Pereira MMB. Análise dos processos fonológicos em crianças com desenvolvimento fonológico normal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(2):36-40.
28. Cunha MC. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território.* São Paulo: Plexus; 1997.
29. Snow PC. Child maltreatment, mental health and oral language competence: inviting speech language pathology to prevention table. In *J Speech-Lang Pathol.* 2009;11(2):95-103.
30. Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2001;42(1):3-48.