

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Marta Gonçalves Gimenez Baptista

**Interdisciplinaridade no Processo de Diagnóstico e Conduta em Crianças com
Distúrbios de Linguagem**

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

**SÃO PAULO
2015**

Marta Gonçalves Gimenez Baptista

Interdisciplinaridade no Processo de Diagnóstico e Conduta em Crianças com Distúrbios de Linguagem

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia sob a orientação da Prof^a Dr^a Beatriz Cavalcanti Albuquerque Caiuby Novaes, inserida na linha de pesquisa Audição na Criança.

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

**SÃO PAULO
2015**

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Beatriz Cavalcanti Albuquerque Caiuby Novaes

Dr^a Suzana Magalhães Maia

Dr^a Sulene Pirana

Dr^a Mariana Favero

Dr^a Ana Claudia Martinho

Dr^a Ana Clélia de Oliveira Rocha (suplente)

Dr^a Adela Stoppel de Gueller (suplente)

BAPTISTA, M. G. G. Interdisciplinaridade no Processo de Diagnóstico e Conduta em Crianças com Distúrbios de Linguagem. 2015, 107f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP, São Paulo, 2015.

RESUMO

Introdução: Os distúrbios do desenvolvimento infantil convocam profissionais de diferentes campos de conhecimento a refletirem sobre seus papéis. Neste contexto, o exercício da clínica fonoaudiológica provoca continuas reflexões a partir da singularidade dos casos atendidos e seus enigmas. Como caminho, a possibilidade de diálogo com outras áreas pode responder a algumas inquietações durante o percurso profissional na Fonoaudiologia. A experiência com crianças e as questões acerca das intervenções clínicas apontam uma demanda para que o profissional recorra a outras áreas de conhecimento como forma de avançar no processo de interlocução e compreensão dos pacientes e de seus quadros clínicos, cuja a finalidade é pensar a direção do tratamento. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo buscar evidências de uma prática interdisciplinar, particularizando diagnóstico e conduta, a partir de registros de casos de crianças e adolescentes com dificuldades na linguagem, compartilhados pelas clínicas foniátrica e fonoaudiológica. **Método:** Esta pesquisa realizou uma análise descritiva baseada no acervo clínico do Prof. Dr. Mauro Spinelli, cujo banco de dados incluía prontuários de crianças e adolescentes atendidos por ele e pela pesquisadora, entre os anos de 1990 a 2005. O acervo clínico encontra-se guardado na Clínica Interdisciplinar Prof. Dr. Mauro Spinelli, na cidade de São Paulo, onde foi realizada a pesquisa. **Resultados:** Neste estudo, o gênero masculino foi prevalente (64,5%), e o distúrbio de linguagem de etiologia multifatorial foi o mais frequente (44%). A conduta comumente adotada foi a terapia fonoaudiológica e o trabalho interdisciplinar esteve presente na discussão sobre diagnóstico e conduta, na apresentação dos dados, nas reflexões/interlocuções clínicas e na abordagem de terapia diagnóstica. **Conclusão:** A perspectiva dos profissionais envolvidos nos casos aqui analisados foi norteadada pelos princípios da escuta e do diálogo/interlocução entre clínico e paciente, e entre clínicos, num processo em que se foi entendendo os recursos e habilidades da criança, compreendendo tratar-se de um sujeito em constituição. Os profissionais envolvidos compartilhavam da mesma concepção sujeito/criança que ali estava sendo falada. Essas considerações apontam para a possibilidade da terapia diagnóstica aliada a abordagem interdisciplinar, não separando necessariamente diagnóstico e conduta, pois trata-se de processo contínuo.

Palavras-chave: Comunicação interdisciplinar; Transtornos da linguagem; Linguagem; Fonoaudiologia; Diagnóstico; Linguagem infantil.

BAPTISTA, M. G. G. Interdisciplinarity in the Process of Diagnosis and Treatment of Children with Language Disorders. 2015, 107p. Thesis (PhD). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP, São Paulo, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Child development disorders summon people from different fields of knowledge to reflect on their roles. Within this context, the practice of speech therapy causes continuous reflections based on the singularity of treated cases and their riddles. As a path, the possibility of a dialogue with other areas can respond to important concerns along the career of a professional in Speech-language Therapy. The experience with children and clinical intervention issues demand from professionals to refer to other disciplines of knowledge as a means to proceed with the interlocution process and understanding of patients as well their clinical condition. The process purpose is to think about the direction of treatment. **Objective:** This study aims to find evidence of an interdisciplinary practice, focusing on diagnosis and treatment, from case records of children and adolescents with language disorders, shared by phoniatrics and speech-language therapy clinics. **Method:** This research conducted a descriptive analysis based on Prof. Dr. Mauro Spinelli's clinical collection, whose database included records of children and adolescents attended by him and by the researcher, between the years 1990-2005. The collection is stored in the Interdisciplinary Clinical Unit Professor Dr. Mauro Spinelli, in São Paulo, where the survey took place. **Results:** In this study, the male gender was prevalent (64.5%) and the language disorder of multifactorial etiology was the most frequent (44%). The treatment commonly adopted was speech-language therapy. Interdisciplinary work was present at the discussion of diagnosis and treatment, at the data presentation, and at the clinical reflections/interlocutions and diagnostic therapy approach. **Conclusion:** The perspective of professionals involved in the cases reviewed here was guided by the principles of listening and dialogue/interlocution between clinician and patient, and between clinicians, in a process that brought understanding of the child resources and skills, acknowledging that the patient was a subject in a process of constitution. The professionals involved shared the same notion on the subject/child about whom the interlocution was being carried out. These considerations point out the possibility of diagnostic therapy combined with interdisciplinary approach without separating diagnosis and treatment, since this process is continuous.

Key words: Interdisciplinary communication; Language disorders; Language; Speech ,language and hearing sciences ; Diagnosis; Child language.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes e suas famílias que acreditaram e apostaram no meu trabalho.

As Professoras Dr^a Beatriz Cavalcanti Albuquerque Caiuby Novaes e Dr^a Suzana Maia pela disponibilidade e competência em minha orientação, contribuindo comprometidamente com minha pesquisa. As admiro!

Aos queridos professores Dr^a Léslie Picolotto e Dr. Alfredo Tabith Jr. por acreditarem, apoiarem e contribuírem com minhas ideias de pesquisa desde o início.

As queridas companheiras de consultório:

Adela Stoppel de Gueller pela generosidade em dividir suas descobertas teóricas e reflexões clínicas; Ana Clélia de Oliveira Rocha pela cumplicidade na Fonoaudiologia, pelas parcerias e afinidades na vida; Julieta Jerusalinsky por compartilhar a transparência do ser clínico com respeito e ética; Silvana Rabello pela experiência clínica, companheirismo nesse tempo todo de trabalho e pelo empréstimo de sua maravilhosa biblioteca.

Ao Dr. Alfredo Jerusalinsky com quem aprendi muito sobre a clínica da infância, a interdisciplina e o ser terapeuta.

A revisora Simone de Souza pelo preciso e cuidadoso trabalho com o texto.

Aos meus pais, que sempre acreditaram e apoiaram sem questionar meus projetos durante a vida, e não foram poucos...

Ao meu marido Davi, cúmplice na vida e nos ideais, sempre me apoiando incondicionalmente. Obrigada pela paciência!

A minha Tia Rosa, que sempre me apoiou nas tarefas que podia, nem que fosse com palavras de carinho: "Que Dios te bendiga".

A Capes pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

Ao Professor Dr. Mauro Spinelli que compartilhou generosamente seu conhecimento sobre a clínica da linguagem (in memoriam).

Aos meus amores, Maria Clara e Pedro Artur, com quem aprendi muito sobre a infância.

LISTA DE SIGLAS

- AASI** – Aparelho de Amplificação Sonora Individual
- ABORL-CCF** – Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial
- APAE** – Pais e Amigos dos Excepcionais
- APGAR** – Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration (índice de Apgar que avalia no recém nascido: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele)
- B** – Babie
- CRF^a** – Conselho Regional de Fonoaudiologia
- DA** – Deficiência Auditiva
- DEDFL** – Distúrbio Específico do Desenvolvimento da Fala e Linguagem
- DEDL** – Distúrbio Específico do Desenvolvimento da Linguagem
- DEL** – Distúrbio Específico de Linguagem
- DERDIC** – Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação
- DM** – Deficiência Mental
- EEG** – Eletroencefalograma
- EOA** – Emissões Otoacústicas
- FONO** – Fonoaudiologia
- F** – Feminino
- FMRI** – Functional Magnetic Resonance Imaging – Imagem por ressonância magnética funcional
- HD** – Hipótese Diagnóstica
- I** – Iara
- IALP** – International Association of Logopedics and Phoniatrics
- M** – Masculino
- MEC** – Ministério da Educação e Cultura
- MEG** – Magnetoencephalography – Magnetoencefalografia.
- OD** – Orelha direita
- OE** – Orelha esquerda
- ORL** – Otorrinolaringologia
- PAC** – Processamento Auditivo Central
- P** – Phill
- PEATE** – Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico
- PET** – Positron Emission Tomography – Tomografia por emissão de pósitrons.
- PSF** – Programa Saúde da Família

- PUC-SP** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- RM** – Ressonância Magnética
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TEDL** – Transtorno Específico do Desenvolvimento de Linguagem
- TC** – Tomografia Computadorizada
- UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo
- USP** – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Estatística descritiva da idade dos pacientes, segundo grupo.....	52
Tabela 2 – Número e percentual de pacientes, segundo características demográficas.....	53
Tabela 3 – Número e percentual de pacientes, segundo características clínicas.....	54
Tabela 4 – Número e percentual de queixas.....	54
Tabela 5 – Número e percentual de pacientes, segundo diagnóstico.....	55
Tabela 6 – Número e percentual de pacientes, segundo conduta.....	56
Tabela 7 – Número e percentual de pacientes/diagnóstico, segundo gênero.....	57
Tabela 8 – Número e percentual de pacientes, segundo idade.....	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Sobre o trabalho com a linguagem	15
1.2 Histórico do nascimento da profissão de Fonoaudiólogo no Brasil ...	18
1.3 A Foniatria	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Formação generalista, multidisciplinar e interdisciplinar	23
2.2 Constituição do sujeito pautada no referencial psicanalítico na visão de Françoise Dolto	30
2.3 Interdisciplina	37
3 OBJETIVO	45
4 MÉTODOS	46
4.1 Identificação e caracterização do acervo completo	46
4.1.1 Procedimentos de caracterização do acervo completo	47
4.2 Critérios de seleção de prontuários para análise do processo de diagnóstico e estabelecimento de conduta	49
4.3 Critérios de seleção de casos que evidenciem o processo terapêutico fonoaudiológico numa abordagem interdisciplinar	50
4.4 Análise dos resultados	50
4.4.1 Caracterização do acervo completo no período de 1976 a 2005	50
4.4.2 Análise do processo de diagnóstico e estabelecimento de conduta nos casos compartilhados pelo Foniatra e fonoaudióloga/pesquisadora	51
4.4.3 Estudos de casos completos	51
5 RESULTADOS	52
5.1 Caracterização demográfica e fonte de encaminhamento	52
5.1.1 Análise descritiva do acervo completo no período de 1976 a 2005	52
5.1.2 Análise dos fatores associados ao diagnóstico	56
5.2 Discussão dos resultados sobre a clínica foniátrica com crianças	57
5.3 Pacientes atendidos pelo foniatra e pela fonoaudióloga/pesquisadora	61

5.4 Estudo de Casos Clínicos	64
5.4.1 Caso A – Babie	66
5.4.2 Caso B – Iara	75
5.4.3 Caso C – Phill	84
6 DISCUSSÃO	93
CONCLUSÃO	99
REFERENCIAS	100
ANEXO	107

APRESENTAÇÃO

Em minha experiência profissional como fonoaudióloga, as reflexões acerca das intervenções clínicas com crianças implicaram no estabelecimento de interlocução com outras áreas de conhecimento, na compreensão de quadros clínicos e no trabalho em equipe para pensar a direção do tratamento. Desde o princípio de minha atuação como profissional, o trabalho em equipe se fez presente, e as oportunidades e interesses conduziram-me ao campo da clínica interdisciplinar.

Nesse sentido, historicamente, a Fonoaudiologia fez as primeiras parcerias com a Foniatria por ambas serem áreas que trabalham com questões relacionadas aos distúrbios da comunicação e por ter sido a Foniatria a área que apoiou o nascimento da Fonoaudiologia no Brasil. Naquele momento, que era o momento de minha graduação, na década de 80, partindo do modelo médico, a Foniatria era a área que orientava a formação e a prática do fonoaudiólogo.

No percurso da Fonoaudiologia, médicos foniatras tiveram papel de destaque na tarefa de formação de fonoaudiólogos e de interlocução clínica. O Prof. Dr. Mauro Spinelli, médico foniatra brasileiro, um dos fundadores do curso de Fonoaudiologia e professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), um deles, com quem tive a oportunidade de trabalhar durante 15 anos – de 1990 a 2005 - em equipe interdisciplinar. Dr. Mauro teve importante influência durante minha formação como clínica, compartilhando generosamente sua experiência com toda equipe.

Após seu falecimento em julho de 2005, seu acervo clínico foi doado pela família para estudo e pesquisa para a equipe da Clínica Interdisciplinar Prof. Dr. Mauro Spinelli, clínica onde atuou com fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicanalistas, neuropediatras, pedagogos e outros foniatras em diferentes tempos de sua vida profissional.

Essa possibilidade de interlocução com diferentes áreas pôde responder a algumas inquietações durante meu percurso profissional e, a partir desta experiência, fui construindo uma formação teórica e prática que tem seus princípios pautados na Interdisciplinaridade.

Fizeram parte desse percurso reuniões de estudos clínicos, supervisões de casos em atendimento e discussões com a equipe que atuava na clínica por pelo menos 10 anos ininterruptos.

Tal vivência profissional propiciou questionamentos sobre o campo da clínica interdisciplinar, e o acervo do Prof. Dr. Mauro Spinelli, com seu trabalho clínico associado a outras áreas, apresentou-se como possível e provável evidência da prática interdisciplinar como recurso de pesquisa e contribuição para área clínica.

Esta pesquisa apresenta, discute e reflete sobre os dados deste acervo clínico no viés da Interdisciplinaridade.

A **Introdução** primeiro capítulo, está dividida em três assuntos: inicia com o atendimento clínico para crianças com problemas de linguagem e o que esse tema envolve, esclarece sobre a delicadeza desse trabalho, que requer a interlocução com a infância e discorre sobre os distúrbios de linguagem especificamente; seguindo com o histórico da Fonoaudiologia no Brasil, desde o nascimento até se tornar um curso legalmente reconhecido, das origens aos desdobramentos construídos pela profissão que, durante sua história, passa a se relacionar com outras disciplinas; finalizando com a origem da Foniatria no mundo e que lugar ocupa atualmente no Brasil, observando a importância dessa disciplina como forte interlocutor da Fonoaudiologia.

No segundo capítulo, apresento a **Revisão de Literatura**, onde são considerados os conceitos de formação generalista, multidisciplinar e interdisciplinar na Fonoaudiologia. Na sequência, desenvolvo a ideia de trabalho com a infância e o referencial teórico da psicanálise partindo da autora Françoise Dolto.

Encerro a revisão apresentando o conceito de diagnóstico e conduta pensados numa abordagem interdisciplinar.

No terceiro capítulo, defino o **Objetivo** da pesquisa; no quarto capítulo, discorro sobre os **Métodos** com uma descrição detalhada dos critérios e dos procedimentos para execução do trabalho; no quinto capítulo, estão os **Resultados**, divididos em: análise do acervo completo, análise dos casos atendidos pela fonoaudióloga e pelo foniatra e estudo de casos clínicos. Finalizo com a **Discussão** que contempla a reflexão a partir dos casos clínicos remetendo às questões de Diagnóstico e de Conduta bem como seus desdobramentos em direção ao tratamento. Por último está o capítulo **Conclusão**.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o trabalho com a linguagem

A Fonoaudiologia recebe um grande público infantil pela área que atua e, portanto, trabalha com a criança e suas aquisições. Assim, o exercício da clínica com crianças que apresentam queixas de linguagem provoca e faz pensar continuamente a cada caso e a cada história, pois trata-se de um trabalho com sujeitos em constituição Gueller (2011). Além disso, a infância é um período delicado que deve ser respeitado com relação ao tempo e às possibilidades de cada criança se organizar, aparece como sujeito, Vorcaro (1999). A linguagem é o que a criança tem para relacionar-se com o outro, mesmo antes de ser falante. Portanto, é fundamental compreender que as crianças que manifestam sintomas na linguagem nem sempre irão constituir patologia, pois podem sofrer vicissitudes em seu processo de amadurecimento, por exemplo, apresentar equívocos esperados pelo momento que atravessam – o da construção e apropriação da linguagem. O tornar-se sujeito implica tomar para si a linguagem, fazendo uso com autoria. Nesses casos, é complexa a tarefa de explicitar o diagnóstico [conhecer as doenças a partir de seus sinais e sintomas] e a conduta [modo de conduzir o processo de tratamento]. Os tratamentos realizados no campo da linguagem, muitas vezes requerem diferentes disciplinas no atendimento às crianças. Assim, estabelecer laços interclínicos permite pensar mais além, pois nem sempre as alterações de fala que se apresentam na infância passam somente pelo campo da Fonoaudiologia.

Tanto a Fonoaudiologia quanto a Foniatria consideram o orgânico, o psíquico e o social, mas contribuem, a partir de cada área específica, compreendendo a necessidade de interlocução que se apresenta especialmente nos casos com distúrbios na linguagem. Tais casos podem ser entendidos respeitando que há anomalia funcional de um órgão ou sistema. Porém, é preciso considerar que, desde Saussure¹, “Tomada em seu conjunto, a linguagem é multiforme e heteróclita; apoiada em diferentes domínios físico, fisiológico e psíquico, pertence ainda ao domínio individual e ao domínio social.” (SAUSSURE, 1979, p.17)

¹ Um dos primeiros linguistas a influenciar os estudos da linguagem.

Com base nessa concepção de linguagem é pode-se ressaltar que se trata de um assunto complexo e desafiador, pois abarca problemas de comunicação e, portanto, de relacionamento. Além disso, possivelmente, tais dificuldades implicam em questões de fala, língua e de linguagem, declarando como a criança se posiciona em relação ao mundo e ao outro.

No Dicionário Enciclopédico das Ciências da Linguagem(1998) encontram-se as seguintes definições:

- Fala: é individual, é a utilização, é o emprego desse código pelos sujeitos falantes.
- Língua: é um fenômeno social, que se define como um código.
- Linguagem: é a essência, um ato da representação do pensamento.

A fala, segundo Saussure é um ato individual de vontade e inteligência pelo qual o falante faz combinações para usar o código da língua e onde ocorre um mecanismo psicofísico que lhe permite exteriorizar essas combinações”. O autor descreve ainda que a fala compreende “combinações individuais, dependentes da vontade dos que falam” e “são atos de fonação igualmente voluntários, necessários para a execução dessas combinações” (SAUSSURE,1979,p.22).

Spinelli, em seu texto “Pensando a Linguagem”² remete a fala a uma “realidade física dos sons que é analisável e pela qual se podem estudar os processos que permitem a percepção, a memória, o reconhecimento de palavras e a presumível compreensão do que nos é dito.” (SPINELLI, 1996, p.19). A fala representa ainda, na visão do mesmo autor, atos motores marcados pela fonologia, gramática e prosódia da língua.

Ao contrário da fala, a língua representa o que é do coletivo. Saussure desenvolve o assunto descrevendo que:

Se pudéssemos abarcar a totalidade das imagens verbais armazenadas em todos os indivíduos, atingiríamos o liame social que constitui a língua. Trata-se de um tesouro depositado pela prática da fala em todos os indivíduos pertencentes a uma mesma comunidade [...] pois a língua só na massa existe de modo completo. (SAUSSURE, 1979, p. 21)

O indivíduo é submetido à língua por ser algo do coletivo, imposto pela cultura, e que a criança assimila aos poucos. Nesse sentido a linguagem situa o

² Capítulo do livro *O falar da linguagem*, p. 19.

sujeito na cultura a qual pertence e permite possibilidades inovadoras onde podem ocorrer jogos de palavras e de humor, tornando o ser humano imprevisível.

Sobre a linguagem, Spinelli (1996) constata ainda que ela é tão abstrata, indomável e que não se pode observar. O autor aponta que estamos longe de entender exatamente o que permite a um ser humano falar de modo inovador e sem controle.

Essa trama, que inclui fala, língua e linguagem, manifesta-se de diversos modos, pois, no discurso da criança, falhas, déficits e mal entendidos, que não necessariamente significam um distúrbio, podem ocorrer.

Assim, problemas de comunicação podem transparecer mais que dificuldades com a fala, no entanto, é tudo que está envolvido. O ato de falar pressupõe um interlocutor e, portanto, uma mensagem direcionada a alguém, ou, a um outro, que está implicado neste ato. Uma vez na língua, o sujeito não está mais só, pertence ao social, compartilha significados e significantes subentendidos na cultura.

Ciente de tal complexidade, a busca por outras disciplinas fez-se necessária, para um melhor entendimento e, conseqüente, atendimento às crianças que manifestavam quadros clínicos com comprometimento na linguagem. Neste caso, tudo que se refere a déficit na comunicação é entendido como sinônimo de comprometimento na linguagem, pois esta abordagem adota a concepção de problemas de linguagem como algo mais amplo, que merece uma atenção detalhada para as questões de dificuldades na comunicação que a criança que sofre apresenta. Tal queixa é articulada com a condição da criança considerando os aspectos orgânicos, sociais e o contexto familiar.

Num passado recente, casos de grande complexidade, em que diferentes funções (motoras, sensoriais, neurológicas, cognitivas, etc.) apresentavam-se afetadas, sugeriam tratamento com vários especialistas. Porém, a proposta de trabalho, multidisciplinar, conduzia para a fragmentação do sujeito que procurava ajuda, pois promovia intervenções diversas, Jerusalinsky, A., (1999).

A necessidade de tratar o sujeito buscando uma não fragmentação do mesmo provocou na clínica uma perspectiva que resultou na construção de outra abordagem: a da interdisciplina. Originada a partir de 1920 com o encontro entre educação e saúde, a proposta de articulação entre áreas distintas começou a florescer. Mais precisamente, na década de 1930, com o trabalho do médico higienista Dr. Arthur Ramos, que se ocupava com as crianças “problema”, surgem

estudos a respeito: do comportamento das crianças e a preocupação com o ambiente do lar em que viviam; dos binômios pais-filhos e professores-alunos; e dos grupos sociais. O objetivo desses estudos foi facilitar a tarefa educativa.

Com a difusão da psicanálise no Brasil, no século passado, a visão do fonoaudiólogo, assim como a de outros especialistas que não mais encontravam respostas na condução positivista utilizada na clínica, questionou tal conduta e buscou interlocução com a psicanálise e com outras áreas para um melhor entendimento dessa prática e do sujeito.

Tal práxis permitiu o exercício do diálogo entre diferentes disciplinas e o reconhecimento dos limites de cada área, assim, resultou em novas possibilidades e vem construindo uma direção de tratamento articulada.

1.2 Histórico do nascimento da profissão de Fonoaudiólogo no Brasil

A graduação em Fonoaudiologia no Brasil completou 52 anos desde sua legalização como curso universitário em 1962. Esse fato remete a uma retomada histórica que permite pensar os caminhos já percorridos, porém, sabe-se que a origem da Fonoaudiologia aconteceu muito antes e a partir de questões sociais como veremos a seguir.

O surgimento da Fonoaudiologia no Brasil, segundo Berberian (1995)³, tem sua origem a partir do movimento nacionalista que aconteceu entre os anos 1930 e 1940. Naquela época, pós-Primeira Guerra Mundial (1914-1918), os imigrantes de diferentes nacionalidades vieram para o Brasil trabalhar na lavoura: italianos, espanhóis, alemães e pessoas de outros países imigraram para colônias agrícolas onde eram contratados para o trabalho da colheita ou, muitas vezes, o grupo arrendava a terra para produzir por conta própria. Sendo assim, a mistura das línguas começou a ser motivo de preocupação para o governo, pois as escolas passaram a ser frequentadas por estrangeiros com seus diversos idiomas e dialetos. Nos grupos de imigrantes, havia profissionais de diversas áreas, incluindo professoras, o que facilitava a manutenção da língua de origem. As crianças, que estavam sendo alfabetizadas, apresentavam sotaques diversos resultando em

³ Reconhecida pesquisa de doutorado realizada e publicada pela fonoaudióloga.

consequências tanto para fala quanto para escrita. Essa questão, reconhecida pelo governo como uma forte interferência na cultura brasileira, provocou o movimento nacionalista na gestão do Presidente Getúlio Vargas (anos 30), que entendeu a influência dos imigrantes como uma ameaça aos costumes, à cultura e à língua.

Criou-se, então, um projeto de unificação da língua pátria. O governo entendeu na época que a norma culta era necessária, pois, com a entrada de outras línguas por meio desses falantes estrangeiros, havia o risco de contaminar a língua oficial do país. Com isso, foram impostos modos de fala, principalmente nos espaços escolares, e os símbolos nacionais começaram a ser exaltados; cantar o hino nacional e hastear a bandeira brasileira também passaram a ser incluídos no cotidiano escolar. Nesse momento, surge o profissional que trabalhava com as crianças que apresentavam dificuldades de fala e escrita no espaço escolar. Esse inicia sua prática como um professor especializado no erro da palavra, e tem como tarefa a correção dos distúrbios de comunicação que as crianças apresentavam, Berberian (1995).

Após esse início, na história da Fonoaudiologia ocorreram práticas livres, ou seja, profissionais que se consideravam habilitados por suas práxis a tratar pessoas que apresentavam distúrbios na comunicação em uma formação reconhecida ou legitimada. Eram eles: atores, cantores, ex-gagos, enfermeiros e professores. “Era um campo aberto, livre para esses práticos, que se tornavam famosos e se diziam profissionais especializados”. (MEIRA, 2011, p.14).

O termo Fonoaudiologia ainda não existia tampouco os cursos oficiais, no entanto, professoras vinham a São Paulo realizar um curso de três meses ministrado no Hospital das Clínicas e voltavam “especialistas”, aptas a trabalhar na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) ou em outras instituições como “fonoaudiólogas. Finalmente, na década de 60, foi dado um grande passo para o início da profissão em nível superior com a vinda ao Brasil do Dr. Julio Bernaldo Quirós⁴ e de sua assistente Rosa Vispo⁵, e, posteriormente, com a ida para Argentina de dois médicos otorrinolaringologistas brasileiros - Dr. Américo Morgante e Dr. Mauro Spinelli - para que se especializassem em Foniatria.

Os médicos brasileiros retornaram ao trabalho em suas respectivas universidades de origem – Universidade de São Paulo (USP) e Pontifícia

⁴ Médico foniatra argentino referência na área e na América do Sul.

⁵ Fonoaudióloga da equipe do Dr. Quirós.

Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - e implantaram os cursos de graduação em “Logopedia” para formar terapeutas que tratassem indivíduos com problemas de audição, voz, fala e linguagem. Esses cursos tiveram início em 1960 na USP e em 1961 na PUC-SP e duravam um ano a princípio. O mesmo teve início em outras universidades a partir de 1964. Em 1965, começaram os exames para o vestibular, mas, apenas em 9 de dezembro de 1981, a Lei 6965 que regulamenta a profissão de Fonoaudiólogo foi sancionada pelo Presidente da República:

Os portadores de diploma ou certificado de conclusão de curso teórico-prático de Fonoaudiologia, sob qualquer de suas denominações – Logopedia, Terapia da Palavra, Terapia da linguagem e Ortofonia, bem como de Reeducação da Linguagem, ministrado até 1975, por estabelecimento de ensino oficial, terão direito ao registro como Fonoaudiólogo. (BRASIL, 1981).

Oficialmente, em 1991, a Fonoaudiologia começa a ser reconhecida como profissão e unifica-se também o nome da mesma.

Este percurso histórico permitiu afirmar que o nascimento da Fonoaudiologia no Brasil partiu do modelo médico apoiado principalmente pela Foniatria, área que orientava a formação e a prática do fonoaudiólogo, como divulgado em alguns trabalhos, no entanto, tivemos algumas diferenças no que se refere à origem da formação acadêmica.

A partir da regulamentação dos cursos de Fonoaudiologia nas universidades, diferentes caminhos surgiram com relação à origem dos cursos. Na Escola Paulista de Medicina (atual Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP) e na USP, os cursos aconteceram junto à Faculdade de Medicina com forte interferência do modelo médico. Na PUC-SP, o curso iniciou seu percurso junto a Faculdade de Psicologia em 1962 inserido, portanto, na área de humanas, Figueiredo Neto (1988).

1.3 A Foniatria

O tempo passou e assim como a Fonoaudiologia cresceu, ampliando suas possibilidades de atuar em diversas áreas, a Foniatria também sofreu importantes mudanças nos últimos 30 anos.

Essa área de atuação⁶, que só existia na Europa em seus primórdios e na época era considerada uma especialidade médica dedicada aos distúrbios da linguagem, respeitava a medicina tradicional, atuava na cura de doenças e na incorporação de tarefas educacionais. Tal especialidade originou-se a partir do interesse pelos problemas de voz e fala no final do século XIX e início do século XX com Hermann Gutzman (em Berlin), seu discípulo M. Seeman (em Praga) e Emile Fröeschels (em Viena). Desenvolveu-se bastante na Europa, onde foi fundada sua Associação Internacional (IALP – Internacional Association of Logopedics and Phoniatrics) que realiza Congressos desde 1924.

A Foniatria difundiu-se para América do Sul e México, com o empenho do argentino Julio Bernaldo de Quirós (1969) que ampliou os estudos a partir do orgânico, deslocando suas investigações sobre as relações entre psicologia e linguagem para psiquismo e aquisição de linguagem.

No Brasil, os médicos foniatras Dr. Mauro Spinelli e Américo Morgante, a partir da formação realizada na Argentina com Dr. Quirós, foram alguns dos foniatras que formaram profissionais na área.

Desde 2010, a Foniatria no Brasil não é mais uma especialidade, e sim área de atuação da ORL, portanto, registrada na ABORL-CCF. Os médicos otorrinolaringologistas realizam sua formação em Foniatria de modos variados. Um desses locais de formação é o Programa da DERDIC da PUC-SP, sob a direção da médica foniatra Dr^a. Mariana Lopes Fávero, onde se encontram outros foniatras que trabalham há anos na área e são membros da ABORL-CCF.

A Foniatria, enquanto área de atuação da Medicina dedicada aos problemas de linguagem, de audição e de voz, parte do campo da ORL e é a que mais se relaciona com a Neurologia, Psiquiatria, Psicologia e Educação, além da Fonoaudiologia, o que reforça a necessidade de articulação entre áreas para a realização de tal clínica, segundo parecer escrito pelo Prof. Dr. Mauro Spinelli em 2004 à Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, atual ABORL-CCF. Grande parte da atuação da Foniatria se dirige a pessoas com problemas de fala, que afetam a aprendizagem e a integração social.

⁶ Foniatria atualmente é uma área de atuação da Otorrinolaringologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica. A área abrange o diagnóstico e tratamento dos distúrbios e doenças que afetam a comunicação humana incluindo anomalias congênitas (Definição postada para fins de edital para título de Foniatra em 2012 pela ABORL-CCF).

Portanto, a área da foniatria apresenta a possibilidade de intersecção entre disciplinas, ao mesmo tempo que problematiza necessidades manifestadas pelo sujeito que se queixa de dificuldades ligadas a comunicação, seja oral ou escrita, pois interferem diretamente em sua relação social e em sua posição como sujeito, pensante e falante, no mundo.

A partir da reflexão proposta nesta introdução, pretendo, neste estudo, discutir dados da clínica, de diagnóstico e de conduta, pensados na relação interdisciplinar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo pretende explicitar o recorrido teórico realizado pelo profissional que compartilha da ideia de homem enquanto ser comunicante, sujeito que fala, escreve e ouve para se fazer entender pelo outro. Considerando a natureza desta ciência, é necessário que seu campo epistêmico seja interdisciplinar, dialogando e interagindo com as ciências biológicas, com as ciências da vida, com as ciências da linguagem e da comunicação de modo geral. Para a Fonoaudiologia, não interessa a linguagem em si, mas a linguagem vinculada e comprometida com o sujeito que está falando e constituindo-se, Severino (1996).

Com base nessas considerações, esta revisão será organizada em três subcapítulos com o objetivo de trabalhar e desdobrar os assuntos estudados pela terapeuta/pesquisadora em busca do entendimento do sujeito, particularmente, na clínica da infância.

Na primeira parte, serão apresentadas a formação generalista do profissional fonoaudiólogo e a diferença entre multidisciplinar e interdisciplinar. As modificações, a partir dos avanços da medicina e da área da saúde como um todo, são as mudanças sociais e necessidades com o crescimento da população brasileira.

Na segunda parte, será introduzida a possibilidade de intervenção terapêutica na infância a partir da ideia de constituição de sujeito pautada no referencial da psicanalista infantil Françoise Dolto.

Na terceira parte serão descritos os principais referenciais teóricos sobre Diagnóstico e Conduta, numa visão interdisciplinar.

2.1 Formação generalista, multidisciplinar e interdisciplinar

O atendimento à saúde da população brasileira, historicamente, caracterizou-se pela intervenção com caráter curativo e imediatista, Santos e Cutolo (2003), e de forma geral, os cursos da área da saúde atendiam a essa demanda. Centrado na figura do médico, o atendimento segue tal orientação, muitas vezes, realizado no âmbito hospitalar. Durante muitos anos, os fonoaudiólogos atenderam a tal solicitação seguindo o modelo de origem.

A formação acadêmica na área da saúde, particularmente no curso de Fonoaudiologia na década de 60, construiu sua grade curricular focada na formação generalista. Isso foi proposto nas diretrizes curriculares do curso após ter sido designado pelo decreto lei 6065, que autorizou a profissão. "[...] possuir uma formação rigorosa e generalista, que permita dominar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em fonoaudiologia". (MEC, 2001)

Alguns cursos de Fonoaudiologia no Brasil tiveram sua origem partindo da faculdade de Medicina, onde o corpo docente era formado basicamente por profissionais médicos. Portanto, o contato com os médicos era muito incisivo durante a formação profissional do fonoaudiólogo, o que determinou uma visão organicista.

Com o crescimento da profissão, o fonoaudiólogo passou a trabalhar não só em escolas, instituições, mas também em consultórios, clínicas e hospitais, ampliando suas possibilidades de atuação, trabalhando em parceria com outros profissionais, recebendo públicos diversos, o que provocou e promoveu novas necessidades – a visão do especialista.

Nesse contexto e como um primeiro momento, após o surgimento das especialidades, gerou-se a hipótese de que a soma de conhecimentos e, por consequência, de intervenções nos problemas do desenvolvimento contribuiria para melhores resultados no tratamento, incluindo as especialidades dentro da Fonoaudiologia.

Com os avanços da Saúde Pública, que deixava de lado o modelo higienista e buscava ampliar o atendimento para toda população com a inserção do SUS, as equipes nesta área foram sendo construídas com a meta de “Saúde para todos” para o ano 2000.

Essas equipes foram se multiplicando também pelo aumento da população a ser atendida; essa população, caracterizada pelo grande número de imigrantes que chegava ao Brasil e num passado mais recente muitos migrantes, necessitava de cuidados, devido às dificuldades sofridas em seu Estado de origem. Em 1994, seguindo o modelo cubano de saúde de medicina para família, o Ministério da Saúde implementou o Programa Saúde da Família (PSF) com a proposta objetiva de trabalho em equipe multiprofissional. A ideia de reunir várias disciplinas em busca de um objetivo comum – cuidar daquele que padece – foi facilitada pelo encontro de

diferentes especialidades na prática hospitalar, referência de atendimento no início do século XX.

O objetivo de priorizar o atendimento precoce e, portanto, preventivo, promoveu a mudança nos currículos durante a formação na graduação incluindo um olhar para Saúde Coletiva (MEC, 2001).

Naquele momento, próximo ao ano 2000, as instituições de ensino trabalharam e desenvolveram teoria e prática focando a atuação em Saúde Pública e Fonoaudiologia Preventiva com o intuito de atender as novas perspectivas em Saúde, Vieira R., Vieira M., Avila e Pereira (1995); Andrade (1996). Ainda assim, iniciando uma prática efetiva, apesar de o trabalho estar na perspectiva do coletivo, os profissionais se depararam com condições de vida e necessidades muito diferentes. Nem sempre os cursos de graduação estavam integrados a tal realidade. Nesse sentido, anos mais tarde, o Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª região, sensibilizado pelas mudanças necessárias para orientação dos profissionais que iniciavam no serviço público, divulgou por meio de uma publicação subsídios sobre a atuação dos fonoaudiólogos nas políticas públicas (CRFª 2ª região, 2006).

Essa publicação do CRFª 2ª região propõe uma reflexão contínua por parte dos fonoaudiólogos na direção de favorecer a implementação do SUS no Brasil garantindo ação integral à saúde, direito ao acesso universal e com equidade, fortalecimento do controle social, como princípios fundamentais a serem desenvolvidos nesta perspectiva de trabalho.

O avanço do SUS e a implementação dos novos programas, como os de atenção básica à saúde, atenção à saúde da família, atenção à saúde do idoso entre outros, provocaram a necessidade de compor equipes multidisciplinares para que os resultados caminhassem em direção à intervenção o mais cedo possível.

Tal mudança proporcionou não só um olhar dedicado a ações de promoção de saúde, mas também um entendimento mais amplo sobre os cuidados dedicados às famílias e aos grupos comunitários. A prática de intervenção nas comunidades e a introdução do agente comunitário permitiu uma proximidade das equipes e dos usuários, o que possibilitou ações mais adequadas para as crianças e suas famílias, promovendo e prevenindo no campo da saúde desde as ações mais precoces. Ainda assim, muitos casos já avançavam para diferentes patologias, requerendo outros cuidados.

Porém, tal mudança no conteúdo programático dos cursos fez refletir sobre a contribuição dos fonoaudiólogos enquanto profissionais da área da saúde coletiva. Não se tratava mais de seguir aquele primeiro modelo médico, numa forma organicista de ver o paciente recebido no espaço clínico, e sim, de poder ampliar os conhecimentos e as possibilidades de intervenção a partir de mudanças sociais, que respeitam a necessidade do coletivo e do público.

Frente a essa problemática, foi preciso refletir sobre as ações e possibilidades de intervenção junto à população, especialmente quando se trata de crianças, considerando que o sujeito da infância, por estar em constituição, apresenta especificidades, e está inserido, comumente, em uma família.

Essas reflexões, que emergiram partindo da área da saúde, mas que também foram revistas por outras áreas, como a da educação, por exemplo, discutem a experiência da abordagem interdisciplinar contribuindo para a realização de um trabalho mais satisfatório e colaborativo, prestando atenção de forma integral aos sujeitos e às suas famílias. As autoras Matos e Pires (2009) destacam a importância da composição de uma prática estudada que favoreça a construção de vínculos com os usuários. Isso possibilita conhecer as subjetividades que envolvem a vida, a saúde e as doenças das pessoas.

Japiassú, autor que considera a abordagem para os estudos de saúde coletiva, afirma que:

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre as disciplinas, no interior de um projeto [...]. Pode ser caracterizada como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (JAPIASSÚ, 1976, p. 75).

A discussão sobre a interdisciplinaridade, segundo o mesmo autor, revê o conceito, a partir da realidade do PSF como pressuposto básico de trabalho em equipe com o objetivo de intervir em caráter preventivo e de promoção da saúde. Para o mesmo autor “disciplina tem o mesmo sentido que ciência e disciplinaridade significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo”. Refere ainda que os termos “multidisciplinar e pluridisciplinar podem ser entendidos como um agrupamento intencional ou não de conhecimentos, sem haver uma busca real de objetivos comuns”. Ao contrário de interdisciplina, que pressupõe

um trabalho com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, num trabalho coordenado (JAPIASSÚ, 1976, p.75).

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas, pela integração real das disciplinas explorando-as ao máximo. Esse lugar de interdisciplinaridade poderá ser procurado na superação das fronteiras disciplinares. No campo da clínica com crianças, as fronteiras e os limites dos quadros que se manifestam na infância passam por uma trama complexa, em que se entrecruzam – convergindo e divergindo – os processos de maturação, crescimento e constituição psíquica. Refletindo nessa direção, as alterações na fala podem implicar dificuldades importantes no desenvolvimento quando se trata da clínica da infância.

O termo desenvolvimento engloba as modificações pelas quais passa um ser humano, incluindo os âmbitos biológico, psíquico e social: crescimento abrange as modificações de peso, altura e volume do corpo; maturação aborda a especialização crescente das estruturas orgânicas como, por exemplo, as que se produzem no sistema nervoso central; o conceito de constituição do sujeito implica a constituição do objeto do desejo fundador do psiquismo.⁷

A equipe interdisciplinar que intervém na clínica da infância é construída a partir de um referencial comum e, especialmente, de referenciais acerca dos aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento infantil.

Os terapeutas de crianças, particularmente, se dedicam às disciplinas que trabalham com aspectos instrumentais. São aqueles que abordam as ferramentas com que um sujeito pode interagir com o mundo, por exemplo: a fala, a motricidade, a leitura e a escrita. As áreas que trabalham com os aspectos estruturais lidam sobre as bases que constituem a subjetividade, seja no âmbito biológico ou psíquico, Jerusalinsky, A. e Coriat (1996).

Historicamente, as disciplinas que trabalhavam com os aspectos estruturais do sujeito foram situadas num nível hierárquico superior às que trabalhavam com os

⁷ Freud, desde o *Projeto de Psicologia para neurologistas*, postulou um psiquismo que se constitui como um aparelho que se estrutura nas diferentes tentativas de reencontrar o objeto perdido de satisfação libidinal ao qual denominamos objeto de desejo (Freud, 1950 [1895]).

aspectos instrumentais. Ainda vemos resquícios dessa posição quando se discute, por exemplo, uma lei como a do Ato Médico.⁸

Publicações que tratam sobre a clínica com crianças propõem que o clínico precisa reconhecer novas intervenções e perspectivas para que outra porta se abra quando necessário. Assim, é poder se distanciar de uma única posição para pensar interdisciplinarmente, ou seja, não se trata de complementar conhecimento, mas, sim, de dialogar e reconhecer os limites de cada área e o que há de comum entre elas, para assim poder caminhar em uma mesma direção, Gueller (2007).

Nesse sentido, trata-se de entender que um terapeuta, como agente diante da criança, tradutor da língua falada na diversidade dos discursos técnicos e científicos revele-se portador do que os outros informam, como declara Jerusalinsky, A. (1999). O autor observa que, apoiado em saberes que não lhe pertencem, o terapeuta preocupa-se em traduzir a língua em que a criança é capaz de entender e nos termos que a transferência lhe permite registrar.

Aqui, o autor desenvolve a ideia de que um único terapeuta trabalhando em equipe interdisciplinar, guiado por uma transdisciplina clínica, permite

[...]colocar seu saber específico a serviço da situação psíquica na qual a criança se encontra, reconhecendo a cada passo os limites do seu saber, tanto do lado clínico como do lado da subjetividade que está em jogo. (JERUSALINSKY, A., 1999, p.189)

Isso significa que o terapeuta somente poderá oferecer espaços vazios de uma escuta que apenas a criança e seus pais poderão preencher com suas próprias letras.

Especialmente na clínica, em que se atendem sujeitos com problemas de linguagem, deparar-se com crianças em que faltas, falhas ou atrasos estão relacionados a determinantes orgânicos podem ser confundidos ou estar entrelaçados com questões psíquicas de constituição. Casos de crianças com DEL⁹, por exemplo, podem ser confundidos com casos de autismo, ou com casos de problemas auditivos, que se devem à ausência da palavra e de interação com o outro.

⁸ O Projeto de Lei conhecido como Ato Médico estabelece que cabe exclusivamente aos médicos o direito de diagnosticar doenças (nosológico) e prescrever terapêutica (tipo de tratamento). Lei 12.842 em 10/07/2013.

⁹ D.E.L. – “distúrbio que se caracteriza por atraso no aparecimento da fala, no desenvolvimento fonológico, semântico e morfosintático; nele ocorrem não apenas formas imaturas na articulação no uso do vocabulário e da gramática, mas também desvios, isto é, produção de sons e formas gramaticais não características de crianças menores” (SPINELLI, 1983, p. 49).

O crescimento e a maturação devem ser considerados como aspectos orgânicos centrais na infância que estão implicados no desenvolvimento, lembra-nos Jerusalinsky, J. (2015), pois “impõem limites orgânicos para as aquisições e certos limites cronológicos para que as mesmas ocorram”. Mas também é preciso considerar, segundo a mesma autora, que as aquisições presentes durante o desenvolvimento de uma criança nos aspectos de linguagem, aprendizagem e psicomotricidade não são um mero efeito da maturação. Elas também estão atreladas à constituição psíquica da criança, ou seja, estão na relação da criança com o Outro¹⁰.

Ao longo de sua história, a Fonoaudiologia recorreu a outras disciplinas, repetindo discursos de outras áreas como a Linguística, a Medicina, a Psicanálise e a Pedagogia, na tentativa de dar conta também dessas outras ciências ao invés de tomá-las como objeto de estudo.

Atualmente, para que a Fonoaudiologia possa contribuir efetivamente, construindo teoria própria, a publicação de trabalhos, a partir das evidências encontradas não só nas pesquisas clínicas como também numa visão interdisciplinar de intervenção, tem aumentado Palladino (1995); Lacerda (2002); Goulart e Chiari (2007); Baptista, Rocha e Gueller (2011).

Numa abordagem mais contemporânea, fez-se necessária a possibilidade de intervenções interdisciplinares pensando em casos que envolvem difícil diagnóstico diferencial assim como atuações terapêuticas, que são realizadas por diferentes profissionais, mas convergem numa mesma direção. Como exemplo, podem-se citar os casos que envolvem quadros na área da saúde mental, como autismo e psicose, que, atualmente, são pauta das discussões nos meios acadêmicos no que se refere ao tratamento clínico necessário para as pessoas com tais quadros. Reflexões que imbricam questões diversas, reconhecendo a necessidade de analisar a abordagem clínica, a formação profissional e o uso de medicamentos no atendimento a esses pacientes.

Com o objetivo de articular as reflexões sobre a infância, a psicanálise pode ser reconhecida como um eixo comum, o encontro de diferentes áreas que pensam a criança desde sua constituição. Para expor sobre esse tema, abordarei no próximo

¹⁰ O Outro entendido como uma instância fundamental para a constituição de um sujeito. No humano, a linguagem ocupa esse lugar. Para o bebê humano, é preciso um Outro primordial encarnado para que se situe como sujeito nessa estrutura linguageira. (JERUSALINSKY, J., 2015, p107).

capítulo as principais ideias de Françoise Dolto por ser ela uma psicanalista que se ocupou de crianças que precisavam de ajuda e que, em muitos casos, apresentavam também questões de linguagem.

2.2 Constituição do sujeito pautada no referencial psicanalítico na visão de Françoise Dolto

O que a criança não se atreveria a dizer nem a escrever, ela revela em seus desenhos, porque não prevê que numa pequena folha poder-se-á decifrar seu caráter como em suas declarações ou sua escrita. Ela ousa ser ela mesma. Ela se aventura, se exprime.¹¹ (MORGENSTERN apud NASIO, 2010 p. 41).

Em busca das respostas para as lacunas, a Fonoaudiologia procurou interlocução com a Psicanálise com o objetivo de refletir sobre problemas que a clínica apresenta. Tal diálogo resultou em compartilhar a clínica na abordagem interdisciplinar como via para transformar a visão de sujeito, considerando sintoma e adotando o conceito de transferência, Mori, Machado e Cunha (2012). Estudos realizados pelas autoras apontaram mudanças ocorridas na formação e na atuação dos fonoaudiólogos a partir dos anos 80. Isso ocorreu quando alguns programas de curso tiveram importantes transformações e, com isso, profissionais de diferentes áreas passaram a participar do corpo docente dos cursos de graduação em Fonoaudiologia, ampliando, nas universidades, a possibilidade de interlocução e de reflexão ainda durante a formação dos fonoaudiólogos.

A área de psicologia e, especialmente, os estudos em psicanálise contribuíram para a leitura de casos para os quais a compreensão do que acontecia com o sujeito que se queixava não estava no orgânico, lembrando aqui que, nos primeiros cursos de Fonoaudiologia, era essa a forma mais comum de etiologia.

Se o fonoaudiólogo atende, em grande parte, o público infantil e, portanto, depara-se com problemas relacionados à constituição do sujeito, logo, conhecer sobre o orgânico não se mostrou eficiente na prática, vai além, convoca a profissional clínico a um entendimento mais específico.

¹¹ Florente Fels, *Nouvelles litt: Exposição de desenhos de crianças no Salão - Museu da Idade Feliz*, citado no início do capítulo de Morgenstern.

Como a clínica da infância requer cuidados, cabe um estudo dos diferentes caminhos percorridos para compreendermos as crianças durante seu desenvolvimento. Ver o que cada criança manifesta durante suas aquisições e singularidades dentro de um contexto histórico.

Discutir o que envolve as vicissitudes, ou seja, a sucessão de mudanças que se fazem presentes na constituição do sujeito/criança pode ser o ponto de partida para o entendimento comum dos profissionais de diferentes especialidades que atendem aquela criança.

Para discutir tais questões, escolhi o referencial teórico da Psicanálise compreendido a partir da autora Françoise Dolto, pediatra e psicanalista francesa, uma das primeiras terapeutas do século passado, que se destacou por trabalhar a autonomia nas crianças. Acreditava e usava a palavra com elas colocando-as no lugar de sujeito desde bebês. A autora fica reconhecida por considerar que as crianças poderiam ser autônomas a ponto de tratar com os pequenos as formas de pagamento simbólico para seu atendimento, para isso aceitava desenhos, por exemplo, no lugar de dinheiro.

Dolto foi muito criticada com seu método inovador por considerar as crianças, escutando-as, dando-lhes a vez para falar, oferecendo-lhes a palavra como possibilidade, na época em que a infância tinha uma conotação muito diferente dos tempos atuais. No início do século passado, os menores eram considerados “pequenos adultos” e tinham que se vestir e se comportar como tal; isso era o esperado. A infância não tinha lugar, muito menos as crianças tinham direito a palavra. O que era dito para as crianças ocupava um lugar de lei e não havia possibilidade de supor que ali havia um sujeito com opiniões, desejos e com algo a dizer. Falava-se sobre as crianças e não com as crianças.

Tal percepção surge a partir de 1930 quando se inicia na França o atendimento para crianças “anormais”, com distúrbios nervosos ou de comportamento. Em 1940 a autora inaugura seu consultório após ter feito formação psicanalítica com René Laforgue, psicanalista infantil, referência na França, Dolto fez formação e foi interlocutora de Lacan na escola Freudiana de Paris, desenvolvendo maneira própria de lidar com o método terapêutico.

Dolto carregava marcas de sua história de vida que fizeram com que vivenciasse experiências difíceis com uma família extremamente tradicional, preconceituosa e com uma mãe melancólica e muito rígida em sua educação. Dolto

aos 7 anos perdeu um tio querido, e depois uma irmã que morreu aos 15 anos. Então, nasceu um irmão, e a mãe de Dolto, deprimida, não conseguia cuidar desse filho. Dolto ocupou-se desse irmão e passou a entender melhor sobre crianças. Sua mãe queria que encontrasse um marido e não aprovava que sua filha continuasse os estudos.

Esse histórico fez com que Françoise Dolto procurasse entender o que sentia com relação a sua família pois havia passado por crises de neurose quando iniciou os estudos em Psicanálise.

A partir desse encontro com a Psicanálise, Dolto se dá conta da condição humana na compreensão das relações somado à experiência que vivenciou em sua própria família e a levou a seguir este percurso profissional. A autora explicava que nem sempre é possível acertar e ter sucesso no atendimento de todos os pacientes, pois alguns são casos “cronificados” e, portanto, é muito difícil ajudá-los; por outro lado nem sempre o terapeuta reconhece tudo o que está acontecendo com aquela criança.

Dolto junto com sua mestre Sophie Morgenstern foram psicanalistas que mostraram interesse pelos problemas da infância naquele momento. Trabalhavam com crianças a partir do desenho, especialmente para casos onde os pequenos não falavam, esse manejo se apresentou como uma nova possibilidade. Sophie Morgenstern inovou em seu atendimento clínico ao aceitar casos de crianças que não falavam, especialmente um caso de mutismo (psicogênico) seletivo. Nesse caso, a psicanalista atendeu um menino de 9 anos que não pronunciava nenhuma palavra havia 1 ano e 4 meses quando foi para a instituição onde Morgenstern o atendeu. O paciente não permitia nenhum tipo de exame físico e não olhava a quem se dirigia a ele. Isso levava à hipótese de esquizofrenia infantil (embora isso fosse um quadro raro antes da puberdade). Parecia retardado, segundo a autora, por isso não ia à escola. O menino, que nascera de 8 meses, teve várias enfermidades durante a infância e, aos 5 anos, apresentou dificuldade para marcha devido a um quadro de miopatia.

Morgenstern relata que o menino usava gestos para se fazer entender e ficava furioso quando isso não acontecia; gostava muito de música, tinha interesse por histórias e adorava desenhar.

O caminho pelo desenho foi o escolhido, pois o paciente por esse meio apresentava detalhes ricos e personagens com expressão. A partir dessa abertura, a

psicanalista descrevia e interpretava os desenhos que a criança produzia; o menino aprovava ou desaprovava com sinais de cabeça; com desenhos de horror, de assassinatos, da família chorando, da criança amedrontada. Era o que se via repetidamente em sua expressão gráfica.

A cada desenho, a psicanalista foi ganhando mais proximidade da criança que, em transferência com a analista, pode-se mostrar e, aos poucos, atravessar suas dificuldades. Pela possibilidade que lhe foi oferecida, o paciente pode manifestar outros caminhos de expressão e a psicanalista, conseqüentemente, pode apresentar outras formas de escuta, o que permitiu a saída da criança do silêncio para a palavra.

Sophie Morgenstern veio para Paris de Viena, lá havia feito análise com Sigmund Freud. Seus ensinamentos fizeram marca na formação de Françoise Dolto que relata em uma obra de Nasio o que reconhecia nesta psicanalista:

[...] a escuta e a observação desprovidas de normas apriorísticas que se desprendiam da atitude silenciosa, calorosa e humana da Sr^a Morgenstern permitiam que a criança fosse outra coisa que não esse objeto que era para todos os médicos, educadores, psicólogos, obstinados e ativistas em seus cuidados. (NASIO, 2010, p.27)

Dolto coloca a possibilidade de transformação e não de análise como chamaria Freud, partir da participação dos pais e conversando com eles sobre o que ocorreu com o filho. Acredita que os pais têm que poder lidar com os sintomas das crianças durante a infância entendendo o que está acontecendo, pois os pequenos precisam manifestar suas tensões de algum modo. Aqui a autora faz marca sobre as vicissitudes do desenvolvimento. É necessário considerar que uma criança possa, a sua maneira, manifestar seus medos, seus conflitos, suas dúvidas e inseguranças durante o caminho que percorrerá durante seu crescimento.

Em seu método, Dolto abandonou a brincadeira e os desenhos para praticar uma escrita que poderia ajudar as crianças, de forma mais organizada, a traduzir e devolver pensamentos próprios.

A autora considerava fundamental a participação do pai e explicava que é a mãe quem trás para a criança tal presença; acreditava que a mãe deve trabalhar inclusive a autonomia da criança para que cresça saudável, permitindo que seja um sujeito que manifesta suas possibilidades e dificuldades, o que o torna agente de seus atos.

Dolto acreditava que o tratamento acontecia por meio de diálogos, pois, para ela, a linguagem era estruturante e cada sintagma usado pelo paciente era importante. Usava termos que os pacientes compreendiam e isso permitia sua aproximação das crianças. Retornava sempre a palavra, pois, para ela, não havia outra relação com a verdade. Declarava pela palavra o que havia escutado de seu paciente, sem tentar teorizar o problema. Acreditava que uma construção abstrata, sistemática, poderia fazer com que se distanciasse do terreno da clínica com a materialidade do significante, Saucerz (1998).

Para desenvolver esse conceito, retomo as ideias de Saussure (1993) que explicitava que o significante não representa só a imagem acústica, nem a palavra falada, e sim a impressão psíquica desse som. Ou seja, esse som material pode gerar novas possibilidades, inusitadas e imprevisíveis. Novas combinações de sentido, muito singulares e que só podem ser entendidas num determinado contexto.

Portanto, o que propunha Dolto com sua abordagem clínica com crianças era não transcender em suas interpretações sobre o que ouvia, pois assim poderia não representar de fato o que a criança pretendia dar a ver pelo desenho, por exemplo. Priorizava a escuta do paciente que contava, emprestando a palavra ou declarando a mensagem que ali se apresentava.

Em minhas primeiras pesquisas sobre sua obra, li o título que trata especialmente de linguagem¹², que retoma o conteúdo de uma conferência seguida de debates proferida em Grenoble (França) em 1984, cujo tema era: O dizer e o fazer: tudo é linguagem. A importância das palavras ditas às crianças e diante delas.

Essa obra propõe discutir e refletir a prática a partir de casos clínicos, cujas questões da infância estão presentes nos tratamentos. Dolto, durante sua conferência, propõe-se a responder e a desenvolver os temas apresentados pelo público durante sua apresentação. Havia um espaço para que perguntassem sobre casos em andamento e, de uma forma muito simples e direta, a autora desenvolveu os temas referentes à constituição psíquica, desde: nascimento, identificação, castração, necessidade e desejo, morte, entre outros. Esta conferência foi endereçada a profissionais, como educadores e terapeutas, ou seja, profissionais envolvidos com as questões da infância.

¹² DOLTO, F. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

A psicanalista tinha interesse em falar para os psicólogos e demais profissionais que trabalhassem com a infância. Acreditava que quanto mais a criança fosse compreendida, mais poderia se desenvolver. E para tanto era fundamental que os profissionais que atendiam crianças pudessem ter a mesma compreensão sobre a infância para que pudessem partir do mesmo ponto para o trabalho.

Dolto preocupava-se em transmitir tal ideia em lugares onde os terapeutas compartilhavam de um mesmo entendimento sobre as crianças para então usar o método psicanalítico visando intervir no atendimento.

A autora explorava a oportunidade da dúvida que o público manifestava para discorrer sobre a infância e seus desdobramentos, comentava temas sobre: desenvolvimento, atrasos escolares, inaptações e adoção. Fazia isso de maneira bastante objetiva para atingir qualquer público, observando sempre a relação entre o corpo e a linguagem, além de observar também a importância do que é dito, não dito e como é dito às crianças (grifo nosso). As palavras que podem dar sentido, também podem tampar o sentido na direção da não-comunicação a depender de como são usadas, sublinha a psicanalista, e exemplifica a problemática sempre partindo de casos clínicos envolvendo crianças e suas famílias.

Na apresentação desse livro, Gérard Guillerault¹³ sintetiza sobre a contribuição da autora com essa obra:

Cabe portanto, a cada um de nós, como é o caso de Françoise Dolto, encontrar nessa aliança intrínseca do corpo com a linguagem, a forma como o verbo se faz carne, como a carne se faz , para o sujeito, portadora do verbo (DOLTO, 2002, p.XIII).

Tal citação nos remete ao uso da palavra. Palavra que diz mais do que seu próprio sentido (intrínseco), mas na combinação com as demais palavras e/ou com a comunicação corporal pode recombina significados, manifestando não só demandas do sujeito e, portanto demandas singulares, mas também demandas da ordem do imprevisto. O que vem e um sujeito, respeitando aqui sua particularidade, originalidade e autonomia, carrega a conotação do que não é previsível: é único. Isso é linguagem.

¹³ Psicanalista, membro da École freudienne de Paris, aluno de Dolto, participou do momento inicial da Maison Verte.

A psicanalista destaca ainda algo que é inicial para o entendimento do trabalho com crianças: o fato de formar crianças para um futuro que não sabemos como será. Ponto fundamental que declara, a partir dessa preocupação, seu eixo de trabalho – a autonomia. Sem palavra não há autonomia, um ser não caminha se não pode se expressar e elaborar usando a linguagem. Refere a autora que o ser humano acima de tudo é um ser de linguagem. Essa linguagem exprime seu desejo inextinguível de encontrar um outro, e de se estabelecer com este outro uma comunicação, Dolto (2002). Mas o que nos deparamos na prática está diretamente relacionado com a dificuldade de lidar com os casos onde a linguagem está comprometida. Nesse sentido, Dolto ressalta que o psicanalista tem como trabalho decodificar uma linguagem que perturbou o andamento normal do desenvolvimento linguagem–corpo (grifo nosso) da criança antes que começasse a falar. Acrescenta a isso a importância de estar atento para um momento tão inicial da vida e para as relações que uma pessoa tão pequena já estabelece com o outro, na tentativa de, como numa retrospectiva, construir possibilidades para que o paciente atravessasse tal dificuldade. Esse outro, lugar frequentemente ocupado pela mãe que, desde a amamentação, constrói essa relação com o bebê.

Aqui amplio para os demais profissionais e terapeutas, particularmente os fonoaudiólogos, que trabalham com crianças e, especialmente, com questões de linguagem, seja ela oral ou escrita. É fundamental que ocorra a compreensão do que aconteceu ou ainda acontece na vida da criança interferindo em sua comunicação; o que é dito ou não dito a ela, o que é mal entendido distorcendo a mensagem, consciente ou inconscientemente. O que é transmitido para a criança pela comunicação verbal, pelos olhares, gestos, entonação ao falar. Que comunicação é essa que diz mais do que pode ser entendido literalmente? A criança se expressa de muitas maneiras, inclusive pelo silêncio. O silêncio pode ter um sentido determinado naquele contexto em que aparece.

Talvez esses questionamentos possam auxiliar para a reflexão dos terapeutas que se deparam com a clínica da infância, cenário tão particular que precisa considerar as dificuldades permeadas pelas vicissitudes do sujeito ainda em constituição e a essencial participação de seus pais nessa relação. Complementando a partir das ideias de Dolto:

Esclarecer casos para compreender como a linguagem dá fruto num ser, em cada nível de desenvolvimento, e desde que ele possa entender. Fruto, isto é, dinâmica que sustenta e estimula as pulsões de vida, ou dinâmica que deprime de acordo com o que esse ser entende, compreende. (DOLTO, 2002, p. 31).

O entendimento da clínica da infância é a base para o trabalho com os problemas de linguagem e com crianças que padecem desse mal.

2.3 Interdisciplina

Diagnóstico e conduta

Uma família quando procura ajuda a partir de um sofrimento que transtorna suas vidas enxerga no clínico a possibilidade de resolução daquele problema que os angustia. Espera do clínico uma avaliação que resulte em um diagnóstico e conduta para direcionar o tratamento em direção da cura (quando possível). No entanto, em se tratando de quadros que envolvem Distúrbios de Linguagem nem sempre é possível definir o diagnóstico num primeiro momento, muito menos comparece a certificação de cura, pois se trata de casos em desenvolvimento, especialmente quando o paciente é uma criança.

Para introduzir o conceito de interdisciplina, encontram-se as seguintes definições para **Diagnóstico** e para **Conduta**.

Diagnóstico: está relacionado a arte de conhecer as doenças, seus sinais e seus sintomas; fase de investigação sobre a natureza e as causas de determinada doença; ou, é o processo de determinar a natureza de uma doença ou desordem e diferenciá-la de outras condições possíveis. O termo vem do grego *gnosis*, que significa conhecimento. **Conduta:** ato ou efeito de conduzir, procedimento, modo de agir, ou conduta/terapêutica (para medicina) é o tratamento e cuidados a um paciente com a finalidade de prevenir e combater à doença ou aliviar a dor ou lesão. O termo vem de *therapeutikos* gregos, o que significa inclinado a servir¹⁴; na antiga Grécia, *therapeuta* era o título do escravo encarregado do serviço de enfermagem.

¹⁴ Encyclopédia Britânica, 1994. p. 244-68.

Na história oficial da medicina, houve uma trabalhosa conquista com relação ao saber sobre o organismo e, revela-nos Arantes (2001), em sua tese de doutorado sobre Diagnóstico e Clínica de linguagem, que o diagnóstico, que hoje é instância inaugural de uma terapêutica, foi a conquista última da clínica médica.

A mesma autora, numa publicação em 2003, destaca a importância da queixa, marco inicial no processo de avaliação, afirmando que “a queixa de não falar compreende coisas bastante diferentes entre si” e, portanto, ocorrem “encaminhamentos distintos para casos semelhantes”. Mesmo com toda orientação e parâmetros para que o clínico pense o diagnóstico, existem muitas interferências, pois se trata do entendimento das vicissitudes que compõem no percurso das aquisições de uma criança. A autora complementa seu raciocínio acrescentando que o diagnóstico na medicina visa determinar a existência de uma doença ou visa a conclusão a partir de um quadro clínico, ou ainda, é um conjunto de dados, um histórico, sintomas e exame clínico que leva à identificação de uma doença ou de um problema, Arantes (2003).

Nos quadros que envolvem questões do desenvolvimento, a definição de um diagnóstico pode não ser linear, ou seja, não deve apenas considerar causa e efeito, é necessário estar atento aos aspectos familiares e sociais, por exemplo, pois são aspectos que podem interferir na relação da criança com o outro, com o mundo e com o tempo.

Outros autores, Spinelli e Tabith (2014)¹⁵, referem que, para pensar o diagnóstico médico, considerando a importância das pesquisas genéticas e de neuroimagem que informam sobre a relação entre sintomas e disfunção cerebral, o diagnóstico foniátrico não se baseia somente em exames de laboratório. É fundamental além do exame clínico, a história daquele sujeito, assim como as características de sua linguagem e as provas clínicas específicas para avaliar, a saber, as habilidades motoras globais e orais (praxias), a cognição e a percepção auditiva (discriminação e memorização entre outros).

Características apontadas pelos autores para investigação diagnóstica:

¹⁵ Este manuscrito foi iniciado pelo Dr. Mauro Spinelli nos últimos anos de sua atuação profissional. Após seu falecimento, a publicação ficou adiada. O livro foi finalizado e então publicado em 2014.

I – articulação – presença pelo menos parcial de desvios, não somente formas imaturas; de inconsistências, metateses (transposições), formas estrangeiras à língua. Observação de movimentos orais espontâneos.

II – gramática – agramatismos, telegrafismo.

III – semântica – parafasias, dificuldade de evocação, circunlóquios.

IV – prosódia – busca da forma com hesitações e/ou repetições; entoação estranha (estrangeira), não apenas imatura.

V – atenção auditiva; dificuldades de compreensão da fala.

VI – fluência, formas e sentidos em leitura e escrita.

A Foniatria, entre outros objetivos, participa na realização de diagnósticos diferenciais em situações diversas onde ocorrem sintomas na linguagem. Incluem-se casos em que há distúrbios psíquicos (como psicose e autismo), patologias periféricas e centrais dos sistemas auditivo e fonatório, patologias abrangentes do sistema nervoso central (como deficiência mental, paralisia cerebral e patologias limitadas do SNC) que são alocadas no Distúrbio Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem (DEDFL), Tabith (2005).

O mesmo autor esclarece que o diagnóstico, principal objetivo da Foniatria, considera a história e as *performances* de um paciente para compreender o mais próximo possível sobre o estado de um indivíduo. Muitas vezes, é necessário desenvolver um processo terapêutico que pode ser de longa duração. Nesse sentido, o fonoaudiólogo pode estabelecer um trabalho parceiro dando sequência ao processo terapêutico para um melhor entendimento do quadro clínico e do funcionamento familiar.

Em publicações de 1964, Quirós e Gotter já descreviam o desenvolvimento de linguagem nas crianças, que assim era denominado na época. Considerava-se difícil não encontrar relação do sistema nervoso central com a comunicação e a linguagem. Entendendo que todo o sistema corporal tem participação para comunicação e, portanto se comandado pelo cérebro estão relacionados corpo e linguagem. Apontam ainda para a importância da interferência da cultura sobre o indivíduo e declaram: “[...] falar sobre a linguagem é falar sobre as formas mais puras da cultura”. (QUIRÓS; GOTTER, 1964, p. 2).

Para tais autores, se o indivíduo teve um desenvolvimento neurológico e psíquico como o esperado e entendendo que a linguagem é um fenômeno cultural e social, através de signos e símbolos adquiridos, o indivíduo consegue se comunicar

com o outro e consigo mesmo. Mas, se o mesmo indivíduo apresenta uma patologia, pode sofrer interferências diversas. Com isso, os autores consideram o aspecto psicológico como relevante para compreender os transtornos psíquicos que acometem os indivíduos, impedindo ou retardando o desenvolvimento de linguagem.

Nesta perspectiva, os mesmos autores usavam o termo integração destacando a importância em relacionar desenvolvimento do sistema nervoso central e aquisições para pensar o desenvolvimento da linguagem em função do tempo e do ambiente. Para pensar a linguagem articulada, devem-se considerar importantes funções num indivíduo: respiração, mastigação, deglutição, audição e visão; ressaltando que os órgãos responsáveis por tais funções (boca, faringe, laringe, orelhas e olhos) são colocados em ação desde os primórdios da vida de um ser humano. O sistema nervoso que nos permite a aquisição da linguagem está acompanhado das influências culturais e do meio ambiente, interferindo poderosamente no desenvolvimento da linguagem. Portanto, a integração que os autores abordam em sua publicação refere-se especificamente à preponderância do meio ambiente e sua ação sobre o desenvolvimento da linguagem.

Porém, apesar de considerar todos esses elementos para avaliar se a linguagem de uma criança se desenvolve bem, nem sempre se pode saber com qual tipo de desordem de linguagem o profissional está lidando, num primeiro momento. Muitos são os fatores envolvidos, incluindo dados de hereditariedade, condições do orgânico e da história particular do sujeito, portanto, devido a tal complexidade, que é difícil definir a qual grupo de déficit específico de linguagem o paciente pertence, Perelló (1971).

A avaliação foniátrica cuidará dos distúrbios que afetam a comunicação humana utilizando técnicas e métodos selecionados para o diagnóstico médico com o objetivo de pensar a melhor conduta para aquele caso.

Muitas vezes, propõe-se investigar os processos:

- **Audiológicos:** limiares tonais; provas supra-liminares; potenciais evocados. Os testes audiológicos de processamento auditivo.
- **Neurológicos:** EEG; neuro-imagem; laboratoriais – erros inatos.
- **Genéticos:** heredograma; cariótipo, pesquisas de pequenas alterações cromossômicas; pesquisa laboratorial de genes.

Com o avanço da medicina e os exames de imagem na direção de complementar o raciocínio clínico para chegar ao diagnóstico, passou-se a ter acesso à novas informações, isso contribuiu para descobertas e cuidados no que se refere à genética e aos fatores hereditários.

Na clínica interdisciplinar, a avaliação fonoaudiológica passa a escutar a queixa e segue adiante, procurando ouvir as entrelinhas do histórico do sujeito, sobre sua rotina, sua alimentação, seus hábitos e como se relaciona com o outro. Dados sobre a relação do paciente com sua família são fundamentais para entender como o mesmo se posiciona na relação parental. O ponto de partida para entender como está o relacionamento da criança com sua família pode ser a comunicação estabelecida entre eles. Como dialogam, como a criança se endereça a eles, como responde aos pais, como os pais compreendem o que a criança quer lhes dizer, como escutam os pedidos dela e como respondem a isso.

Esses elementos podem ser escutados na entrevista realizada com a família. Da mesma forma, durante a avaliação, quando o fonoaudiólogo observa a criança realizando as funções do Sistema Sensorio Motor Oral, enquanto relata algum fato ou quando conta uma história. Essa escuta permite ao fonoaudiólogo refletir sobre a avaliação dos sintomas relacionando o discurso, que ali se apresenta, a queixa.

Particularmente, no caso das crianças, que muito frequentemente são avaliadas por fonoaudiólogos quando apresentam atrasos ou desvios de fala, é possível entender como a criança está inserida na dinâmica familiar sempre considerando que se trata de um sujeito em constituição.

Muitas vezes, o fonoaudiólogo tem mais sessões para realizar a avaliação pela configuração desta clínica e, com isso, pode ter mais oportunidades de conhecer detalhes sobre o paciente. Neste caso, é possível direcionar a investigação de forma singular e na medida do necessário, com algumas observações e a percepção dos detalhes que podem contribuir para o tratamento junto à equipe. O fonoaudiólogo tem a oportunidade de observar como a criança brinca, como explora os brinquedos, que aspectos simbólicos pertencem às brincadeiras e como a criança interage com o outro nesse mesmo contexto.

A prática do diálogo, adotada no trabalho fonoaudiológico, embora não reconhecida como instrumento terapêutico pelos próprios fonoaudiólogos como refere Masini (2004) em sua tese de doutorado sobre “O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica”, é usada desde a avaliação para a investigação do caso.

Importante ferramenta na clínica promovendo possibilidades de trocas e interlocução.

A avaliação pode, ainda, ter um momento inicial, a partir do qual se pensará o seguimento. Porém, o paciente que segue em fonoterapia continuará sendo reavaliado após as intervenções sofridas, para que se elabore a sequência e a condução do trabalho.

Outros estudos conduzem à reflexão sobre os distúrbios e a aquisição de linguagem. A autora Lier-de Vitto, 1992 no XXII Congresso da IALP (International Association of Logopedics and Phoniatrics), apresenta sua pesquisa a partir dos estudos sobre aquisição de linguagem nas crianças. Destaca a importância da participação do outro falante na interação com a criança em aquisição de linguagem por ser uma atividade constitutiva. Nem sempre a fala/linguagem atrasada pode significar um distúrbio. Nesse caso afirma sobre a necessidade de pensar o diagnóstico no atendimento a crianças com atraso de linguagem em equipe, convocando médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e linguistas quando necessário.

O diagnóstico, notoriamente, pode ter papel terapêutico em alguns casos, pois o fato de desencadear melhores perspectivas a partir do acolhimento recebido faz dele uma forma de enfrentar o problema e de receber ajuda. Nesse sentido, os clínicos e terapeutas que compartilham dessa abordagem entendem que essa é uma oportunidade de já intervir desde a avaliação, iniciando a construção de vínculo com o paciente e sua família. O trabalho estabelecido a partir do que se revela pelo diagnóstico pode indicar caminhos além do que o paciente havia imaginado. Pode ser o princípio da conduta/intervenção, implicando o paciente no tratamento.

No momento da conduta enunciada pela clínica médica, surgem para esses casos desde medicamentos até intervenções com indicações cirúrgicas, uso de próteses, terapias diversas.

Numa intervenção interdisciplinar, a proposta pode ser de um terapeuta único, se for o caso, sustentado por equipe interdisciplinar com um mesmo referencial teórico e de conhecimento comum acerca de aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento infantil, Jerusalinsky, A. (1999), ou seja, que a equipe adote uma compreensão semelhante sobre a criança.

Pertencem ao desenvolvimento infantil aspectos relacionados à linguagem, e Spinelli (1996), em publicação sobre fala e linguagem, esclarece tais conceitos a

partir de alguns autores que se destacam em obras dedicadas à linguagem. Saussure diferencia linguagem e fala:

A linguagem “não se deixa classificar em nenhuma das categorias dos fatos humanos porque não se sabe como desenredar sua unidade. A língua ao contrário é uma totalidade em si, um princípio de classificação”. (SAUSSURE, 1979, p 51).

O mesmo autor decifra a linguagem como “inclassificável, indomável, inobservável a não ser indiretamente, com base nas propriedades de língua e da fala” (SAUSSURE, 1979, p. 51).

Para complementar essas ideias, na mesma publicação Spinelli cita Chomsky que define:

A linguagem em sentido estrito seria entendida como abstração inobservável em si mesma; nem língua, nem fala, revelando-se nelas pelo caráter criativo, inovador, que induz que não exista fixidez de sentido nas formas verbais. [...] A linguagem, que provê possibilidade do mentir, o jogo de palavras, ser divertida, humorística, parece ser apanágio da espécie humana. (CHOMSKY, 1970 apud SPINELLI, 1996, p. 18)

O autor aponta que falar da linguagem remete ao campo da terapêutica, especificamente a Fonoaudiologia, que focaliza a fala, a língua, a linguagem, a comunicação, todas elas (grifo nosso). A partir do exposto pelo autor, esses conceitos relacionam-se, misturam-se, como para compor uma trama ou uma rede que sustenta o indivíduo, o sujeito que pensa.

Trabalhos terapêuticos fazem efeito na fala e na comunicação, como demonstra a literatura. Mas falar da linguagem é falar do que é constitutivo do ser humano, levando o paciente a ter fala própria, a ser sujeito pensante, criativo e dono de uma fala e linguagem autônoma, Spinelli (1996).

A posição de Spinelli sobre o assunto foi sendo revista, modificada e encontra-se em trabalhos posteriores. Fazem referência aos distúrbios de linguagem emocionais e ressaltam a diferença entre fala e linguagem, afirmando que não é possível tomar a linguagem como doente, pois ela não pode ser separada dos fatores psíquicos, principalmente quando se trata dos distúrbios do desenvolvimento, Spinelli (2003).

Constata-se nos conceitos citados acima que, por diferentes autores, reconhecidos por seus estudos dos distúrbios de linguagem, a complexidade desses quadros no campo do diagnóstico e conduta, pois abrangem muitas áreas que se encontram em confluência, já que o sujeito que está em aquisição da linguagem está

em constituição, construindo não só sua linguagem, mas também recebendo interferência do ambiente e das relações sociais que estabelece.

A ideia deste capítulo foi de percorrer historicamente dados da clínica da infância, articulando com as questões de diagnóstico e de conduta para foniatria e fonoaudiologia considerando os quadros de distúrbios de linguagem que serão discutidos no final desta pesquisa a partir dos estudos de casos clínicos.

Nessa perspectiva, proponho dar alguns passos, retomar a literatura e partir da experiência obtida no trabalho clínico interdisciplinar em que tive a oportunidade de atender vários casos para os quais a questão diagnóstica e a direção do tratamento eram pensadas em equipe.

Tese: Registros de casos compartilhados pelas clínicas foniátrica e fonoaudiológica, cujas dificuldades na linguagem estão nos períodos da infância e da adolescência, evidenciam como a prática clínica interdisciplinar favorece diagnóstico e conduta.

3 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo buscar evidências de uma prática interdisciplinar, particularizando diagnóstico e conduta, a partir de registros de casos de crianças e adolescentes com dificuldades na linguagem, compartilhados pelas clínicas foniátrica e fonoaudiológica.

A prática do Dr. Mauro Spinelli explicitava o que pode ser considerada uma visão de trabalho em equipe interdisciplinar; o acervo de registros em seus prontuários e de sua equipe contém evidências que demonstram fundamentos e práticas da clínica da linguagem.

4 MÉTODOS

Diante do desafio de buscar evidências de intervenções interdisciplinares na clínica fonoaudiológica e considerando que a clínica da linguagem envolve casos de difícil diagnóstico diferencial assim como atuações terapêuticas realizadas por diferentes profissionais, optou-se pela análise dos registros dos prontuários de determinado período, que representam a experiência de trabalho clínico interdisciplinar, assistidos pelo Prof. Dr. Mauro Spinelli, particularizando aqueles casos que foram também avaliados e/ou atendidos pela pesquisadora. A hipótese é que a análise dos dados registrados pode contribuir para a sustentação da abordagem interdisciplinar em Fonoaudiologia, particularmente, em sua relação com a Foniatria no que se refere ao diagnóstico e à direção de tratamento que eram formulados nesta equipe.

O acervo clínico encontra-se guardado em arquivo na Clínica Interdisciplinar Prof. Dr. Mauro Spinelli na cidade de São Paulo, onde foi realizada a pesquisa. Foi concedido em doação por sua esposa Vera Spinelli (tutora legal do acervo) após seu falecimento. A pesquisadora fez e faz parte da equipe da clínica. O projeto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética da PUC-SP/ Plataforma Brasil conforme declaração número: 06919712.6.0000.5482.

4.1 Identificação e caracterização do acervo completo

Em sua rotina, o Prof. Dr. Mauro Spinelli recebia o paciente em avaliação registrando os seguintes dados no prontuário: data da avaliação, nome completo, data de nascimento, filiação, endereço, por quem foi encaminhado, dados sobre escolaridade, queixa, história pregressa e atual da queixa, rotina do paciente, dados de antecedentes familiares, histórico médico e exames já realizados. Na sequência, dava continuidade à avaliação mais diretiva utilizando provas clínicas, apesar de observar e anotar dados sobre o paciente desde o início da consulta. Finalizava a avaliação com uma devolutiva ao paciente e/ou aos pais indicando tratamentos ou medicações quando necessários, assim como exames complementares ou outras avaliações se fosse o caso. Com isso, era habitual realizar a avaliação em pelo menos duas consultas, especialmente, quando se tratava de crianças e

adolescentes. Solicitava retorno do paciente quando era necessário dar continuidade de acompanhamento para aquele paciente. Ao finalizar a avaliação, fazia contato pessoal, ou por telefone, ou ainda enviava um relatório para o(os) profissional(is) que havia(m) encaminhado ou para quem estava encaminhando aquele paciente. Os prontuários eram arquivados em ordem alfabética.

4.1.1 Procedimentos de caracterização do acervo completo

Visando caracterizar o universo a partir do qual foram escolhidos os prontuários para esta pesquisa, considerou-se imprescindível a caracterização do acervo como um todo.

Os prontuários foram organizados a partir de critérios de classificação visando a seleção e aprofundamento na análise de conjuntos selecionados. Alguns critérios foram pré-estabelecidos e outros acrescentados conforme inspeção do acervo.

Os critérios de classificação foram:

- ✓ Quantidade de prontuários;
- ✓ Idade do paciente na primeira consulta;
- ✓ Gênero;
- ✓ Local de moradia;
- ✓ Profissional que fez o encaminhamento;
- ✓ Queixa, classificada nas áreas de:
 - Motricidade Oral: casos em que a queixa remetia a problemas de respiração, deglutição, maloclusão.
 - Audição: casos em que a queixa referia déficits da audição e zumbido, entre outros;
 - Voz: casos em que a queixa remetia a perda da voz, rouquidão, problemas com a intensidade vocal, entre outros;
 - Leitura/escrita/aprendizagem: casos em que a queixa tratava de problemas para ler e escrever, dificuldades para alfabetização, déficits cognitivo ou na aprendizagem como um todo devido a questões de linguagem;

- Fala/linguagem/fluência: casos em que a queixa remetia a questões sobre fluência, articulação de sons, atraso para aquisição da linguagem, déficits na linguagem oral, síndromes com problemas de linguagem, dificuldade auditivas e nas praxias orais, entre outros;
 - Outros: casos específicos da área otorrinolaringológica (como dor de garganta ou de ouvido, tosse, alergias) e problemas de comportamento (Nas queixas das pessoas relacionadas à criança, ouvem-se: “não se relaciona com outras crianças, briga na escola, parece autista.”).
- ✓ Diagnóstico, classificado como distúrbio de:
- Motricidade Oral: quadros de respiradores bucais, deglutidores atípicos, maloclusão, hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios, disartrias, entre outros;
 - Audição: quadros de perda da audição, deficiência auditiva congênita ou adquirida, zumbido, neuropatia auditiva, entre outros;
 - Voz: quadros de disфонia, afonia, outras doenças da voz.
 - Leitura/escrita/aprendizagem: quadros de dislexia (DEL), disgrafia, entre outros;
 - Fala/linguagem/fluência: quadros de distúrbios articulatórios, desvio fonológico, retardo na aquisição da linguagem, síndromes com problemas de fala, DEL, dispraxias, afasias, gagueira, entre outros;
- Outros: quadros específicos da área ORL (ex: laringite, faringite, otite, rinite) e quadros de distúrbios emocionais (ex: autismo, psicose, neurose obsessiva, depressão).
- ✓ Acompanhados ou não por fonoaudiólogos.
- ✓ Período de duração de acompanhamento pelo Foniatra e/ou Fonoaudiólogo.

Os critérios de exclusão foram:

- ✓ Prontuários incompletos
- ✓ Prontuários ilegíveis
- ✓ Prontuários em duplicata (mais de um envelope para um mesmo paciente).

4.2 Critérios de seleção de prontuários para análise do processo de diagnóstico e estabelecimento de conduta

Foram selecionados tanto prontuários de pacientes que receberam atendimento clínico pelo Foniatra e encaminhados para fonoaudióloga/pesquisadora quanto de casos encaminhados pela fonoaudióloga/pesquisadora para a avaliação foniátrica.

Em uma primeira inspeção dos prontuários selecionados, que foram organizados conforme elementos/conteúdos encontrados nos prontuários do foniatra e da fonoaudióloga, foi estabelecida a sistemática de registro partindo das seguintes informações:

- gênero;
- idade (menores de 18 anos);
- data da primeira consulta;
- -indicação para a avaliação foniátrica;
- queixa;
- antecedentes mórbidos pessoais e familiares;
- histórico da queixa (incluindo especificidades e sintomas sobre a fala, linguagem oral e escrita, audição, voz, dados sobre aprendizagem, motricidade oral e alimentação);
- aspectos do desenvolvimento registrados no prontuário, incluindo questões psíquicas e de comportamento social;
- elementos do exame clínico;
- dados sobre exames complementares pré-existentes ou solicitados;
- diagnóstico;

- observações no que concerne à conduta quando finalizado o período de avaliação; e
- número de consultas durante a avaliação.

Os critérios de exclusão foram:

- ✓ Casos de pacientes adultos, ou seja, maiores de 18 anos.

4.3 Critérios de seleção de casos que evidenciem o processo terapêutico fonoaudiológico numa abordagem interdisciplinar

Visando aprofundar a análise do processo interdisciplinar, foram identificados casos que permitiam descrever o raciocínio clínico do médico fonoaudiólogo em parceria no trabalho com a fonoaudióloga, o trabalho clínico da fonoaudióloga em parceria com o fonoaudiólogo assim como lembranças de registros dos tratamentos por parte da pesquisadora, fonoaudióloga-parceira em todos os casos. Foram selecionados casos onde os sujeitos receberam um atendimento que foi acompanhado desde a avaliação até a finalização do tratamento, com características de interdisciplinaridade durante o processo, contemplado com discussões detalhadas, reuniões e supervisão clínica para análise dos mesmos.

As informações foram coletadas por meio de:

- ✓ Inspeção e registro escrito do material encontrado nos prontuários selecionados.
- ✓ Transcrição de gravações realizadas durante supervisão clínica onde o caso escolhido foi discutido em equipe; e
- ✓ Identificação de elementos relacionados ao diagnóstico e à conduta.

4.4 Análise dos resultados:

4.4.1 Caracterização do acervo completo no período de 1976 a 2005

Os prontuários do acervo integral foram caracterizados a partir das particularidades levantadas na inspeção dos mesmos. Foi realizada análise

descritiva relacionando queixa, diagnóstico e conduta com idade, gênero, profissional que fez o encaminhamento, paciente local ou paciente de fora de São Paulo, em acompanhamento ou não por fonoaudiólogos, e período de duração de tratamento pelo Foniatra e/ou Fonoaudiólogo.

4.4.2 Análise do processo de diagnóstico e estabelecimento de conduta nos casos compartilhados pelo Foniatra e fonoaudióloga/pesquisadora

A análise descritiva dos dados encontrados nos prontuários identificados foi realizada buscando invariantes e aspectos relacionais no âmbito do diagnóstico e das recomendações terapêuticas. Teorizações no campo fonoaudiológico e nas áreas relacionadas foram utilizadas para a discussão dos resultados.

4.4.3 Estudos de casos completos

Foram apresentados três casos clínicos, atendidos pelo médico foniatra e pela fonoaudióloga além de outros profissionais, para discutir as possibilidades de trabalho interdisciplinar relacionando as informações obtidas na história e nos demais dados do paciente com as intervenções necessárias e com a descrição da proposta terapêutica e dos resultados alcançados. Procurando relacionar com a teoria, o estudo propõe, por meio da prática, descrever um processo de atuação profissional, partindo de um raciocínio clínico elaborado no diálogo interclínicas.

5 RESULTADOS

Foram inspecionados inicialmente 879 prontuários, total do acervo, e descartados 77 pelos critérios de exclusão, isso resultou em 802 prontuários a serem utilizados na caracterização do material. Destes, apenas 22 casos de menores de 18 anos (respeitando os critérios de exclusão) foram atendidos pelo foniatra e pela fonoaudióloga desde a avaliação, com dados de diagnóstico e conduta. Esclarecendo que tanto o foniatra quanto a fonoaudióloga atenderam tantos outros casos nesse período, porém em parceria com outros profissionais.

5.1 Caracterização demográfica e fonte de encaminhamento

5.1.1 Análise descritiva do acervo completo no período de 1976 a 2005

Foram coletados dados de 802 pacientes atendidos entre os anos de 1976 a 2005. A amostra foi composta majoritariamente por homens (64,5%). A média de idade de crianças avaliadas foi de 6,1 anos (dp=2,6), quanto aos adolescentes, a média de idade foi de 13,7 anos (dp=1,5). Em relação aos adultos, a média de idade foi de 39,5 anos (dp=19,1), destacando a amplitude deste grupo que variou de 18 a 87 anos (Tabela 1). Verificam-se na Tabela 2 as demais características da amostra.

Destaca-se que 78,6% dos pacientes eram crianças e 64,0% tinham como procedência o município de São Paulo (Tabela 2).

Tabela 1 – Estatística descritiva da idade dos pacientes, segundo grupo.

GRUPOS	N	MÉDIA	(DP)	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
Crianças	630	6,1	(2,6)	5,9	0,1	11,9
Adolescentes	81	13,7	(1,5)	13,2	12,0	17,9
Adultos	91	39,5	(19,1)	34,0	18,0	87,0

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Tabela 2 – Número e percentual de pacientes, segundo características demográficas.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	(%)
Gênero	Masculino	517	(64,5)
	Feminino	285	(35,5)
Idade (anos)	crianças (0 – 11,11)	630	(78,6)
	adolescentes (12 – 17,11)	81	(10,1)
	adultos (\geq 18)	91	(11,3)
Procedência	SP – Capital	513	(64,0)
	SP – Estado	217	(27,1)
	Outros Estados	72	(9,0)
Ano diagnóstico*	1976 – 1985	46	(5,7)
	1986 – 1990	145	(18,1)
	1991 – 1995	140	(17,5)
	1996 – 2000	276	(34,5)
	2001 – 2005	195	(24,2)
Total		802	(100,0)

*a primeira faixa de ano do diagnóstico contou com dez anos dado ao número pequeno de pacientes/ano.

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Na Tabela 3, observa-se o percentual de encaminhamentos no qual o fonoaudiólogo é responsável por 36,6%, seguido pelo percentual de encaminhamentos médicos com 20,7% e o percentual de procura espontânea é de 20,7%. Na categoria “outros profissionais”, incluem-se profissões como, dentista, enfermeira, fisioterapeuta, bucomaxilo e terapeuta ocupacional.

Em relação às queixas, a alteração da fala apresenta a maior frequência (31,4%). Quanto aos casos de problemas na área de ORL, dois pacientes apresentaram dor de ouvido e um caso registrado para as seguintes queixas: dor de garganta; obstrução nasal; perda de olfato; obstrução de garganta; sangramento nasal; e tosse seca, associada à gripe.

Tabela 3 – Número e percentual de pacientes, segundo características clínicas.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	(%)
Encaminhamento	Fonoaudiólogo	294	(36,7)
	Médico	166	(20,7)
	Procura espontânea	166	(20,7)
	Escola	65	(8,1)
	Conhecido/parente	64	(8,0)
	Psicólogo	22	(2,7)
	Instituição de saúde	8	(1,0)
	Professor	6	(0,7)
	Ortodontista	5	(0,6)
	Outros profissionais	6	(0,7)
Queixa	Alteração da fala	252	(31,4)
	Aprendizagem	139	(17,3)
	Atraso de linguagem	109	(13,6)
	Audição	63	(7,9)
	Fluência da fala	49	(6,1)
	Motricidade orofacial	41	(5,1)
	Voz	41	(5,1)
	Comportamento	18	(2,2)
	Desenvolvimento global	12	(1,5)
	Problemas ORL	8	(0,8)
	Abordagem/linha terapêutica	6	(0,7)
	Mais de uma queixa referida	64	(8,0)
	Total		802

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Na tabela 3, verifica-se que 64 de um total de 802 (8,0%) dos pacientes apresentaram mais de uma queixa referida. Desta forma, a Tabela 4 mostra o total de queixas anotadas nos prontuários levantados, uma média de 1,06, isto é, mais de uma queixa para cada paciente.

Tabela 4 – Número e percentual de queixas.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	(%)
Queixa	Alteração da fala	291	(34,2)
	Aprendizagem	163	(19,2)
	Atraso de linguagem	123	(14,4)
	Audição	74	(8,7)
	Fluência da fala	53	(6,2)
	Motricidade orofacial	46	(5,4)
	Voz	45	(5,3)
	Outros	36	(6,3)
Total		851	(100,0)

*número absoluto de queixas = 851. Alguns pacientes apresentaram mais de uma queixa.

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Verifica-se na Tabela 5 que o diagnóstico de distúrbios de fala/linguagem/fluência (fala/lgg/fluência) representou 44,0% dos casos, seguidos pelos de leitura/escrita/aprendizagem 12,7%, motricidade oral 12,3% e de audição 11,0%.

Tabela 5 – Número e percentual de pacientes, segundo diagnóstico.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	(%)
Diagnóstico	Distúrbio de fala/lgg/fluência	353	(44,0)
	Distúrbio de leitura/escrita/aprendizagem	102	(12,7)
	Alteração de motricidade oral	99	(12,3)
	Distúrbio de audição	88	(11,0)
	Distúrbio emocional	75	(9,4)
	Distúrbio de voz	35	(4,4)
	Problemas de ORL	25	(3,1)
	Distúrbio neurológico	17	(2,1)
	Quadro sindrômico	4	(0,5)
	Sem informação	4	(0,5)
Total		802	(100,0)

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Encontra-se na Tabela 6 a distribuição das condutas levantadas nos prontuários. Nesta Tabela, a primeira coluna representa a conduta única e a segunda coluna indica que, para aqueles pacientes, houve além da conduta única, uma conduta interdisciplinar. Por exemplo, observa-se que 358 (48,6%) pacientes receberam apenas o atendimento fonoaudiológico e que 29 (3,9%) receberam atendimento fonoaudiológico, psicológico e psicopedagógico.

Destaca-se que a informação sobre a conduta estava ausente em 8,2% dos prontuários.

Tabela 6 – Número e percentual de pacientes, segundo conduta.

CONDUTA ÚNICA*	CONDUTA INTERDISCIPLINAR	N	(%)
Fonoaudiólogo		358	(48,6)
	Psicólogo/psicopedagogo	29	(3,9)
	Acompanhamento foniátrico	3	(0,4)
	Escola	2	(0,2)
	Medicação	4	(0,5)
	AASI	3	(0,4)
	Ortodontista	3	(0,4)
	Exames	3	(0,4)
	ORL	1	(0,1)
	Psicólogo e neurologista	1	(0,1)
Médico		100	(13,6)
	Psicólogo/psicopedagogo	130	(17,7)
	Médico	2	(0,3)
	Medicação	1	(0,1)
Foniatra		17	(2,3)
	Exames	3	(0,4)
	Medicação	1	(0,1)
	ORL	1	(0,1)
Exames		4	(0,5)
	Medicação e ORL	1	(0,1)
Retorno a escola		29	(3,9)
	Trocar de escola	2	(0,3)
AASI		8	(1,1)
Medicação		7	(1,0)
Avaliação audiológica		7	(0,1)
Retorno a instituição que encaminhou		6	(0,8)
ORL		6	(0,8)
Ortodontista		2	(0,3)
Ortóptico		1	(0,1)
Nasofaringoscopia		1	(0,1)
Total		736	(100,0)

* há 66 casos cuja a conduta não está registrada nos prontuários, correspondendo a 8,2% do total.
 Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

5.1.2 Análise dos fatores associados ao diagnóstico

Na análise de fatores associados ao diagnóstico foram agrupadas as categorias “quadro neurológico, sindrômico e genético” devido ao baixo número de casos. Também foram retirados desta análise os quatro casos sem informação do diagnóstico.

Verifica-se na Tabela 7 que houve uma associação estatisticamente significativa entre diagnóstico e gênero ($p=0,046$). O diagnóstico de distúrbios com leitura, escrita e aprendizagem apresenta uma proporção maior (15,1%) nos meninos quando comparado ao das meninas (8,5%). Por outro lado, a audição

apresenta-se mais elevada entre as meninas (13,8% *versus* 9,5%). Considerando que percentual refere-se a uma clínica específica e não represente a população em geral.

Tabela 7 – Número e percentual de pacientes/diagnóstico, segundo gênero.

DIAGNÓSTICO*	GÊNERO				P
	MASCULINO		FEMININO		
	N	(%)	N	(%)	
Distúrbio de fala/lgg/fluência	232	(45,0)	121	(42,8)	0,046
Distúrbio de leitura/escrita/aprendizagem	78	(15,1)	24	(8,5)	
Alteração de motricidade oral	65	(12,6)	34	(12,0)	
Distúrbio de audição	49	(9,5)	39	(13,8)	
Distúrbio emocional	48	(9,3)	27	(9,5)	
Distúrbio de voz	19	(3,7)	16	(5,7)	
Problemas de ORL	13	(2,5)	12	(4,2)	
Quadros diversos	11	(2,1)	10	(3,5)	
Total	515	(100,0)	283	(100,0)	

* foram excluídos quatro registros sem informação na variável diagnóstico.

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

Na Tabela 8, observa-se associação estatisticamente significativa entre diagnóstico e idade ($p < 0,001$) para o diagnóstico fala/lgg/fluência, onde crianças apresentam este em maior proporção quando comparadas aos adolescentes e adultos, respectivamente, 48,6%, 25,9% e 30,8%.

Tabela 8 – Número e percentual de pacientes, segundo idade.

DIAGNÓSTICO	IDADE (FAIXA ETÁRIA EM ANOS)						P
	CRIANÇAS (0 – 11,11)		ADOLESCENTES (12 – 17,11)		ADULTOS (≥ 18)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Distúrbio de fala/lgg/fluência	304	(48,6)	21	(25,9)	28	(30,8)	<0,001
Distúrbio de leitura, escrita e aprendizagem	71	(11,3)	26	(32,1)	5	(5,5)	
Alteração de motricidade oral	81	(12,9)	12	(14,8)	6	(6,6)	
Distúrbio de audição	60	(9,6)	6	(7,4)	22	(24,2)	
Distúrbio emocional	67	(10,7)	6	(7,4)	2	(2,2)	
Distúrbio de voz	14	(2,2)	4	(4,9)	17	(18,7)	
Problemas de ORL	11	(1,8)	3	(3,7)	11	(12,1)	
Quadros diversos	18	(2,9)	3	(3,7)	0	(0,0)	
Total	626	(100,0)	81	(100,0)	91	(100,0)	

* foram excluídos 4 registros sem informação na variável diagnóstico.

Fonte: Elaborado pela autora com a análise da estatística Dr^a Stela Verzinhasse Peres.

5.2 Discussão dos resultados sobre a clínica foniátrica com crianças

Como esta pesquisa trata do trabalho na clínica com crianças, proponho uma discussão a partir dos principais resultados relacionando-os com a literatura sobre

os problemas que podem ocorrer na infância e considerando a importância de análise dos desdobramentos que se fazem necessários para a compreensão do que pertence a terapêutica com crianças.

No cruzamento dos dados encontrados nos 802 prontuários, o maior número é de crianças (Tabela 1) e do gênero masculino (Tabela 2), o que confirma que, neste gênero, também é predominante a ocorrência de distúrbios de fala/lgg/fluência (Tabela 7) como encontramos na literatura. Destacam-se as queixas de atrasos, trocas e disfluências na fala (Tabela 4) Lima; Guimarães e Rocha (2008). Tal dado pode ser explicado pelas alterações de maturidade cerebral e questões hormonais nos meninos, assim como a exigência social que os mesmos sofrem, onde são cobrados a falar correto por imposição da cultura, segundo algumas pesquisas. Essa predominância masculina é explicada por diferentes autores de várias maneiras sem que haja um consenso definitivo, Choudhury e Benasich (2003); Fávero, Higino, Burke, Silva e Tabith (2013); Spinelli e Tabith (2014).

A média da idade das crianças no momento da avaliação foniátrica foi de seis anos e um mês (tabela 1), o que coincidia com a entrada da criança no ensino fundamental. A criança que se encontrava tão protegida no âmbito familiar se deparava com novas relações e no convívio social, as falhas na linguagem podiam emergir. Nesse contexto, a criança é inserida no grupo, interagindo com pares e professores e, portanto, há maior exigência de comunicação nas relações, o que pode explicitar as diferenças que existem no grupo, como referem Bergès (2008) e Vygotsky (1984) que, em tempo diferentes, já apontavam tal dificuldade enfrentada pelas crianças. Esse momento encarado pelos pequenos pode precipitar o encaminhamento e a procura por uma avaliação foniátrica ou fonoaudiológica. Por outro lado, a procura por diagnóstico ou atendimento somente aos seis anos de idade pode trazer consequências negativas para o desenvolvimento infantil, já que uma boa comunicação é fundamental para que a criança se expresse e se desenvolva, física e mentalmente de forma saudável, pertencendo ao grupo social. A persistência dos sintomas leva a efeitos diversos no aprendizado, no comportamento, nas habilidades sociais e na saúde mental na idade adulta. Esses efeitos não devem ser negligenciados como afirma Boyle (2011).

A Tabela 8 reflete como atrasos de fala e linguagem podem perdurar pela infância, sendo o diagnóstico mais frequente (Tabela 5) na faixa etária até onze anos seguida de alterações de leitura, escrita e aprendizagem na faixa etária maior

que doze anos. Considera-se com este apontamento que a criança que inicia sua alfabetização com dificuldades de linguagem, se não trabalhada em tempo, poderá carregar tais questões pela infância e adolescência, pois, nesse percurso, dela serão exigidas bases para a sequência escolar, para a construção do letramento e para a apropriação da linguagem escrita. Tal motivo promove discussões a respeito do entendimento da construção da linguagem de uma criança, que não só se limita a oralidade, mas também causa desdobramentos no que é fundamental para o percurso da criança no aprendizado da linguagem escrita, Bèrges (2008).

Percebe-se, pela apresentação dos resultados, que as dificuldades de linguagem apontam para necessidade de intervenção de profissionais implicados no entendimento desse percurso de construção da linguagem.

Na formação da equipe que preconiza as questões de linguagem, a parceria Foniatra e Fonoaudiólogo se destaca, seja na condução dos casos de maior complexidade clínica, seja no acompanhamento longitudinal visando pensar diagnóstico ou ainda na contribuição de dados específicos da avaliação de linguagem, como constatamos na (Tabela 3).

O fonoaudiólogo destacou-se como profissional que frequentemente encaminha pacientes para avaliação foniátrica (Tabela 3); também é ele quem mais recebeu indicações de pacientes a partir da conduta do médico foniatra (Tabela 6), explicitando que o trabalho bem articulado entre essas especialidades - a Fonoaudiologia e a Foniatria - pode contribuir para a evolução do tratamento de crianças com distúrbios de fala e linguagem. Destaco aqui autores que em diferentes publicações discutem a importância da interlocução entre disciplinas, interdisciplinarmente, favorecendo os tratamentos na clínica da infância, Spinelli (1994); Jerusalinsky, A. e Coriat (1996).

Ainda na Tabela 6, pode-se identificar que quase a metade dos casos não resultou em novo encaminhamento no momento da conduta. Eram casos provenientes de outros profissionais e, portanto, o médico foniatra deu seguimento a esse fluxo conduzindo o paciente ao especialista de origem, dando continuidade ao tratamento médico ou terapêutico que a criança já recebia.

Julgamos que o atendimento interdisciplinar na Clínica Foniátrica é fundamental para um bom prognóstico nos casos de distúrbios da comunicação humana. Os dados da Tabela 6 retratam bem a proposta de interdisciplinaridade e, principalmente, ressaltam a formação da equipe, já que a maioria dos pacientes,

após o término da avaliação foniátrica, retornou aos profissionais de origem para prosseguimento da conduta, segundo os dados encontrados nos prontuários.

Na composição da equipe interdisciplinar no atendimento aos distúrbios da comunicação, vale ressaltar a importância do psicólogo. Na casuística, 11,8% dos pacientes foram encaminhados pelo médico fonoatetra para uma avaliação psicológica (Tabela 6). Segundo Gupta e State (2006), alterações e sofrimentos psíquicos estão diretamente relacionados com os distúrbios de linguagem referidos e, muitas vezes, podem ser a causa primária desse distúrbio. Uma intervenção que considere a constituição psíquica e a linguagem da criança proporciona resultados terapêuticos mais específicos discutidos na abordagem de Spinelli (1981 e 1997).

Identificou-se uma diferença significativa entre o que é comunicado na queixa e no diagnóstico, especificamente nos casos onde há problemas de fala e linguagem, ou seja, indicando diagnósticos diversos a partir de uma mesma queixa. Como exemplo, pode-se citar a queixa atraso de fala, que resulta no diagnóstico de deficiência auditiva ou ainda, referindo a mesma queixa para um quadro de autismo, entre outros. Portanto a queixa aponta o problema, mas o desfecho pode levar a diagnósticos diferentes a partir da avaliação.

Em complemento aos achados sobre o diagnóstico foniátrico, foram descritos nos prontuários dados de comprometimento psíquico, diretamente relacionados aos problemas de linguagem, tais como: inibição, quadros de psicose, autismo, precariedade psíquica e depressão. Simultaneamente, conforme o que descreve Bergès (2008) em seus estudos sobre a relação entre emoção e aprendizagem, constata-se na literatura a complexidade das patologias da comunicação humana, pois envolvem distúrbios orgânicos, psíquicos e sociais (imbricadas na defasagem apresentada e na constituição do sujeito). As falhas e atrasos na linguagem podem estar relacionados a outros distúrbios e, portanto, identificar um problema de fala pode levar, muitas vezes, a dados importantes para desenvolvimento do raciocínio no diagnóstico diferencial e para indicações mais adequadas na direção do tratamento

A psicanalista Wanderley (2008), numa preciosa publicação sobre intervenção precoce, nos revela que, em países em desenvolvimento, há uma prevalência de 12% a 29% de transtornos mentais na infância. Porém apenas 10% a 22% dos casos chegam aos serviços em atenção primária à saúde. Isso revela que de 80% a 90% dos problemas de saúde mental infantil não são diagnosticados em atenção

básica, porta de entrada do SUS. A autora considera que isso ocorre devido à falta de preparo dos profissionais, que atuam com crianças, em reconhecer o sofrimento psíquico que os pequenos podem estar enfrentando.

Articulam-se ainda aos demais resultados os achados sobre o segundo encaminhamento mais realizado pelo foniatra - a psicoterapia, uma especialidade sugerida como conduta necessária a partir da avaliação foniátrica, cuja posição já é defendida pelo médico em publicação na área da psiquiatria da infância e adolescência, Spinelli (1994), especialmente em casos onde a linguagem manifesta-se como sintoma de dificuldades psíquicas. A criança, que está em constante desenvolvimento, requer atenção em muitos âmbitos e necessita de uma intervenção que considere seu tempo de constituição psíquica e linguística e um profissional preparado poderá, numa visão interdisciplinar, avaliar qual conduta é a mais indicada.

Os dados apresentados podem ainda ser resultado de avaliação conjunta do foniatra e do fonoaudiólogo, uma vez que, pela complexidade de alguns casos clínicos, há necessidade de um acompanhamento longitudinal para chegar ao diagnóstico. Por esse motivo, trabalhamos muitas vezes com a hipótese diagnóstica, especialmente nos casos de crianças, considerando que ainda estão em constituição. Nesse momento, o fonoaudiólogo compõe equipe com o médico para tal fim.

A evidência da parceria do fonoaudiólogo com o foniatra pode ser complementar e os casos encontrados no acervo descrevem esse trabalho.

5.3 Pacientes atendidos pelo foniatra e pela fonoaudióloga/pesquisadora

Segue no quadro abaixo o resumo dos dados dos 22 prontuários dos pacientes atendidos pela fonoaudióloga e o médico foniatra.

PACIENTE	1	2	3
GÊNERO	F	F	F
IDADE	3 anos e 2 meses	1 ano e 5 meses	3 anos
Queixa	Fala pouco e tem ceceo lateral.	Dificuldade para se alimentar; Não fala.	Não fala nada
H.D.	Falta de consistência muscular intraoral; dispraxia verbal.	Não há avaliação de fono; dados neurológicos e emocionais	D.A. profunda, discrepância entre compreensão e expressão orais
Conduta	Fono	Fono	Continuar fono

PACIENTE	4	5	6
GÊNERO	M	F	F
IDADE	3 anos e 1 mês	3 anos e 10 meses	5 anos e 1 mês
Queixa	Atraso na fala	Dificuldade para falar; usa palavras soltas.	Não fala quase nada; pais não entendem o que ela quer.
H. D.	D.A. profunda	Suspeita de D.A. com possibilidade de distúrbio central.	Considerar alteração do P.A.C.; Defasagem severa de linguagem e cognitiva; Quadro sugestivo de base orgânica com fator emocional.
Conduta	Continuar fono e mudar linha terapêutica; avaliação audiológica	Raio-x cavum; avaliação audiológica depois PEATE e EOA; na sequência Fono.	Iniciar fono e trocar psicólogo.

PACIENTE	7	8	9
GÊNERO	F	F	M
IDADE	2 anos e 6 meses	4 anos	4 anos e 6 meses
Queixa	Não fala nada; atraso na aquisição da linguagem.	Respira pela boca	Não quer ir para escola; riem da fala dele; não quer fazer amizade com outras crianças
H. D.	Quadro orgânico. Defasagem cognitiva e de linguagem severa (degenerativa?) funciona como D. M. pelo orgânico e pela constituição psíquica.		Antecedentes neurológicos e emocionais, com comprometimento motor oral , freio de língua limitante
Conduta	Fono,avaliação audiológica; psicologia e Medicação.	Fono e medicação.	Psicologia e fono; Audiometria

PACIENTE	10	11	12
GÊNERO	M	M	M
IDADE	4 anos e 6 meses	6 anos e 6 meses	5 anos e 11 m.
Queixa	“Coitado, sofre a maior pressão. Se ele fala devagar, dá pra entender; parece que pensa mais rápido do que fala.”	Emite vocalizações quase sempre, mas faz movimentos com a boca sem som. É preguiçoso.	Não sabem se levam em passeios, restaurantes pelo comportamento: bagunça, corre. Dúvida sobre fono. Mãe preocupada com inserção social.
H.D.	Emocional; dificuldade de expressão oral.	D.A. profunda; Está adaptado com os A.A.S.I.	Funcionamento mental bastante comprometido; posição psicótica.
Conduta	Fono	Continuar fono	Medicação, fono; continuar com psicologia

PACIENTE	13	14	15
GÊNERO	F	M	M
IDADE	6 anos e 7 meses	4 anos e 3 meses	10 anos e 6 meses
Queixa	Ver se precisa de fono, fala tudo errado e a professora não entende o que ela fala.	Trocas na fala	Questões de fala, está gaguejando.
H.D.	Fala rápida, imprecisão articulatória.	Trocas na fala com imprecisão articulatória e denasalidade.	Distúrbio severo de linguagem e fala.
Conduta	Fono	Fono; ORL continuar até melhorar.	Trabalho com fono especialista em linguagem.

PACIENTE	16	17	18
GÊNERO	F	M	M
IDADE	2 anos e 11 meses	8 anos e 5 meses	6 anos e 11 meses
Queixa	Não está falando; neuro diz que é autista. Fono não concorda.	Baba excessiva; sempre baba mesmo quando concentrado.	Foi preciso fazer fono “jogo a língua pra fora”
H.D.	Quadro auditivo motor; não é autista, nem DM. Quadro emocional.	Disfunção muscular oral, infantilização, imaturidade; emocional.	Quadro mio-funcional oral com interferência na dentição.
Conduta	Continuar Fono e ORL para tratar da otite. Psicologia para os pais e Terapia Ocupacional.	Fono	Fono

PACIENTE	19	20	21	22
GÊNERO	F	M	M	M
IDADE	3 anos e 6 meses	5 anos e 2 meses	10 anos e 5 meses	1 ano e 10 meses
Queixa	Atraso na fala.	Mente mais rápida que a fala; imaturo, chora frente a qualquer problema; fala com problemas segundo escola.	Problemas de deglutição e hipotonia de língua.	Não reage a sons, não atende , nenhuma atenção.
H.D.	Imaturidade auditiva, motora e verbal; imaturidade emocional	Boas condições intelectuais. Distúrbio articulatorio com participação de hipotonia e inabilidade motora oral. Algo emocional a acompanhar.	Quadro miofuncional oral, deglutição atípica.	Distúrbio do processamento auditivo central; apraxia.
Conduta	Fono	Fono	Fono	Fono

Quadro 1: Total de pacientes=N 22

Fonte: Elaborado pela autora

A sequência de dados para elaborar o diagnóstico até resultar na conduta foi resumida com o objetivo de dar a conhecer uma prática clínica. A partir desses dados inspecionados e relatados em tabelas, foram identificados os casos clínicos que serão apresentados a seguir. Foram considerados os casos que não tinham diagnóstico concluído durante a avaliação, ou seja, que o mesmo seria analisado ao longo do trabalho contando com as terapias e a reavaliação foniátrica, e também porque foram casos que desde o momento da primeira consulta com os profissionais manifestaram questões psíquicas que interferiam na comunicação e, portanto, na relação da criança e sua família.

5.4 Estudo de Casos Clínicos

Do diagnóstico à conduta terapêutica – práticas interdisciplinares

Três casos clínicos têm como objetivo representar o trabalho de interdisciplinaridade na clínica. Os casos foram descritos segundo os dados encontrados nos prontuários, inclusive respeitando os termos utilizados na época.

A possibilidade de refletir e descrever o caso de um paciente, amplia as possibilidades sobre o pensar a subjetividade que se faz presente em cada sujeito e sua história.

Rocha e Maia discutem sobre a função e a importância da escrita de casos:

Registrar uma prática clínica é escrever o que existe, o que se produz num acontecimento clínico que transforma silêncio em palavra, erro em acerto, transformando papéis, modificando espaços e favorecendo, construindo, reconstruindo con-vivências [...] Nosso dever também é com a transmissão. A escrita de um caso clínico exerce esta função, pois revela uma práxis clínica que, muitas vezes, questiona até o próprio método clínico. (ROCHA; MAIA, 2013, p.290).

A partir da apresentação destes casos clínicos pretende-se discutir a articulação que se faz necessária na clínica da infância.

5.4.1 Caso A – Babie

“Não ia pra fora pra não se sujar. Não tomava sopa pra não ensopar. Não tomava banho pra não descolar. Não falava nada pra não engasgar...” (CHICO BUARQUE, 1998).

Assim, como a Chapeuzinho Amarelo, de Chico Buarque, uma pequena menina chega ao consultório fonoaudiológico com histórico de refluxo gastroesofágico. Havia sido encaminhada pelo médico foniatra que a recebera com queixa de atraso na fala e dificuldades para alimentação.

A menina, única filha do casal, tinha 1 ano e meio, muito quieta, comia sempre os mesmos biscoitos e sopinhas prontas, além da mamadeira; com dificuldade para comidas em pedaços, mastigava muito devagar, engasgava. Não tinha apetite nem para doces e estava perdendo peso. Comunicava-se apontando, fazendo “hum, hum”, dizendo “dá, dá”. Os pais, extremamente preocupados com a situação da filha, sentiam culpa, não conseguiam interagir nem brincar com ela.

Retomando a história de Babie

A gestação foi de risco. A mãe teve três sangramentos e precisou de repouso e de medicação. A cesárea foi planejada. Babie (B.) chorou logo, teve apgar 8, pois apresentou anoxia, pesava 2.750 Kg. Teve também icterícia, mas não precisou de tratamento.

A criança sempre chorava muito. A mãe não conseguiu amamentá-la. B. teve otites, fez uso da mamadeira. Engasgava e babava. Jogava-se para trás quando chorava e era com tamanho esforço que deixava os pais assustados. Estes chegavam a pensar que a filha podia ter algum problema. Procuraram um neuropediatra que pediu EEG, raio-X de tórax e, ao final, constatou esofagite.

A criança foi encaminhada para um gastroenterologista que pediu uma endoscopia para complementar os exames já realizados. O resultado não revelou nada a mais.

Como B. continuava chorando, mudaram de neurologista, pois os pais continuavam suspeitando que pudesse ser algo neurológico. O novo médico confirmou a suspeita constatando que poderia ter ocorrido falta de oxigênio durante

o parto. Pediu TC; o resultado foi normal. Mesmo assim, prescreveu medicação (Diazepam) e fisioterapia. Os pais não concordaram.

Voltaram ao primeiro neuropediatra que suspendeu a medicação e não indicou fisioterapia. Encaminhou a criança para um pediatra experiente que pudesse acompanhá-los.

Nesse momento, a bebê tinha três meses e o pediatra percebia os pais muito ansiosos, e pareciam rejeitar a filha. A mãe não brincava com a filha.

O médico pediu exame radiológico para ver a deglutição (deglutograma com contraste) e o resultado foi normal. Mudou a medicação para tratar a esofagite e indicou endoscopia com dilatação de piloro. Foi feito.

Depois de alguns meses, a menina chorava menos e os pais estavam conseguindo lidar melhor com a filha. O pediatra encaminhou para Fonoaudiologia, pois havia dificuldade para alimentação além de comunicação empobrecida e sem expressão. Procuraram uma profissional próxima a residência que indicou atendimento psicológico porque entendeu que se tratava de algo emocional.

Em Fonoaudiologia, sabe-se que os problemas de fala e alimentação muitas vezes, além de associados a hábitos deletérios e à textura dos alimentos, têm relação com maloclusão dentária cuja origem está na motricidade oral e em suas funções.

A partir desse caso, pretendo discutir questões alimentares que se apresentaram, pois tão cedo estavam imbricadas com a aquisição de linguagem desta criança e sua constituição enquanto sujeito.

É comum recebermos na clínica fonoaudiológica crianças que só comem batatas fritas, salsichas, purês ou que só bebem achocolatados e sucos de determinadas marcas. A questão da alimentação vem também retratando toda uma mudança que se refere à vida moderna e não só restrita a dificuldade ou hábitos daquele caso especificamente.

Mas não era disso que se tratava neste caso, pois não foi por acaso que desde a primeira vez que vi B. com menos de 2 anos já vislumbrei, quando mais velha, mais se mostrava uma menina calada, frágil e apagada, como a da história da “Chapeuzinho amarelo”.

Naquele momento, com uma frequência não assídua, B. ia à escola havia dois meses. A mãe não conseguia se separar da filha e, cada dia, apresentava uma

justificativa para que B. não fosse à escola: não dormira bem, ou estava com tosse, ou espirrava, etc. Então procuraram o médico foniatra por indicação do pediatra.

Escutando as queixas e histórico, foi possível entender que se tratava de uma criança que apresentava dificuldades que se manifestaram com a amamentação desde seu nascimento. Não aconteceu o esperado encontro entre a mãe e sua bebê, início da relação, da díade. A mãe não conseguia interagir com a filha: declarou uma relação atrapalhada desde o início e um insucesso por não conseguir amamentar; e descrevia como a bebê se jogava para trás quando estava em seu colo. Cenas que se repetiam a cada momento de amamentação e a mãe não sabia o que fazer e tampouco o que isso significava, pensou, inclusive, em algum distúrbio neurológico.

I – Avaliação Foniátrica

Na consulta foniátrica, foi realizada uma entrevista semidirigida onde foram coletados dados sobre: a queixa, história pregressa da queixa, antecedentes familiares, escolaridade e dados sobre a rotina, informações sobre alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e relacionamento social e familiar.

No exame clínico, o médico foniatra investigou, por meio de jogos lúdicos e brincadeiras simbólicas, aspectos relacionados às funções motoras globais e orais, fez investigação das funções perceptuais auditivas e visuais, incluindo equilíbrio estático e dinâmico e organização espacial no plano corporal. Não foi possível realizar o exame otorrinolaringológico, pois a criança não permitiu. Porém, foi possível observar a criança se alimentando no consultório e constatou-se que: não mastigava, apenas amassava os alimentos, engolia e engasgava com ingestão de líquido.

O médico analisou os resultados dos exames realizados: ficha da maternidade, endoscopia de aparelho digestivo superior, EEG, TC de crânio, RM e Raio-X de tórax. Os resultados estavam dentro dos padrões de normalidade com exceção da endoscopia – estenose de piloro “like” sem esofagite.

Hipótese diagnóstica: os dados sugeriam comprometimento orgânico e emocional. Atraso de fala e dificuldades alimentares.

Conduta: Iniciar fonoaudiologia e dar continuidade ao acompanhamento médico para melhor entender o quadro clínico.

II – Avaliação Fonoaudiológica

No primeiro encontro, a mãe veio acompanhando a filha. B. entrou ao meu convite e sorriu timidamente, porém, não saiu do lugar; ficou em pé olhando os objetos, mas não foi em direção a nenhum deles. A mãe, uma bonita jovem, interferia pouco, um tanto sem energia. Quase não falava com a menina.

Contou de sua preocupação sobre a questão alimentar da filha (que estava perdendo peso) e não sabia mais o que oferecer a ela. Naquele período, B. comia pouco, mais biscoitos, embora a mãe oferecesse diferentes alimentos. B. aceitava um pouco melhor sopinhas prontas (ex: potinhos de sopa para bebês) e tomava três mamadeiras por dia.

Comecei a oferecer brinquedos, levava-os até B., que timidamente os pegava. Olhou para mim e sorriu para minhas brincadeiras sem vocalizar. Tentei incluir a mãe na brincadeira, mas sem obter muito sucesso. A mãe não conseguia brincar. Não insisti.

Pedi que retornassem, pais e filha, com um lanchinho que a menina gostasse e com um quadro de horários sobre a alimentação, assim poderíamos discutir melhor como ajudar B.

No segundo encontro os pais acompanharam a filha até a sala. Pareciam bastante preocupados e tensos. O pai falava mais com a filha, mesmo assim, a pequena não tinha nenhuma iniciativa e continuava sem vocalizar nada. Não pegava os objetos, não explorava, não brincava; cena pouco comum para uma criança de um ano e cinco meses.

Perguntei a B. o que trazia para o lanche e ela pegou o potinho com biscoitos de polvilho. Abriu e ofereceu a mim. Comecei a comer com ela, que mordida o biscoito, mas esperava que ele derretesse em sua boca.

Os pais começaram a contar que era assim que ela se alimentava, sem mastigar, o que os deixava tensos, pois tinham medo que ela engasgasse. O pai contou que sentia culpa porque ainda na maternidade a filha sufocou em seu colo e ficou roxa (refluxo gastroesofágico?).

Interagi com a menina que veio em meu colo, risonha e brincou com bonecos de borracha. Respondeu com curiosidade ao meu convite para conhecer os brinquedos e ficou à vontade na sala diferente da primeira vez. Os pais ficaram mais

relaxados percebendo que a filha estava gostando, mas observei que muitas vezes falavam sobre ela e não com ela.

Colocar a criança em interlocução e entendê-la no lugar de falante de quem tem algo a dizer, foi muito importante nesse momento. Poder olhar que ali estava uma menina não mais um bebê, escutá-la procurando respeitar suas manifestações como pudessem acontecer permitiu que B. se sentisse acolhida podendo de fato mostrar suas possibilidades. Foi assim que iniciamos, procurando a menina que se escondia num corpo de bebê e, quando a encontrei, nosso vínculo começou a se construir.

A partir da avaliação, pude discutir com o médico fonoatira sobre o diagnóstico que ainda não estava concluído quando ela me fora encaminhada.

Hipótese Diagnóstica: Dificuldades para alimentação devido ao quadro de refluxo gastroesofágico? Retardo na aquisição da linguagem.

Devolutiva: Nessa oportunidade, os pais mais confiantes contaram que sentiam culpa pelo quadro da filha. O pai confessa: “Tenho medo que ela engasgue e morra”. A mãe numa posição entristecida se colocou como inexperiente e incompetente no papel materno. Puderam falar sobre a superproteção que exerciam sobre a menina, colocando-a num lugar de fragilidade.

Contaram que B. falava “dadá, papá, mã” usando com sentido as palavras, o que não havia aparecido ainda no consultório. Usava também gestos indicativos e puxava a mão dos pais quando queria algo.

Relataram mais detalhes sobre sua filha do que da primeira vez. Foram necessários alguns encontros para que construíssem vínculo com a terapeuta, o que propiciou também um novo olhar sobre a menina. Puderam olhar para filha não só pelo viés do que faltava, mas também conseguiram ver o que ela mostrava numa cena diferente daquela familiar, a cena clínica. Foi possível ver além do corpo (orgânico) da menina, mas o discurso deles apresentava algo novo: a menina/sujeito.

Falamos sobre algumas possibilidades de brincadeiras e sobre as defesas que um bebê apresenta desde muito pequenino, como a tosse, os reflexos de vômito, por exemplo, na tentativa de circularmos uma conversa sobre a infância.

Sem dúvida, a questão da alimentação era prioritária. Apresentei a proposta de trabalho onde acompanharia o casal em cuidados sobre a alimentação, considerando a necessidade de trabalharmos com a dessensibilização da boca de

B.; boca que quase não falava, não sorria, não comia, não experimentava, nem beijava, segundo os pais.

O mundo interno que começa a se constituir em B. não encontrava lugar de experimentação, de elaboração. Em plena fase oral, a pequena não conseguia lidar com seus desejos, sem possibilidades para explorar o corpo, o mundo. Os sinais do orgânico se manifestaram muito cedo e provocaram uma reação de separação dos corpos da menina e de seus pais. Sinais que tentavam enraizar por caminhos que manifestam vitalidade, existência (alimentação, comunicação), não permitiam, num primeiro momento, que B. existisse, que fosse considerada sujeito, falante.

Seguindo com o trabalho

Trabalhamos com algumas sessões diferenciadas: ora atendia a menina, ora os pais com a filha, ora somente os pais na tentativa de que se apropriassem dela fortalecendo-os em seu papel de pai e de mãe.

Tanto criança quanto os pais precisavam ser escutados para que, no *setting* terapêutico, pudesse ser promovido o “encontro” que ainda não acontecera, particularmente, entre mãe e filha, iniciando um tempo de subjetividade para B..

Foram necessárias algumas sessões, sobretudo de acolhimento para que os pais de B. pudessem rever sua posição frente à filha, conseguindo experimentar algumas brincadeiras com ela, colocando-a no lugar de interlocução, o que não acontecia até então. Brincadeiras com jogos simbólicos, casinha, bonecos, comidinhas e piquenique fizeram parte de nossas sessões, das quais os pais, algumas vezes, eram convidados a participar.

Ao final de dois meses de trabalho, a menina ganhara peso, experimentara alimentos novos e texturas diferentes. Naquele momento do tratamento, os pais puderam falar mais sobre sua filha e menos sobre eles. Contaram sobre as brincadeiras que B. fazia, ela os procurava e pedia comida. Ao final dessa reunião, o pai declara revendo sua posição frente as dificuldades da filha: “É melhor morrer engasgada do que não comer”.

Após as férias de final de ano, retornaram para reavaliação e, com quase dois anos, B. ainda falava muito pouco, usando gestos indicativos, elementos que apontavam a necessidade de seguirmos com o trabalho.

A partir do que os pais explicavam sobre a rotina e as dificuldades da mãe em realizar mudanças, olhando para as novas demandas da pequena, realizei uma intervenção domiciliar, pois, às vezes, a mãe de B. se mostrava insegura no momento de alimentar a filha.

Quando cheguei, o pai estava trabalhando em casa e a mãe se ocupava dos afazeres domésticos. A família morava em um sobrado. A sala era pequena e seguia a direita com uma porta para a cozinha e, do outro lado, havia uma escada que levava aos quartos. B. me levou até seu cercado, lugar onde brincava e que era bastante limitado, pois não permitia explorações motoras e movimentos. Comecei a entender as limitações da menina nas experimentações no corpo e nas palavras. Não havia lugar literalmente! Os medos estavam declarados. Foi necessário discutirmos sobre o cercado e porque continham tanto o espaço para B. Os pais não sabiam me dizer por que limitar tanto o espaço da filha se, naquele momento, a menina tinha ainda poucos movimentos espontâneos e poucas iniciativas. O que tanto temiam?

Ela só entrava na cozinha para ser alimentada e era colocada no cadeirão. A mãe de B. não conseguia por em prática novas possibilidades permitindo que a filha pudesse passar para alimentos mais sólidos. Temia que B. engasgasse ao comer sozinha um bolinho ou um pedaço de fruta.

Foi necessária minha presença no horário do almoço de B. após o trabalho já realizado no consultório para que a mãe pudesse se autorizar experimentar e se apropriar da filha. Na tentativa proposta, ela fez um bolinho de milho, sobre o qual já havíamos conversado anteriormente. Ela me ofereceu e eu degustei com comentários e elogios. B. experimentou o bolinho oferecido por sua mãe e comeu segurando na mão como se já o fizesse em outros momentos. A mãe ficou surpresa como sua filha podia manejar aquele alimento, mastigando e engolindo sem engasgar.

Fundamental o trabalho com a alimentação, não só com relação a intervenções focadas na motricidade oral, mas também no que se refere ao apoio na passagem para diferentes texturas e alimentos. Com o avanço nas questões alimentares, que tanto preocupavam os pais, B. pode falar mais, expressando-se em palavras e não mais com gestos, construindo frases. A relação entre comer e falar neste caso, estava diretamente relacionada. O não comer significava não poder falar, pois ali não havia sujeito desejante, ou melhor, não havia sujeito. Entendendo

aqui que sujeito é aquele que declara o que quer, que pensa e deseja, que faz marca, que se apropria de algo que é seu: a linguagem.

No início do trabalho, vou tentando entender, como fonoaudióloga da menina, o que os pais não conseguiam perceber sobre ela?

Não conseguiam ver além do corpo da pequena B.. Corpo que manifestava dores e sofrimento diretamente relacionados com o comer.

Se ela não conseguia lidar com o corpo tomaram-no para si tentando suprir as necessidades da filha. Necessidades que revelaram uma dimensão tamanha ocultando que ali existia uma menininha, que olhava, que podia se manifestar de outras formas, que podia desejar.

O tempo de subjetivação para esta criança foi diferente marcando aqui o foco do tratamento.

Algumas reflexões

Em poucos meses, B. estava comendo melhor, sem a mamadeira e continuava a ganhar peso. Na escola, tornou-se uma aluna assídua e mais falante, fazendo amigos. Isso permitiu que a mãe pensasse em voltar a trabalhar.

O que pensar? Tratava-se de uma menina que rapidamente respondeu ao outro, que realmente a olhava e compartilhava com ela dos diferentes momentos: os de brincadeira, de histórias, de jogos corporais, de jogos musicais, de alimentação?

Tratava-se de uma criança que precisava de oportunidades e possibilidades de outros caminhos para responder ao outro. Um outro que a convocasse pela voz, pelas brincadeiras, pelos jogos; um outro que a colocasse em interlocução, que pudesse esperar e apostar em suas possibilidades de diálogo

Que dificuldade para esses pais se apropriarem de sua filha que comunicava algo que eles não podiam compreender. Com isso, foram se desencadeando no casal muitas dúvidas e inseguranças, mas também alguns movimentos.

Falar é da ordem do imprevisto e o que talvez o pais de B. temiam dizia respeito a possibilidade de separação desta criança, que pela fala podia dizer o que quisesse, o que pensasse e não somente o que era esperado.

Havia momentos mais fáceis de interagir, outros mais difíceis, mas todos mereciam uma resposta de B., que se colocava como conseguia, mais falante, mais calada, enfim se apresentando como sujeito. O trabalho conjunto, criança e pais, foi

fundamental, pois vários elementos se apresentaram muito cedo na história desta criança.

Sobre a contribuição da Fonoaudiologia posso dizer que, apesar de todo entendimento e discussão do que se passava com B., foi necessário percorrer o caminho da mamadeira ao prato de comida com a criança e sua mãe, pois havia questões relacionadas às funções para alimentação que foram se mostrando durante o percurso e que mereciam atenção. B. não havia aprendido ainda a lidar com as diferentes texturas, os diversos sabores, ou seja, não estava explorando as possibilidades de escolha que as crianças vão construindo junto ao outro.

Foi reavaliada pelo médico foniatra duas vezes até o término do tratamento, que confirmou os avanços e as diferentes aquisições da menina, ela se distanciou da doença e do lugar de frágil do início do trabalho.

As discussões clínicas com o médico foniatra, assim como a participação de psicanalistas no momento de estudo clínico sobre o caso em atendimento possibilitaram reflexões acerca da constituição de sujeito, e especialmente no manejo com os pais da criança. Algumas conversas com o médico pediatra foram fundamentais para que junto ao trabalho terapêutico, pudesse participar oferecendo suporte aos pais nos cuidados com a filha.

A hipótese diagnóstica apresentada inicialmente mostrou desdobramentos, que foram percebidos pela terapeuta durante os atendimentos, para além da alimentação a atraso de fala. B. não se relacionava com o outro e a compreensão do contexto familiar pode ampliar as possibilidades de intervenção incluindo os pais no trabalho terapêutico, tão necessário quando se trata de crianças pequenas.

Fala-se muito sobre alimentação: o que engorda, o que emagrece, o que nutre. Mas, para cuidar disso tudo, é preciso olhar para o bebê, escutá-lo, falar com ele, não apenas administrar sua vida, seus horários, suas necessidades físicas e materiais.

Ao longo de meu percurso clínico, muitas mudanças ocorreram no entendimento sobre a infância. Mas as crianças continuam as mesmas, necessitam do outro para sobreviver em todos os aspectos.

As questões sobre alimentação sempre acompanharão as crianças em seu percurso de crescimento. O ponto é o mesmo, a falta ou o excesso? A falta de apetite, o excesso de cuidados, a falta de limites, o excesso de comida ...

A clínica da infância nos mostra que falar e comer estão imbricados na constituição do sujeito, e as questões da criança devem ser entendidas interdisciplinarmente respeitando a singularidade que ali se apresenta.

Pela natureza do tema, cabe compreender a constituição de uma criança respeitando o todo, e o que pertence as vicissitudes do momento.

Finalizando o caso B.

B. passou a se sujar, a se ensopar, a brincar com água e a falar sem engasgar. Saiu da personagem - aquela que era previsível, com um script determinado - para se tornar uma menina/sujeito.

5.4.2 Caso B – lara

“As palavras que podem dar sentido, também podem tampar o sentido na direção da não-comunicação dependendo de como são usadas...” (DOLTO, 2002, p.27)

Esta família procurou, por iniciativa própria, a avaliação fonoaudiológica para sua filha que, com 2 anos e 7 meses, apresentava fala atrasada para idade. Queixa: “fala como um bebê e baba”.

A mãe de lara (I.) tinha um filho de outro relacionamento. O pai de I. tinha dois filhos de um primeiro casamento. Viviam com o casal o primeiro filho da mãe e as duas filhas (sendo I. a caçula) deste casamento.

Foi apresentada pelos pais como uma menina esperta e que queria se fazer entender de qualquer maneira, mas para isso gritava, empurrava a mãe, chutava. Falava: “Não”, “papai”, “mamãe”. A mãe tinha dúvidas quanto a atenção da filha para ouvir.

Retomando a história de lara

Durante a gestação de I. (no 5º mês de gravidez) o filho mais velho teve rubéola. A mãe fez os exames com resultados dentro do esperado, já tinha anticorpos para a doença. Teve também pressão alta, pré-eclampsia e, durante o

parto, tomou duas anestésias raquidianas e uma peridural para realizar a cesariana. A menina nasceu a termo e a mãe se sentiu mal durante o parto com dificuldade para respirar.

I. foi amamentada até quatro meses e depois passou para mamadeira, mantida até o momento da avaliação. Também usava chupeta. Teve icterícia e fez fototerapia. Não fez a Triagem Neonatal/Teste de Guthrie (conhecido como Teste do Pezinho) quando saiu da maternidade. Seu desenvolvimento para marcha foi dentro do esperado, andou com um ano e um mês, porém ainda não controlava os esfíncteres no momento da avaliação. Alimentava-se bem, com variedade, mas com alguma dificuldade para mastigar alimentos com textura mais firme, contou a mãe.

A menina tinha rinite alérgica, era respiradora bucal e apresentava secreção na orelha esquerda, a qual estava tratando, segundo os pais.

Os mesmos relataram que a pequena brincava bastante, com vários brinquedos, panelinhas, de “nana nenê” e que preferia as bonecas.

Pareciam muito preocupados com o atraso da filha e a mãe, angustiada, sentia-se culpada por isso. Mostraram-se dispostos a fazer “qualquer sacrifício” [palavras deles], apesar de sua condição financeira não favorecer.

I – Avaliação Fonoaudiológica

I., apesar de a mãe ter me advertido que, talvez, a filha não entrasse sozinha no consultório, caminhou para sala comigo sem olhar para trás. Para uma menina tão pequena, se apresentou bastante autônoma e curiosa. Ao descobrir que havia um armário cheio de brinquedos não sabia qual escolher. Olhava para um, olhava para outro e, finalmente, começou a pegá-los. Bastante comunicativa, tentava fazer-se entender usando gestos indicativos e oralidade mesmo que a fala fosse ininteligível. Sabia brincar, usava os brinquedos, simbolizando e inventando, porém, de forma ainda bastante empobrecida dentro do contexto.

A criança falava poucas palavras com omissões, distorções e trocas que comprometiam sua comunicação, tornando sua oralidade ininteligível na maioria das vezes. Apresentava hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios, era respiradora oral, com hipodesenvolvimento do terço médio da face, presença de secreção nasal e na orelha esquerda, e maloclusão dentária típica de quem usa chupeta e mamadeira. Durante a alimentação pude observar dificuldade para mastigar e engolir,

diretamente relacionado com a respiração bucal. Ou respirava ou mastigava, o que fazia que engolisse alimentos pouco mastigados, chegando a engasgar.

A atenção auditiva parecia comprometida. Demorava a responder quando solicitada e usava em vários momentos as expressões “o quê?”, “hã?”, na tentativa de entender o que lhe fora perguntado. Sua motricidade mais fina era desajeitada, parecendo imatura para idade.

Devolutiva: A criança foi encaminhada a um neuropediatra para dar sequência a avaliação do atraso global e os pais orientados a dar continuidade ao tratamento otorrinolaringológico para que, depois, a menina pudesse fazer uma avaliação audiológica. O atendimento da criança seguiu com a frequência de três sessões semanais.

Hipótese diagnóstica: retardo de aquisição de linguagem. Audição comprometida com repostas lentas.

Conduta: avaliação com neuropediatra, ORL e avaliação audiológica.

Logo realizaram a avaliação com o neuropediatra e retornaram bastante transtornados. O médico, além da avaliação clínica, solicitou um EEG com resultado dentro dos parâmetros de normalidade, porém, Lara foi diagnosticada como autista. O médico encaminhou a menina para terapia ocupacional para retirada das fraldas.

Como a menina já iniciara a fonoterapia havia dois meses foi possível conhecê-la melhor, o que me permitiu argumentar com a família que havia um desencontro entre o que o médico diagnosticara e o que L. manifestava na clínica. A paciente interagiu, solicitando a terapeuta para suas brincadeiras e necessidades. Tinha intenção comunicativa assim como se endereçava ao outro com o olhar, com a fala, mesmo que muito primitiva. Esses dados me permitiam discordar de tal diagnóstico.

A família havia feito bom vínculo com a terapeuta e, por isso, foi possível declarar tais observações e sugerir naquele momento outra avaliação, a de um médico fonoatetra por se tratar de um quadro de atraso de linguagem.

II – Avaliação Foniátrica

Na consulta foniátrica, foi realizada uma entrevista semidirigida onde foram coletados dados sobre: a queixa, história pregressa da queixa, antecedentes

familiares, escolaridade e dados sobre a rotina, informações sobre alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e relacionamento social e familiar.

A avaliação foniátrica foi realizada em duas sessões e uma sessão para a devolutiva. Na queixa os pais disseram que a menina falava muito pouco e que tinham dúvidas sobre sua audição. Contaram que a irmã de I. (um ano e seis meses mais velha) começou a falar após os dois anos, mas depois se desenvolveu bem.

Apresentava habilidades motoras, andava sentada no skate e pedalava bicicleta com rodinhas de apoio, contaram os pais. Tinha mais noção de perigo que antes e em alguns momentos mostrava que entendia o que ouviu e em outros momentos não. O médico pode constatar tal comportamento auditivo também no consultório com algumas provas terapêuticas. A criança brincou de esconde – esconde com um objeto, imitando a iniciativa do médico e depois escondendo o objeto em outro lugar. Quando queria algo, pegava o outro pela mão levando-o ao lugar onde estava o que queria.

A respiração era bastante ruidosa e, em alguns momentos, chegou a babar, embora estivesse tratando a rinite alérgica havia dois anos. Os pais contaram que roncava enquanto dormia.

Durante a otoscopia, foi possível verificar presença de secreção nas orelhas; manifestou dificuldade para elevar a língua durante uma brincadeira com uso do fonema /L/; freio de língua curto. Não conseguiu realizar o movimento para beijo, apenas encostou a boca. Na tentativa de se comunicar, usava também jargão.

A criança mostrava-se de poucos limites/irritadiça quando chorou, ao pedir algo para o pai, perdeu o fôlego, ficando com os lábios cianóticos.

A mãe relatou, chorando, que se sentia culpada pelo atraso da filha, pois, como era enfermeira, muitas vezes, deixou os filhos com uma tia para cuidar de outros.

Hipótese Diagnóstica: dispraxia e componentes emocionais.

- A criança não é deficiente mental; audição razoável; não é autista.

Conduta: Fonoterapia e atendimento psicológico para os pais. Indicação de continuar com a avaliação audiológica considerando tratamento da otite. Reavaliar após 6 meses de fonoterapia.

Após a avaliação, o médico marcou uma reunião com a terapeuta para discutir sobre os dados encontrados e para pensar o seguimento do tratamento.

Seguindo com o trabalho

I. iniciou o tratamento com a frequência de três sessões semanais. Isso permitiu estabelecer uma relação mais próxima com a menina e sua família. Usava algumas dessas sessões para reunião com os pais que estavam bastante desorientados, apesar de já terem outros filhos. Não entendiam a filha e ela não os entendia. Isso causava muitos equívocos entre eles e a menina, que se desorganizava gritando e batendo nas pessoas.

Trabalhamos com os detalhes da aquisição de linguagem. I. ficava por fora do contexto em vários momentos ou ficava confusa pois havia pistas demais em outras situações. Conversamos sobre a importância de colocar a filha em condição de interlocutor. Na ansiedade de ajudá-la a falar, a família [pais e irmãos] antecipavam a adivinhação das palavras ou informações, ação que, na verdade, atrapalhava a criança. Falavam por ela, atropelavam-na apesar de ser uma tentativa de auxiliá-la a falar. Trabalhamos, ainda, sobre a importância de que ela pudesse se colocar, com gestos, fala, expressões e tentativas de comunicação a partir do que construía na relação com o outro.

O tratamento da otite e rinite foi fundamental para darmos seguimento. Vale lembrar que foi realizado a partir da consulta com um ORL, pois a criança, até então, estava sendo tratada pelo pediatra apenas.

A menina aproveitou as sessões mostrando-se cada vez mais interessada, mais atenta, respondendo e construindo vocabulário. O jargão desapareceu.

Com o avanço na fala e na linguagem, percebi também que I. parou de babar, organizando-se melhor para respirar e para alimentar-se. Mas ainda roncava para dormir e apresentava respiração ruidosa quando acordada. Depois de quatro meses de tratamento, o médico ORL fez a indicação de adenoidectomia e retirada das amígdalas além de drenagem das orelhas.

Sofreu a intervenção com sucesso e na sequência a avaliação audiológica mostrou dados de normalidade. Não roncava mais, e começou a sentir o cheiro das coisas.

Os pais seguiram com o trabalho da psicoterapeuta, pois também passavam por um momento de crise no casamento. Momentos violentos e de muito desentendimento presenciado pelos filhos. Para I., que ainda estava avançando em suas aquisições, o desentendimento dos pais era algo que a confundia, afinal

gostava deles e se manifestava como podia, fazendo carinho ou beijando-os. A mãe contou algumas vezes como ela respondia a cada vez que brigavam; a menina chorava e gritava quando havia desentendimento entre o pai e a mãe.

No semestre seguinte I. iniciou a escola, já sem fraldas, sem mamadeira e chupeta só para dormir (a mãe estava trabalhando na retirada da mesma). Teve uma boa adaptação sendo bem acolhida pelo grupo.

Reavaliações foniátricas

Retornou ao médico foniatra para reavaliação após seis meses da intervenção cirúrgica e já com três anos completos, frequentando a escola de educação infantil.

Durante a reavaliação o médico constatou mudança notória no que diz respeito à atenção auditiva. Repetia algumas palavras com boa qualidade, dado importante sobre o *feedback* auditivo.

Os pais relataram que a filha se desenvolveu muito e que a audiometria apresentava resultados normais. Contaram ainda que estava juntando sílabas e fazendo pequenas frases.

Entendeu bastante dentro do contexto e simbolizava com os brinquedos (dando de comer para o nenê). A mãe declarou que, depois da primeira consulta com o foniatra, passou a trabalhar menos dedicando-se mais a filha, conversando com ela. Isso interrompeu a série de pedidos e choros intermináveis que fazia antes.

No exame físico pode-se verificar otoscopia normal, boa respiração, sem ruído, com a boca levemente aberta. Boa evolução, mais atenta e participante nas relações. Apesar de todo quadro favorável pós cirurgia e tratamento, ainda apresentava algumas falhas na compreensão.

Hipótese Diagnóstica: Dados sugestivos de componente auditivo central.

Conduta: continuar com as terapias com a mesma frequência e para próxima avaliação fará o exame de PEATE.

A menina seguiu retornando em reavaliação com o médico foniatra anualmente.

I. continuou avançando, porém não conseguia falar todos os fonemas de forma inteligível. Foi encaminhada pela fonoaudióloga para uma avaliação

ortodôntica, por apresentar maloclusão importante favorecendo a interposição da língua.

Em nova reavaliação com o foniatra, então com quatro anos, Lara se mostrou bem falante, com palavras ainda ininteligíveis, porém com emissões longas. Desenhou figura humana, mas ainda descompassada para a idade.

O médico também apontou para a questão da maloclusão dentária e constatou retração da membrana timpânica esquerda; percebeu avanço nos diálogos, porém inabilidade motora oral. Descreveu: “eleva a língua, lateraliza, mas com padrão alterado, hipotonia de língua e lábios”.

Segundo dados de terapia e observações clínicas, a criança estava sendo mais compreendida em suas mensagens e também percebia melhor a fala do outro. A irmã (1 ano mais velha) entendia tudo o que ela dizia e quando I. não era entendida ainda fazia alguma cena de birra.

Na oportunidade dessa reavaliação, os pais ainda sentiram necessidade de falar sobre o momento do parto e primeiros meses de vida da criança. Contaram que a mãe não ouviu a filha chorar no momento do parto, mas, no dia seguinte, a bebê mamou bem, estava espertinha. Com três meses, chorava muito, foi quando descobriram que a pequena estava com infecção urinária. Foi medicada com Garamicina injetável.

O médico concluiu que a criança evoluiu muito bem, tem inteligência normal. No âmbito emocional, ainda tem tendência para birra quando deve se submeter à vontade do outro.

Hipótese diagnóstica: dificuldade auditiva central, dispraxia verbal e oral.

Conduta: realizar PEATE, impedanciometria, emissões otoacústicas, exame de cariótipo e RM.

Retornaram ao médico três meses depois com os resultados dos exames. Avaliação audiológica normal exceto timpanometria e reflexos estapedianos lado esquerdo. Emissões otoacústicas (EOA) ausentes na orelha esquerda. Exame do cariótipo dentro da normalidade assim como o PEATE, com resultado de latências normais limiares até 20 dB (OD e OE). RM com parâmetros de normalidade. No exame físico, constatada otite secretora à esquerda, quadro inflamatório.

Os exames não confirmaram dados indicativos de alteração cromossômica, nem das estruturas cerebrais.

I. foi atendida pela mesma fonoaudióloga dos dois aos seis anos quando, devido a mudança de cidade, seguiu o tratamento com outra fonoaudióloga. Foi realizada uma passagem cuidadosa para a segunda fonoaudióloga que deu sequência ao trabalho participando de reunião de equipe junto com a primeira fonoaudióloga até que se apropriasse do caso. Continuou sendo atendida pelo médico foniatra que acompanhou sua alfabetização quando apresentou dificuldades. Foi também bem assistida por uma psicopedagoga e escola adequada.

A menina e sua família viajavam para realizar as reavaliações inclusive com a fonoaudióloga anterior que continuava participando da equipe durante a passagem do complexo caso clínico.

Algumas reflexões

Neste caso, o movimento de encaminhamento foi inverso: a fonoaudióloga foi quem encaminhou para o médico, contando nessa parceria com um trabalho articulado no tratamento para I.

Foi fundamental o diagnóstico feito pelo foniatra que explicou aos pais a partir dos dados clínicos/médicos o que a menina apresentava naquele momento, confirmando a necessidade do encaminhamento realizado pela fonoaudióloga para menina.

A partir desse acolhimento, o casal se sentiu seguro para comentar o que haviam entendido até então e isso possibilitou a construção desse vínculo.

Os pais perceberam que o diagnóstico de autismo não combinava com o que viam sobre sua filha quando na consulta com o neuropediatra cujo diagnóstico os deixou ainda mais inseguros sobre como percebiam e falavam com a menina.

Naquele momento, o diagnóstico de autismo muitas vezes era relacionado com o termo “mãe geladeira¹⁶”, remetendo à possibilidade de um relacionamento ruim entre a criança e a mãe. A partir do momento que esse diagnóstico não se confirmou e eles puderam perceber a articulação do que já havia sido apontado desde a avaliação fonoaudiológica com a avaliação foniátrica, puderam se reafirmar no lugar de pais, aqueles que cuidavam e se relacionavam com a filha, o que de fato acontecia.

¹⁶ Ou “*refrigerator mother*”- acreditava-se que as mães poderiam ser a causa do autismo de seus filhos por serem afetivamente frias, como descrito por KANNER (1943).

Foram vários os momentos de reunião sobre este caso clínico e discussões com a equipe que a atendia: fonoaudióloga, fonoaudióloga (audiologista), foniatra, ORL, escola, ortodontista, psicóloga e psicopedagoga. Momentos de trabalho para pensar interdisciplinarmente os manejos com a família, a inserção na escola, as mudanças a partir da troca de terapeutas entre outros tantos pontos a serem discutidos e refletidos num caso clínico.

A cada reavaliação, a fonoaudióloga encaminhava um relatório ao médico e ele fazia o mesmo por escrito, por telefone ou pessoalmente, assim como os demais profissionais.

Neste caso, as manifestações de dispraxia e dificuldades na compreensão se fizeram presentes muito cedo. Ali, já havia sinalização de um possível quadro de DEL.

Caso discutido a cada reavaliação com o devido cuidado junto aos pais que tiveram a menina num momento desfavorável do casamento e, portanto, carregavam uma culpa que seguiu com brigas intermináveis até a separação do casal. Os cuidados com a filha continuaram, continuaram com os tratamentos, pois aos poucos houve um melhor entendimento por parte dos pais do que acontecia com a menina, com isso, conseguiam lidar com as diferentes e novas situações.

O acolhimento dado a família foi sustentação para formação do vínculo com a terapeuta, depois houve o vínculo com o médico e com os demais profissionais da equipe que buscavam a melhor direção de tratamento para I.

A contenção recebida a partir da reação que produziu o primeiro diagnóstico, e que foi se revelando outro à medida que a menina crescia, foi fundamental na reorganização dessa família. A desmontagem do que foi se construindo na cabeça dos pais sobre quem era sua filha foi muito delicada, mas foi desse modo que puderam tomar por ponto de partida novas possibilidades mostradas pouco a pouco pelo trabalho realizado com eles.

Os manejos de receber os pais com uma frequência estabelecida, trabalhar com eles sobre o discurso da filha e sobre o desdobramento dos mal entendidos que aconteciam pelas falhas na comunicação, assim como atender telefonemas sem atropelá-los, favoreceram o tratamento e o relacionamento dos pais com a filha. Foi necessária uma disponibilidade, da parte de quem atendia I. e seus pais, para intervir junto a eles escutando o que conseguiam relatar a partir de uma cena de sofrimento.

Vários foram os momentos em que os pais trouxeram suas queixas: num primeiro momento juntos, depois separados, propiciando trabalhos diferentes, singulares, na medida do necessário e no entendimento das aquisições de sua filha.

A palavra do médico foniatra que pode confirmar a esses pais o engano sobre o primeiro diagnóstico recebido foi preciosa para a família, seguindo e acreditando no potencial da filha desde outro lugar.

O papel do fonoaudiólogo interlocutor da criança e da família podendo entender o que ali se mostrava, auxiliando na relação dialógica da menina com seus pais, foi organizador na relação deles e no processo de aquisição de linguagem da criança.

A terapêutica neste trabalho, referindo Dolto, "procurou decodificar uma linguagem que perturbou o andamento normal do desenvolvimento linguagem-corpo da criança antes da fala" (DOLTO, 2002, p.26).

A interpretação usada como instrumento de trabalho pela fonoaudióloga neste caso, não dizia respeito a um trabalho de análise e sim de empréstimo de palavras onde elas ainda não existiam.

Os passos fundamentais como intervenção para este tratamento foram: acolhimento, construção de vínculo, escuta dos pais, trabalho com hipótese diagnóstica.

Dolto (2002) assinala que as palavras são aquelas que nos exprimem a nós mesmos, são as que estão ao alcance, no vocabulário da criança. E nós terapeutas estamos com elas naquilo que fazem.

Finalizando o caso I.

I. passou de menina a moça, apropriada de sua linguagem, usando as palavras com sentido na direção da comunicação; estudando em escola regular, lidando com sua situação familiar de um modo mais adequado, mais produtivo.

5.4.3 Caso C – Phill

"[...] todo o trabalho com criança que não fala está nas mãos, ou melhor, nas bocas daqueles que falam dela e por ela[...]" (ROCHA, 2007, p.8).

Os pais procuraram o médico foniatra, por indicação de uma colega do pai que é médica psiquiatra, com a seguinte queixa sobre seu segundo filho com quatro anos e seis meses: “não fala bem”, “não se expressa bem”, “coitado tem dificuldade de se comunicar, se fazer entender; quando fala, as palavras são confusas; se fala devagar é entendido, se fala depressa não é compreendido, fica nervoso e grita.”

O menino sofreu muitas mudanças, inclusive de país, pois na época de seu nascimento moravam nos Estados Unidos, onde viveram até completar quase dois anos. Naquele momento, o pai fazia seu doutorado (médico cirurgião) e a mãe deixou de trabalhar (era aeromoça) para cuidar dos dois filhos. Então, Phil (P.). Convivia com três línguas: o português, o inglês e o espanhol, pois a babá era porto riquenha. Além disso, os pais, cuja ascendência era italiana usavam alguns termos em italiano também no cotidiano; aparece então a quarta língua.

A criança tinha muitas línguas e nenhuma ao mesmo tempo, pois apresentava atraso em sua aquisição de linguagem.

Retomando a história de Phil

Ao retornarem ao Brasil moraram com a família durante aproximadamente um ano numa grande cidade do interior do estado de São Paulo. O pai viajava semanalmente para trabalhar na cidade de São Paulo e o filho controlava suas idas e vindas, pois sentia sua falta: “ônibus do papai!!”.

O desenvolvimento de P. foi dentro do esperado, mas, na fala, manifestou algum atraso. Falou com dois anos emitindo algumas palavras não inteligíveis.

Quando se mudaram para São Paulo, o pequeno foi para uma escola bilíngue italiana, período integral, e começou a fazer alguma confusão com as línguas, ex: “A casa mia” (para minha casa); “Nero” (para preto); “gialo” (para amarelo).

Os pais percebiam que ele entendia as quatro línguas, e assistia TV nessas línguas e acompanhava; porém pensava mais rápido do que falava. Naquele momento, além do irmão mais velho (9 anos), tinha também uma irmã (2 anos e 10 meses) e um irmãozinho (6 meses).

I – Avaliação foniátrica

Na consulta foniátrica, foi realizada uma entrevista semidirigida onde foram coletados dados sobre: a queixa, história pregressa da queixa, antecedentes familiares, escolaridade e dados sobre a rotina, informações sobre alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e relacionamento social e familiar.

No exame clínico, o médico fonoatru investigou, por meio de jogos lúdicos e brincadeiras simbólicas, aspectos relacionados às funções motoras globais e orais, realizou investigação das funções perceptuais auditivas e visuais, incluindo equilíbrio estático e dinâmico, bem como organização espacial no plano corporal. Não foi possível realizar o exame otorrinolaringológico, pois a criança não colaborou.

No histórico familiar, contaram que o tio materno demorou para falar e tanto ele quanto seu tio-avô paterno e um primo materno eram canhotos assim como P.; o pai tem tendência, pois é ambidestro e foi levado a ser destro. Já a mãe não falava bem quando pequena e teve dificuldades na escola. O tio paterno teve dificuldade para falar e o fez apenas com quatro anos, também teve dificuldades de concentração e era agitado.

A gestação foi sem intercorrências. A mãe voou até os seis meses de gestação. O parto foi normal com apgar 10. O menino andou com dez meses e falou com um pouco mais de um ano algumas palavras; com dois anos, falava mais palavras, porém eram ininteligíveis. Com dois anos e meio, fazia frases invertidas. Tirou as fraldas com facilidade quando tinha um ano e meio. Quando menor, P. era bastante alérgico e apresentava quadros de bronquite.

O menino não gostava de se comunicar, limitava-se a responder o que lhe perguntavam e não queria contar a respeito do que acontecia na escola ou em algum passeio. Se interessava por histórias e desenhos da televisão.

Estava na escola bilíngue italiana, pois queriam que o irmão mais velho desse continuidade ao aprendizado do inglês e ambos seriam introduzidos ao italiano.

Trouxeram avaliação audiológica com resultados normais.

A criança era agitada. Sem limites. Falava pouco e limitava-se a responder perguntas. No atendimento, escolheu o quebra-cabeça e montou-o bem, mas ao manusear outro brinquedo de montar, quando encontrou alguma dificuldade, fez algumas tentativas e desistiu; não se incomodou por não ter conseguido e não

expressou qualquer angústia com isso. Tirou muitos brinquedos da caixa e colocou no chão, falando com eles, usando várias vezes palavras ininteligíveis.

Falava com traços de imaturidade, foneticamente “uma bagunça”, desestruturada. Foi possível observar uma articulação sem problemas no que se refere as praxias.

Hipótese diagnóstica: quadro de linguagem e atitudes que sugerem comprometimento psíquico.

Conduta: Fonoaudiologia e acompanhamento foniátrico, numa primeira etapa de tratamento.

II – Avaliação Fonoaudiológica

Durante a avaliação falou pouco, restringindo-se a responder o que lhe era perguntado. Mexeu várias vezes no armário, inquieto, se interessou um pouco quando falei de uma história do Mickey. Manifestou dificuldade para algumas palavras, tornando a fala ininteligível. Percebia-se a mãe, já acostumada com a fala do filho, entendia e traduzia sua fala.

Nunca usou chupeta e já tomava leite no copo nessa idade. Sua alimentação e respiração eram boas.

Alguns exemplos de sua fala: usou /muka/ para vaca quando brincávamos com a fazendinha. Estávamos conhecendo as figuras de um jogo e, quando apareceu uma casa, provavelmente pareceu-lhe uma fábrica, a que nomeou/factoria/. A criança atendia e olhava quando era solicitada. Mantendo intenção comunicativa, além das vocalizações, usava gestos e o corpo para se expressar. Procurava se fazer entender sem a ajuda do outro, não procurava a mãe, por exemplo, quando sentia dificuldade: tentava outro caminho ou desistia.

Misturava as línguas, usando palavras de uma língua ou inventando vocabulário pela aproximação sonora entre as palavras.

Pelas dificuldades de fala, não tinha amigos, relacionando-se apenas com pessoas na escola e com os irmãos, assim relataram os pais.

Devolutiva

Propus terapia de linguagem com a frequência de duas sessões semanais com o objetivo de trabalhar para que avançasse em suas aquisições.

Seguindo com o trabalho

O trabalho com esta criança seguiu seu curso, pois ele aproveitava muito os atendimentos, manteve o tratamento com a frequência desejada, pois sua mãe o trazia, apesar de ter pouco tempo disponível, já que havia tido mais dois filhos depois de P.'

Lembro-me de uma sessão em que o menino montou uma casinha “cheia de gente”. Não cabiam mais móveis, não cabia mais gente, não cabia mais nada. Ele advertia: a casa vai explodir!

Muitas pessoas numa mesma casa, muitas línguas e pouca fala. Foi preciso atravessar pelas três línguas no tratamento deste menino. O português foi nossa referência e seguimos com os desdobramentos necessários para o inglês e para o italiano. A criança em seu discurso usava palavras das três línguas. Fomos interpretando as palavras uma a uma a partir do que aparecia na sessão. Foi necessário situar a criança e seu discurso no contexto que construíamos durante a terapia, recorrendo, quando era preciso, até ao dicionário.

No início do trabalho, P. não encontrava palavras para falar sobre um assunto ou para pedir o que queria, então, descrevia o objeto, por exemplo. Numa sessão, queria um pente para a boneca e como não lembrava do nome disse: “é pra pentear”. Usava desse recurso lingüístico com frequência, até se apropriar do vocabulário. Construía frases com dificuldade, muitas vezes o verbo não combinava com o pronome, então, não os flexionava. Confundia-se com plural e singular e também não usava artigos (ex: “eu quer boliche”, “pego carro”, “cinco bolinha”).

A aproximação junto a escola italiana foi fundamental no entendimento de um outro contexto: o escolar. O modo como a escola funcionava, que calendário respeitava, que línguas usavam, o que era e seria exigido da criança foram elementos trabalhados em várias reuniões em favor do menino e de sua adaptação na escola.

Depois de cada reunião com a equipe da escola, de que, geralmente, participavam a coordenadora pedagógica e a professora de sala, discutia-se o caso clínico com o médico fonoatira e com os pais da criança, acertando os manejos necessários para que a criança pudesse seguir em seu percurso de aquisição de linguagem oral e, posteriormente, de escrita.

Apesar de P. passar quase o dia todo na escola, ainda levava atividades para fazer em casa algumas vezes e isso requeria supervisão.

P. avançou em suas aquisições. Mais falante, sua imaturidade articulatória foi superada, via-se que queria ser cada vez mais entendido pelo outro; relatava fatos e narrava histórias. Apesar das dificuldades para o inglês e para o italiano, podia e conseguia estar na escola bilíngue; condição imposta pelos pais apesar da orientação da equipe ter sido em outra direção. Há que se considerar que os irmãos também estudavam lá, e, além de ser uma família de origem italiana, era mais prático levar todos os filhos para a mesma escola.

À medida que seguiu para o ensino fundamental II as exigências foram aumentando, assim como a quantidade de tarefas. Foi ficando mais claro para os pais que a necessidade do filho era outra. Trocaram-no de escola. Foi para uma escola comum, com uma única língua. Dessa vez, alguns irmãos é que tiveram que acompanhá-lo, pois a logística para cuidar de cinco filhos era bastante complexa.

Ao longo de seu percurso na clínica, o paciente pode mostrar suas aquisições, mas também suas dificuldades com relação à linguagem. Demorou para entender os sentidos de algumas palavras: os duplo sentido, as anedotas e as metáforas. Com dificuldade na leitura, caminhou com muito esforço e relativo acolhimento da escola para que pudesse aprender.

Algumas reflexões

Clinicamente foi se confirmando a hipótese de DEL, embora, na época, os exames de imagem não apresentassem nenhuma alteração, comum nesses casos, pois o diagnóstico de DEL não se baseia em exames de laboratório, Spinelli e Tabith (2014). O menino, que apesar de todas as diferenças apresentadas no caso descrito com relação a outras crianças de mesma idade, pode estar na língua e não só na língua materna. Pequeno, muito inteligente e perspicaz, que usufruiu do que lhe foi oferecido pelo atendimento interdisciplinar.

Neste caso, pertencer a uma família numerosa pode colocá-lo em um lugar de grupo desde muito cedo. Aquilo que parecia atrapalhá-lo, já que tinha que dividir a atenção e os cuidados recebidos pela mãe com tantos irmãos, ao contrário, foi constitutivo. Cada qual tinha seu lugar, suas subjetividades, suas questões, mas todos pertenciam a uma origem única, a uma grande família.

Os lugares marcados permitiram que P. caminhasse em direção a autonomia e, com suas dificuldades e facilidades, ele era reconhecido com produção própria. Os pais esperavam algo dele. Sua saída: a criatividade.

Os pais comentavam: “Pela esperteza e criatividade dele, achamos que vai ser arquiteto...”

Fizeram parte do percurso de trabalho as reuniões clínicas sobre o caso. Discutíamos - fonoaudiólogas, foniatra, neurologista, psicopedagoga e psicanalista - sobre o delicado trabalho com os pais e sobre o diagnóstico que foi ficando mais claro durante os atendimentos.

O menino foi acompanhado em reavaliações foniátricas que aconteciam com regularidade semestral, isso atendia à preocupação dos pais. O fato de seguir com um trabalho de equipe fazia com que os pais trouxessem suas dificuldades e se sentissem acolhidos em suas aflições. Confiavam na equipe e isso permitiu alguns manejos mais difíceis, como a mudança de escola e o entendimento do quadro de DEL que o filho manifestava.

Finalizando o caso P.

P., falado por muitas bocas, passou a falar com sua boca usando o português e, em alguns momentos familiares, o italiano. Diferenciando as línguas e criando com sua linguagem.

A partir de invariantes identificadas nos prontuários em casos compartilhados e nos casos clínicos analisados mais detalhadamente, foram identificados elementos como: ações, atividades, intervenções dentre outros, que permearam a experiência do atendimento fonoaudiológico e foniátrico, tomados, por hipótese, como interdisciplinares. Esses elementos serão elencados como eixos de discussão no capítulo 6.

Identificação de elementos do processo fonoaudiológico de diagnóstico e intervenção

Processos determinantes na reflexão sobre o diagnóstico e conduta encontrados nos prontuários e casos clínicos analisados:

- Escuta das queixas (explícitas e outras não explícitas) – atenção aos detalhes comunicados pelos pais e pelo paciente além das informações diretas sobre a queixa, especialmente no que diz respeito ao relacionamento entre o paciente e sua família e como se comunicam;
- Coleta de dados da história pregressa – observação de detalhes sobre o que a família relata sobre a história da criança, como relacionam o histórico e as manifestações atuais, como a criança foi apresentada pelos pais;
- Observação de manifestações, diagnóstico descritivo – como o paciente se comunica e se apresenta na relação com o avaliador;
- Relações entre problema, queixa e avaliação – que entendimento família e criança fazem sobre o problema e como estão lidando com essa questão, de que maneira pedem o atendimento/ajuda;
- Coleta de dados anatômicos e funções – usar de observação clínica e provas das funções dos órgãos fonoarticulatórios além do histórico sobre os hábitos e rotina sobre alimentação principalmente;
- Coleta de dados sobre habilidades cognitivas, perceptuais auditivas e visuais – observação de momentos lúdicos onde tais habilidades podem comparecer, o que o paciente faz como processos compensatórios para suprir as dificuldades que apresenta, quais estratégias utiliza e como a família responde a isso;
- Análise dos dados visando chegar a indicadores de comprometimentos orgânicos e indicadores de problemas psíquicos – quando necessário solicitar mais informações de outros profissionais envolvidos para dar sequência ao raciocínio clínico;
- Formulação de hipóteses – a partir dos dados obtidos, trabalhar com a ideia de hipótese diagnóstica;
- Uso de exames complementares - dependendo do caso e do momento da avaliação, pois as vezes há necessidade de alguma intervenção imediata como a cirúrgica, por exemplo;

- Conclusão e definição de orientações terapêuticas – importante momento de intervenção, onde o profissional pode em parceria com outro profissional dar seguimento ao tratamento ou ao processo de diagnóstico caso seja necessário.

Em síntese, alguns invariantes observados nos prontuários e nos casos clínicos, caracterização e aspectos interdisciplinares ao longo do processo de intervenção. Esses invariantes permearam os processos terapêuticos apresentados.

- complementação de exames quando necessário.
- reavaliações com o médico fonoatetra
- acompanhamento pela fonoaudióloga
- reuniões para discussão dos casos e supervisões clínicas
- reuniões na escola com a equipe
- entrevistas com os pais

6 DISCUSSÃO

Diagnóstico e Conduta: desdobramentos em direção ao tratamento

Início esta discussão analisando alguns resultados apresentados sobre a clínica da infância, a partir dos dados de identificação de elementos do processo fonoaudiológico de diagnóstico e intervenção que finalizaram o capítulo anterior.

O clínico, na tentativa de abarcar os sintomas que o sujeito apresenta, seja por meio de interpretação ou de hipóteses de causalidade psíquica ou orgânica, pode impedir as possibilidades de reflexão e interlocução com outros profissionais a respeito do que se trata. Tal conduta dificulta a viabilidade de novos caminhos, essencial na clínica como vimos com Gueller (2007). Esse princípio, que considero fundamental na perspectiva interdisciplinar, pode ser o eixo que leva ao processo diagnóstico-conduta.

A **Escuta das queixas (explícitas e não explícitas)** marcam o início do percurso de avaliação e apresenta-se como forte elemento nos casos estudados. Como vimos nos prontuários 10 e 11, onde as mães declaram nas entrevistas iniciais: “Coitado, sofre a maior pressão. Se ele fala devagar dá pra entender; parece que pensa mais rápido do que fala” e “Faz movimentos com a boca sem som, é preguiçoso”; ou ainda como no Caso Babie, quando a mãe, na primeira sessão com a menina, conta sua preocupação sobre as questões de alimentação que enfrentava com a filha declarando que “não sei mais o que oferecer a ela”. Nos casos citados, o problema de linguagem que se manifestava nas crianças, de ordem primária ou secundária, estava relacionado com o que já se revelara no momento da queixa, sendo escutado, compreendido no decorrer dos atendimentos, fundamentou condutas ao longo do processo terapêutico, não necessariamente relacionadas as queixas explícitas.

Existem muitas maneiras de trabalhar com a infância, porém, na visão interdisciplinar, como descreve Jerusalinsky, A. (1999), há uma necessidade de formação do terapeuta que inclua entendimento sobre o ser criança com o compromisso de escutar/compreender a pessoa/sujeito que ali está sendo falada.

Ao exposto acima, adiciono o momento da **Coleta de dados da história pregressa** e a observação dos detalhes e como a criança é apresentada pelos pais.

Relaciono esses elementos aos apontamentos de Dolto (2002) sobre a atenção necessária do terapeuta, ao que é dito, ao não dito e como é dito pelo outro. E a conexão estabelecida entre corpo e linguagem, considerando que as palavras podem dar sentido, mas também podem tampar o sentido na direção da não comunicação.

A **observação das manifestações, dados anatômicos, funções**, assim como dados sobre as habilidades e diagnóstico descritivo informam sobre os detalhes do quadro clínico e priorizam a descrição dos componentes em déficit, ao invés de apenas nomear a doença, Spinelli e Tabith, (2014). E isso permitiu que os relatórios e contatos com demais profissionais envolvidos no caso pudessem ser compartilhados no auxílio dos manejos para uma melhor direção do tratamento. Como apresentado no prontuário 20 e no caso Lara, o médico descreve, respectivamente: “Boas condições intelectuais. Distúrbio articulatorio com participação de hipotonia e inabilidade motora oral. Algo emocional a acompanhar”; “Criança geniosa. Quando chorou, ao pedir algo para o pai, perdeu o fôlego ficando com os lábios cianóticos”.

Nessa oportunidade, era possível discutir entre os profissionais detalhes de conduta compreendidos entre os clínicos comprometidos com aquele atendimento. O diálogo estabelecido entre os profissionais foi uma preciosa ferramenta para a construção do trabalho da equipe e permitiu que os envolvidos pudessem expor e refletir considerações sobre aquele paciente em equipe. O diálogo, viabilizador da interlocução e importante recurso entre os profissionais, é também um instrumento essencial na prática fonoaudiológica; prática mais usada pelos terapeutas fonoaudiólogos, como nos lembra Masini (2004), e indispensável material para trabalho e análise dos casos clínicos onde os enunciados e como se caracterizam os sintomas na linguagem podem ser percebidos. A interlocução ganha estatuto de destaque nesta clínica e a coloco aqui como base para o trabalho do fonoaudiólogo. Tal recurso nos permite pressupor que a criança tem algo a dizer. É colocá-la no lugar de falante, uma atividade constitutiva, Lier-de Vitto (1992). Colocá-la no lugar de quem fala e a quem se escuta é poder supor que ali há um sujeito pensante; também é entender e atender ao que ela possa dizer de outras formas, pelo olhar, pelo corpo, pela ação, como refere De Lemos (2006).

O foco do fonoaudiólogo é a palavra e seu sentido naquela mensagem, o que emerge é o significado sem supor conteúdos psíquicos para o que se queria dizer,

mesmo que haja algum, pois o falar sobre o que é interpretado na clínica pode ter muitos significados e leva a conexões enriquecedoras no trabalho clínico. O que se passa na abordagem interdisciplinar é que o terapeuta, ao escutar outro profissional discutindo o caso de uma criança, pode aproveitar dessa contribuição para pensar sobre seu paciente com o conhecimento que já detém. Ou seja, olhar e escutar a criança a partir dessa perspectiva.

Portanto, a **Análise dos dados para formulação de hipóteses**, outro elemento que pertence ao percurso diagnóstico–conduta, dependerá das relações estabelecidas entre queixa e dados observados/escutados durante a avaliação.

Nesse sentido, o trabalho de discussões clínicas com o médico fonoatetra foi essencial, assim como foi essencial a participação de outros profissionais no momento de estudo clínico sobre o caso em atendimento. As discussões interdisciplinares assinaladas por Jerusalinsky, A., (1999) possibilitaram reflexões acerca da constituição de sujeito e da melhor conduta para que a criança avançasse em seu desenvolvimento num âmbito global. Com diagnósticos mais detalhados, plano de trabalho e manejos do caso foram sendo pensados respeitando o momento da criança e sua relação com seus pais, tão necessários ao tratamento.

Essa interlocução, que respeitava os detalhes de informações e percepções clínicas, é o espaço onde se articulam os trabalhos entre o falar e o escutar com abertura para possibilidades de reflexões. O poder tolerar a lacuna ou o sem resposta para algum momento difícil do trabalho pode também favorecer novas possibilidades de construção interdisciplinar. Pensar o caso clínico, a partir da palavra do outro profissional, mantendo alguma distância de um saber único como exposto em Gueller (2007). A interlocução com outro profissional pode enriquecer o olhar/escutar o paciente e, assim, interferir no fazer clínico.

O fonoaudiólogo, que compartilha da abordagem interdisciplinar na clínica, pode entender o que acontece desde a perspectiva psicanalítica, todavia, sem deixar o seu lugar de terapeuta da palavra, aquele que ajuda na construção do texto, da narrativa, do enunciado ou da prosódia que a criança tenta produzir. Exemplifico aqui um momento de sessão fonoaudiológica com um paciente de cinco anos que, enquanto monta a brincadeira de casinha da qual a terapeuta tenta participar, diz: “Me deixa em paz! ”. Frase que se repetia em várias sessões na tentativa de calar a terapeuta como que para impedir o seguimento - o diálogo. Em algumas sessões, dei sequência à conversa, sem sucesso e sem comentar sua frase imperativa.

Poderia como terapeuta supor muitos significados para o que escutava, mas, nesse momento, considerando a necessidade de troca de palavras e a saída do silêncio, optei pela música. Cantei o refrão da música de Ivan Lins¹⁷ “Me deixa em paz”.

“Me deixa em paz
Eu já não aguento mais
Me deixa em paz
Saí de mim me deixa em paz”

O paciente arregalou os olhos, surpreendido pelo imprevisto do improviso musical, quando pergunto a ele: “Ah... Você conhece essa música?” Ele respondeu: “Não” e conseguiu continuar com a brincadeira permitindo, finalmente, minha aproximação. Nas sessões seguintes, a frase foi desaparecendo e outras palavras foram emergindo. Conseguir encontrar um novo caminho, pela diversidade e criatividade, que de alguma forma convoque a criança a se posicionar do lugar de quem tem algo a dizer exige do terapeuta possibilidades de outros sentidos, incluindo os que surgem a partir da invenção; a linguagem pode surpreender, improvisar e convocar o outro que lhe enderece a palavra.

O fonoaudiólogo que, em sua origem, foi formado para falar com o outro, “ensinar” a falar, falar muito. À medida que segue com sua vida profissional, depara-se com a situação complementar, a de não falar, mas deixar que o outro fale. Ouvir as palavras, ouvir o silêncio, como referido em Dolto (2002). O silêncio pode ter um valor de recusa, pode significar não conseguir falar para além do não querer, mas é um silêncio por não encontrar as palavras ou por não conseguir articulá-las. Do silêncio à palavra, temos um caminho a percorrer. Silêncio-ruído, silêncio-som, silêncio – palavra!!

Já a passagem da palavra para o silêncio, pode significar tantas possibilidades e dentre elas recorto a que me parece fazer mais sentido neste momento: passar da palavra ao silêncio por opção - opção do calar. Calar para ouvir, calar para significar alguma manifestação, calar para elaborar o que se vai falar na sequência. A criança se expressa de muitas maneiras, inclusive pelo

¹⁷ Músico e compositor brasileiro.

silêncio. E o silêncio é o fôlego da significação, lugar de recuo necessário para que se possa significar, explicitado em Orlandi (1992).

Nos três casos apresentados, houve momentos de silêncio, momentos de crianças que não falavam e que demoraram a falar, contudo, eram faladas de algum modo; eram faladas e se faziam falar pelo outro.

Na clínica interdisciplinar, o profissional que atende deve ser capaz de identificar e atribuir o sentido necessário a esse precioso momento do silêncio – palavra e da palavra-silêncio, a depender do contexto em que se encontram terapeuta e paciente. A criança pode usar de tal recurso querendo dizer muitas coisas, cabe ao profissional escutar e aproveitar esse material em seu fazer clínico.

Pensar a intervenção necessária para cada caso clínico requer o entendimento de que a criança que apresenta problemas de falhas ou atrasos na linguagem nem sempre inicia um trabalho terapêutico pela via fonoaudiológica. É partir do diagnóstico diferencial, se é um quadro de linguagem primário ou a secundário, que essa decisão poderá ser tomada. O resultado será determinante para as intervenções necessárias no momento da conclusão e definição de **orientações terapêuticas**, último elemento detectado nos indicadores de diagnóstico e conduta levantados nos resultados.

Para algumas famílias, as condutas que demandam muitos encaminhamentos e solicitações podem ser avassaladoras. Nesse sentido, intervir com cautela foi uma experiência positiva na implicação das famílias e na formação do vínculo com o clínico.

Considerando que a conduta é um procedimento após a hipótese diagnóstica e que, nem sempre o diagnóstico está concluído depois da avaliação, como visto nos prontuários estudados, a indicação de intervenção com proposta terapêutica foi uma alternativa para o seguimento necessário do tratamento na direção do melhor caminho a ser trilhado.

Pensando nessa possibilidade, a terapia diagnóstica apresenta-se como uma possibilidade de continuidade do trabalho, permite um seguimento sem interrupção, afinal, trata-se de uma criança em pleno desenvolvimento, com muitas aquisições em curso.

O estudo dos casos clínicos, teve uma função importante como instrumento para entender a interdisciplinaridade, procurou-se descrever o cuidado com o diagnóstico e a conduta para cada caso. Descrito passo a passo, como na

montagem de um quebra-cabeças, a articulação entre os profissionais foi a estrutura, Spinelli (1994) e as intervenções respeitaram as particularidades de cada área, lugar de onde cada profissional pode contribuir.

CONCLUSÃO

“- Mãe, o que eu conversava quando estava na sua barriga? - Nada, meu filho, você ainda não falava. - Então, o que é que eu dizia? ”

Os dados encontrados indicam a importância do papel do médico fonoatetra e sua relação com fonoaudiólogos, considerando sua formação Interclínicas/interdisciplinar, na intercomunicação e diagnóstico diferencial que realizou com as diferentes especialidades e profissionais no manejo desses pacientes.

Neste estudo, o gênero masculino foi prevalente (64,5%) e o distúrbio de linguagem de etiologia multifatorial o mais frequente (44%). A conduta mais adotada foi a terapia fonoaudiológica.

Foram identificados, a partir dessa prática, eixos importantes para pensar a clínica com crianças, no percurso diagnóstico–conduta, a saber: - a escuta das queixas; - coleta de dados da história pregressa; - observação das manifestações; - coleta dos dados anatômicos e de funções; - análise dos dados para formulação de hipóteses; - orientações terapêuticas.

A perspectiva dos profissionais envolvidos nos casos aqui analisados foi norteada pelos princípios da escuta e do diálogo/interlocução entre clínico e paciente, e entre clínicos, num processo em que se foi entendendo os recursos e habilidades da criança, compreendendo tratar-se de um sujeito em constituição. Os profissionais envolvidos compartilhavam da mesma concepção sujeito/criança que ali estava sendo falada. Essas considerações apontam para a possibilidade da terapia diagnóstica aliada a abordagem interdisciplinar, não separando necessariamente diagnóstico e conduta, pois é um processo contínuo, até que seja encontrado o caminho para tratar o sofrimento da criança e de sua família. São questões complexas que esse trabalho procurou abordar, e abre caminho para outros estudos clínicos que contribuam para a sistematização da clínica interdisciplinar nos distúrbios de linguagem.

REFERENCIAS

AJURIAGUERRA, J. et. al. Le group des audimutités. *La Psychiatric de Lénfant I* , 7-62,1958.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução a epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANDRADE, C. R. F. *Fonoaudiologia Preventiva – teoria e vocabulário Técnico – Científico*. São Paulo, Lovise, 1996.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem* [Tese de Doutorado]. São Paulo: PUC-SP, 2001.

_____. *A clínica psicanalítica e a fonoaudiologia com crianças que não falam*. Distúrbios Comun. São Paulo, 2003.

BAPTISTA, M. G. G.; GUELLER, A.; ROCHA, A. C. O. *A clínica interdisciplinar em crianças com desordens na fala*. In: Atendimento psicanalítico de crianças. São Paulo: Zagodoni, 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. ed.70. São Paulo, 2011.

BERBERIAN, A. P. *Fonoaudiologia e educação – um encontro histórico*. São Paulo: Plexus, 1995.

BERGÈS, J. B. *Porque cinco vezes mais meninos não aprendem?* In: Bergès, J.; BERGÈS-BOUNES, M.; CALMETTES-JAEAN, S. O que aprendemos com crianças que não aprendem? Porto Alegre: CMC, 2008.

BOYLE, J. *Speech and language delays in preschool children*. BMJ, 2011; 343. Editorials.

BRASIL. *Lei nº 6.965*, de 9 de dezembro de 198. Ementa: Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6965-9-dezembro-1981-356567-norma-pl.html>>. Acesso em: 15/03/2014.

BUARQUE DE HOLANDA, C. *Chapeuzinho amarelo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1979.

CARNEIRO, A. S.; DELGADO, S. E.; BRESOVICI S. M. *Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 aos 24 meses de idade do município de Canoas/RS*. Rev. CEFAC. 2009.Abr-Jun; 11(2):353-360.

CHOUDHURY, N.; BENASICH, A. A. *A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development*. J Speech Lang Hear Res. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2ª REGIÃO. *Atuação fonoaudiológica nas políticas públicas – subsídios para construção, acompanhamento e participação dos fonoaudiólogos*. São Paulo: Yendis, 2006.

CUNHA, M. C. *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo, Plexus, 1997.

DE LEMOS, C. T. G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: LIER-DE-VITTO, M. F.; ARANTES, L. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de Linguagem*. PUC-SP, Educ/Fapesp, 2006.

DIAGNOSIS AND THERAPEUTICS. In: The New Encyclopedia Britannica.15th edition. Chicago: Encyclopedia Britannica; 1994.

DI LORETO, O. D. M. *Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese) - a psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DOLTO, F. *Seminário de psicoanálisis de niños*. México: Siglo Veintiuno Editores,1984.

_____. *Inconsciente e destinos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor,1989.

_____. F. Auto-retrato de uma psicanalista – 1934-1988. Texto estabelecido por Alain e Colette Manier. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990, 238p.

_____. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Etapas decisivas da Infância*. São Paulo.Ed. Martins Fontes,2007

DUCROT,O.;TODOROV,T. Dicionário enciclopédico das ciências da linguagem.São Paulo:Editora Perspectiva, 1998.p120 e 303.

FÁVERO, M. L.; HIGINO, T. C.; PIRES, A. P.; BURKE, P.R.; SILVA, F. L.; TABITH JUNIOR, A. *Pediatric phoniatry outpatient ward: clinical and epidemiological characteristics*. Braz J. Otorhinolaryngol, 2013.

FIGUEIREDO NETO, L. E. O início da prática Fonoaudiológica na Cidade de São Paulo – *Seus Determinantes Históricos e Sociais*. São Paulo,1988 (Tese Mestrado Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP).

FLETCHER, R.; FLETCHER, S.; Wagner, E. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed,1996.

FREUD. S. Projeto de psicologia para neurologistas. Obras completas, vol.1, Buenos Aires: Amorrortu,1996.

_____. *O inquietante* (1919). Obras completas vol.14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. *Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e contribuições para reflexão*. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2007.

GUELLER, A.S. O psicanalista a crianças e a clínica interdisciplinar. In: DITTIMAR, M. C. V. M.; GUELLER, A. S. (orgs.). *Psicanálise com crianças na contemporaneidade: extensões da clínica*. Goiânia, Dimensão, 2007.

_____. Demanda e transferência no tratamento psicanalítico de crianças. In: GUELLER, A. S. e cols. *Atendimento psicanalítico de crianças*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

UOL DICIONÁRIO. Grande Dicionário Houaiss Beta da Língua Portuguesa. [Instituto Antônio Houaiss – 2012]. Disponível em: <<https://acesso.uol.com.br/login.html?skin=houaiss&dest=REDIR|http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=diagn%2525C3%2525B3stico>>. Acesso em: 04 set. 2014.

INGRAM, T. T. S. *Developmental Disorders of Speech*. In: P. J. Vinken and G. W. Bruyn. *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 4. Amsterdam, North Holland, 1969.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

JERUSALINSKY, A.; CORIAT, E. *Aspectos estruturais e instrumentos do desenvolvimento infantil. Escritos da criança: 4*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1996.

JERUSALINSKY, A. Introdução: Pequena história de um grupo de trabalho clínico. In: JERUSALINSKY, A. (org.). *Psicanálise e desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1999.

_____. Quantos terapeutas para uma criança. In: JERUSALINSKY, A. (org.). *Psicanálise e desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1999, 177-202.

_____. Razão e método para apresentação de casos clínicos. In: Jerusalinsky, A. *Seminários III*. Instituto de Psicologia Lugar de Vida. USP, 2004.

_____. Vicissitudes e destinos na psicopatologia. In: *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. KAMERS, M; MARIOTTO, R. M.; VOLTOLINI, R. (org.). São Paulo: Escuta, 2015.

JERUSALINSKY, J. *A criação da criança - brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Ágalma, 2011.

_____. Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In: *Por uma(nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. Kamers, M.; Mariotto, R. M.; VOLTOLINI, R. (org.). São Paulo: Escuta, 2015.

KANNER, L. *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *Nervous Child*, 2, p.217-50, 1943.

LACERDA, E. A intervenção do especialista na relação de uma criança. Não falante com sua mãe em tempos de constituição. *Distúrbios Comun.* São Paulo, 2002.

LEMOS, M. T. G. O sujeito imprevisto. In: LIER-DE-VITTO, M. F.; ARANTES, L. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de Linguagem.* PUC-SP, Educ/Fapesp, 2006.

LIER, F. Communicative Disorders: Language Acquisition and Clinical Practice. In: *Folia Phoniatica, abstracts XXIIInd Worl Congresso f the International Association of Logopedics and Phoniatrics, Hannover, 1992.*

LINS, I. *Me deixa em paz.* Disponível em: <www.cifraclub.com.br/ivan-lins/me-deixa-em-paz/>. Acesso em: 04/11/2014.

MANNONI, M. *A criança, sua “doença” e os outros.* Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MANSUR, A. J. Diagnóstico. In: *Linguagens. Diagn Tratamento,* 2010.

MASINI, M. L. H. *O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica.* Tese de doutorado em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem. PUC-SP, 2004.

MASSARI, I. C. (org.); SPINELLI, M; GORO, A; SOLLERO, D. C; PENIDO, J. C. A. *Quando a inteligência não encontra palavras – Distúrbio Específico de Linguagem.* São Paulo: LCTE, 2014.

MATOS, E.; Pires, D. E. P. *Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: Um caminho promissor.* Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Parecer Cne/Ces 1.210/2001 – Homologado despacho do ministro em 7/12/2001, Publicado no Diário Oficial da União de 10/12/2001, Seção 1, p. 22.* <Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

MEIRA, M. I. M. *Breve relato da história da Fonoaudiologia.* In: *COMUNICAR - Revista do Sistema do Conselho Federal e regionais de Fonoaudiologia.* Ano XII, no. 5, Brasília, Plural, 2011;14-6. Entrevista concedida a revista.

MEZAN, R. *Escrever a clínica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MORGENSTERN, S. *Um caso de mutismo psicogênico (1927). Três textos antigos sobre o silêncio.* In: *O silêncio na psicanálise.* NASIO, J. D. Ed. Zahar, 2010 (tradução autorizada, original publicado no Brasil 1989 ed. Papirus).

MORI, J. S. M.; MACHADO, F. P.; CUNHA, M. C. Fonoaudiologia e Psicanálise: caracterização dessa interface na formação acadêmica de fonoaudiólogos e no discurso de docentes de cursos de Fonoaudiologia. *Distúrbios Comun.* São Paulo, 2012; 24(2): 239-47.

ORLANDI, E. P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. Campinas: Ed.Unicamp, 1992.

PALLADINO, R. R. R. *A Interdisciplinaridade. Distúrbios Comun.* São Paulo, 1995.
QUIRÓS, J.B.; GOTTER, R. *El lenguaje em el Niño*. Buenos Aires, CEDIFA, 1964

QUIRÓS, J. B. de. *Los grandes problemas del lenguaje infantil*. Buenos Aires: C.M.I, 1969.

RABELLO, S. *Dizeres de crianças: jogos de repetições e modulações tonais entoando jogos subjetivos*. Tese de doutorado em psicologia clínica. PUC-SP, 2004.

ROCHA, A. C. O.; (Com)passos no silêncio [Tese de doutorado] Campinas: Unicamp, 2007.

ROCHA, A. C. O.; MAIA, S. *Caso/caos – para que serve uma escrita*. In: Revista *Distúrbios Comun.* São Paulo, 2013.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. *A interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe do Programa de Saúde da Família*. In: *Arquivos Catarinenses de Medicina*. SC, 2003.

SAUSSURE, F. (1916). *Curso de lingüística Geral*. São Paulo: Cultrix, 1979.

SAUVERZAC, J. F.; DOLTO, F. *Itinerario de una psicoanalista*. Buenos Aires: Ediciones de La Flor, 1998.

SPINELLI, M. *Estudo da motricidade articulatória e da memória auditiva em Distúrbios específicos de desenvolvimento da fala*. Tese de doutorado. PUC-SP, 1973.

_____. *Distúrbios Severos de Linguagem na criança. Terminologia e aspectos clínicos*. In: PAIVA, A. F.; SPINELLI, M.; VIEIRA, S. (orgs). *Distúrbios de Comunicação: Estudos Interdisciplinares*. São Paulo: Cortez, 1981.p.15-31.

_____. *Foniatría*. São Paulo: Moraes, 1983.

_____. *Fatores Emocionais na Origem do Retardo da Linguagem*. In: *Distúrbios Comun.* São Paulo, 1986.

_____. *Distúrbios no Desenvolvimento da Linguagem*. In: Assumpção JUNIOR. F. B. (org.) *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Santos, 1994.

_____. *Pensando a linguagem*. In: OLIVIERA, S. L.; PARLATO, E. M.; RABELLO, S. (orgs.). *O falar da linguagem*. São Paulo: Lovise, 1996.

_____. *Os problemas de comunicação na clínica dos distúrbios do desenvolvimento infantil*. In: *Estilo da Clínica*, Instituto de Psicologia da USP, 1997, ano II, n.3:21-9.

_____. O diagnóstico foniátrico nos transtornos da linguagem. In: *Distúrbios Comun.* São Paulo, 2003.

SPINELLI, M.; TABITH JUNIOR, A. Developmental Language Disorders and Emotional Problems: Frequency and Meaning of this interrelation. Hannover, XXII Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP), 1992.

_____. *Distúrbios Específico de linguagem aspectos conceituais, fundamentos biológicos e dados clínicos.* In: MASSARI, I. C. (org.); SPINELLI, M.; GORO, A.; SOLLERO, D. C.; PENIDO, J. C. A. Quando a inteligência não encontra palavras – Distúrbio Específico de Linguagem. São Paulo: LCTE, 2014.

TABITH JUNIOR, A. *Distúrbios do desenvolvimento da linguagem: aspectos Foniátricos.* Fórum - Instituto Nacional de Educação de Surdos. Rio de Janeiro, 2005.

TALLAL, P; STARK, R. *Selection of children with specific language déficits.* J Speech Hear Disord 46, 114-23, 1981.

UNIFESP. *Normas para teses e dissertações* [Internet]. 2ª ed. rev. e corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos; 2015 [cited Year Month Day]. Available from: <<http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes>>. Acesso em: 01/09/2015.

VENDRUSCOLO, J. F.; BOLZAN, G. M.; CRESTANI, A.H.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. *A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil.* Distúrbios Comun, 2012; 24(1):41-52.

VIEIRA, R. M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. *Fonoaudiologia e Saúde Pública.* São Paulo: Pró-fono, 1995.

VORCARO, A. *Crianças na Psicanálise: Clínica, instituição, laço social.* Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1999.

VYGOTSKY, L. S. *A. pré-história da linguagem escrita.* In: A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WANDERLEY, D. B. (org.) *Intervenção precoce nos transtornos psíquicos das crianças.* In: *O cravo e a rosa – psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma, 2008.

WINNICOTT, D.W. *Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963).* In: *O ambiente e os processos de maturação.*

_____. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. *Apetite e perturbação emocional (1936).* In: *Textos selecionados: da Pediatria a Psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

ZORZI, J. L. Distúrbios de Linguagem em Crianças Pequenas. In: Lopes Filho O. C. (org). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997.

ANEXO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Diagnóstico e Conduta nos distúrbios de linguagem : interfaces Foniatria e Fonoaudiologia		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Marta Gonçalves Gimenez Baptista			
6. CPF: 061.187.918-21		7. Endereço (Rua, n.º): RODRIGO VIEIRA JARDIM VILA MARIANA 649- casa 3 SAO PAULO SAO PAULO 04115060	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (11) 5083-1403	10. Outro Telefone:
		11. Email: martagimenezbap@uol.com.br	
12. Cargo: <i>Fonoaudióloga</i>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <i>13 / 08 / 2012</i>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Fundação São Paulo		14. CNPJ: 60.990.751/0001-24	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (11) 3670-3352		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <i>Léslei Niccolotto Ferreira</i>		CPF: <i>272078978-04</i>	
Cargo/Função: <i>Coordenadora do PEG Fonoaudióloga</i>			
Data: <i>14 / 08 / 2012</i>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			