Luciana Soares de Azevedo Rajabally

DIAGNÓSTICA EM FONOAUDIOLOGIA:
Considerações Preliminares

Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia
PUC-SP - 2002

Luciana Soares de Azevedo Rajabally

DIAGNÓSTICA EM FONOAUDIOLOGIA:

Considerações Preliminares

Dissertação apresentada à banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia, sob orientação da Profª. Drª. **Regina Maria Freire**.

Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia

PUC-SP - 2002

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. **Regina Maria Freire**, por me mostrar que ensinar é construir em conjunto e que o verdadeiro Mestre não é aquele que dá as respostas, mas aquele que aponta o caminho a ser percorrido. Obrigada por partilhar seu conhecimento com tamanha generosidade;

Ao Prof. Dr. **Christian Dunker**, por suas reflexões - que serviram de inspiração na concepção desta dissertação e pelas valiosas contribuições feitas durante o Exame de Qualificação;

À Profª. Drª. **Ivone Panhoca**, por despertar novas reflexões em meu trabalho e pela acolhida carinhosa no Exame de Qualificação;

À **Renata**, irmã, amiga e mestre que todos os dias me ensina que ser feliz é uma obrigação;

Ao **Edu**, por me permitir amar e ser amada com a tranqüilidade necessária para realizar este trabalho;

Às Fonoaudiólogas **Flávia Salles** e **Viviane Collino**, que me mostraram amizade e companheirismo onde eu não esperava encontrar, e à Fonoaudióloga **Diailze Pacito**, pelo exemplo de seriedade e dedicação;

As minhas sócias, Fonoaudiólogas **Mônica Faim** e **Maria Aparecida Coelho**, pela trajetória profissional e de vida compartilhada;

A toda minha **família**, que sempre me deu apoio incondicional;

À Fundação Lusíada – **UNILUS**, por acreditar em meu trabalho, contribuindo de forma decisiva para que esta dissertação tenha se realizado;

A todos vocês

Minha Gratidão!

RESUMO

Este trabalho discute a avaliação de linguagem e o diagnóstico enquanto procedimentos internos à clínica fonoaudiológica, identificando suas raízes históricas na medicina. Propõe uma visita à clínica médica, inspiradora da Fonoaudiologia, apontando as vantagens e limitações decorrentes desta aproximação a um modelo positivista.

A seguir, analisa os procedimentos mais freqüentemente encontrados na clínica fonoaudiológica, criticando suas bases e denunciando sua desarticulação de uma estrutura clínica. Endossando a noção de estrutura como primordial para a constituição de um projeto clínico, propõe *a diagnóstica* como elemento teórico que permite o raciocínio clínico, ao lado da *semiologia*, da *etiologia* e da *terapêutica*.

Esta proposição, lastreada pela indicação de norteadores derivados da análise feita anteriormente, constitui-se em passo necessário e obrigatório para a fundação efetiva da clínica fonoaudiológica.

ABSTRACT

This study focuses on the issue of language evaluation and diagnosis while discussing the procedures within the clinical field of language therapy, attempting to identify its historical roots on traditional medicine. It proposes a brief look on the structure of medical clinic - which inspired language therapy, and presents the advantages and limitations that occur from the close encounter with this positivist model.

Next, it develops an analysis of the most common procedures found in language therapy clinic, discussing its basis and pointing to its lack of a more consistent clinical structure. Finding the notion of structure as primordial to the constitution of a clinical project, it presents *diagnosis* as a theoretical element that allows clinical reasoning, along with *semiology*, *etiology* and *therapeutic*.

This proposition is a necessary step towards the foundation of a new language therapy clinic.

“De forma que eu (...) deveria permanecer
tal como era,
nem sabedor de minha sabedoria
nem ignorante de minha ignorância (...)”

SÓCRATES

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ____ 01

CAPÍTULO I ____ 05
A Clínica Fonoaudiológica

CAPÍTULO II ____ 18
Classificações Médicas e o
Diagnóstico Fonoaudiológico: Reflexão ou Reflexo?

2.1 - OS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E A PSIQUIATRIA ____ 19

2.2 – OS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E A FONOAUDIOLOGIA ____ 29

CAPÍTULO III ____ 38
Avaliação de Linguagem e Diagnóstico:
Alguns Caminhos

3.1 - A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS NA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS ____ 39

3.2 - A AVALIAÇÃO NORMATIVA DE LINGUAGEM ____ 42

3.3 - A AVALIAÇÃO PROCESSUAL DE LINGUAGEM ____ 55

CAPÍTULO IV ____ 70
Considerações Finais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ____ 79

INTRODUÇÃO

A introdução de qualquer trabalho tem inserida em si uma árdua tarefa. Por um lado, despertar no leitor o interesse pelo conteúdo que pretende desenvolver; por outro, ser objetiva, clara e explicitadora das intenções de seu autor.

Embora a necessidade de satisfazer ambas as demandas possa aprisionar a liberdade de escrita, é exatamente na introdução que o autor se permite colocar a si próprio, apresentar suas motivações pessoais, e a angústia produtiva impulsionadora do crescimento científico.

Este trabalho nasceu de uma inquietação oriunda do difícil confronto entre a teoria e a prática.

Desde a graduação em Fonoaudiologia pela PUC-SP, fascina-me o percurso que a área vem traçando, à medida que questiona suas práticas e tenta estabelecer um novo fazer. Este percurso lança mão de pressupostos teóricos advindos da clínica médica clássica e confronta-se com as limitações que este modelo impõe.

A Fonoaudiologia tem se deparado com questões inerentes ao desenvolvimento de uma ciência historicamente inspirada pela Medicina, Educação, Lingüística e Psicologia e que na atualidade busca seu estatuto de ciência. Por ser uma área eminentemente clínica, discute a coerência entre teoria e método clínico.

Reconhece-se na história da Fonoaudiologia a adoção de diferentes paradigmas, [1]o que, conseqüentemente, delineia diferentes fazeres clínicos.

A influência inicial de importantes áreas de conhecimento passa a ser mesclada com conhecimentos e questões originados na própria Fonoaudiologia. Este trabalho pode ser considerado como fruto deste momento.

A Medicina, a Psicologia e a Lingüística por várias décadas auxiliaram na construção do trabalho fonoaudiológico, entretanto, aos poucos, a adoção de diferentes paradigmas evidenciou a fragilidade de sua teoria e a dificuldade na constituição de um método clínico próprio.

No sentido de elucidar a questão do paradigma na ciência utilizo-me das palavras de Thomas Khun (1978:13) que afirma:

> "Considero 'paradigmas' as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência."

Ao iniciar minha atividade profissional, tanto clínica quanto docente, deparei-me com um aspecto do trabalho fonoaudiológico que me interessou de forma especial: a avaliação de linguagem.

Lidar com este procedimento expôs sua fragilidade teórica e sua desarticulação da terapêutica.

---

[1] A este respeito recomendo a trabalho de Felice (2000)

Deixar de considerar a linguagem como um objeto de estudo transparente e normativo, noção advinda da aproximação feita pela Fonoaudiologia à Medicina e à Lingüística, e passar a considerar as patologias de linguagem em seu funcionamento próprio e autônomo, reflexões iniciadas a partir do diálogo com a Psicanálise e a Lingüística Discursiva, requer a busca de novas teorias e conseqüentemente a elaboração de novos métodos e técnicas terapêuticas. Uma busca que deve ser feita em outras áreas, mas que requer uma reflexão interna no âmbito da própria Fonoaudiologia.

Para isto, é necessário considerar o diálogo entre as diferentes perspectivas teóricas que recortam esta área de atuação e que priorizam a sustentação de um método clínico fonoaudiológico, que inclua as noções de funcionamento de linguagem e sujeito em seu raciocínio clínico.

O objetivo deste trabalho, portanto, é estudar o universo que envolve o procedimento clínico de Avaliação de Linguagem buscando compreender a sua relação com o diagnóstico na clínica fonoaudiológica. Questiono, portanto, os conceitos de avaliação de linguagem e diagnóstico existentes na Fonoaudiologia de modo a evidenciar suas vantagens e limitações, com vistas à “construção” de norteadores para, quem sabe, desencadear novas formas de fazer clínico.

Este estudo organiza-se da seguinte forma:

O primeiro capítulo apresenta os fundamentos e a estrutura da clínica médica clássica destacando o papel desempenhado pelo diagnóstico e evidencia as relações entre esta estrutura e a da clínica fonoaudiológica.

O segundo capítulo esclarece a elaboração e a aplicação de critérios diagnósticos pela Medicina e discute sua utilização pela Fonoaudiologia, salientando as implicações decorrentes do deslocamento de um procedimento clínico de um campo para outro.

O terceiro capítulo discute, na primeira parte, os princípios da utilização de instrumentos normativos de avaliação na Fonoaudiologia e em outras áreas de conhecimento como a Medicina. Na segunda parte, apresenta-se seu oposto, a avaliação de linguagem sem a utilização de procedimentos normativos. Finaliza-se este capítulo com uma discussão da contribuição dessas diferentes formas de avaliação de linguagem para a Fonoaudiologia.

O quarto capítulo – as considerações finais - pretende tecer uma breve reflexão sobre as questões que emergiram no decorrer do trabalho e que deverão despertar a atenção por parte dos que se interessam em pesquisar a clínica fonoaudiológica. Apresenta uma proposição de uma nova relação entre o procedimento clínico de avaliação/diagnóstico e o campo fonoaudiológico que permitirá a integração destes procedimentos aos outros elementos estruturantes da clínica, no sentido de indicar novos caminhos.

CAPÍTULO I

A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

A clínica médica clássica contribuiu de maneira determinante para a formação da Fonoaudiologia e visitá-la permite vislumbrar as relações entre sua estrutura e a da clínica fonoaudiológica.

Foucault (1998) afirma que “clinicar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos do seu corpo”.

Bercherie afirma que a clínica deve:

> “... criar para si uma linguagem, palavras novas e de sentido preciso, que, diversamente das palavras imperfeitas e excessivamente sujeitas aos desvios de sentido da língua vulgar, evocassem imediatamente os fenômenos a que se referiam.” (1985:33)

Esta é a lógica que acompanha o fazer clínico médico, fundamentada por uma duplicidade que traz em si a necessidade de generalizar, de remeter o observável ao geral e ao mesmo tempo não deixar que este algo perca a sua especificidade.

Ou seja, a dificuldade em direcionar um determinado olhar para a doença e remete-la a uma teorização já fundamentada a partir de generalizações feitas a priori.

Segundo Bercherie (1985:21) “... é o olhar que parece constituir a metáfora obsedante desta prática”. O autor continua seu raciocínio salientando o fato de que aplicar ao outro o mesmo olhar que habitualmente temos para as coisas, para os objetos do real, pode trazer algumas limitações.

Esta afirmação sustenta a base da clínica médica, ou seja, um olhar que se orienta pela compreensão dos sinais do corpo, tendo como função reconhecer e interpretar estes sinais.

Segundo Wyngaarden & Smith (1986):

> “A prática médica representa mais do que aplicação dos princípios científicos a uma aberração biológica em particular; seu foco situa-se no paciente cujo bem-estar constitui seu propósito permanente, propósito este evidente na teoria, porém difícil de ser sustentado sobre as pressões da prática médica, por exemplo, é tragicamente fácil para o paciente tornar-se simplesmente o repositório escolhido por uma enfermidade ou síndrome para manifestar sua particular silhueta. É o paciente que deve ser personificado mais do que sua enfermidade.” (p.xxix)

Retomando as palavras de Bercherie “...descrever exaustivamente, analisar objetivamente e classificar racionalmente” (p.21), são os norteadores da estrutura clínica.

A clínica médica clássica segue determinados princípios cujos elementos regularizam seu olhar. Dunker (2001), em seu trabalho “Clínica, Linguagem e Subjetividade”, apresenta os elementos que compõem a clínica médica em uma articulação estrutural. Segundo o autor (op.cit.), a viabilização e regularização do olhar clínico obedeceu a quatro elementos estruturantes da clínica médica clássica: *semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica.*

Estes quatro elementos guiam o raciocínio clínico possibilitando o estabelecimento de um “conjunto de operações que se dividem basicamente em procedimentos classificatórios e procedimentos ordenadores”. (p.40). Estas operações sustentam a clínica médica possibilitando a articulação entre seus elementos.

A *semiologia* fundamenta a observação clínica, cujo objetivo é discernir dentre um conjunto de sinais e sintomas aqueles que possam indicar qualquer alteração no funcionamento do corpo, devendo se apresentar como diferenças significativas ao olhar clínico.

Esta afirmação confirma a preocupação da Medicina em classificar e ordenar uma série de sinais e sintomas a fim de circunscrever suas doenças.

> “Por um lado, as doenças são agrupadas em um conjunto ou classe de acordo com as suas semelhanças e, por outro, são ordenadas a partir do estabelecimento de regras para a articulação entre os diferentes tipos de sinais/sintomas...“ (Leão 2001:14)

A Medicina é uma ciência que se baseia na busca de causas, apresentações e conseqüências de fatores que de alguma forma desencadeiam, vulnerabilizam ou causam uma disfunção corporal que distingue o considerado normal do patológico.

A *diagnóstica* auxilia a compreensão clínica para determinar o significado que o sinal e o sintoma têm ao aparecerem isolada ou simultaneamente; deve, também, direcionar o olhar na sua remissão a uma hipótese diagnóstica, baseando-se em uma série de patologias anteriormente descritas pela semelhança de seus sinais apresentados. A *diagnóstica* é o elemento responsável por estabelecer a comunicação entre o individual – sinais e sintomas trazidos pelo paciente – e o universal, a saber, as patologias.

A esse respeito afirma Dunker:

> "A diagnóstica implica na capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possuem quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso... na clínica clássica tal habilidade aparece na forma de uma *diagnóstica*, isto é, transposição do particular ao geral, reunião de particularidades para a constituição de uma nova generalidade... Neste sentido o diagnóstico implica sempre uma comparação... que permite o contraste ou a congruência". (p:41)

A *diagnóstica* é o momento de reunir os sinais e sintomas observados e descritos por meio da *semiologia* e utilizá-la na elaboração do plano terapêutico. Ou seja, o reconhecimento da alteração, que, segundo a clínica médica, conduz a uma série de procedimentos responsáveis por eliminar os sinais e/ou os sintomas.

A *etiologia* representa a busca da compreensão da origem da diferença, o fator desencadeante dos sinais e sintomas verificados, o modificador do comportamento ou do funcionamento. A partir daí, tenta-se estabelecer uma causalidade, seja ela direta, indireta, precipitante ou vulnerabilizante, e se estabelece a *terapêutica* necessária para curar ou atenuar a alteração.

Finalizando o raciocínio da clínica médica, há o elemento *terapêutica*, responsável pelo restabelecimento das funções do corpo. A evolução dos procedimentos terapêuticos tem se baseado fortemente no avanço científico da compreensão do funcionamento orgânico, em bases genéticas e nos meios de tratamento. Todavia, vale lembrar o papel central da relação médico-paciente, eticamente estruturada como fundamental na eficácia terapêutica.

Desta forma, percebe-se que clinicar é mais que estabelecer procedimentos que regularizem uma prática. É necessário que esta prática e estes procedimentos estejam articulados entre si e representem uma teorização que justifique sua existência.Tem-se, então, o raciocínio estabelecido entre os quatro elementos da clínica médica clássica que funcionam em completa relação, não sendo possível a sua desarticulação.

A este respeito, Freire (2001) afirma ”a clínica não se funda sobre alguns de seus elementos mas apenas sobre sua totalidade. Como qualquer sistema a modificação de um de seus elementos altera a estrutura toda.” (p.03)

A *semiologia* agrupa os sinais e sintomas, que definidos por suas semelhanças e diferenças, conduzirão ao diagnóstico. Este, por sua vez, após estudado individualmente, conduz a sua provável *etiologia*, podendo assim ser estabelecida a *terapêutica*, que busca o reequilíbrio das funções do corpo.

Deve-se considerar o fato de que dirigir o olhar clínico para os sinais e sintomas do corpo tem evidenciado dificuldades, limitações e lacunas para o exercício da clínica médica. Desta forma, qualquer área de conhecimento que deseja inspirar-se no fazer clínico da Medicina deve considerar tais dificuldades, limitações e lacunas somadas às particularidades do fenômeno estudado.

Considerando que um dos objetos da Fonoaudiologia - a linguagem - não tem a mesma materialidade do objeto de estudo da medicina - o corpo - torna-se evidente a existência de uma limitação e a necessidade de uma subversão do projeto clínico da Medicina. Nas palavras de Dunker (2000) “a subversão da semiologia é interna a qualquer projeto clínico que se queira separar da clínica clássica”.

Leão (op. cit.: 19) observa tal questão em seu trabalho:

> “Resta-nos pensar se este modelo de configuração clínica possibilita à Fonoaudiologia circunscrever uma especificidade e uma eficácia

> terapêutica. Ao que me parece, uma clínica configurada desta forma é um tanto quanto reducionista se focarmos o atendimento a sujeitos com patologias de linguagem".

Como o objetivo deste trabalho restringe-se ao diagnóstico na clínica fonoaudiológica, não irei aprofundar a discussão a respeito dos outros elementos, limitando-me a esclarecer alguns pontos.

Segundo Jorge (1996), o termo *diagnóstico* tem origem grega e significa reconhecimento. São seus objetivos: estabelecer uma categoria para o conhecimento tornar-se instrumento de comunicação, possibilitar uma previsão (caráter prognóstico) e se constituir em fundamento de uma atividade (função social do diagnóstico). Pode-se acrescentar a estes objetivos, o papel de orientar condutas terapêuticas e de se prestar à definição de políticas de saúde adequadas ao perfil nosológico de uma determinada coletividade.

Para Dor (1997:13), um diagnóstico é um ato médico mobilizado por dois motivos: o de fazer uma observação a fim de determinar a natureza de uma doença a partir de uma semiologia; e o de estabelecer uma classificação, que permita localizar um estado patológico no quadro de uma nosografia.

O diagnóstico médico sempre compreende uma dupla perspectiva: "a) em referência a um diagnóstico etiológico; b) em referência a um diagnóstico diferencial". (Dor:14)

O autor esclarece sobre a necessária relação que se estabelece entre o diagnóstico, o prognóstico e o planejamento do tratamento adequado, ou seja, a terapêutica. Ressalta que para a realização do diagnóstico o médico dispõe de um sistema de investigação multivariado, composto por uma *investigação anamnésica* e uma *investigação armada*.

Não é possível desenvolver um trabalho clínico sem considerar a estrutura que coloca em funcionamento os elementos básicos da clínica.

A clínica clássica fonoaudiológica[2] promoveu uma aproximação à clínica clássica médica sem identificar seus princípios fundamentais: a) que se trata de uma estrutura; b) que toda estrutura é composta por elementos homogêneos e co-variantes e, c) que os elementos só têm sentido se articulados uns aos outros. Ao fazer uma leitura simplista do que é clínica, a Fonoaudiologia limitou-se a trabalhar com a terapêutica de casos diagnosticados pela Medicina, apresentando um fazer que se afasta do clínico e se aproxima mais do pedagógico. Freire salienta que "grande parte das clínicas que daí derivaram seu fazer (da clínica médica clássica), não captaram a questão da estrutura e acabaram por reduzir-se a ações práticas, que ficam muito aquém do projeto original." (p.04)

A Fonoaudiologia permanece até hoje distante de uma reflexão sobre os sentidos da incorporação de procedimentos isolados e desarticulados, o que aponta para a ausência de um projeto ético. Seu compromisso distante com a clínica médica reduz-se ao uso de procedimentos tais como a anamnese, terapia ou tratamento, alta e diagnóstico, heranças desta aproximação.

---

[2] Nomearei o fazer fonoaudiológico como clínica clássica fonoaudiológica, a fim de facilitar a leitura.

Entretanto, a Fonoaudiologia, ao fazer esta apropriação, ignorou o fato de que os procedimentos da clínica médica operacionalizam os elementos de uma determinada estrutura, não podendo ser tomados isoladamente. Rompe-se com a idéia de estrutura que é o que sustenta a relação entre os quatro elementos e lhes dá sentido.

Na prática fonoaudiológica clássica a diagnóstica é reduzida a uma descrição lingüística da fala do paciente. A diagnóstica é considerada de duas formas: a) pela comparação da fala com a língua padrão através da verificação do uso que o paciente faz das regras da língua, b) pela comparação da fala com a articulação através da verificação da mobilidade do sistema fonoarticulatório ou, ainda, pela comparação da fala com a discriminação auditiva dos sons alterados através da verificação da percepção auditiva dos sons da língua.

Vale ressaltar a diferença que se estabelece entre diagnóstica, vista como elemento de uma estrutura que conduz a um raciocínio no sentido de elucidar a etiologia e a terapêutica e que compreende procedimentos diversos, como a entrevista e a avaliação de linguagem; e diagnóstico, considerado como responsável por remeter a doença a uma classificação que no caso da Fonoaudiologia não contribui para a condução da terapia.

A nosografia que orienta a Fonoaudiologia nasceu na clínica médica ou psicológica, gerando, assim, doenças supostamente da Fonoaudiologia. Segundo Arantes (2001:64), “é por isso que a linguagem, sempre atrelada ao cerebral/cognitivo, não ultrapassa os limites da boca e da orelha”.

Se o diagnóstico é realizado por meio de reflexões feitas em outra área, não existe uma definição dos sinais e sintomas próprios ao campo fonoaudiológico, o que dificulta a identificação da origem do problema - a *etiologia*.

A *terapêutica*, entre os quatro elementos, é aquele identificado mais claramente na clínica fonoaudiológica, uma vez que estabelece, a partir de um diagnóstico realizado pelo viés de outra área, um caminho para adequar o desvio à norma, reduzindo o fazer fonoaudiológico a uma técnica, baseada em treinos e próxima de um modelo de aprendizagem/ensino.

Portanto, a Fonoaudiologia não se configura como uma clínica, pois não distingue nem articula os elementos que fundamentam o fazer clínico, restando a ela, nas palavras de Freire, “uma forma degenerada de terapêutica que em nada se aproxima dos critérios formais que estruturam a clínica médica clássica”.

Acompanhando o percurso da Fonoaudiologia, conclui-se que a área tem classificado e ordenado suas doenças de forma a remetê-las a um geral, sem apresentar uma preocupação em realizar um diagnóstico no sentido de elucidar a alteração e conduzir à terapia, e estruturar, assim, um trabalho clínico autônomo.

A clínica fonoaudiológica evidencia dois caminhos em relação à sua prática: a) um que tem como parâmetro o funcionamento do corpo, portanto qualquer alteração na linguagem/fala tem sua origem neste corpo e sobre ele a terapêutica deve incidir, b) outro, que tem como parâmetro as regras da língua padrão, estabelecendo que o que escapa às normas de uso de uma língua é

patológico. Têm-se, desta maneira, duas visões positivistas, porém divergentes em suas fundamentações, em relação às patologias de linguagem; a primeira, que submete a linguagem ao funcionamento do corpo orgânico e a segunda, que submete a linguagem às regras da língua.

A este respeito Arantes (2001:64) afirma:

> "... se uma paciente não produz determinados sons quando já seria esperado que o fizesse, aposta-se em hipotonia de órgãos fonoarticulatórios, em lesões periféricas ou centrais e tenta-se, sempre que possível, incidir sobre as causas... Em outros casos, quando o problema refere-se ao modo de 'estruturação de sentenças' ou ao 'léxico', a terapia visa à 'estruturação de sentenças' e à ampliação do vocabulário por meio de exercícios específicos..."

Este trabalho reconhece a necessidade que a Fonoaudiologia tem de estabelecer seu próprio diagnóstico, tendo como base a estrutura da clínica clássica. Entretanto, considera que utilizar o modelo médico não significa apenas adaptá-lo ao fazer fonoaudiológico, mas inspirar-se na idéia de estrutura, que fundamenta sua implantação e legaliza sua prática, e, como fez a Psicanálise, adequá-lo às necessidades da área fonoaudiológica.

A busca de um trabalho clínico próprio, desejo manifestado pelos trabalhos de uma parcela da Fonoaudiologia, demonstra a insatisfação com

uma prática que não responde à demanda de uma área que pretende seu reconhecimento como ciência.

É esta a situação que hoje observamos na clínica fonoaudiológica clássica, muito embora grande parte dos problemas já tenham sido apontados[3], e uma série de movimentos em busca de outras alternativas estejam em processo, mesmo que em fase embrionária.

A contribuição que outras áreas de conhecimento trouxeram para a Fonoaudiologia é inestimável, mas é fundamental que, em um determinado momento de evolução da área, extraia-se conhecimentos a partir das observações de seu próprio fazer para, a seguir, configurar-se como clínica.

Bercherie (1989:23) afirma que a clínica é:

> "... efeito da interação dos métodos de pesquisa, das hipóteses e do saber acumulado, de um lado, com o encontro imprevisível dos fatos e o surgimento de novos meios técnicos e conceituais, de outro".

Este é o momento de reconhecer a especificidade do fazer fonoaudiológico e pensá-lo a partir da discussão com antigos e novos interlocutores.

Simultânea e paradoxalmente destaca-se um movimento na Fonoaudiologia no sentido de manter a relação de apropriação de paradigmas

---

[3] Refiro-me aos trabalhos desenvolvidos na fonoaudiologia que apresentam a visão de uma clínica subjetiva, sendo inspirados pelo Interacionismo Brasileiro ou pela Psicanálise.

médicos, identificado principalmente na política adotada pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFª) – 2ª Região que estabeleceu o uso de critérios diagnósticos médicos já existentes a serem empregados pela Fonoaudiologia, a fim de regularizar a realização de seus diagnósticos e estabelecer parâmetros para os convênios de saúde.

O próximo capítulo discutirá tal orientação com a apresentação dos critérios diagnósticos médicos e a análise das conseqüências da sua adoção pela Fonoaudiologia.

CAPÍTULO II

CLASSIFICAÇÕES MÉDICAS E O DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO: REFLEXÃO OU REFLEXO?

A Fonoaudiologia tem demonstrado interesse em classificar as alterações de linguagem que fazem parte de seu universo clínico.

Evidências deste movimento podem ser encontradas na esteira da recomendação feita aos fonoaudiólogos, pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFª 2ª Região - SP), para que utilizem a CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e o DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na classificação e diagnóstico de suas doenças, justificando sua adoção com a seguinte afirmação: “Hoje, os Convênios de Saúde solicitam o número do CID nos registros”.

Para que a recomendação represente mais do que a mera apropriação de critérios vindos de outras áreas, o uso de qualquer sistema operacional deve se realizar com senso crítico, após a análise de suas funções e objetivos, transformando-os em ponto de partida para a elaboração de um projeto classificatório das doenças em Fonoaudiologia.

No boletim citado, o CRFª 2ª Região - SP ressalta que, na utilização dos códigos, deve-se diferenciar o diagnóstico médico do fonoaudiológico,

afirmando que as patologias orgânicas são da alçada da Medicina e à Fonoaudiologia cabem os Transtornos da Comunicação.

Citando o texto:

> "Outro aspecto importante é a forma de utilização da CID, na qual devemos nos ater ao que é de competência do fonoaudiólogo. Segundo o Código de Ética é de nossa responsabilidade realizar trabalho de prevenção, de diagnóstico e de terapia dos problemas ou transtornos de comunicação oral e escrita, voz e audição. Assim, quando atendemos um portador da Síndrome de Down, por exemplo, realizamos a avaliação e a terapia dos transtornos da comunicação e não o diagnóstico da síndrome, este diagnóstico é médico e não fonoaudiológico". (p.07)

Pretende-se mostrar, neste capítulo, que o uso que a Fonoaudiologia tem feito destas classificações diagnósticas derivadas da Medicina, tem implicações e limitações que vem sendo ignoradas.

2.1 - OS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E A PSIQUATRIA

A classificação das doenças é particularmente difícil quando se trata de transtornos mentais e de comportamento, pois seus sinais e sintomas não são localizáveis no corpo, mas na fala do paciente. Este é o desafio da Psiquiatria, área específica à qual compete lidar com estas doenças.

Até o século XIX, a psiquiatria clínica era reduzida a poucos quadros nosológicos. Considerava-se apenas o aspecto sintomático que, apreendido isoladamente e sem conexões com os demais aspectos psicopatológicos, nomeava a fenomenologia mórbida. Aos poucos algumas relações foram sendo estabelecidas, levando a novas considerações sobre os sintomas. O Tratado

de Kraepelin, estudioso considerado o pai da nosografia psiquiátrica, expressava exemplarmente os conceitos dominantes do século XIX. Seus métodos de classificação das doenças eram baseados na psiquiatria descritiva, com entidades mórbidas conceituadas de forma muito próxima ao observado nas doenças físicas.

No princípio do século XX, a teoria psicanalítica de Sigmund Freud e a teoria psicobiológica de Adolf Meyer vieram ressaltar a singularidade dos indivíduos, relegando a um segundo plano a importância da realização do diagnóstico na Medicina de uma forma geral e, conseqüentemente, na Psiquiatria.

A Psiquiatria atual abandonou, então, esta busca pela relação direta entre as patologias psíquicas e os aspectos biológicos. Kaplan & Sadock (1999) afirmam que, em Psiquiatria, não há classificação propriamente dita, senão uma mera enumeração de quadros de doenças, dado o grande desconhecimento dos fatores etiopatogênicos.

> O estudo da doença mental, à semelhança de outras doenças, inicia-se pela observação cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a ordenação dos fenômenos, ou seja, com a classificação ou nosologia. Mas, observe-se que, na Medicina, doença é definida como sendo qualquer alteração que dificulte ou impossibilite a função eficiente de um órgão, aparelho ou organismo. Por “função eficiente” entende-se a ação capaz de produzir efeitos típicos relacionados com a própria definição do órgão, aparelho ou organismo. Esta definição contribui para dificultar a classificação de doenças na Psiquiatria, considerando que,

nesta área, nem sempre se lida com uma alteração que possa ser circunscrita no órgão ou organismo e seus sintomas localizam-se, muitas vezes, na fala do paciente.

Para Dalgalarrondo (2000), a questão se agrava ainda mais por haver vários critérios do que seja normalidade e anormalidade em Medicina. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas.

Deve-se salientar que a forma de compreender a doença interfere diretamente no diagnóstico e na posterior terapêutica, determinando, desta forma, diferentes possibilidades de trabalhos clínicos.

Vejamos os principais critérios de normalidade utilizados pela clínica médica, que evidenciam as diferentes correntes de pensamento no que concerne esta questão.

1. *Normalidade como ausência de doença*; lembrando aqui do velho aforismo médico que diz: “a saúde é o silêncio dos órgãos”. Tal critério é bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se numa “definição negativa”, ou seja, define-se pelo que lhe falta;

2. *Normalidade ideal*; dependente de critérios sócio-culturais e ideológicos arbitrários, e, no mais das vezes, dogmáticos e doutrinários;

3. *Normalidade estatística*; aplica-se especialmente a fenômenos quantitativos - o normal passa a ser aquilo que se observa com mais

freqüência. É um critério muitas vezes falho, pois nem tudo o que é freqüente é necessariamente “saudável”;

4. *Normalidade como bem-estar;* a OMS definiu a saúde, em 1958, como completo bem-estar físico, mental e social. Tal conceito é criticável por ser muito vasto e impreciso;

5. *Normalidade funcional;* o “fenômeno” é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional e provoca sofrimento;

6. *Normalidade como processo*; considera aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e reestruturações ao longo do tempo, sendo um critério particularmente útil em psiquiatria infantil e de adolescentes;

7. *Normalidade subjetiva*; maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação ao seu estado de saúde;

8. *Normalidade como liberdade*; alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial - a doença mental seria o constrangimento do ser; é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais;

9. *Normalidade operacional*; critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas.

Compreender o conceito de normalidade que a Medicina utiliza para definir suas doenças é fundamental para auxiliar a reflexão a respeito da elaboração e utilização de critérios classificatórios, como a CID e o DSM.

No Manual de Aplicação da CID -10 encontra-se a seguinte afirmação: “Uma classificação é um modo de ver o mundo de um ponto no tempo” (CID – 10 p:01). Portanto, uma classificação de doenças é definida pela CID como um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério previamente estabelecido.

A CID, cuja origem data de 1853, teve o objetivo de preparar uma nomenclatura uniforme de causas de morte a ser utilizada mundialmente, transformando-se depois em uma classificação diagnóstica. A Classificação final foi adotada em 1893. Esta Classificação tem sido revisada em intervalos de aproximadamente 10 anos.

A CID-10 consiste em um sistema oficial de codificação, instrumentos clínicos e de pesquisa, composto de 21 capítulos, identificados por um código alfanumérico. Este código alfanumérico é constituído de cinco caracteres, sendo o primeiro uma letra, que designa a especialidade médica da doença, e os demais numéricos. O segundo caracter designa uma classe diagnóstica e o terceiro uma categoria. Os dois últimos caracteres designam uma subdivisão categorial e um detalhamento diagnóstico. A CID-10 é composta por descrições clínicas que listam um conjunto de sintomas e descrições consensuais, incluindo a descrição dos aspectos clínicos principais e de aspectos associados. Propõe três níveis diagnósticos: confiável, provisório e provável.

O DSM foi elaborado em 1952, pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), nos EUA, como uma alternativa à CID-6. O DSM mantém os mesmos princípios organizadores da CID. Entretanto, é um critério diagnóstico que classifica e descreve exclusivamente os Transtornos Mentais, em oposição aos critérios diagnósticos para todas as áreas médicas, proposto pela CID.

Em maio de 1988, quando a décima revisão da CID era publicada, a APA iniciou a preparação do DSM-IV, alegando:

> "... a necessidade de uma classificação dos transtornos mentais fez se sentir durante toda a história da Medicina, mas havia pouco consenso sobre os transtornos a serem incluídos e quanto ao método mais adequado para sua organização." (p:xvi)

O texto afirma que o uso de códigos diagnósticos é fundamental à manutenção de registros médicos, facilitando também a coleta de dados e a recuperação e compilação de informações estatísticas.

Buscando descrever ao máximo o quadro da doença, o DSM-IV propõe a realização de um raciocínio multiaxial, que tem como objetivo estabelecer diagnósticos em diferentes planos, simultaneamente. São eles:

1. Eixo I - Síndromes clínicas e outras condições que possam ser foco de atenção clínica;

2. Eixo II - Transtornos de personalidade e Retardo Mental;

3. Eixo III - Condições médicas gerais;

4. Eixo IV - Problemas psicossociais e ambientais;

5. Eixo V - Avaliação global do funcionamento.

Afirma que o uso do sistema multiaxial facilita a avaliação abrangente e sistemática com atenção para os vários transtornos mentais e condições médicas gerais.

Os transtornos do DSM-IV são agrupados em 16 classes diagnósticas principais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais:

> “Os critérios diagnósticos específicos para cada transtorno mental são oferecidos como diretrizes para a confecção de diagnósticos, uma vez que comprovadamente o uso desses melhora o consenso entre clínicos e investigadores. O uso apropriado de tais critérios requer o treinamento clínico especializado que ofereça tanto uma bagagem de conhecimento quanto habilidades clínicas.” (p:xxv)

A colocação acima, apresentada como “Uma palavra de cautela” no manual mencionado, evidencia a preocupação inerente a um critério que adota uma perspectiva operacional, que pretende unificar a realização dos diagnósticos para diferentes linhas teóricas. Ou seja, como relacionar sintomas e patologias, de uma maneira direta e objetiva, sem efetuar um reducionismo

clínico, capaz de hierarquizar os sintomas rotulando-os, mas em nada contribuindo para a compreensão da doença, sua etiologia e, conseqüentemente, a realização da terapêutica adequada. Esta preocupação faz com que a informação contida no manual do DSM–IV alerte sobre a necessidade de conhecimentos clínicos para a realização do diagnóstico através deste critério.

Vários trabalhos da área da Psicopatologia têm discutido a respeito da relevância clínica de se utilizar o DSM para classificar as psicopatologias.

Pereira (1997) discute as possibilidades e limitações do DSM, em relação à circunscrição dos transtornos mentais. Esta discussão pode ser produtiva na análise da utilização desses critérios pela Fonoaudiologia.

O autor afirma que a criação de um sistema como o DSM responde à necessidade de se dispor de uma linguagem comum mínima, capaz de fornecer aos clínicos e pesquisadores, de diferentes orientações teóricas, um acordo de base em relação à nomenclatura e descrição dos diferentes quadros psicopatológicos. Afirma ainda que o DSM apresenta um discurso de natureza empírica e pragmática das alterações, procurando não se filiar a nenhuma linha teórica.

Refere que uma classificação deve ser, antes de tudo, um compromisso prático que possibilite a construção de um acordo de base sobre as definições das categorias empregadas. Desta forma, é possível estabelecer, supostamente, uma comunicação confiável entre clínicos e pesquisadores de maneira que os conceitos tenham como referência fatos clínicos uniformes e grupos de pacientes mais homogêneos.

O autor prossegue dizendo que a criação e a adoção do DSM significou o ponto de partida de uma profunda mudança nos sistemas de classificação psiquiátrica, com implicações diretas para a pesquisa e para a clínica. No entanto, a utilização de um critério repousado unicamente em dados diretamente observáveis para evitar os impasses e as incompatibilidades entre as múltiplas teorias psicopatológicas, pode trazer certos problemas.

Segundo o autor, a própria adoção do termo “transtorno”, a fim de denominar as alterações, traz embutida uma concepção quanto a não especificidade do quadro clínico. Afirma que o termo “transtorno” difere de “doença”, não atribuindo nenhuma particularidade ao quadro que designa, ocupando mais uma função retórica. Sua utilização visa respeitar o caráter de não decisão no qual se encontram as principais correntes da psiquiatria quanto à etiologia das alterações psíquicas.

Questiona as bases desse modelo de abordagem operacional quanto à capacidade de fundamentar um discurso psicopatológico.

Segundo Bercherie, citado por Pereira (1999), o DSM coloca em primeiro plano a dimensão observável e empiricamente acessível dos transtornos psíquicos, permanecendo no mais completo desconhecimento no que diz respeito à dimensão estruturante do olhar na visão do real, ignorando que o olhar é sempre condicionado pela dimensão subjetiva daquele que olha.

Pereira ressalta a dualidade imposta pelo sistema classificatório: por um lado os sistemas operacionais buscam constituir um campo de entendimento a partir do qual as diferentes orientações científicas possam comunicar-se; por outro lado, deve-se considerar que a própria possibilidade de progresso de

uma disciplina consiste no fato de constituir, teórica e formalmente, seu objeto e método próprios.

Afirma que cada disciplina deve poder formular e descrever seus objetos teóricos e formais de maneira coerente com seus fundamentos epistemológicos. A constituição de uma espécie de esperanto psicopatológico, continua o autor, unificando pragmaticamente os objetos de pesquisa, pode apenas enfraquecer o conjunto das ciências.

Aborda, também, a questão de como é visto o sintoma num critério classificatório como o DSM. Afirma que a noção de sintoma com a qual trabalha este sistema operacional é assimilável à noção adotada pela clínica médica, o que pode representar um reducionismo quando se considera a abrangência da área da Psicopatologia.

O autor finaliza afirmando que um sistema de classificação constituído sobre as bases do DSM pode legitimamente reivindicar sua pertinência em questões epidemiológicas e em pesquisas de natureza empírica. Entretanto, exclui a possibilidade de que esse sistema possa constituir algo que não uma classificação empiricamente controlada dos transtornos psíquicos, e refere que, em nenhum caso, as categorias descritas poderiam ser tomadas por entidades nosológicas. O projeto nosográfico do DSM não pode pretender fundamentar uma psicopatologia.

Ressalta, entretanto, que ocorre um deslize do que somente deveria ter sido um sistema pragmático de classificação em direção à constituição de um discurso de fundo psicopatológico. Se, oficialmente, os transtornos descritos no

DSM-IV não têm o estatuto de entidades nosológicas, na prática são freqüentemente tratados como tais.

Compreende-se, do exposto acima, que o DSM relaciona-se com a doença pelo viés do sintoma, ou seja, seu objetivo é rotular os sinais claramente observáveis a fim de relacioná-los a uma nomenclatura anteriormente elaborada, responsável pela codificação numérica da alteração.

Vale lembrar que as classificações de doenças, inicialmente, foram elaboradas para trabalhar com dados estatísticos e que, posteriormente, foram sendo incluídos alguns critérios que possibilitariam sua utilização clínica.

Desta forma, o raciocínio clínico nunca foi uma prioridade no que diz respeito aos critérios classificatórios. A rotulação da alteração e não sua causa – *etiologia*, nem mesmo o estudo do paciente incluindo os sinais e sintomas – *semiologia*, e seu tratamento – *terapêutica*, fundamentam as bases dos critérios classificatórios.

2.2 - OS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E A FONOAUDIOLOGIA

Além das limitações e restrições referentes à adoção do DSM pela Psicopatologia, apresentadas por Pereira, deve-se questionar as particularidades de sua utilização em outras áreas, no caso, a Fonoaudiologia.

Reconhece-se as influências de várias áreas de conhecimento na estruturação da prática fonoaudiológica, dado que a área, inicialmente, estabeleceu-se em uma zona fronteiriça entre diferentes disciplinas como a

Medicina, a Psicologia e a Lingüística. No entanto, é inegável que a Fonoaudiologia tem buscado manter sua independência e constituir seu próprio fazer, questionando sua teoria e método clínicos.

A utilização do DSM, critério criado para descrever as patologias psíquicas, significa operar um reducionismo na estruturação do raciocínio clínico fonoaudiológico. Considerando que tal critério não compreende o modelo clínico fonoaudiológico e, em última instância, as patologias de linguagem, seu uso conduz a uma total fragilidade diagnóstica e representa um impedimento ao estabelecimento da teoria e do método da Fonoaudiologia tal como detalharei mais abaixo.

O próprio texto do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais alerta que o uso destes critérios requer o treinamento clínico especializado, que ofereça tanto uma bagagem de conhecimentos, quanto habilidades clínicas (p.xxv). Logo, entende-se que a compreensão do funcionamento da clínica psicopatológica é fundamental, ou seja, conhecimentos sobre a estrutura das patologias psíquicas e a relação entre a *semiologia*, a *terapêutica* e a *etiologia* são imprescindíveis para a realização do *diagnóstico*. Isto exclui, em um primeiro momento, a Fonoaudiologia que, ao incorporar um sistema classificatório gestado em outro tipo de clínica, afasta sua compreensão sobre o funcionamento da linguagem e, conseqüentemente, impede o raciocínio clínico.

Um outro ponto é a orientação dada pelo CRFª 2ª Região - SP a respeito da utilização dos critérios diagnósticos pela Fonoaudiologia. A recomendação é de que deve-se somar os critérios da CID-10 à classificação do Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Entretanto, não oferece nenhuma explicação à respeito de como esta aproximação deve ser realizada.

Vale ressaltar que, na Medicina, o uso de uma das classificações é feito em detrimento da outra, ou seja, na área psiquiátrica adota-se um critério ou outro, diferentemente da proposta feita pelo CRFª 2ª Região - SP de uso de ambos os critérios, como se estes fossem complementares. Portanto, a indicação do Conselho fere as normas de uso dos sistemas, sem esclarecer as razões teóricas ou pragmáticas para tal indicação.

Um terceiro ponto a ser salientado relaciona-se à noção de sintoma, com a qual trabalha este critério classificatório. Por ser um critério operacional empírico, o DSM trabalha com o fenômeno visível, objetivável e generalizável. Ao transpor tal critério para a Fonoaudiologia, é necessário concordar que o sintoma de linguagem será estudado como um fenômeno palpável, visível e universal. Isto implica o reducionismo por deslocar o problema de linguagem para outros domínios, ignorando a possibilidade de entender a linguagem como funcionamento simbólico, cujos sintomas não são transparentes, generalizáveis ou visíveis.

Concordando com Amoroso & Freire (2001), deve-se atentar para o fato de que o diagnóstico concebido à semelhança da clínica médica, ou mais particularmente à luz do DSM, estabelece uma relação direta entre sintoma e doença. Permanece uma interrogação sobre como este vínculo causal irá estruturar o trabalho clínico em direção ao objetivo do diagnóstico, a saber, o estabelecimento do tratamento.

Proponho que se retome a concepção de linguagem que subjaz a proposta do DSM, no sentido de apontar como tal concepção inviabiliza a possibilidade de pensar-se em uma patologia de linguagem. Esta concepção, inicialmente, pode ser capturada pela adoção de termos tais como “transtorno”, “comunicação”, “linguagem expressiva”, “linguagem receptiva” que são alçados para descrição dos quadros patológicos.

Pode-se definir *transtorno* como uma leve alteração orgânica. Já *comunicação* é qualquer meio pelo qual um indivíduo relata suas experiências, processo em que os sentidos são partilhados. *Linguagem expressiva* significa o uso de símbolos convencionais para comunicar as próprias percepções e idéias para outros; é sinônimo de codificação. *Linguagem receptiva* é definida como as palavras que a pessoa entende; podem ser verbais ou visuais, mensagens faladas ou escritas, recebidas pelo indivíduo; é sinônimo de decodificação.

Observa-se que tais definições trazem embutidas uma visão de linguagem como processo de comunicação, visto como universal e genérico, transparente e acessível, dependendo exclusivamente de condições orgânicas que favoreçam seu aprendizado. Mais uma vez a linguagem, cuja autonomia depende de seu reconhecimento enquanto processo simbólico, é ignorada.

A definição dos transtornos de linguagem no DSM-IV permite que a Fonoaudiologia reflita sobre a importação de um sistema diagnóstico operacional de outra área. Isto implica, como dito anteriormente, questioná-lo e conhecê-lo tanto em suas possibilidades de uso como em suas limitações. É

preciso, ainda, que compreendamos o estatuto que ocupa a linguagem dentro das referências nosográficas apresentadas pelo DSM-IV e CID-10.

O DSM-IV faz a seguinte afirmação: “um engano comum diz respeito a pensar-se que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classificam são os transtornos que as pessoas apresentam” (p.xxi), sobre a qual podemos operar o seguinte questionamento: a partir da visão de funcionamento de linguagem aqui defendida, ou seja, a que se opõe à noção de linguagem como sinônimo de comunicação, pergunta-se: é possível pensar em linguagem dissociada daquele que a produz ou de seu contexto sócio-cultural?

O DSM-IV define e circunscreve o Transtorno de Linguagem Expressiva como:

> “A característica essencial do Transtorno da Linguagem Receptivo-Expressiva é um prejuízo no desenvolvimento das linguagens receptiva e expressiva, demonstrado por escores em medições padronizadas... os sintomas não satisfazem os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala ou sensorial..as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas...”

Portanto, em uma patologia como o Retardo Mental ou Autismo, o Transtorno da Linguagem Expressiva será diagnosticado apenas quando os sintomas de linguagem forem mais importantes que os orgânicos. Segundo o texto: ”... em presença de Retardo Mental, déficit Motor da fala ou sensorial ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas.” (p.58)

Conseqüentemente, a alteração de linguagem é considerada sintoma da alteração orgânica, ou seja, a visão organicista de patologia de linguagem vincula seu diagnóstico e possibilidades de tratamento a uma patologia orgânica. É um raciocínio que hierarquiza o trabalho clínico na área de patologia de linguagem, delegando o diagnóstico e a terapêutica à área médica e relegando à Fonoaudiologia o restante, sobre o qual a Medicina não demonstra interesse. Reduz-se uma área clínica a meros exercícios ou treinos.

Resumindo, teremos as dificuldades inerentes ao DSM, criticadas pela própria área da Psicopatologia, adensadas pelos problemas decorrentes da utilização de tal critério pela Fonoaudiologia: a) um critério elaborado para circunscrever unicamente as patologias psíquicas, logo, não explicativo para as patologias de linguagem; b) um critério que estabelece uma relação direta e única entre sintoma e doença, privilegiando o visível e observável, e, por fim, c) um critério que inscreve as alterações de linguagem, exclusivamente, no universo das patologias orgânicas.

Em última análise, a adoção do DSM pela Fonoaudiologia conduz a duas possibilidades: aprisiona-se a Fonoaudiologia a uma área que não se propõe a explicar o fenômeno estudado pela Fonoaudiologia, ou se utiliza um

critério, indiscriminadamente, sem respeitar as condições teóricas requeridas para o estabelecimento diagnóstico.

O reconhecimento das doenças em Fonoaudiologia a partir de seus próprios critérios deve representar o embrião de uma *semiologia* própria, primeiro elemento para configurar uma clínica fonoaudiológica autônoma. A reflexão em torno da utilização de sistemas operacionais para a realização do diagnóstico desperta uma gama de questões que necessitam ser pensadas: como estruturar uma clínica que trabalhe com as patologias de linguagem? É possível conciliar a visão empírico-pragmática que permeia tais sistemas operacionais com uma clínica da patologia de linguagem?

Acredito que a Fonoaudiologia se encontra em um momento em que ainda não constituiu efetivamente sua clínica, ou seja, seus métodos e técnicas. A utilização de um sistema operacional nos moldes da CID e DSM pode, se inadvertida, representar um retrocesso da área. Por outro lado, as tensões surgidas em um campo de estudo, quando reconhecidas e trabalhadas, podem permitir o progresso da disciplina. É o que se pretende aqui.

A classificação de doenças deve significar, para a Fonoaudiologia, o reconhecimento do crescimento de sua área, que hoje dialoga com outras especialidades. Entretanto, a ausência de uma classificação pode ser compreendida como resultante de uma lacuna deixada pela apropriação inadequada que fez-se do modelo clínico da Medicina.

Ao aceitarmos a função de trabalhar unicamente com a *terapêutica* dos casos diagnosticados por meio de critérios médicos, negligenciamos os outros

elementos estruturais da clínica clássica, a saber: a *semiologia*, a *diagnóstica* e a *etiologia*, menosprezando a estatura da clínica fonoaudiológica.

Ao pensarmos em um trabalho guiado apenas pelo olhar que busca o visível, permanecemos surdos ao que se apresenta pela escuta, retardando a estruturação de uma clínica dita de linguagem. A *semiologia,* se reduzida a um critério classificatório, não mantém qualquer relação com o prognóstico ou com o diagnóstico, funções primordiais do processo terapêutico.

Esta forma banal de semiologia, inerente a qualquer raciocínio clínico da Fonoaudiologia, torna-se um desafio quando se considera a clínica de linguagem, esta última tomada em seu caráter simbólico. Concordando com Leão (2001:84), em sua afirmação sobre a clínica de linguagem: “o diagnóstico e a terapêutica devem estar articulados a um compromisso primeiro com a linguagem do paciente”. O diagnóstico de linguagem deve manter um compromisso com a linguagem (e o sujeito) e seu funcionamento, afastando-se do modelo médico positivista de avaliação clínica.

Segundo Leão (op.cit.: 86):

> “O diagnóstico fonoaudiológico das perturbações de linguagem requer um outro modo de compreensão do fenômeno lingüístico. A linguagem deve ser tomada como um sistema de relações e diferenças a partir de leis de funcionamento interno, o que... nos remete à possibilidade do uso de um diagnóstico estrutural que possibilite a direção do tratamento”.

Conclui-se que a utilização destes critérios diagnósticos, CID-10 e DSM-IV, responde às necessidades da clínica médica, ou seja, pode contribuir para a efetivação do olhar clínico dirigido a um determinado objeto, com características definidas como o corpo. Por outro lado, pelos motivos apresentados anteriormente, tais procedimentos mostram-se insuficientes para auxiliar a compreensão dos fenômenos estudados pela Fonoaudiologia.

Considero necessário direcionar esforços para inserir a patologia de linguagem, como afirma Pereira, no “campo de estudo do sofrimento humano que, enquanto tal, é essencialmente não-objetivável” (p.219). A partir daí, pode-se iniciar um movimento de construção de uma nosologia fonoaudiológica.

O atual momento da Fonoaudiologia evidencia a necessidade de criação de critérios diagnósticos próprios, ainda que inspirados por outras áreas. Tal necessidade deve respeitar as bases da composição estrutural clínica que se funda sob seus quatro elementos constitutivos - *semiologia, diagnóstica, etiologia* e *terapêutica*, e manter o compromisso com o funcionamento de linguagem e a noção de sujeito.

O próximo capítulo apresenta o procedimento conhecido como *avaliação de linguagem* e sua relação com a *diagnóstica* em uma clínica Fonoaudiológica.

CAPÍTULO III

AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM: ALGUNS CAMINHOS

A avaliação de linguagem tem sido foco de diversos estudos na Fonoaudiologia, o que mostra interesse em entender o papel do diagnóstico no fazer fonoaudiológico.

A primeira parte deste capítulo tem como objetivo compreender o uso que outras áreas de conhecimento que desenvolvem um trabalho clínico fazem dos instrumentos[4] de avaliação como parte da *diagnóstica* e apresentar alguns dos instrumentos utilizados na avaliação de linguagem, para discutir a sua importância para a Fonoaudiologia. A clínica fonoaudiológica clássica nomeia a aplicação de instrumentos para verificar a linguagem, de avaliação normativa de linguagem, dado que seus resultados são parametrizados a um padrão.

A segunda parte deste capítulo contrapõe-se à primeira por apresentar uma proposta de avaliação de linguagem que nega qualquer utilidade aos testes formais e que se estende ao longo do trabalho clínico-terapêutico,[5] sendo denominada avaliação processual.

Ambas as propostas estão sustentadas por visões diferentes do que seja linguagem e que serão apresentadas em paralelo ao desenvolvimento de cada uma das partes.

---

[4] Instrumento, segundo o dicionário de Língua Portuguesa Houaiss, significa: objeto simples que se usa (...) para fazer alguma observação ou mensuração; dispositivo, apetrecho, ferramenta.

[5] Termo usado por Cunha em apresentação oral, que significa que a avaliação não é delimitada por um começo-meio ou fim.

3.1 - A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS NA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS

A utilização de diferentes instrumentais na realização de um diagnóstico é uma prática comum em áreas clínicas. A este respeito, Dor (1997:14) afirma que uma *investigação armada* destina-se a reunir informações, procedendo ao exame direto do doente, com a ajuda dos mediadores técnicos, instrumentais, biológicos e etc. Diversas especialidades médicas utilizam-se da *investigação armada* como forma complementar de realizar um diagnóstico.

Considerando a forte influência da clínica médica na Fonoaudiologia que embasou, como visto anteriormente, a estruturação do fazer clínico fonoaudiológico é possível entender a origem da utilização deste instrumental para a realização da avaliação de linguagem e diagnóstico.

A Psiquiatria utiliza diversos instrumentos para realizar seu diagnóstico. Segundo Versiani (2000), a dificuldade em objetivar a psicopatologia e, em seguida, quantificá-la tem sido um dos maiores obstáculos ao progresso da pesquisa psiquiátrica.

Isto se deve ao fato de a Psiquiatria lidar com sintomas que muitas vezes possuem uma menor visibilidade no corpo em comparação aos sintomas verificados em outras especialidades médicas.

As escalas de avaliação foram introduzidas na Psiquiatria na década de 60 com enorme expectativa inicial. Pensou-se que por meio destas escalas seria possível gerar uma tipologia dos transtornos psiquiátricos cientificamente

baseada em conjunto de dados muito representativos com importante potencial de conclusões e melhora na previsão terapêutica.

A literatura atual aponta para o crescimento da utilização de escalas de avaliação em saúde mental, especialmente com finalidade de pesquisa, avaliação de sintomas e acompanhamento de resposta terapêutica.

> "... instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes. Na prática clínica tais instrumentos permitem a documentação do atendimento clínico e muitas vezes podem ser importantes auxiliares no diagnóstico e na avaliação da eficácia do tratamento realizado". (Duarte & Bordin, 2000:55)

As expectativas iniciais de grandes resultados com a utilização de escalas de avaliação psiquiátricas não se concretizaram.

Manifestações psicopatológicas fundamentais são de difícil objetivação e, conseqüentemente, avaliadas com baixo grau de fidedignidade (Versiani, 2000).

Além desta crítica, Jorge e Custódio (2000:59) referem que as avaliações padronizadas são simplistas quando transformam certa dimensão clínica em um número ou em uma categoria, o que representaria um empobrecimento da avaliação realizada por um profissional.

Segundo Menezes e Nascimento (2000:23), alguns aspectos são indispensáveis quando se considera a construção e a aplicação de um instrumento de avaliação cientificamente embasado. Entre eles destacam-se: a *confiabilidade* que se refere à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância de múltiplas medidas de um mesmo objeto; e a *validade* que é definida como a capacidade de um instrumento em realmente medir aquilo a que se propõe medir.

Considero que a compreensão destes aspectos centrais no uso de escalas de avaliação é fundamental para que as mesmas cumpram sua função como instrumento de mensuração.

Vários trabalhos da área de avaliação de linguagem apresentam e/ou discutem os instrumentos avaliativos referenciados por critérios pré-determinados e seu alcance para a realização do diagnóstico na clínica de linguagem.

Compreender como se efetua a aquisição e o desenvolvimento de linguagem para mensurá-la e utilizá-la como norma configura-se como um dos aspectos mais controversos da área da linguagem.

Esta dificuldade ocorre em função da diversidade de áreas que estudam a linguagem, como a Lingüística e a Psicolingüística, que serviram e servem de pares para a Fonoaudiologia. Acresça-se o fato de que, no trabalho com linguagem, como afirma Perroni, “cabe ao pesquisador a escolha, escolha esta fortemente dependente da posição teórica defendida com relação à natureza de seu objeto de análise- a linguagem.” (p.25)

Entretanto, a Fonoaudiologia é a única área de conhecimento científico que se preocupa com a linguagem em sua dimensão patológica e com a terapêutica necessitando, portanto, de uma reflexão constante a respeito de seus métodos clínicos.

Alçarei alguns dos instrumentos de avaliação mais utilizados no Brasil, para auxiliar na compreensão de sua aplicação e possíveis contribuições para a diagnóstica em Fonoaudiologia.

3.2 - A AVALIAÇÃO NORMATIVA DE LINGUAGEM

Nascida no campo da Psicologia, mais especificamente na Psicometria, e inserida nas avaliações de inteligência, a avaliação de linguagem pode ser realizada por meio de testes quantitativos. Baseados em perguntas e respostas, os testes visam medir o número de acertos e erros para organizá-los em escores e tabelas que permitirão uma comparação dos resultados com o considerado padrão correto, com a norma. Esta visão trabalha com a noção de *normalidade estatística*, anteriormente explicada neste trabalho.

Ressalto que estes testes originam-se da Psicologia e deles fazem uso a Fonoaudiologialogia e outras ciências que não possuem um interesse direto pelo estudo da linguagem.

Segundo Launay & Maisonny (1989:62), em 1930 já se encontrava, na obra de língua francesa de Decoudres, um processo embrionário de avaliação de linguagem. Composta por testes completos e parciais que representavam a linguagem da criança normal, a avaliação englobava: a compreensão da

linguagem, a análise da linguagem imitada, o vocabulário e a avaliação da memória e da capacidade de julgamento. Estes testes utilizavam as provas de inteligência da escala Binet e Simon, quando era necessário obter informações sobre dados cognitivos.

O teste de Borel-Maisonny visa verificar o nível de *compreensão da linguagem*, trazendo imagens coloridas que devem ser nomeadas pela criança; o *nível de utilização* é mensurado por meio de designação e descrição das imagens, permitindo avaliar-se as palavras anunciadas, o emprego dos substantivos, os verbos e pronomes.

Encontra-se também, na mesma categoria de processo embrionário de avaliação de linguagem, o teste de Brunet-Lézine, dividido por níveis de idade, cada um com provas de linguagem, que se referem à sua *compreensão* e à sua *utilização*.

Em 1968, é publicado um teste de linguagem elaborado por Sadek-Khalil, não padronizado por idade, composto por provas simples de linguagem e três textos de dificuldade crescente. Propõe saber o nível de utilização em que o indivíduo se situa: elementar (conhecimento do nome, do verbo, do adjetivo e uso de negação), médio (precisão lexical, possibilidade de evocação oral) ou superior (boa evocação e capacidade de troca).

A respeito deste teste, Launay & Maisony (1989:65) afirmam:

> “Este teste... procede de uma certa concepção da linguagem infantil... A aquisição da linguagem é feita por patamares sucessivos e vai em direção

> a uma melhor adaptação às necessidades e uma melhor ‘economia’ verbal... Estes patamares aparecem, segundo os dados de Piaget, ligados à aparição e evolução de mecanismos operatórios, isto é, modo de desenvolvimento da inteligência”.

Na década de 70 já se encontravam, no Brasil, testes de linguagem utilizados pela Fonoaudiologia, como forma de avaliar a linguagem infantil.

Tais testes possuem uma forte influência da pesquisa experimental e, assim, como afirma Perroni, apresentam as supostas vantagens do método experimental: a possibilidade de obtenção de informações que, apenas pela observação, não seriam obtidas; a replicabilidade; e a possibilidade de examinar grande quantidade de sujeitos, o que permitiria o acesso à generalidade.

Hage (1997), que em seu livro "Avaliando a linguagem na ausência de oralidade: estudos psicolingüísticos" apresenta um levantamento dos testes e exames de linguagem utilizados pela Fonoaudiologia, afirma que “a forma clássica de avaliação de linguagem são os testes formais com foco sobre a linguagem enquanto parte do processo de aprendizagem”. (p 21)

Os principais testes e exames utilizados no Brasil pela Fonoaudiologia são I.T.P.A. – Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, Templin – Darley Tests of Articulation, ambos originariamente de língua inglesa, TEPSI – Teste de Desenvolvimento Psicomotor, e o TIPITI – Um Modelo de Exame de Linguagem, o primeiro exame de linguagem brasileiro.

Hage (op.cit.:25), sobre os testes, comenta:

> "... os testes avaliam a linguagem afastada do contexto comunicativo... A determinação de escores em linguagem também é um outro problema, porque quantifica uma capacidade mental humana altamente qualitativa... são estruturados sobre uma dinâmica de perguntas e respostas que não dão oportunidade ao avaliado de fazer uso da linguagem conforme suas possibilidades de comunicação... de modo geral os testes estão estruturados sobre a linguagem somente enquanto estrutura (forma) lingüística".

Ressalto que existe um grande número de testes e procedimentos de linguagem na literatura internacional, além dos acima mencionados, que avaliam desde áreas específicas da comunicação até patologias específicas.

No livro "Vocabulário dos Distúrbios da Comunicação: Fala, Linguagem e Audição" de Nicolosi, Harryman & Kresheck de 1996, existe um extenso levantamento dos testes e procedimentos de linguagem, acompanhados de um pequeno resumo de sua aplicação. Em comum, todos apresentam uma preocupação em determinar o público a que se destinam e freqüentemente utilizam terminologias como "mede", "identifica", "escala", "quantitativo", "avalia", freqüentes no universo das avaliações normativas. Evidenciam a utilização de atividades metalingüísticas que, segundo Geraldi (1991:25), são aquelas que tomam a linguagem como objeto, não mais enquanto reflexão

vinculada ao próprio processo interativo, mas conscientemente constroem uma metalinguagem sistemática com a qual falam sobre a língua.

Restringirei minhas observações aos testes: ITPA, dado ter sido adaptado para o português, por Bogosian & Santos, ao TIPITI, por ser o primeiro exame de linguagem elaborado por fonoaudiólogas brasileiras (Braz & Pellicioti), e ao recém elaborado ABFW (2000), Teste de linguagem infantil nas áreas de Fonologia, Fluência, Pragmática e Vocabulário, por ser o mais atual teste lançado por fonoaudiólogas brasileiras.

O ITPA - Illinois Test of Psycholinguistic Abilities - segundo Hage, foi elaborado nos Estados Unidos na década de 60 e adaptado para ser usado no Brasil. Sendo um teste originário da Psicologia, tem como objetivo avaliar crianças com aprendizagem lenta ou difícil, evidenciando sua preocupação secundária com a linguagem. Possui um manual de instrução onde são fornecidas informações sobre a aplicação dos testes e a planilha de respostas, que apresentará as médias esperadas e dará a possibilidade de análise do caso.

Todas estas informações asseguram a manutenção da coerência necessária para obtenção de respostas na utilização de qualquer instrumento que se propõe a "medir" algo ou a "representar" uma população, requisitos obrigatórios de uma avaliação quantitativa.

Na Fonoaudiologia este teste é utilizado como diagnóstico, de alterações relacionadas ao uso que a criança faz da língua padrão.

O TIPITI (1981) é um exame, não um teste[6]. Isto se justifica, segundo suas autoras, pela tentativa de evitar abordagens experimentais e tratamentos estatísticos, que reduziriam um comportamento tão complexo como o lingüístico a padrões pré-estabelecidos. Vale lembrar que é o primeiro exame de linguagem nascido da Fonoaudiologia fato que justifica a preocupação, presente no exame, em explicar a linguagem, não se limitando, segundo as autoras, à descrição.

É composto por provas de comunicação oral, comunicação escrita e sistema funcional de linguagem, investigando a emissão e a recepção de linguagem.

As provas de comunicação oral avaliam a emissão e recepção dos sistemas fonético-fonológico, sintático-semântico e sistema funcional de linguagem.

As provas de comunicação escrita devem ser aplicadas de acordo com a série escolar do avaliado, independente de suas dificuldades ou queixas.

A presença de provas que avaliam o sistema funcional de linguagem - avaliação de conceitos relacionados às funções de audibilização, visualização e noções básicas – indica a filiação teórica das autoras, que valorizam conceitos vindos da cognição em um exame que se propõe avaliar linguagem.

> É evidente no exame a ênfase dada à observação de comportamentos comunicativos, presentes na utilização de normas e regras da língua, em contraposição a realização de uma avaliação de linguagem que se limite a remeter-se a dados de normalidade.

---

[6] Segundo o dicionário da Língua Portuguesa Houaiss, teste é definido como exame crítico ou prova das qualidades de uma pessoa ou coisa; exame ou ensaio destinado a estabelecer um diagnóstico. E no verbete exame encontra-se a seguinte definição: ato de examinar, investigação, análise, inspeção ou pesquisa minuciosa; prova destinada a avaliar a aptidão ou os conhecimentos de um aluno ou candidato a algum cargo, função etc, teste; inspeção do corpo de um indivíduo como meio de se chegar a um diagnóstico sobre seu estado de saúde.

O resultado, neste exame, é obtido pela comparação dos achados com os dados de pesquisa prévia, item presente em todas as provas.

O ABFW - Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática, lançado em 2000, foi elaborado pelas fonoaudiólogas Andrade, Befi-Lopes, Fernandes e Wertzner e é indicado para crianças de 02 a 12 anos.

> "O ABFW é um teste inteiramente direcionado para o Português falado no Brasil. Sua validade, em termos de parâmetros comparativos populacionais, está sendo verificada nas pesquisas... O princípio do ABFW é que a obtenção de dados objetivos representa um aspecto fundamental para a precisão diagnóstica das desordens da linguagem, além disso, a utilização de dados objetivos na investigação inicial e nas reavaliações subseqüentes possibilita tanto uma consistência dos resultados obtidos quanto uma comunicação mais clara com os clientes e suas famílias e os profissionais". (grifos meus) (p. 01-02)

Ao considerar o perfil e a proposta do ABFW, fica claro o compromisso existente com uma visão de ciência que se preocupa e valoriza aspectos como à validade e verificabilidade dos dados.

Busca a objetividade na realização do diagnóstico das “desordens de linguagem”, considerando, como salientado por Chiari, que a utilização do ABFW traz a “possibilidade de nomear fatos de linguagem e constituir-se, desta forma como referência para o diagnóstico e planejamento de condutas de terapia dos distúrbios da comunicação”.

Na apresentação do ABFW encontra-se o esclarecimento de que o teste destina-se a analisar o perfil como “falante/comunicador” do cliente a fim de compará-lo com “conhecimentos sobre as manifestações clínicas das diversas desordens da comunicação”. Desta forma, segundo o texto, o teste é capaz de estabelecer uma decisão diagnóstica que indicará uma direção, com base em princípios científicos e parâmetros quantitativos, que determinará o fracasso ou o sucesso do tratamento, salienta que “os parâmetros quantitativos são capazes de favorecer engrandecer a capacidade individual de análise qualitativa”.

Evidencia-se a noção de que o teste trabalha com a visão de linguagem como processo de comunicação e, conseqüentemente, sua patologia como uma desordem da comunicação. Vale lembrar que comunicação pode ser definida como processo pelo qual os sentidos são partilhados entre indivíduos, através de um sistema de símbolos. Tal visão colabora para a realização de uma avaliação de linguagem normativa, como os testes, que objetivam respostas quantitativas, pois a integridade da linguagem é considerada como a comparação com a normalidade orgânica do receptor e emissor e ainda com a existência de um código comum e perfeitamente utilizado, de acordo com suas regras, por ambos os participantes do processo (de comunicação). Distancia-

se bastante do reconhecimento da autonomia da linguagem que obriga a um compromisso com uma teoria de linguagem que é subjetiva.

É possível apreender que, uma preocupação presente no texto do ABFW, relaciona-se à dificuldade de se estabelecer parâmetros de evolução dos casos de linguagem. Sendo assim, tal teste parece ter como uma de suas finalidades resolver este problema. Entretanto não esclarece de que forma dados estatísticos transformam-se em diagnóstico nem tampouco, como contribuem para o planejamento/direcionamento terapêutico, mais uma vez, identifica-se a desarticulação, existente na Fonoaudiologia, entre os elementos constituintes da clínica, neste caso, salientado, pelo diagnóstico e a terapêutica.

O teste é composto por quatro partes que se destinam a avaliar diferentes áreas envolvidas no processo de comunicação, a saber: fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Cada parte foi elaborada por uma autora diferente; entretanto, todas seguem critérios similares em relação à aplicação, critérios de análise e parâmetros de comparação. A própria divisão do processo de comunicação em partes, a serem avaliadas separadamente e elaboradas por diferentes autoras, conduz a uma visão de avaliação de linguagem e, consequentemente, de terapia entendidas como comparação e adequação do processo de comunicação a um determinado padrão. Entretanto a divisão feita traz dúvidas em relação à teoria que subjaz tal instrumento, é clara a visão de linguagem como processo de comunicação, como indicada acima, mas, trabalhar com noções de fonologia e pragmática, partes da Lingüística, assim como com avaliação de vocabulário, que se remete ao ensino de uma língua e a fluência que indica uma característica de fala,

demonstra o acesso a diferentes conhecimentos, o que pode remeter a uma fragilidade teórica, como citado na introdução deste trabalho.

Um aspecto a ser observado consiste na “Aplicação e Pontuação”, responsável por elucidar informações que devem ser consideradas a fim de garantir a confiabilidade de aplicação dos testes. Segundo o texto, “a forma de aplicação e pontuação do teste deve ser mantida rigorosamente, conforme especificado em cada parte. Esses cuidados potencializarão a qualidade dos resultados”. (p.03)

O item “Parâmetros de Comparação” traz dados que estabelecem paralelos entre as respostas obtidas no teste e pesquisas realizadas em crianças sem queixas, remetendo o avaliador à comparação com dados de normalidade.

Observa-se uma exceção no uso do parâmetro de comparação, na parte que propõe avaliar a pragmática. Lá se encontra a seguinte explicação “a investigação pragmática não propõe a utilização de parâmetros de normalidade e patologia, mas sim uma análise detalhada de cada indivíduo, a ser considerada em relação a outros dados ambientais, de fala, linguagem e desenvolvimento afetivo e cognitivo”. (p.83)

Ressalto que há uma explicação reiterada de que todos os itens avaliam a linguagem quantitativa e qualitativamente. Segundo o manual, pode-se compreender que as autoras entendem como avaliação quantitativa e qualitativa aquela que se propõe não só a descrever a linguagem, mas a explicar a ocorrência dos seus erros por meio de sua descrição e, também, por

observações feitas sobre os comportamento da criança durante a avaliação que pudessem de alguma forma justificar o erro observado.

Vislumbra-se a dificuldade de relação entre o procedimento avaliação de linguagem e sua contribuição para o diagnóstico. Os testes - um meio bastante utilizado para a realização da avaliação de linguagem, não necessariamente estabelecerão uma relação direta com o diagnóstico fonoaudiológico, pois ao fornecerem dados estatísticos, podem ser utilizados como norteadores de critérios, medidas de planejamento e evolução terapêutica, mas só podem ser entendidos como parte da diagnóstica, considerando que esta desempenha um papel dentro de uma estrutura e deve, invariavelmente, conduzir a uma terapêutica. A diagnóstica é a estrutura integrada por um conjunto de procedimentos.

Os dados obtidos nas testagens devem sempre ser comparados com a norma padrão – noção de normalidade estatística, não conduzindo a um diagnóstico no sentido de definir a patologia investigada, servindo apenas para mostrar um panorama geral de uma população. A este respeito Perroni (1996:20) afirma:

> “Qual a função das porcentagens como medida? Seria ela de permitir comparações entre as crianças para explicar o desenvolvimento, ou serviria ela apenas para validar a própria medida?.Além disso, a noção de porcentagem atestaria a normalidade/normatividade e serviria para estabelecer relações causais, causas estas que anulariam as diferenças individuais e a história. O dado assim colhido não é individual, é antes do grupo, como abstração”

Os instrumentos para avaliação são comumente utilizados, nas várias áreas de atuação clínica, como parte do processo diagnóstico. Entretanto, tal uso difere do usualmente observado na prática clínica fonoaudiológica, onde freqüentemente lança-se mão dos instrumentos como forma única de

estabelecimento diagnóstico. O que banaliza tal procedimento clínico, efetuando um reducionismo na sua função explicativa do quadro clínico.

A utilização de testes pode ser um instrumental válido quando se pretende identificar e estabelecer padrões de normalidade estatística que validam trabalhos científicos, principalmente epidemiológicos, que têm por função medidas quantitativas de amostras populacionais para o estabelecimento de prioridades em saúde pública.

Testes como os apresentados acima, são importantes auxiliares na realização de triagens, que objetivam verificar um grande número de crianças, facilitando o estabelecimento de padrões de comportamentos comunicativos em grandes populações, efetuando uma espécie de varredura em relação ao uso que se faz da língua, podendo determinar grupos de risco para eventuais alterações de linguagem.

No entanto, esta vocação dos testes não é adequadamente explorada pela Fonoaudiologia, que usualmente utiliza os instrumentos de avaliação de linguagem como forma diagnóstica única, esquecendo que estes apenas remetem os achados a dados estatísticos.

É necessário reafirmar o papel que a diagnóstica, enquanto elemento da estrutura clínica, pode e deve desempenhar, ou seja, entendê-la como um raciocínio que permite a compreensão do caso, reunindo elementos diversos, entre eles a entrevista e a avaliação de linguagem, contribuindo para a etiologia e terapêutica, dado sua função explicativa e esclarecedora.

No que se refere à manutenção da verificabilidade, demonstra a crença de que a linguagem pode ser generalizada, ou seja, o que é visto em um caso pode ser confirmado pela observação em outros pares, visão que reduz

linguagem à comunicação, tornando-a um objeto de investigação transparente e objetivo, visão adotada por algumas correntes de trabalho da Fonoaudiologia.

Tal afirmação pode ser evidenciada na parte do ABFW que avalia o vocabulário, onde para cada um deles (vestuário, animais, alimentos, meios de transporte, móveis, utensílios, profissões, locais, formas e cores e brinquedos e instrumentos musicais) há um percentual de respostas que deve ser considerado como adequado a cada faixa etária – referência de normalidade. (p. 45)

É evidente também a preocupação em assegurar a objetividade do instrumento utilizado na avaliação de linguagem, evidenciando a forte influência do modelo médico positivista, o que traz a idéia de transparência e indiferenciação do sujeito em que se aplica o teste, que será sempre objetivo, independente do ocorrido na relação clínica.

Observa-se nos instrumentos apresentados, uma tentativa de aproximar, ao máximo, o local do teste à assepsia de um laboratório, preocupação condizente com os critérios de validade e verificabilidade, anteriormente mencionados, e com a ilusão de controle da situação clínica. São estes os critérios que fundamentam a clínica clássica fonoaudiológica e reafirmam seus pressupostos positivistas.

Segundo Perroni (op.cit. 21), no método experimental, o objeto de estudo não é propriamente o desenvolvimento. Baseado numa visão estática da língua é a metodologia que mais facilmente cai na ilusão de objetividade, vista como sinônimo de descrição do fenômeno lingüístico, depurado de toda e qualquer “excrescência” que insiste em caracterizar suas manifestações.

Nota-se, no ABFW, as seguintes orientações a respeito do ambiente de aplicação do teste "deve ser aplicado em ambiente, com privacidade, bem iluminado e sem fatores de distração... ou estressantes... sobre a mesa deverá estar apenas o material a ser usado". (p.03)

Observa-se na Fonoaudiologia, muitos trabalhos que apontam para as dificuldades de utilização de procedimentos normativos na avaliação de linguagem. Contudo, poucos trabalhos apresentam os critérios necessários para normatizar à elaboração e utilização de um procedimento desta natureza como na citação acima que explicita normas de utilização de um procedimento de natureza experimental que, como tal, reafirma suas condições de utilização.

Tal esclarecimento ampliaria o foco de discussão a respeito da utilização de testes como parte do diagnóstico, visto que o objeto de investigação da Fonoaudiologia é a linguagem patológica, que muitas vezes escapa ao recorte feito pelos testes atualmente utilizados.

Sobre este assunto, Hage (op.cit.:25) afirma:

> “... os testes são estruturados sobre uma dinâmica de perguntas e respostas que não dão oportunidade ao avaliado de ‘fazer uso’ da linguagem conforme suas possibilidades de comunicação, sendo que são justamente estas possibilidades que devem fazer parte do foco de análise do avaliador, pois elas são a base do processo terapêutico em linguagem”.

Pensar a doença exclusivamente como algo que foge à regra, considerando, desta forma, a existência de uma *normalidade estatística* – a crença de que o que se observa com maior freqüência como modelo de não patologia - significa limitar a singularidade do sujeito.

Seguindo este raciocínio clínico, como discutido no capítulo I, identifica-se, a partir da utilização de instrumentos, o que difere do esperado para uma certa idade; nomeia-se utilizando a terminologia que melhor define a alteração; planeja-se uma intervenção capaz de adequar, quase sempre por meio de treinos, a capacidade debilitada e busca-se a alta, aqui compreendida como readequação à norma.

A este respeito Leão (2001:53) afirma:

> "Este modelo de clínica – clínica da positividade – implica uma relação de causa e efeito a qual possibilita que os sintomas sejam apreendidos diretamente do funcionamento do corpo de forma visível e transparente. O sintoma de linguagem é uma alteração visível no corpo... A linguagem é tomada como uma propriedade do sujeito, um objeto como outro qualquer que o sujeito deve saber sobre".

Retomando a questão que permeia todo este trabalho: que função estes instrumentos têm para a diagnóstica e para a terapêutica em Fonoaudiologia?

Através das considerações teóricas realizadas, compreende-se o lugar que as avaliações normativas podem ocupar na estrutura clínica fonoaudiológica. A saber, configuram-se como operacionalizadores de levantamento de dados em pesquisas, fornecendo dados estatísticos assim como auxiliares na realização de triagens de fala, que

tem por objetivo distinguir, selecionar e classificar grandes grupos a fim de levantar informações a respeito de comportamentos lingüísticos.

Entretanto, considerar tais instrumentos como capazes de estabelecer diagnóstico é operar uma redução, pois subverte a função do diagnóstico, como descrita no capítulo I, e impõe-lhe uma tarefa que transcende sua capacidade.

Os instrumentos apresentados comparam as respostas obtidas com parâmetros de normalidade, limitando-se a descrever comportamentos que coincidem ou não com padrões pré-estabelecidos, sem remeter-se a qualquer quadro sindrômico ou estruturação patológica, o que, em última análise, representa a possibilidade de se realizar um diagnóstico, visto como a possibilidade de se fazer um julgamento a respeito da alteração que se apresenta.

A comparação com a “normalidade”, materializada nos escores de testes, em nada contribui para o diagnóstico ou a terapêutica, posicionando apensa o sujeito numa determinada escala, sem qualquer valor nosográfico ou nosológico.

3.3 - A AVALIAÇÃO PROCESSUAL DE LINGUAGEM

A insatisfação com os procedimentos normativos de avaliação de linguagem e com as teorias que os justificam fez com que outros paradigmas fossem buscados, a fim de iluminar novos métodos e técnicas de avaliação e terapia. “A ausência de um raciocínio clínico próprio levou o fonoaudiólogo a

assentar sua prática em diferentes perspectivas teóricas” (Amoroso & Freire, 2001:13)

Arantes (2001: 50) afirma que:

> “À medida que tais procedimentos (de avaliação) passam a ser criticados, pôde-se observar uma dispersão: alguns profissionais direcionaram-se à Psicologia de Desenvolvimento, mais particularmente a Epistemologia Genética de Piaget. Outros buscaram, na Pragmática e, posteriormente, nos estudos de Aquisição de Linguagem, ancoragem teórica para uma reflexão sobre a linguagem. Mais recentemente a Psicanálise tornou-se fonte de inspiração para a clínica”.

Segundo Cunha (1997) "os diagnósticos fonoaudiológicos desta natureza (formais) descrevem e classificam sintomas, mas nada descobrem a respeito tanto do seu processo de construção (do sintoma) quanto da sua função atual na vida do cliente".

Estes novos referenciais foram responsáveis por introduzir novas perspectivas para a teoria fonoaudiológica e iluminar caminhos para sua clínica e, conseqüentemente, para a avaliação de linguagem.

> "Quando se aposta na heterogeneidade do sujeito e na opacidade do dizer a técnica de

> avaliação, bem como a terapia propriamente dita, passam a ter uma configuração completamente diferente". (PALC, 1999)

Inicialmente, observou-se um movimento no sentido de abolir-se as provas e testes. Segundo Coudry & Scarpa (1991:83) se a avaliação de linguagem for formulada, privilegiando a atividade metalingüística sobre todas as outras, ocorrerá um apagamento do sujeito e das condições de determinação da significação, e, ainda, dos diversos modos de dizer o que impedirá a determinação do déficit efetivo.

Assim, a avaliação passa a concentrar-se em “situações dialógicas” em “diferentes situações discursivas”. Arantes (2001:66)

É este o ponto que norteia os estudos sobre avaliação de linguagem que serão apresentados e que têm em comum a preocupação em realizar uma avaliação não formal de linguagem e de filiar-se a uma teoria de linguagem subjetiva que sustente a autonomia da linguagem, em contraposição aos instrumentos normativos apresentados anteriormente.

Nos trabalhos sobre avaliação de linguagem de vertente subjetiva, ou seja, aqueles que não se baseiam em procedimentos normativos para realizar a avaliação, pode-se encontrar diferentes perspectivas em relação à articulação das noções de sujeito e linguagem.

Segundo Palladino (1997):

> “... numa visão é tomada como importante a articulação com teorias de clínica e teorias de

> linguagem... Uma outra visão... aponta a necessidade de se operar articulações com teorias de clínica, teorias de linguagem e teorias de sujeito".

A proposta de conhecer o funcionamento de linguagem e a história do sujeito é o embasamento das teorizações mais recentes sobre a avaliação de linguagem, inspiradas por conceitos vindos da Psicanálise e/ ou da Teoria Interacionista de Aquisição de Linguagem. Propõem uma avaliação que apreende aspectos de linguagem vista como funcionamento, considerando sua opacidade e polissemia. Objetivando, com isto, a nova compreensão em relação ao sintoma na história do sujeito.

Masini (1989) por meio de articulações teóricas sobre os conceitos de doença e sociedade, elabora questionamentos sobre a avaliação de linguagem. Refere que seu objetivo é "seguir sim a trajetória da avaliação de linguagem, sua inserção no todo do trabalho fonoaudiológico, tentando compreender seu valor, seu funcionamento, suas implicações para aqueles que a utilizam e para os que são submetidos a ela". (p:01)

Estrutura seu trabalho, a partir de entrevistas com fonoaudiólogos, eliciadas com a seguinte pergunta: "o que têm pensado os fonoaudiólogos a respeito da avaliação de linguagem que realizam?" (p.19)

Afirma que a avaliação de linguagem realizada com base no Estruturalismo "serve para pontuar dificuldades (já conhecidas previamente), listá-las numa hierarquia de prioridades com o objetivo de se elaborar o planejamento terapêutico. O paciente é encaixado neste processo". (p.43)

Apresenta a aproximação feita pela Fonoaudiologia à perspectiva sócio-interacionista de aquisição de linguagem afirmando que a proposta era de "compreender a pessoa que fala na sua interação com os outros". Relata que após realizada a avaliação de linguagem nesta perspectiva "chega-se a conclusão ao pressuposto teórico da perspectiva sócio-interacionista" (p.74), o que, segundo a autora, pouco contribui para o trabalho do fonoaudiólogo considerando sua perspectiva clínica e não teórica.

Masini, após salientar o quanto a avaliação inspirada na visão sócio-interacionista de aquisição de linguagem se limitou ao "como", faz um convite à retomada da consciência do caráter social que permeava a prática fonoaudiológica, para que desta forma, seja possível devolver vida ao nosso trabalho. Afirma que um dos grandes problemas da avaliação de linguagem é acreditar nas relações sociais, mas abandonar este pressuposto em sua prática. Finaliza teorizando sobre a possibilidade de articulação dos conceitos de doença e sociedade, apontados em sua revisão inicial, para se chegar a um trabalho fonoaudiológico mais satisfatório.

O trabalho de Masini foi um dos primeiros a discutir a questão da avaliação de linguagem apontando para as lacunas deste procedimento, afirmando, que apesar da influência de diferentes concepções teóricas, a saber o Estruturalismo e o Interacionismo, ambas as concepções de linguagem conduziram a uma avaliação que se limitam ao campo teórico, não avançando no sentido de definir um método clínico.

Palladino possui diversos trabalhos que têm como temática a avaliação de linguagem. No texto "Investigação lingüística: sua natureza e função", de

1985, apresenta, juntamente com Pereira e Arantes, a preocupação em realizar uma avaliação de linguagem, por ela chamada de “Investigação lingüística”, o que evidencia a forte influência da Teoria Interacionista em aquisição de linguagem corrente de pensamento dominante naquele momento, sem abandonar as etapas básicas de “qualquer trabalho científico... e estar assentada em uma perspectiva teórica definida” (p.111). Ou seja, mostra a necessidade de se realizar um trabalho clínico contido por um método e embasado por uma teoria. Evidencia a urgência da realização de uma avaliação “explicativa de um processo patológico”. (p.115)

Em 1997, a autora afirma que a avaliação de linguagem é “um procedimento de natureza clínico-terapêutica que tem por função o diagnóstico dos problemas de linguagem”.

Considera que, se a avaliação de linguagem tem por função o diagnóstico, deve ser realizada no início do atendimento clínico, evidenciando seu caráter “inaugural do processo terapêutico”. Prossegue seu raciocínio concluindo que o fato de ser inaugural a torna, também, “uma situação necessária e imprescindível”.

A autora discorre sobre a possibilidade dos fenômenos sempre serem lidos a partir de um duplo universal/singular, opção determina diferentes possibilidades para o trabalho fonoaudiológico.

Este duplo universal/singular pode ser evidenciado no reconhecimento das diferentes configurações clínicas existentes na Fonoaudiologia. Segundo a autora, a cena clínica pode assumir duas configurações:

- o lugar da verificação de sentidos aprioristicamente determinados;

- o lugar e o tempo de constituição dos significados.

Situando a avaliação de linguagem, Palladino afirma que “a partir destas duas possibilidades de leitura da cena clínica, as técnicas de avaliação de linguagem podem ser revisitadas e, certamente, encontrarão abrigo em uma delas”. (p.03)

Em 1999, outro texto da autora realiza uma revisão sobre os procedimentos avaliativos tradicionais e as teorias que os embasam para, posteriormente, apresentar uma proposta de avaliação que “aposta na heterogeneidade do sujeito e na opacidade do dizer”. Considera a patologia enquanto sofrimento, que tem como referencial o próprio sujeito e não sua exterioridade, como nos procedimentos formais de avaliação. Desta forma:

> “... o método de avaliação muda, o que se põe em foco é o funcionamento de linguagem do paciente descrito a partir dos processos dialógicos e analisados pelo modo como os princípios metafórico e metonímico se articulam aos atos enunciativos... assim será possível vislumbrar como a criança, enquanto sujeito da linguagem... assume posições discursivas”.

Neste trabalho, vislumbra-se o interesse de reconhecer na avaliação de linguagem o método e a técnica que configuram este procedimento tendo na *brincadeira* o principal instrumento para a coleta de dados.

Em 2001, a autora apresenta seu trabalho “Linguagem e (co)mensurabilidade dos fenômenos”. Afirma que um fenômeno é (co)mensurável se relativamente a outro. Entretanto, se a linguagem é algo da subjetividade, logo um fenômeno *um/único*, não há como compará-la e, concluo, nem mensurá-la.

Desta forma, a autora abre espaço para questionar a possibilidade de mensuração da diferença. Aponta que não se pode mensurar a linguagem em medidas quantitativas, mas indica a possibilidade de utilização de categorias estéticas para se lidar com o discurso.

Coloca que o discurso é sempre apertado entre a memória [7] do sujeito e a língua, ou entre a subjetividade e a norma.

> “... a dificuldade está em encontrar categorias estéticas que permitam ponderação quando na urgência de se descobrir a doença, uma urgência que se estabelece à sombra do fato de que a existência humana é sublinhada de ponta a ponta pela diferença”. (p. 159)

A autora busca nas teorias de Freud (1925, 1926) um argumento sobre uma qualidade que pudesse denotar diferença. A possibilidade de se ler um *estranho* como *patologia* mostra que este é um caminho inicial para tratar das coisas de linguagem, especificamente nos compromissos clínicos do diagnóstico.

---

[7] Memória é definida pela autora como um conjunto de traços que têm uma sintaxe. Salienta que só uma impressão provida de qualidade é que pode virar um traço.

Aponta para alguns fatores que indicam a patologia: a) o *efeito de ambigüidade* presente na fala do paciente, ou seja, algo que é estranho, mas ao mesmo tempo, apresenta traços que podem ser lidos como familiares, b) para a *repetição* observada, c) para o *sofrimento* que acompanha tais comportamentos. A fala patológica se apresenta como radicalmente estranha porque a ambigüidade aparece repetidamente.

Portanto, a patologia apresenta-se pelo caráter compulsivo da repetição. A compulsão indica uma urgência, trazendo para o clínico um efeito de paralisia discursiva, um estranhamento que o coloca num lugar que conduz à indagação.

Andrade (1997), concordando com Palladino (1997), afirma que o diagnóstico representa o ato clínico inaugural do processo terapêutico e reconhece a tensão "singularidade/universalidade" presente na avaliação de linguagem. Coloca o fononoaudiólogo como aquele que ocupa uma posição entre o "não saber da ordem do <u>singular</u> e um saber da ordem do <u>universal</u>" (grifos meus).

Ressalta a importância da escuta do fonoaudiólogo no momento da entrevista e a possibilidade de interpretação dos dados que decorre de tal escuta.

Refere ainda que o tipo de escuta pode indicar a perspectiva do trabalho terapêutico, ou melhor, como o profissional que se posiciona em relação à tensão "singular/geral" encaminha a realização de diferentes perspectivas para a avaliação e posterior trabalho terapêutico.

Cunha (1997) aborda a questão da avaliação de linguagem fazendo uma crítica ao que nomeia como realização de um “diagnóstico tautológico”, explicado como “a repetição da queixa agora dita com outras palavras”. Vale lembrar que a autora assume diagnóstico como sinônimo de avaliação de linguagem.

Afirma que o objetivo da avaliação é a linguagem tanto em nível de seus sintomas quanto de seu funcionamento. Contrapõe a realização de um diagnóstico tautológico à realização de um “diagnóstico heurístico” que seria responsável “por conduzir a descobertas”.

Acredita que a interpretação possibilita a atribuição de sentido aos sintomas do paciente, tendo um caráter transitório e sua pertinência avaliada em função do *efeito* que causa no cliente.

Freire (1999) discute a questão do diagnóstico nas alterações de linguagem infantil reconhecendo a existência de ações bastante distintas na clínica fonoaudiológica.

Sinaliza para a importância da aproximação do modelo diagnóstico vindo da clínica psicanalítica e propõe a possibilidade de implicação entre as noções de constituição de sujeito e funcionamento de linguagem - noções resultantes das visitas feitas à Teoria Interacionista de Aquisição de Linguagem e à Psicanálise.

Articula os conceitos de interpretação e de constituição de sujeito, considerando que “a interpretação coloca em cena não qualquer adulto e qualquer criança mas um certo adulto e uma certa criança”p05 e reconhece no

trabalho de Faria[8] (1998), que lida com psicanálise de crianças, uma possibilidade de articular as noções de funcionamento de linguagem e de constituição do sujeito.

A questão do diagnóstico, em Fonoaudiologia está presente também no trabalho de Leão (2001) que toma as afasias como lugar para ilustrar sua discussão.

Faz um percurso que situa as diferentes possibilidades de realização de um diagnóstico da afasia a partir da utilização de diferentes referenciais teóricos.

A partir deste raciocínio teoriza:

> "O diagnóstico e a terapêutica devem estar articulados a um compromisso primeiro com a linguagem do paciente. É importante ressaltar que esse compromisso necessita de uma base teórica e de um método (técnica)". (p.85)

Em relação à realização da avaliação de linguagem, a autora considera que esta perspectiva abre caminho para a construção de um dispositivo de avaliação de linguagem que vá além das atividades metalingüísticas (usualmente presentes nas avaliações normativas) e dos aspectos perceptuais/cognitivos.

Leão finaliza seu trabalho considerando a possibilidade de uso de um diagnóstico estrutural, ou seja, um diagnóstico que remeta às estruturas clínicas

[8] No livro "Introdução à Psicanálise de Crianças – o lugar dos pais", Michele Roman Faria.

e aos traços estruturais. Ressalta a importância de quatro elementos, vistos pela autora como importantes na questão do diagnóstico: a *língua constituída*, a *fala do paciente*, a *escuta* e o *efeito*.

A partir dos trabalhos apresentados, apreende-se que o papel que a avaliação de linguagem processual ocupa na diagnóstica na Fonoaudiologia é pouco tematizado. Alguns trabalhos partem da premissa de que avaliação e diagnóstico são sinônimos, e que ambos configuram-se como "um momento inaugural do processo clínico terapêutico" que pode "estender-se por todo o processo", outros, consideram que a avaliação é uma parcela do diagnóstico. Esta diversidade de enfoques evidencia a ausência de discussão sobre o sentido do procedimento clínico enquanto parte da estrutura da clínica fonoaudiológica. Ao relegar o diagnóstico para segundo plano, admitindo sua ocorrência ao longo do processo terapêutico, compromete-se todos os outros elementos de uma estrutura clínica não contribuindo em para a terapêutica e inviabilizando a estruturação da clínica fonoaudiológica. Permanece a pergunta: de que forma este procedimento, guiado por instrumentais, contribui diretamente para o diagnóstico?

> È importante considerar que a avaliação de linguagem é parte de uma diagnóstica, ou seja, é um procedimento, entre outros, que deverá contribuir para a diagnóstica.

A aproximação equivocada entre avaliação e diagnóstico que apaga a diferença entre ambos e a inexistência de um consenso sobre a necessidade de um procedimento básico de avaliação de linguagem, deve-se aos fatores que passo a tematizar:

- Não existe uma nosologia que contemple as patologias de linguagem, sequer como decorrência das novas teorias visitadas. Ressalto que as teorias em questão, por se restringirem ao lingüístico não apresentam teorizações sobre a linguagem patológica, ou sobre a clínica;

- Os métodos e técnicas de avaliação de linguagem derivados da leitura de tais teorias, apenas descrevem o funcionamento de linguagem. Essa descrição, estruturada por termos externos à teorização fonoaudiológica, limita-se a si própria, não cumprindo o papel do diagnóstico, qual seja, o de remeter a nomeação de uma doença à sua etiologia, indicando seu tratamento.

Desta forma, a avaliação de linguagem processual, ao ocorrer em momento não determinado do processo terapêutico, perdeu seu sentido de parte primordial da diagnóstica. Tal fato minimizou sua importância e apagou sua necessidade enquanto elemento essencial da estrutura clínica.

Reconhece-se, portanto, que a subversão parcial da clínica fonoaudiológica clássica, restrita ao plano teórico, não se desdobrou no plano dos métodos e técnicas, o que aponta, mais uma vez, para a necessidade de uma aproximação entre a fonoaudiologia e as teorias de clínica.

Como afirma Hornstein (1989):

> "... uma teoria se constrói a partir dos fenômenos, tentando revelar o sistema que os produz. O método expressa a relação que a teoria, em sua aplicação, tem com seu objeto...

> Uma teoria que não possua método e técnica não tem campo de confrontação, pois a aplicação da teoria traz novos materiais que permitem retificar, reelaborar e ampliar o campo teórico". (p.19 –21)

A visita à Psicanálise pode representar uma importante contribuição para a tematização da clínica. Para Arantes (op.cit.:77), a Psicanálise pode ser considerada como um importante lugar de diálogo para pensar um caminho singular na constituição de um método clínico.

Entretanto, a autora ressalta:

> "Da Psicanálise, importa, sem dúvida, noção de *práxis* desse jogo cerrado que articula teoria e prática. Interessa, portanto, dar ouvidos ao método freudiano de produção de um campo".

As considerações teóricas até aqui estabelecidas permitiram vislumbrar um panorama sobre as possibilidades do diagnóstico e suas implicações clínicas no atual momento da prática fonoaudiológica.

Minhas constatações sobre a avaliação de linguagem no campo fonoaudiológico, evidenciam caminhos diversificados que vão da prática normativa de avaliação à avaliação processual. Entretanto, todos apontam para uma lacuna em relação à contribuição que o procedimento de avaliação de linguagem para o diagnóstico fonoaudiológico e, desta forma, para a efetivação de uma clínica fonoaudiológica autônoma. Tal ausência permite incursões em novos campos teóricos para que, de forma criativa, encontre-

se novos caminhos para a estruturação da clínica fonoaudiológica e, assim, para a diagnóstica.

Vale lembrar a questão colocada por Freire (2001:08):

> “Será que a Fonoaudiologia do segundo período, a da clínica da linguagem, alicerçada pelos conhecimentos advindos da lingüística em geral e, em especial, do chamado projeto interacionista em aquisição de linguagem, avançou na constituição de uma clínica interna, própria à Fonoaudiologia?”

A autora segue afirmando que é inegável a importante contribuição dada pelos trabalhos iluminados pelo projeto Aquisição e Patologias de Linguagem do LAEL-PUC-SP. Entretanto, eles pouco contribuem para a estruturação da clínica fonoaudiológica.

Portanto, é urgente procurar caminhos para ampliar a discussão, elaborar o raciocínio de Leão sobre a noção de estrutura diagnóstica e sua relação com a estrutura clínica. Estes pontos serão desenvolvidos no capítulo que se segue.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar as considerações finais do trabalho sou acompanhada pela sensação de que o trabalho nunca terminaria a não ser que efetivamente eu colocasse um ponto final. E é isto que faço no momento. Aqui se inicia o ponto final, as últimas amarrações, o verniz da tela, o ensaio geral ou, talvez a estréia.

Elaborar as considerações finais de um trabalho significa retomar o problema que o suscitou, as respostas que foram encontradas e identificar as novas questões que surgiram.

Retomo o problema que fundou este trabalho: a busca pela compreensão da relação que se estabelece na clínica fonoaudiológica entre avaliação de linguagem e diagnóstico. Posso afirmar que esta questão ganhou uma nova dimensão, caracterizada por alguns esclarecimentos que, obviamente, conduziram a novas interrogações.

Este capítulo sintetiza a reflexão crítica do estado da arte em Fonoaudiologia no que concerne ao diagnóstico e, a partir desta trajetória, elabora uma proposta alternativa de avaliação de linguagem.

A diferenciação inicial entre *diagnóstica* e diagnóstico e, entre este e avaliação de linguagem, foi primordial para a compreensão de que esta última deve respeitar os princípios da clínica, ou seja, articular-se aos outros elementos estruturais e apresentar um raciocínio clínico que justifique sua

ocorrência e sua reprodução. Como afirma Palladino “um procedimento contido por método”.

Isto significa dizer um modelo clínico estruturado a favor da manutenção da singularidade do sujeito e opacidade do dizer. Ou seja, um arcabouço teórico integrado à estrutura clínica para permitir o reconhecimento das regularidades na diferença que se apresenta ao olhar do clínico.

Com esta formulação a avaliação de linguagem cumpre sua função, qual seja, configurar-se como um procedimento que seja parte do diagnóstico e não seu substituto.

Segundo Dalgalarrondo (2000:32) há no processo diagnóstico uma relação dialética permanente entre o particular/individual e o geral/universal. Khun (1982) afirma que na história das ciências é possível reconhecer momentos em que dois paradigmas coexistem pacificamente; isto se deve ao fato de que, muitas vezes, os historiadores começaram a se colocar novas questões e, ao invés de procurar as contribuições permanentes de uma ciência mais antiga, passam a buscar a integridade histórica daquela ciência, a partir de sua própria época.

O trabalho de Felice (2000) apresenta um panorama sobre a adoção de paradigmas pela Fonoaudiologia e discute suas conseqüências para o campo clínico..

A autora salienta a presença inicial, na década de 60, de um discurso pautado na objetividade que contém forte influência da prática médica e pedagógica, configurando uma práxis fortemente determinista.

Afirma que, na década de 80, surge uma insatisfação por parte de alguns fonoaudiólogos que resolveram buscar novos referenciais teóricos iniciando um período de críticas à objetividade. Na década de 90 é iniciado um novo discurso na Fonoaudiologia. Neste momento os procedimentos clínicos são repensados e o sintoma passa a ser entendido como marca de singularidade.

A autora ressalta que a negação do primeiro discurso e o surgimento do discurso da subjetividade resultam em um indeterminismo clínico – aspecto priorizado pela clínica da subjetividade.

Conclui a análise considerando a existência de um impasse na clínica fonoaudiológica, evidenciado pela existência de diferentes paradigmas, da objetividade e da subjetividade, que determinam clínicas diversas. Propõe a clínica da complexidade na qual seriam agregados objetividade e subjetividade.

> Neste estudo foi possível reconhecer a existência de procedimentos de avaliação e diagnóstico que representam os diferentes paradigmas enunciados por Felice e, inclusive, a ocorrência simultânea destes diferentes fazeres. Portanto, aponto para um outro caminho que, talvez, como o fez Felice, indique um procedimento da clínica da complexidade.

Proponho que a avaliação de linguagem tenha uma formulação intermediária, um “entre”, que contemple o duplo “singular/universal” segundo Palladino (1997) ou ainda a tensão “saber/não saber” enunciada por Andrade (1997).

Ressalto que não pretendo propor um procedimento de avaliação de linguagem normativo, que inclua a reprodutibilidade do ato clínico, desrespeitando, desta forma, as características de imprevisibilidade e singularidade intrínsecas à relação terapeuta-paciente, mas sim a existência de um raciocínio clínico que possibilite reconhecer os métodos e as técnicas utilizados para a realização do diagnóstico e teorizar a partir destes atos,

Este raciocínio clínico não deve ser compreendido como sinônimo de generalização ou normatização do procedimento, e sim, como estruturação de um ato clínico.

Considero a realização de um procedimento de avaliação de linguagem que respeite as noções de linguagem e sujeito e que contribua efetivamente para a *diagnóstica* e a terapêutica.

Busco um caminho possível para a existência de um raciocínio avaliativo que subverta a avaliação formal clássica fonoaudiológica realizada por meio de instrumentais normativos, mas que não "escorregue" para uma tal imprevisibilidade clínica que "tem levado alguns a crer em uma singularidade impossível de ser contida" (FREIRE, 1999). Realizar uma avaliação que se situe "entre" as propostas existentes e que contribua na formatação de uma estrutura clínica fonoaudiológica, contemplando seus elementos e respeitando a relação que se estabelece entre eles é a base desta proposta.

A elaboração deste estudo evidenciou as dificuldades na ressignificação das influências advindas de outras áreas de conhecimento, salientando o aprisionamento das avaliações normativas de linguagem e as incertezas das avaliações processuais.

O estudo da estrutura e funcionamento dos critérios médicos diagnósticos evidenciou as diferenças existentes entre o objeto de estudo da Medicina e o da Fonoaudiologia. Tal compreensão salientou a impossibilidade de adequar os critérios médicos diagnósticos para a clínica fonaoaudiológica, ressaltando que tal atitude representa um enfraquecimento para a área da Fonoaudiologia no que concerne a estruturação de sua clínica e seu reconhecimento como ciência.

Vale lembrar que quando o objeto de investigação é a linguagem patológica, lida-se com um fenômeno que não apresenta a objetividade e concretude do corpo, objeto de estudo da Medicina. Entretanto, deve-se lembrar que se a linguagem é imprevisível, em decorrência da subjetividade, não aleatória, pois o dizer está submetido às normas da regra da língua. Se não é aleatório porque obedece a um sistema, logo pode ser circunscrito.

As avaliações normativas com instrumentais rígidos e calculados contribuem de forma limitada para o diagnóstico na área fonoaudiológica recorrendo a diagnósticos de outras áreas.

Em um fazer clínico, objetivo e homogêneo, como pretende a clínica fonoaudiológica clássica, utiliza-se métodos e técnicas que apagam o singular, o individual, reduzindo a avaliação a uma descrição que remete a uma categoria nosológica médica, trabalhando com o conceito de *normalidade estatística* que em nada contribui para a terapêutica.

Ao mesmo tempo, as avaliações processuais, por ocorrerem ao longo do “processo clínico-terapêutico”, pouco contribuem para o estabelecimento do diagnóstico fonoaudiológico no sentido da relação que este tem com a proposta

terapêutica. Ressalto que a avaliação é parte essencial da *diagnóstica* que, por sua vez, para a indicação da *terapêutica,* precisa do raciocínio clínico que dela deriva.

Neste momento de teorização da clínica fonoaudiológica, particularmente em relação à avaliação e ao diagnóstico, encontram-se dois quadros bastantes distintos, que configuram dois fazeres diversos que evidenciam, basicamente, diferentes correntes de trabalho influenciadas por diferentes teorias.

- avaliações realizadas por meio de testes, provas e observações que reconhecem o que falta, remetendo a uma norma e, a partir daí, tendo uma proposta de reeducação;
- avaliações realizadas ao longo do processo clínico-terapêutico, sem apresentar preocupação com o diagnóstico.

Questionar procedimentos de avaliação que desempenhem um papel eficaz para a *diagnóstica* e para a *terapêutica*, e elaborar alternativas é essencial, no momento, para a efetiva fundação da clínica fonoaudiológica.

Retomando a diferenciação necessária entre diagnóstico e *diagnóstica* - elemento estrutural que elucida a patologia conduz à *terapêutica* e esclarece a *etiologia* – cabe indicar que sob essa rubrica estão todos os procedimentos necessários à sua concretização. A clínica fonoaudiológica poderá estabelecer que, em sua prática, este processo nasce na demanda das entrevistas iniciais, é atravessado pela emergência do sujeito em seus dizeres, sustenta-se na

avaliação de linguagem, incorpora todas as observações surgidas ao longo do processo, e está sujeito a reformulações constantes.

Levando em conta o instrumental teórico que embasou este trabalho, proponho uma prática que parta da premissa da singularidade do ato clínico considerando que este não é reprodutível nem tampouco aleatório, uma vez que a teoria o limita e lhe dá sentido.

Torna-se fundamental pensar num modelo clínico que satisfaça os novos paradigmas, considerando, como afirma Freire, ”a opacidade da linguagem, a priorização do sentido e o interesse da narração, ocorrendo um distanciamento do produto dando espaço para o funcionamento da linguagem”. (2001:09)

Portanto, confundir diagnóstico com padrões de anormalidade de natureza orgânica ou lingüística é incorrer em um grande erro para a área de patologia de linguagem.

A *diagnóstica* deve tomar a entrevista com a família sob o ângulo do discurso em que o sujeito de quem se fala ocupa posições que podem ser circunscritas, interpretadas e articuladas ao discurso do sujeito sobre si próprio. Se neste emerge um sintoma, é preciso acompanhá-lo em sua transformação em demanda dirigida ao terapeuta. A apreensão do funcionamento da linguagem em seu efeito patológico e a avaliação de suas possibilidades de transformação no contexto clínico complementam o diagnóstico inicial. Digo inicial, porque será passível de releituras ao longo do processo terapêutico.

Este processo deve relacionar sintoma, funcionamento de linguagem e movência do sujeito, resultando numa diagnóstica[9] e em uma proposta terapêutica. É importante salientar que a estruturação de um raciocínio clínico depende da existência de uma nosologia, responsável por circunscrever e classificar a patologia como estrutura e funcionamento.

A avaliação baseia-se na interação discursiva, utilizando a técnica da interpretação que segundo Collino (2001: 81) "surge no discurso de fonoaudiólogos que buscam... ir além dos dados objetivos", considerando que como "este acesso não é direto o fonoaudiólogo alça conceitos teóricos, que lhe permita hipotetizar sobre os movimentos presentes".

A escuta de sua fala e a possibilidade de modificação de seu discurso, em função da sua interpretação e/ou a partir da interpretação do outro, no caso o terapeuta, profissional que dispõe de instrumental para desenvolver um raciocínio clínico completo, serão responsáveis por indicar uma estrutura de funcionamento de linguagem, determinando a diagnóstica e a terapêutica[10]. Nas palavras de Freire (1999:5) "Há, portanto, uma relação de implicação entre diagnóstico e terapia, ou seja, o sentido do diagnóstico está em servir de guia para a condução da terapia".

Afasta-se a noção de avaliação normativa, e sim, procura-se conhecer as possibilidades do sujeito, alçando uma *diagnóstica* que ao invés de encapsular o sujeito em uma patologia, direcione uma *terapêutica*.

---

[9] Acredito que este raciocínio possa conduzir a estudos que retrospectivamente identifiquem estruturas diagnósticas, ou seja, a possibilidade de equacionar, sem causalidade, queixas, sintomas e funcionamentos de linguagem.

[10] A este respeito recomendo o trabalho de Sales(2002) em prelo.

O desenvolvimento deste raciocínio decorre de uma visita à clínica psicanalítica para melhor compreender as relações que se estabelecem entre estruturas diagnósticas e terapêutica.

Segundo Dor (1997:14/21), no campo da clínica psicanalítica a única técnica de investigação de que o analista dispõe é sua *escuta,* delimitando o campo de investigação clínica na dimensão do *dizer* e do *dito*. A investigação diagnóstica precisa prolongar-se além do sintoma, sendo no desdobramento do dizer que se manifestam as *referências diagnósticas estruturais*.

A contribuição da avaliação para uma estrutura diagnóstica distancia-se do raciocínio causa/efeito presente no diagnóstico médico. Entretanto, é fato que subverter a clínica médica representa uma reflexão no sentido de pensar em um projeto clínico para a Fonoaudiologia, considerando que esta possui um objeto próprio.

Para circunscrever a clínica fonoaudiológica é necessário um projeto clínico que considere que não é possível apenas utilizar um olhar para a materialidade do corpo, como a Medicina, nem que se centre na escuta para trabalhar com o inconsciente, como faz a Psicanálise.

Torna-se evidente a necessidade que a área da patologia de linguagem, dentro da Fonoaudiologia, inaugure seu projeto clínico. Resta saber se tal projeto será direcionado pelo olhar, pela escuta ou ainda orientado por um terceiro campo constituído por e/ou situado entre o olhar e a escuta.

Finalizo este trabalho sinalizando para a importância da realização de outros estudos que contribuam para que a Fonoaudiologia funde seu projeto

clínico, desejando que este trabalho contribua para a compreensão de um de seus elementos – a *diagnós*tica - e a relação que estabelece com a avaliação de linguagem. Entretanto é fundamental que outros trabalhos, quem sabe, de alguma forma, auxiliados por este, indiquem caminhos a respeito dos outros elementos estruturais da clínica, a saber - *a* semiologia, a *terapêutica* e a *etiologia.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOROSO, M.R.M. & FREIRE,R.M. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica In: Maria Consuêlo Passos(org.) *A clínica fonoaudiológica em questão* – São Paulo: 2001.

ANDRADE, C. R. F. ... et. al *ABFW – Teste de Linguagem Infantil: nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática*. Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 2000.

ANDRADE, L.M. *Reflexão sobre a Avaliação de Linguagem na Clínica Fonoaudiológica.* Texto inédito / PUC-SP, 1995.

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

BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica*. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 1989.

BOGOSSIAN, M. A., SANTOS, M. J. *Teste Illinois de Habilidades Psicolinguísticas*. Rio de Janeiro: EMPSI – Empr. Psicologia, 1977.

BRAZ, H. A. & PELLICCIOTTI, T. H. F. *Exame de Linguagem TIPITI.* São Paulo: Kronos Gráfica e Ed., 1981.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord. OMS; tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COUDRY, M. I.; SCARPA, E. M. De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar ou sistematizar o déficit. In: R. Rojo, M.C. Cunha; A.L. Garcia (orgs.) *Fonoaudiologia e Linguística*. São Paulo: Educ., 1991.

CUNHA, M. C. *Diagnóstico fonoaudiológico: sua natureza e função.* Texto inédito / PUC-SP, 1997.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DOR, J. *Estruturas e Clínica Psicanalítica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1997.

DSM-IV *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, Trad. Dayse Batista; 4 Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de Avaliação. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 22 (supl. II):55-58, 2000.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. In: *Revista Distúrbios da Comunicação* – PUC-SP, 2001.

FELICE, A. *Através dos discursos: a construção do saber na Fonoaudiologia*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP, 2000.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 5. ed. São Paulo: Ed. Forense Universitária, 1998.

FREIRE, R. M. *A abordagem dialógica – uma proposta social em fonoaudiologia*. Tese de Doutorado. São Paulo: Programa de Psicologia da Educação, PUC-SP, 1990.

_____ *Diagnóstico nas Alterações de Linguagem Infantil*. Texto inédito / PUC-SP, 1999.

_____ *A Fundação Da Clínica Fonoaudiológica*. PUC-SP, apresentado no 9º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Guarapari, E. S., 2001.

_____ & Cordeiro, D.T. *Patologia de Linguagem: Uma Nosologia.* Texto inédito/ PUC-SP, 1999.

Geraldi, J.W. *Portos de passagem*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1991

HAGE, S. R. V. *Avaliando a Linguagem na Ausência de Oralidade: estudos psicolinguísticos*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 1997.

HORNSTEIN, L. *Introdução á Psicanálise.* São Paulo, Ed. Escuta, 1989.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* 1º Edição. Rio de Janeiro; Objetiva, 2001.

Informativo do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região – SP, Nº 37 Novembro / Dezembro 2000.

JORGE, M. R. & CUSTÓDIO,O. “ Utilidade das Escalas de avaliação para Clínicos”. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (ed.) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquatria e Psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

JORGE, M. R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Tratado de Psiquiatria.* Porto Alegre, Ed. Artmed, 6ª Edição, v.1, 1999.

KHUN, T.S. *A Estrutura das Revoluções Científicas.*São Paulo: Ed.Perspectiva, 1982.

LAUNAY, C. L.; MAYSONNY, S. B. *Distúrbios de Linguagem, Fala e da Voz na infância*. São Paulo: Ed. Roca, 1996.

LEÃO, F. C. *A Clínica Fonoaudiológica: retrospectivas e prospectivas*. Dissertação de Mestrado – PUC-SP São Paulo, 2001.

MASINI, M. L. *Em Busca da Linguagem na Avaliação de Linguagem*. Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP, 1989.

MENEZES, P. R. & NASCIMENTO, A. S. " Validade e Confiabilidade das Escalas de Avaliação em Psiquiatria". In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (ed.) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquatria e Psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

NICOLOSI, L.; HARRYMAN, E.; KRESHECK, J. *Vocabulário dos Distúrbios da Comunicação*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1996.

PALLADINO, R. R. *O diagnóstico em linguagem*. Texto apresentado nos seminários de reformulação curricular da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP, 1997.

_____ *Questões sobre o diagnóstico fonoaudiológico em crianças*. In: Revista de Distúrbios da Comunicação, v. 11, n.1: 111-124. São Paulo: Educ., 1999.

_____ Linguagem e (co) mensurabilidade dos fenômenos. In: Maria Consuêlo Passos (org.). *A Clínica Fonoaudiológica em Questão*. São Paulo: Ed. Plexus, 2001.

PEREIRA, M. E. C. *Contribuição a Psicipatologia dos Ataques de pânico.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997

PERRONI,M.C. *O que é o dado em aquisição de linguagem* In: Maria Fausta Pereira de Castro(org.) O Método e o dado no estudo da linguagem. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996

Revista Medicina e Saúde. São Paulo, Ed. Abril Cultural, 1969.

VERSIANI, M. " Prefácio". In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (ed.) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquatria e Psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

WYNGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H. *Tratado de Medicina Interna.* 16ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.