PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Fábia Regina Evangelista

Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO
2011

Fábia Regina Evangelista

Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante

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

SÃO PAULO
2011

Banca examinadora

_____

_____

_____

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

Para meus pais, Neusa e Zaqueu e minha irmã Paula.

Devo a vocês tudo o que eu sou.

Agradecimentos

À **Deus**, O verdadeiro Mestre, que guia minha vida e ilumina meu caminho. Obrigada pela força oferecida dia-a-dia, pelas oportunidades e graças concedidas.

Aos **meus pais** pelo amor e apoio incondicional, por me ensinarem o valor precioso da palavra “Família” e compartilharem comigo sorrisos, olhares, angústias e conquistas. Obrigada pelo lar repleto de compreensão, incentivo, carinho e amor.

À **minha irmã**, minha estrela guia. Melhor amiga, companheira, tradutora e confidente. Aquela que me incentiva e me apóia, SEMPRE. Nossa irmandade me faz mais feliz!

À **minha orientadora**, Regina Freire, meus sinceros agradecimentos pelo compromisso e atenção no desenvolvimento deste trabalho. A você, meu mais profundo respeito e admiração.

À **Bia**, somos amigas e com um simples olhar nos compreendemos. Com certeza essa conquista seria muito mais difícil sem nossas risadas, conversas, apoio, comemorações, discussões e “confusões de nome”. Sou privilegiada por tê-la como minha querida companheira e AMIGA inseparável.

À **Priscila**, por nossa amizade sincera, por todas as palavras de incentivo e por fazer parte da minha vida. Sua determinação e integridade só me fazem ter cada dia mais orgulho de você.

Às **amigas do "Almeida"**, que me acompanham desde meus primeiros rabiscos e que me ensinaram o quanto é maravilhoso ter amigos verdadeiros e eternos.

Aos **amigos Alessandra**, **Danielle**, **Joana, Giovanna, Glícia, Ronaldo, Ritinha** e **Thiago**, pelos encontros inesquecíveis, conversas enriquecedoras e amizades especiais.

Às **amigas Camila, Emília, Elisabeth, Karen**, **Márcia** e **Mirian** por compartilharem comigo o início de minha atuação profissional, acolhendo minhas inseguranças e comemorando comigo cada aprendizado.

A **todos os anjos-amigos**, por sempre acreditarem e torcerem por mim.

Às **integrantes do grupo da linha de pesquisa Linguagem e Subjetividade** Fabiana, Gisele, Giuliana, Hedi, Juliana Alves, Manu, Núbia, Tati e Rosi, pelo companheirismo e por todas as discussões fundamentais para a realização deste trabalho.

À **Juliana Mori**, pelas conversas, apoio e carinho.

À **minha grande família**, pelos alegres encontros e por compreenderem minhas ausências, quando esta se fez necessária para o desenvolvimento desta dissertação.

Aos **pacientes**, aqueles que diariamente alimentam meu amor pela Fonoaudiologia.

Às **Profª Drª Maria Eugênia Pesaro** e **Profª Drª Ana Cláudia Fiorini**, que me privilegiaram com leituras atentas e valiosas sugestões no exame de qualificação e aceitaram participar na banca de defesa.

À **Graça** pela amizade, atenção e dedicação com que me auxiliou na organização das referências bibliográficas.

Ao **João Matias** pelo carinho e paciência com que acolheu minhas dúvidas e pela ajuda indispensável na formatação desta dissertação.

À **Christianne Gally** pela disponibilidade com que aceitou meu convite para fazer a correção ortográfica. Foi um prazer conhecê-la.

À **Virgínia**, secretária do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC/SP, sempre atenciosa e disposta e nos ajudar.

Aos **professores da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)**, meus incentivadores e grandes exemplos de profissionais.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo auxílio que viabilizou a realização desta dissertação.

Obrigada!

A persistência é o caminho do êxito.

(Charles Chaplin)

Resumo

EVANGELISTA FR. Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2011. 73 p.

INTRODUÇÃO: No campo da Fonoaudiologia, trabalhos que façam articulação entre os indicadores clínicos e a constituição do sujeito falante são incipientes, embora pesquisas acerca deste tema possam contribuir com as ações de promoção de saúde. Para se propor indicadores clínicos fonoaudiológicos, deve-se considerar as peculiaridades desta práxis em sua lida com aspectos subjetivos, lembrando que o sintoma de linguagem está vinculado aos efeitos da relação sujeito e outro/Outro, sobre o corpo, a língua e a fala. **OBJETIVO**: Propor indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante. **MÉTODO**: Os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante foram inspirados pelos eixos elaborados por KUPFER et al. (2003) para a constituição do sujeito, pelo modelo de funcionamento dos sintomas de linguagem abordado por GOUVÊA (2007) e pela proposta de LEMOS (2002) para a aquisição de linguagem enquanto mudança de posição do *infans*, em relação ao outro, à língua e à fala. Partiu da análise de relatórios fonoaudiológicos acadêmicos dos usuários que compareceram ao setor de Fonoaudiologia no período de 2006 a 2009 em três Unidades Básicas de Saúde localizadas na Zona Leste da cidade de São Paulo. **Critérios de inclusão**: Faixa etária entre 2 e 6 anos; ter avaliação fonoaudiológica; ter hipótese diagnóstica de distúrbio articulatório, gagueira, atraso ou retardo de linguagem oral. **Critérios de exclusão**: Apresentar perturbações de fala e/ou linguagem oral secundárias a alterações de fundo orgânico. **Procedimentos**: Os dados extraídos dos relatórios fonoaudiológicos acadêmicos foram organizados em planilhas Excel 2007, a fim de selecionar os sujeitos da coleta da pesquisa e evitar duplicidade. A análise incidiu sobre dizeres parentais que foram referidos durante a queixa e as entrevistas fonoaudiológicas. **Critérios de interpretação dos dados**: A interpretação dos dados incidiu sobre os dizeres parentais sobre a criança com sintomas de fala e linguagem, agrupados por relações de semelhança, a partir dos quatro eixos que sustentam a constituição do sujeito falante: supor/negar um sujeito falante, reconhecimento/negação do sujeito falante, reconhecimento/negação do significante e a responsividade do sujeito à fala do outro. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** A amostra inicial totalizou 422 relatórios fonoaudiológicos acadêmicos. Desta amostra, foram selecionados os que se referiam aos sujeitos cujas características atendiam aos critérios de seleção, chegando-se a 88 relatórios/sujeitos. Por meio dos dizeres parentais extraídos da queixa e da entrevista com os pais foi possível estabelecer 12 indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante. Estes indicadores apontam para uma possibilidade de que o sujeito venha a apresentar perturbações de fala e linguagem, permitindo uma intervenção eficaz na promoção de saúde do falante. Os resultados permitem concluir a importância do fonoaudiólogo na atenção básica à saúde da população antes que emerjam os sintomas de fala e linguagem.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia, Indicadores Clínicos, Saúde Pública, Fala, Linguagem Oral.

Abstract

EVANGELISTA FR. Preliminary clinical indicators for the constitution of the speaking subject. [masters dissertation]. São Paulo: Pontifical Catholic University of São Paulo; 2011. 73p.

INTRODUCTION: In the area of Speech-Language Pathology, studies that link clinical indicators and the constitution of the speaking subject are incipient, although researches about this theme could contribute to health promotion actions. To propose clinical indicators in the Speech-Language Pathology clinic, one must consider the peculiarities of this practice in its articulation among subjective aspects, noting that language symptoms are related to the effects of the relationship of the subject with the other/Other, the body, the language and the speech. **OBJECTIVE**: To propose preliminary clinical indicators for the constitution of the speaking subject. **METHOD**: The preliminary clinical indicators for the constitution of the speaking subject were based on pillars drawn up by Kupfer et al. (2003) for the constitution of the subject, by the model of the language symptoms approached by GOUVÊA (2007), and by the LEMOS (2002) proposal for language acquisition as a change in the position of the *infans* in relation to the other, language and speech. Analysis of Speech-Language academic reports from users who had been attended by the Speech-Language Pathology sector in the period from 2006 to 2009 in three Basic Health Units located in the Eastern Zone of São Paulo. **Inclusion criteria**: children between 2 and 6 years old, with speech evaluation and diagnosis of articulation disorders, stuttering or delayed speech. **Exclusion criteria**: children presenting speech and language disorders secondary to diseases of organic origin. **Procedures**: The data extracted from Speech-Language academic reports were organized in 2007 Excel spreadsheets in order to select the subjects of the research and avoiding duplicity. The analysis focused on parent's complaints and on their sayings reported in the interviews. **Criteria for interpretation of data**: Data interpretation focused on the parent's sayings about their child with speech and language symptoms, grouped by similarity, based on four pillars that support the constitution of the speaking subject: supposing/denying a speaking subject, recognition/denial of the speaking subject, recognition/denial of the significant and the responsiveness of the subject to the speech of the other. **RESULTS AND CONCLUSIONS**: The initial sample comprised 422 Speech-Language academic reports. From this sample, it was selected the ones related to the subjects whose characteristics matched the selection criteria, reaching 88 reports/subjects. From the parent's sayings about their complaints and those extracted from the interviews, 12 preliminary clinical indicators for the constitution of the speaking subject were established. These indicators point to a possibility of occurrence of speech and language disorders, allowing effective intervention in promoting the health of the speaker. The results suggest the importance of the actions of the speech therapist on basic health services before the symptoms emerge in speech and language.

KEYWORDS: Speech-Language Pathology, Clinical Indicators, Public Health, Speech, Oral Language.

Sumário

Agradecimentos i

Resumo v

Abstract vi

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 1

2. INDICADORES 5

2.1. Indicadores na Clínica Médica 5

2.2. Indicadores na Clínica Psicanalítica 10

2.3. Indicadores na Clínica Fonoaudiológica 16

3. A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA NOS SINTOMAS DE FALA E LINGUAGEM 20

4. MÉTODO 30

4.1. Local 30

4.2. Material 30

4.3. Casuística 31

4.4. Procedimentos – Coleta e registro de dados 32

4.6. Critérios de interpretação dos dados 33

5. ANÁLISE DOS DADOS 34

6. RESULTADOS 46

6.1. Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante 47

7. CONCLUSÕES FINAIS 57

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 59

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 65

10. ANEXOS 66

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Fonoaudiologia é uma atividade profissional que, desde o seu início na década de 1930, vem ampliando o campo de atuação. Esse fato decorre, de um lado, da demanda de diversos setores – escola, saúde pública e instituições – pelo trabalho fonoaudiológico e, de outro, pela certeza de que sua inserção na área da saúde seria determinante nas ações de políticas de saúde.

No âmbito da implementação de práticas de saúde na área fonoaudiológica, há ações de prevenção e ações de promoção. Na prevenção, a atuação fonoaudiológica tem como objetivo diminuir as possibilidades de evolução ou agravamento de perturbações que podem atingir a população, como, por exemplo, a deficiência auditiva.

As ações de promoção de saúde, diferentemente dos objetivos das de prevenção, distanciam-se da aplicação de técnicas e normas e voltam-se para determinadas perturbações apresentadas pela população que pedem um manejo clínico específico, entre elas os sintomas de fala e de linguagem. As ações de promoção de saúde, na Fonoaudiologia, portanto, implicam o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e da comunidade, visando à identificação de suas particularidades e demanda. Além disso, Prevenção e Promoção da Saúde

> *(...) reservam (...) diferenças de metodologia de pesquisa. Na prevenção, predominam as pesquisas quantitativas com base no modelo biológico e no uso de dados técnico-científicos na busca da racionalização. Na Promoção da Saúde, os modelos socioecológicos sinalizam a importância das pesquisas e dados de característica qualitativa e da integração de enfoques e metodologias a fim de responder à complexidade do processo saúde doença e da qualidade de vida. (PENTEADO e SERVILHA, 2004, p.112).*

Entretanto, para que a trajetória da área da Fonoaudiologia continue a obter o devido respeito e reconhecimento, faz-se necessário estabelecer e difundir indicadores que direcionem as ações fonoaudiológicas. (GOULART e CHIARI, 2006).

No campo da Fonoaudiologia, propor indicadores clínicos não é uma tarefa simples: devem-se considerar as peculiaridades desta *práxis* em sua lida com aspectos subjetivos, lembrando que o diagnóstico fonoaudiológico não estabelece uma relação direta entre sintoma e doença, visto que o entendimento desta questão se situa pelos efeitos da relação sujeito e outro/Outro[1], sobre o corpo, a língua e a fala. O fonoaudiólogo, ao assumir seu compromisso com a fala do paciente, defronta-se com produções singulares, cuja especificidade pede uma escuta que as reconheça.

O presente estudo é apoiado no referencial teórico da linha de pesquisa "Linguagem e Subjetividade", que estabelece um diálogo entre as concepções de sujeito falante e seus desdobramentos na Psicanálise Lacaniana, visando à compreensão da questão sintomatológica que se situa para além da dimensão corporal. Nessa clínica fonoaudiológica, a linguagem é concebida.

> *(...) como possibilidade de vir-a-ser no mundo, respeitando a singularidade de cada sujeito e indiciando a posição do fonoaudiólogo como estruturante da linguagem da criança a partir de uma posição de falante diferenciado. (BORTOLOTTO, 2008, p.48).*

Considerando que, na clínica fonoaudiológica, os sujeitos já comparecem com uma demanda instaurada por um sintoma, a construção de indicadores clínicos visa à promoção da saúde do sujeito falante.

---

[1] Outro – grafado com maiúscula – assinala instância de funcionamento de linguagem, ou seja, o registro do simbólico – a lei, o significante, o inconsciente, a linguagem – onde o sujeito irá constituir-se, em contraponto; outro – grafado com letra minúscula – é entendido como o outro recíproco e simétrico ao eu imaginário.

Pressupõe-se que os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante possam ser empregados por profissionais da saúde – entre eles, agentes comunitários de saúde, médicos e fonoaudiólogos –, sob a forma de protocolos, como uma das ações para a detecção precoce de sujeitos que poderão vir a apresentar perturbações de fala e linguagem.

O termo **indicador**, neste trabalho, refere-se – à semelhança da pesquisa que nos inspirou[2] – a *sinais* que indicam algo fora do esperado na constituição do sujeito. Em outras palavras, se o termo *indicador* é utilizado no *Joint Committee on Infant Hearing* para advertir que sua presença representa um risco de deficiência auditiva para a criança, no presente trabalho, os indicadores são pistas extraídas da observação do processo de constituição do sujeito falante que podem implicar atenção e intervenção precoce**.**

Primeiramente, foram retomados os quatro eixos teóricos propostos por FREIRE (2009) para a constituição de indicadores de risco em Fonoaudiologia – Demanda (do sujeito ou do Outro), Reconhecimento do sujeito falante, Presença de fala sintomática, Responsividade à fala do outro. Esses indicadores foram inspirados pelos eixos elaborados por KUPFER et al. (2003) para a constituição do sujeito, pelo modelo de funcionamento dos sintomas de linguagem (GOUVÊA, 2007) e pela proposta de DE LEMOS (2002) para a aquisição de linguagem enquanto mudança de posição do *infans*, em relação ao outro, à língua e à fala, dado que ilustra um sujeito do qual se desdobra aquele de que fala a clínica fonoaudiológica (FREIRE, 2009).

---

[2] Compartilhamos com os referenciais teóricos utilizados por KUPFER et al (2003) na pesquisa intitulada "Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil"**,** que construiu os indicadores clínicos para a concepção do sujeito da clínica psicanalítica. Dessa forma, partimos dos eixos de emergência de sujeito propostos pela pesquisa referida, para desenvolver eixos para a constituição do sujeito falante, que balizaram os indicadores clínicos fonoaudiológicos.

Esses eixos foram modificados e desenvolvidos na presente pesquisa e balizaram a elaboração dos indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante, que foram estabelecidos por meio da análise de dados de sujeitos que comparecem à clínica fonoaudiológica com sintomas de fala e linguagem.

O interesse em realizar essa pesquisa deve-se ao fato de que os dados obtidos fornecerão subsídios para a atuação fonoaudiológica no SUS, além de contribuir para o planejamento de ações de promoção de saúde do falante ao estabelecer prioridades nos setores de Fonoaudiologia, sejam eles públicos ou privados.

Para desenvolver essa proposta, a dissertação foi estruturada do seguinte modo: o próximo capítulo concerne à exploração teórica a respeito da descrição/definição e uso dos indicadores nas clínicas médica, psicanalítica e fonoaudiológica.

No terceiro capítulo, consta o suporte teórico deste trabalho, com breve panorama da clínica fonoaudiológica dos sintomas de fala e linguagem.

O quarto capítulo apresenta a proposta do método, com o detalhamento da coleta de dados, local, material utilizado, critérios de seleção dos sujeitos, procedimentos para coleta e registros dos dados e critérios para interpretação dos dados.

O quinto capítulo destina-se a analisar os dados e, a partir dessa análise, derivar os indicadores clínicos fonoaudiológicos, tendo como referência a clínica fonoaudiológica norteada pela escuta da fala do sujeito sob a luz da subjetividade.

No sexto capítulo são discutidos os resultados.

Por fim, no sétimo capítulo são apresentadas as conclusões finais.

2. INDICADORES

A literatura selecionada para compor este capítulo traz trabalhos que circunscrevem o termo **indicador** e discutem várias de suas concepções**.** Pretende-se apresentar a maneira pela qual os campos médico, psicanalítico e fonoaudiológico definem o termo em sua articulação com as ações de promoção e prevenção de saúde. Para a apresentação dos estudos, priorizar-se-á a lógica de encadeamento das ideias em detrimento da ordem cronológica das publicações.

2.1. Indicadores na Clínica Médica

O vocábulo "epidemiologia" deriva do grego (*epi* = sobre; *demos* = população, povo; *logos* = estudo), portanto, em sua etimologia, significa *"estudo do que ocorre em uma população"*. Como definição ampliada, é a

> *(...) ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição populacional e os fatores*[3] *determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo* ***indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde****. (o destaque é nosso). (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003, p.17).*

[3] No presente estudo, não será trabalhado o termo "fator", no entanto, é válido mencionar que "fatores de risco" referem-se a componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. É definido como "*atributo ou circunstância do ambiente ou característica do indivíduo, herdada ou adquirida, associada à maior probabilidade de este mesmo indivíduo apresentar, no futuro, um dano à saúde*". (PEREIRA, 2006a, p.564).

Conforme os Descritores em Ciências da Saúde[4], indicadores são "medidas que sintetizam situações importantes das quais interessa conhecer sua evolução no tempo. Constroem-se a partir de informação disponível para responder a perguntas determinadas, formuladas em um contexto específico. Eles são o produto de uma seleção e elaboração dentro das possibilidades de conjunto de dados que oferecem os sistemas públicos ou outros. Além disso, os indicadores permitem as análises de resultados que se definem como esperadas ou desejáveis em uma variável, estabelecem comparações justas e rigorosas entre grupos e setores da população, por exemplo, zonas geográficas, identificam os problemas e as disparidades sociais e estudam tendências, ou seja, conhecem as mudanças ao longo do tempo [tradução nossa]"*.

Na clínica médica, quando o termo indicador está acompanhado do adjetivo "risco", os referenciais teóricos e práticos frequentemente estão vinculados a ações preventivas de agravos que acometem a população, contribuindo para o monitoramento da morbidade e da mortalidade ocasionada por uma determinada doença.

Partindo desta premissa, MOREIRA et al. (2010) realizaram um estudo a fim de verificar os indicadores de risco em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico. O estudo foi realizado por meio de entrevista, no período entre novembro de 2007 e março de 2008, com 121 sujeitos que frequentavam unidades de reabilitação em Fortaleza.

---

[4] DeCS/MeSH. Disponível em: http://decs.bvs.br. Acesso em: 07 abr 2009.

* ["Medidas que sintetizan situaciones importantes de las cuales interesa conocer su evolución en el tiempo. Se construyen a partir de información disponible para responder a preguntas determinadas, formuladas en un contexto específico. Son el producto de una selección y elaboración dentro de las posibilidades de conjuntos de datos que ofrecen los sistemas públicos u otros. Además permiten el análisis de resultados que se definen como esperables o deseables en una variable, establecer comparaciones justas y rigurosas entre grupos y sectores de la población, entre zonas geográficas, etc., identificar problemas y disparidades sociales y estudiar tendencias, es decir, conocer los cambios experimentados a lo largo del tiempo."]

Entre os indicadores de risco, o mais presente foi a hipertensão arterial (85,1%). Outras morbidades, como diabetes *mellitus* e cardiopatias, estiveram presentes em 23,1% dos participantes. As dislipidemias foram referidas por 29,8% dos sujeitos. Em relação aos hábitos de vida mantidos pelos portadores de acidente vascular encefálico que constituem indicadores de risco para o desenvolvimento de um novo episódio de acidente vascular encefálico e outras doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, o sobrepeso e a obesidade (60,9%) foram os mais constantes, seguidos de sedentarismo (58,7%), tabagismo passivo (19,3%), tabagismo ativo (15%), bebida alcoólica (14%) e uso de anticoncepcionais (7,6%).

Os resultados obtidos em estudos preventivos, como os citados acima, ressaltam a importância de dados que contribuem na implementação de intervenções educativas e de acompanhamento, a fim de se evitar aumento na incidência das doenças e suas complicações.

O termo indicador, por sua vez, acompanhado do adjetivo "saúde", é utilizado principalmente em estudos e práticas de promoção de saúde, que envolvem ações nas quais a intervenção deve ocorrer antes de o sujeito adquirir a doença e apresentar seus sinais e sintomas[5]. Os indicadores de saúde são, portanto,

> *(...) parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo. (KERR-PONTES e ROUQUAYROL, 2003, p.62).*

---

[5] Na clínica médica, o **sinal** é a evidência objetiva da doença; o **sintoma** é compreendido como a evidência subjetiva da doença, enquanto que a **síndrome** trata-se de um conjunto de sintomas ou sinais de qualquer estado mórbido que aconteça simultaneamente. (LEITE EMD, organizadora. Dicionário digital de termos médicos. Pdamed; 2007. verbetes n.1.15042, n.1.15165, n.1.15103). Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_aa.php. Acesso em: 30 nov 2010.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002), o uso de indicadores de saúde, nas políticas de Saúde Pública, serve como importante referência para definir grupos da sociedade com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Sendo assim, torna-se fundamental estabelecer ações políticas adequadas às necessidades de saúde da população.

Um conjunto básico de indicadores fornece matéria-prima essencial para a análise de saúde, e sua disponibilidade tende a auxiliar o planejamento nas políticas de saúde, corroborar a capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados (OPAS, 2002).

A construção de indicadores de saúde, portanto, é um processo complexo e, para que eles contenham qualidades confiáveis e úteis, é necessário que retratem, com fidedignidade, praticidade e ética, as peculiaridades da saúde individual ou coletiva. Esses dados devem servir de base para orientar o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população, tanto na prevenção quanto na promoção.

De acordo com PEREIRA (2006b), o grau de excelência de um indicador de saúde deve ser definido de acordo com os seguintes critérios de avaliação:

- *Validade*: capacidade de medir ou representar, sinteticamente, o que se pretende. O indicador deve discriminar precisamente um evento de outros, além de detectar mudanças ocorridas no decorrer do tempo;

- *Confiabilidade*: o alto grau de confiabilidade ocorre se o indicador reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. O indicador de “alta confiabilidade” também deve ser de “alta validade”;

- *Representatividade*: o indicador tem sua representatividade garantida quando o sistema de amostragem alcançar todas, ou quase todas, as unidades que foram selecionadas, sendo tanto mais apropriado quanto maior cobertura populacional alcançar;

- *Questão Ética*: não é permitido que a coleta de dados prejudique ou cause malefícios e prejuízos aos participantes da pesquisa. Os dados individuais deverão ser mantidos em sigilo;

- *Ângulo Técnico-administrativo*: em condições habituais de funcionamento dos serviços, é fundamental que o emprego de indicadores tenha estas características: simplicidade, flexibilidade, facilidade de obtenção, custo operacional compatível e oportunidade. Outra questão é a constituição de um "banco de dados" informatizado, no qual informações válidas, confiáveis e abrangentes são armazenadas em computador, a fim de atender a população e gerar melhores indicadores de saúde, que sejam atualizados e comparáveis, no espaço e no tempo.

Durante a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde elegeu a taxa de mortalidade infantil – que mede o risco de um recém-nascido morrer no primeiro ano de vida – como um dos principais indicadores de saúde. Dessa forma, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Pan-americana de Saúde determinaram estratégias de ação visando a redução desse indicador, cujos eixos referenciais de atenção à criança são o acompanhamento do crescimento, a reidratação oral, o aleitamento materno e a imunização (BEZERRA-FILHO et al., 2007).

Frente a essa afirmação, campanhas de vacinação estabeleceram estratégias pragmáticas para oferecer condições de saúde e,

consequentemente, propuseram medidas efetivas que evitassem os agravos ao desenvolvimento infantil.

Tais programas demonstram alto grau de efetividade. Entretanto, ao desenvolver pesquisas sobre indicadores de saúde para o desenvolvimento infantil, faz-se necessário observar outros sinais além dos aspectos orgânicos, visto que comprometimentos de ordem psíquica interferem do mesmo modo no desenvolvimento infantil, além do fato de que o "*ser humano não pode mais ser enxergado sob a ótica da fragmentação corpo e mente, porque com isso perdemos a essência humana*" (ESCOBAR, 2008, p.58).

2.2. Indicadores na Clínica Psicanalítica

As exigências de rigor epistemológico e metodológico do campo de pesquisas objetivistas que vislumbram resultados experimentais/observáveis e uma concepção totalitária do mundo refletem relações problemáticas entre a psicanálise e a ciência, visto que "*há algo da subjetividade, tal como apreendida pela psicanálise, que escapa o campo da ciência – que não pode ser traduzido em uma linguagem de leis e de sentido linguístico*" (PEREIRA e LAZNIK, 2008, p.19). Acrescenta-se ainda que

> *se, no inicio de sua carreira, a ciência moderna apostou numa suposta identidade entre o visível e o verdadeiro, hoje a maior parte dos conhecimentos científicos em que estão apoiadas as tecnologias mais avançadas de nosso tempo gira em torno de objetos não visíveis, mas meramente dedutíveis. (JERUSALINSKY et al., inédito, p.1).*

Para a psicanálise, o desenvolvimento infantil não depende apenas de processos maturativos da ordem das funções orgânicas, anatômicas, musculares e neuromusculares da criança, pois são insuficientes, e o

resultado apresentado diz respeito somente a uma fração do complexo desenvolvimento humano.

> *(...) A visão pediátrica do desenvolvimento é muito limitada e limitada ao desenvolvimento neurológico. 99% dos pediatras hoje, em seus consultórios e nos serviços de saúde em geral, vêem se a criança está firmando a cabeça com três meses, está sentando com apoio com seis meses, andando com um ano. (ESCOBAR, 2008, p.57).*

Diante desse quadro, observa-se um método de avaliação da clínica médica regido por uma concepção fragmentadora da criança, uma vez que, ao avaliar o seu desenvolvimento, é fundamental considerar corpo e mente, em sua totalidade, para garantir um diagnóstico amplo e efetivo, pois concordamos que

> *(...) dispor de aparelho perceptivo que funcione bem, ter uma evolução postural psicomotora adequada ou ter uma mãe que brinca com ela, nenhuma dessas coisas, isoladamente, determina que uma criança possa evoluir psiquicamente de um modo adequado ou não. (KUPFER et al., 2003, p.14).*

Sob essa ótica, torna-se válida a tentativa de expandir estudos que reconhecem a formação da subjetividade e a consideram como importante fator que interfere nos aspectos observáveis do desenvolvimento – as aquisições cognitivas, psicomotoras, de linguagem, o estabelecimento do brincar e a autonomia nas atividades da vida diária, além das de socialização (WANDERLEY et al., 2008).

Por essa via, é possível reconhecer tensões existentes entre as concepções da clínica médica e da clínica psicanalítica, que se estendem aos referenciais teóricos e à práxis. Apesar das particularidades, há algumas articulações presentes nos discursos dessas clínicas, entre elas pesquisas relacionadas a indicadores. Nas pesquisas provenientes da clínica

psicanalítica, os indicadores, entendidos como de natureza clínica, são concebidos

> *(...) como um signo que se relaciona com os demais numa rede discursiva ou em uma lógica simbólica, cuja leitura baseia-se nos eixos teóricos em torno dos quais eles foram construídos. Assim, deve-se lembrar que os indicadores, separadamente, não indicam nada. Precisam estar relacionados entre si para que possam apontar a lógica do eixo em torno do qual estão articulados. (KUPFER e VOLTOLINI, 2005, p.360).*

Na clínica psicanalítica, "*aquilo que faz marca para um sujeito pode não o fazer para outro*" (KUPFER e VOLTOLINI, 2005, p.360), pois o sintoma só é concebível na estrutura da linguagem e somente poderá ser apreendido dentro da história de cada sujeito, visto que seu sentido está vinculado às experiências do próprio sujeito. O sintoma surge pela ordem das formações do inconsciente, por meio dos mecanismos de condensação e deslocamento, como consequência do processo de recalcamento.

Pode-se dizer que, para a psicanálise, o termo sujeito designa a instância do simbólico, ou seja, é atemporal e invariável em sua estrutura. Em outras palavras,

> *(...) o sujeito para a psicanálise é o sujeito do significante[6]. Ele é o efeito, sem dúvida ativo, mas o efeito do significante; dito de outro modo, da linguagem. Ora, a linguagem, que se define como o sistema material dos significantes ou como o poder de simbolização que faz passar o real ao ser, é o que especifica o humano. O homem, portanto, é um "falasser", um ser que fala, alguém que sustenta seu ser da fala.* ***Deduz-se daí, então, quase matematicamente, que todo ser que é tomado na linguagem e que exerce a eminente função da fala seria um sujeito****. (o destaque é nosso) (ASKOFARÉ, 2009, p.167).*

---

[6] Segundo a teoria Lacaniana, o significante é o que representa o sujeito para outros significantes. É no discurso que os significantes se enlaçam, produzindo, como efeito, o significado. Na dimensão do significante, há a interpretação de um deslizamento no qual se constituem as figuras mestras da metáfora e da metonímia, onde a estrutura da cadeia significante possibilita que o falante se sirva da língua para significar outra coisa do que aquilo que ela diz.

Seguindo essa mesma concepção, a subjetividade está relacionada "*a uma forma histórica e determinada de traços, de posições e de valores que os sujeitos de uma época têm em comum, em suas relações com o Outro, como discurso*". (ASKOFARÉ, 2009, p.170).

Assentados na teoria psicanalítica, Kupfer et al. (2003) realizaram um estudo a fim de verificar e identificar indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs). A hipótese norteadora desta pesquisa foi a

> *(...) de que as bases de saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e a sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes. Falhas nesse processo de constituição da subjetividade ocasionam transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil. (KUPFER et al., 2003, p.8).*

Em parceria com pediatras de unidades básicas e/ou centros de saúde, treinados para tal estudo, os pesquisadores acompanharam crianças de zero a 18 meses, divididas em quatro faixas etárias. A análise dos dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a sua associação com variáveis clínicas e epidemiológicas e, após três anos, as crianças foram reavaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os IRDIs. Como resultado estatístico, foi possível validar 18 indicadores (anexo 1), além de concluir que o IRDI não só tem maior capacidade de predizer problemas de desenvolvimento do que de riscos psíquicos, como também assinalou indicadores isolados ou em grupos com capacidade de predizer os riscos mencionados.

Esses indicadores foram construídos com a utilização de quatro eixos teóricos definidos a partir de um modo de concepção do sujeito e com base no conhecimento teórico-clínico já estabelecido pela psicanálise sobre as diferentes operações psíquicas que se fundam na primeira infância. É

preciso considerar, porém, que esses eixos orientam tanto as funções físicas como psicológicas e não aparecem em momentos alternados, mas se entrelaçam nos cuidados maternos dirigidos ao bebê e também nas respostas produzidas pela criança, dando testemunho dos efeitos de inscrição de tais marcas.

Kupfer et al. (2003) sustentaram a hipótese de que a ausência desses eixos aponta para problematizações na estruturação da subjetividade. Segundo os autores, os quatro eixos teóricos extraídos de um modo de concepção do sujeito são: **supor um sujeito, estabelecer a demanda da criança, alternar presença-ausência e Instalação da função paterna**. Desse modo, a mãe precisará sustentar as seguintes funções:

Supor um sujeito: representa uma antecipação, realizada pelo agente materno, da presença de um sujeito psíquico no bebê, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito. No entanto, tal constituição depende justamente de que ele seja, inicialmente, suposto ou antecipado. É a partir dessa suposição, por exemplo, que o grito do bebê poderá ser tomado como um apelo pela mãe – e, sendo assim, interpretado por ela – e abrir, para o bebê, a possibilidade de esse apelo revestir-se de significação para ele e para a mãe. É a partir desse modo que a subjetividade – que não é inata – pode efetivamente construir-se.

Estabelecer a demanda da criança: compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, como, por exemplo, o choro, e precisam ser reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder. Isso inicialmente implica uma interpretação em que a mãe usa linguagem, “traduz” em palavras as ações da criança, e “traduz” em ações suas próprias palavras. O modo em que essa matriz venha se instalar, ou não, durante os primeiros tempos da vida, estará na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

Alternar presença-ausência: a mãe ou o cuidador não deve responder ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas produzir uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Para que um bebê se torne um ser desejante – o que equivale a ser autônomo e singular –, é necessário que ele possa ter uma experiência de falta. Não se trata, porem, de uma falta qualquer – meramente física, por exemplo, – mas de uma falta que possa ser falada. Para o bebê tornar-se um ser de linguagem, será necessário que as inscrições psíquicas ordenem-se de modo descontínuo, alternado, pois é a alternância presença-ausência oferecida pelo agente materno que poderá produzir essa descontinuidade. Essa descontinuidade, marcada pela presença-ausência, é o fundamento estrutural da linguagem – para que a palavra exista, é necessário romper o enlace entre o "objeto causa" e a satisfação, ou seja, a palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras. Nesse momento, a criança pode então experimentar-se como sujeito.

Instalação da função paterna: quando essa função se instala, a criança renuncia às satisfações imediatas que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe ou de seu cuidador. Para que a função paterna opere, é preciso que a mãe situe a lei como uma referência a um terceiro em seu laço com a criança, não fazendo dessa criança um objeto que se presta unicamente à sua satisfação. É graças à função paterna que uma criança poderá distanciar-se do outro materno e utilizar então a linguagem em sua função simbólica. Ao mesmo tempo, isso a empurra na direção de procurar novas formas de satisfação.

2.3. Indicadores na Clínica Fonoaudiológica

As áreas de especialização da Fonoaudiologia dividem-se em audiologia, linguagem, saúde coletiva, motricidade oral e voz. Tendo em vista que a clínica fonoaudiológica abrange diferentes setores de atuação e, consequentemente, toma diferentes objetos, em cada uma das *práxis* também se faz distinta a abordagem adotada.

Os indicadores fonoaudiológicos são incipientes e há estudos apenas sobre indicadores de risco em audiologia. Os outros campos, porém, trabalham com fatores de risco, tema que não será discutido neste trabalho.

Goulart e Chiari (2006), atentas às ações de saúde coletiva, apresentam reflexões sobre a necessidade de ampliar as informações sobre os indicadores na perspectiva fonoaudiológica. Pelo fato de suas propostas estarem vinculadas à promoção, utilizam o adjetivo "saúde" para classificar os indicadores. Por meio de um breve panorama histórico, apresentam conceitos que abrangem a construção e aplicação de indicadores de saúde e afirmam que

> *a difusão dos critérios para elaboração dos mesmos [indicadores de saúde] e compreensão desses aspectos pela classe fonoaudiológica e seus órgãos representativos, assim como, quando possível, por gestores ligados ao setor saúde, da área pública ou privada, pode contribuir com uma maior inclusão da Fonoaudiologia nas políticas de saúde. (GOULART e CHIARI, 2006, p.194).*

A clínica praticada por fonoaudiólogos, na área da audiologia, fundamenta-se em estudos voltados à audição e ao equilíbrio, procedendo, deste modo, à prevenção, identificação, avaliação, diagnóstico e re(h)abilitação do complexo sistema auditivo. Essa clínica adota a terminologia "indicadores de risco" em suas pesquisas, cujos dados

expressivos contribuem com programas eficazes para a promoção da saúde auditiva.

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) faz parte dos programas da saúde auditiva cujo objetivo é triar os neonatos com possíveis alterações auditivas. Seguindo as orientações internacionais, o Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU) sugere que a triagem seja realizada por meio do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) – que refletem o *status* funcional da cóclea – e pelo exame do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) – que avalia a condução eletrofisiológica do estímulo auditivo da porção periférica até o tronco cerebral.

No dia 02 de janeiro de 2007, entrou em vigor, no Estado de São Paulo, a lei estadual nº12. 522/2007 que obriga a rede pública a realizar a triagem auditiva em todos os neonatos com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA). Em 02 de agosto de 2010, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 12.303 que torna gratuito e obrigatório o exame de EOAs em todos os hospitais e maternidades públicas e privadas do país.

A TANU é a única estratégia capaz de detectar precocemente os recém-nascidos portadores de deficiência auditiva. Os bebês que apresentam alterações nos resultados do exame devem ser encaminhados para serviços especializados, a fim de obter diagnóstico e tratamento precoces, fundamentais para minimizar os impactos da deficiência auditiva na aquisição de linguagem e no desenvolvimento infantil.

Segundo o *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2007), os principais indicadores de risco auditivo para recém-nascidos são: permanência de mais de 48 horas na UTI neonatal; anomalias craniofaciais; síndromes associadas a alterações auditivas congênitas; história familiar de deficiência auditiva congênita, infecções intra-útero – sífilis, toxoplasmose,

rubéola, citomegalovírus e herpes–, prematuridade, peso de nascimento inferior a 1500 gramas, hiperbilirubinemia, medicação ototóxica, escore baixo de Apgar, ventilação mecânica com duração de 5 dias, ou mais, e otite média de efusão recorrente ou persistente por, pelo menos, três meses.

Com o objetivo de identificar os indicadores de risco para perda auditiva em recém-nascidos de um hospital da rede pública de Campinas/SP, AMADO et al. (2009) analisaram 589 protocolos de neonatos avaliados no Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008. Observaram como resultado, do total de protocolos estudados, que 152 (25,8%) evidenciaram presença de indicadores de risco para surdez em neonatos. Dentre eles, os mais prevalentes foram: antecedentes familiares (26,3%), boletim Apgar de 0 a 4 no primeiro minuto (23,6%), uso de medicamentos ototóxicos (23,6%), permanência em incubadora (22,3%), hiperbilirrubinemia (21,7%) e permanência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (18,4%).

Nota-se que, na clínica audiológica, os indicadores de risco estão vinculados à busca pela etiologia e o diagnóstico do comprometimento anatomofisiológico do sistema auditivo. No entanto, "*a prática fonoaudiológica no contexto da Audiologia não tem se restringido à aplicação de uma bateria de exames audiométricos, mas tem se voltado à escuta do sujeito acerca dos problemas decorrentes da perda auditiva*" (LOPES et al., 2007, p.533).

Apesar de haver um aumento no número de publicações relacionadas a indicadores clínicos que abordam aspectos subjetivos, tais estudos são complexos por apresentar difícil análise e quantificação dos dados (PEREIRA, 2006b). Tal fato pode explicar a escassez de pesquisas acerca de indicadores clínicos fonoaudiológicos que priorizam a singularidade do falante.

A vertente da clínica fonoaudiológica a que o presente estudo está vinculado não compreende os sintomas de fala e linguagem como de natureza estritamente orgânica, pois a linguagem é considerada "*como objeto simbólico indissociável da subjetividade, cujos sintomas são vistos como manifestações que implicam o sujeito e o outro*" (PUCSP, 2010)[7].

Dessa forma, acreditamos que, assim como na clínica psicanalítica, os indicadores na clínica fonoaudiológica voltada aos sintomas de linguagem "*devem ser considerados indícios, pistas que dão propriedade à construção de hipóteses acerca de movimentos que são completamente subjetivos, exclusivos*" (PALLADINO, 2007, p.195). Os indicadores, nesse caso, são acompanhados do adjetivo "clínico" em decorrência de ser essa a natureza da *práxis* fonoaudiológica, a qual compreende a singularidade do sujeito e o seu funcionamento da e na linguagem.

Embora a produção de conhecimento dos trabalhos visitados forneça noções, empregos e descrições dos indicadores, não supre com discursos que articulem o funcionamento dos sintomas de linguagem e indicadores para a clínica fonoaudiológica voltada à linguagem. Tendo em vista, portanto, essa lacuna, redimensionar-se-á, no próximo capítulo, a clínica fonoaudiológica que opera na circulação do sujeito falante na ordem simbólica a fim de buscar, no modelo de organização de sintomas de linguagem (GOUVÊA, 2007), o suporte teórico para discussão dos achados na análise de dados.

---

[7] Conceito extraído do Setor de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: http://www.pucsp.br/pos/programas/fonoaudiologia/apresentacao.html. Acesso em: 25 nov 2009.

3. A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA NOS SINTOMAS DE FALA E LINGUAGEM

A clínica fonoaudiológica compartilha filiações teóricas com diversas áreas de conhecimento e, frequentemente, o fonoaudiólogo desenvolve ações interdisciplinares, contemplando, principalmente, os campos médico ou psicanalítico.

Em decorrência dessas filiações, podem-se observar, na Fonoaudiologia, dois paradigmas principais, opostos e excludentes, sobre a noção do sintoma, que direcionam as ações clínicas O primeiro, assim como o paradigma médico, retrata a clínica da Objetividade, na qual o sintoma ocupa um lugar marcado por sua homogeneidade e estabilidade, uma vez que é subordinado à ordem orgânica, reconhecendo-o no corpo. O diagnóstico fonoaudiológico, concebido à semelhança da área médica, estabelece uma relação direta entre sintoma e doença, possibilitando apenas a identificação da patologia, já que apaga as questões discursivas/subjetivas e valoriza o "ser orgânico", ocasionando o "desaparecimento" da singularidade. (AMOROSO e FREIRE, 2001).

O segundo paradigma assume seu compromisso com a fala do paciente e, nessa clínica denominada de Subjetividade, o terapeuta defronta-se com produções singulares caracterizadas pela heterogeneidade de suas composições enigmáticas, sendo impossível encontrar a origem do sintoma, por este pertencer ao simbólico. Para as autoras, o diagnóstico na Fonoaudiologia deve estar focado tanto na interpretação do dizer do outro sobre a criança quanto nos efeitos da interpretação da criança sobre seu sintoma.

A Clínica Fonoaudiológica a qual este trabalho está vinculado compartilha do segundo paradigma, no qual o compromisso do

fonoaudiólogo está na articulação entre uma teoria de fala e linguagem e o reconhecimento dos pilares subjetivos do falante. Nos estudos da linha de pesquisa "Linguagem e Subjetividade" do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC/SP, da qual faço parte,

> *a linguagem é considerada como funcionamento linguístico discursivo que obedece suas próprias leis, dando primazia à autonomia do significante e aos processos metafóricos e metonímicos como os eixos que materializam esse funcionamento. A subjetividade é entendida a partir de um dimensionamento simbólico e de sua relação com a exterioridade, pressupondo, então, que a emergência do sujeito se dá a partir dessa dupla inserção [8]. (PUCSP, 2010).*

Sendo assim, essa linha de pesquisa propõe a "constituição de um campo clínico instaurado pelo sujeito do inconsciente enquanto estruturado na/pela linguagem e dividido no campo do Outro marcado pela invasão do desejo" (GOUVÊA, 2007, p.3).

De acordo com ALMEIDA (2003), o sujeito do inconsciente é um conceito Lacaniano que considera a existência de algo além do enunciado. Lacan afirma que para-além dos ditos, há um dizer inconsciente, e este inconsciente é linguagem. Nas palavras da autora,

> *o sujeito do inconsciente se constitui a partir do seu assujeitamento à linguagem (...) Sujeitado ao desejo do Outro, ele fala sem saber o que diz, e muitas vezes à sua revelia deixa escapar pelos equívocos da língua o desejo inconsciente, trazendo pelo ato sua dimensão inconsciente. (ALMEIDA, 2003, p.47).*

---

[8] Conceito extraído do Setor de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sobre a linha de pesquisa Linguagem e Subjetividade. Disponível em: http://www4.pucsp.br/pos/fonoaudiologia/programa/linhas_pesquisa.html. Acesso em: 03 jun 2009.

Uma vez que a pesquisa “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” já definiu os eixos da emergência do sujeito[9], pressupostos dos quais compartilhamos, o presente trabalho partiu de tais eixos e proporá outros acerca da constituição do sujeito falante, pois

> *(...) a fala de uma criança indica que ela entrou em um campo que excede o da fala: o campo da linguagem. Esse campo abarca outras manifestações expressivas, mas não se restringe a elas. A entrada da criança no campo da linguagem não se mede somente pelo vocabulário, pelo domínio da sintaxe e da gramática, ou pelo domínio de outras manifestações de linguagem, como a gestualidade, por exemplo. Essa entrada se mede principalmente pelo lugar do qual o sujeito se representa no sistema da língua, revelando sua possibilidade de se situar em relação às significações do mundo, sua possibilidade de sustentar as relações com os outros, de reconhecer na linguagem a demanda e o desejo dos outros, e de produzir, por sua vez, significações novas. (KUPFER et al., 2009, p.56).*

Na teoria Saussuriana, a distinção entre língua e fala constitui a base da teoria estruturalista da linguagem. Para SAUSSURE (2004 [1916], p. 16), “*a linguagem tem um lado individual e um lado social, sendo impossível conceber um sem o outro*”. Em outras palavras, a linguagem apresenta duas partes: a língua (*langue*), considerada essencial, que está no campo social, e a fala (*parole*), tida como secundária, que se situa na esfera do individual.

O termo *langue* refere-se à língua como sistema de signos interiorizado culturalmente pelos sujeitos falantes, ao passo que a *parole* (fala) refere-se ao ato individual de escolha das palavras para a enunciação do que se deseja. Consequentemente, a língua é uma abstração da realidade que apenas é concretizada por meio da fala. É certo que a fala assume um caráter de manifestação limitada pelas regras de um sistema maior, pois o sistema que rege a língua exige que a fala respeite determinados parâmetros.

---

[9] Descritos no capítulo anterior nas páginas 14-15.

A abordagem saussuriana corrobora com a incoerência de se tomar a língua como um objeto que pode ser apre(e)ndido de forma sequencial e afirma que "*suas manifestações são individuais e momentâneas*" (SAUSSURE, 2004[1916], p.28).

LEMOS (2002), autora de trabalhos pioneiros sobre aquisição da linguagem no Brasil, propõe uma interpretação estrutural de como a criança passa da posição de *infans* para sujeito-falante de uma língua. Nesse processo, a constituição do sujeito como falante passa pelos eixos da fala do outro, pelo funcionamento da língua e pela relação entre o sujeito e sua própria fala, num percurso de três posições que caracterizam estes diferentes tempos da fala da criança.

A primeira posição, na qual o polo dominante é a fala do outro, a operação a ser representada é a metonímica que se explicita através de fragmentos da fala do outro, incorporados pelo *infans,* e vice-versa*,* ou seja, neste momento, a fala da criança é um reflexo da fala do adulto, estando dependente e alienada a esta fala. É, portanto, conhecida como a posição do "acerto", em que a criança é falada pelo outro.

No que se refere à segunda posição, o polo dominante é o funcionamento da língua, momento em que emerge a fala da criança, promovendo o deslocamento do *infans* para sujeito falante. Essa posição é marcada pelo "erro"[10], que aponta para o distanciamento da criança em relação ao outro, quando se mostra impermeável às correções, ou seja, quando a criança "erra" e o outro corrige. No entanto, "o erro" persiste sem que ela se dê conta, pois a criança não percebe a diferença entre a sua fala e a fala do Outro. Essa alternância de "erros" e "acertos" pela criança é

---

[10] Nessa perspectiva, os "erros" são efeitos do distanciamento da fala da criança em relação ao outro, que promovem a mudança "*na relação da criança com a língua no decurso de sua constituição como falante"* (LEMOS, 1997, p. 05). Nesta posição, os "erros" marcam a impermeabilidade à correção pelo outro, porque não tem escuta para fala do outro e para sua própria fala.

possibilitada pelo funcionamento metafórico/metonímico, sendo que as metáforas e metonímias estão circunscritas às cadeias de significantes que circulam na própria fala da criança.

Na terceira e última posição, em que o polo dominante é a relação entre o sujeito e sua própria fala, a criança retorna ao campo do Outro, indiciando a sua diferença, na articulação entre a própria fala do sujeito, a escuta da sua fala e a escuta para a fala do Outro. Caracteriza-se pela homogeneidade e a ocorrência, na fala da criança, de pausas, hesitações, reformulações – que podem ou não ser convocadas pela interpretação do interlocutor – e as auto-correções sob a forma de substituições. Essa posição é marcada pelo "acerto" em que a criança escuta o Outro e se escuta, aproximando-se da fala do outro por meio de substituições e deslocamentos.

Vale ressaltar que essas mudanças não seguem momentos cronológicos ordenados, nem etapas a serem superadas.

A clínica fonoaudiológica que aqui se coloca, como já mencionado no início deste capítulo, concebe os sintomas de fala e linguagem como presença de sujeito, um sujeito falante, dividido pelo inconsciente – assim como o sujeito da clínica psicanalítica –, mas, principalmente, pela escuta e pela fala.

Para JERUSALINSKY (2008), os sintomas de fala e linguagem oral caracterizados por restrições gramaticais, sintáticas e de vocabulário, ocorrem, com exceção dos casos de origem neurológica, devido a falhas de posição do sujeito na linguagem. Sendo assim, "o *que deve interrogar o clínico – fonoaudiólogo – é justamente a demanda que se faz no campo/corpo da fala e da linguagem do falante e não no corpo orgânico ou cognoscitivo, que exclui o sujeito da fala*." (GOUVÊA, 2007, p.12).

O sintoma na fala é considerado "*expressão de uma lógica significante que comanda a fala de um sujeito que nela faz presença na*

linguagem" (LIER-DEVITTO, 2005a, p.145), pois há "*um modo singular de relação com o sujeito com a fala: o modo como ele 'escuta' a fala do outro e a própria fala e o modo segundo o qual sua produção – sua liberdade – é restringida por processos internos da linguagem*" (LIER-DEVITTO, 2005b, p.325). Além disso, "*se o sintoma é na fala, certamente o falante, sua condição-sujeito está implicada*" (ARANTES, 2005, p.103). É possível afirmar, portanto, que

> *problematizar a 'fala' significa, acima de tudo, enfrentar a multiplicidade de suas manifestações. Significa assumir que essa heterogeneidade 'caótica' para Chomsky ou 'inapreensível' para Saussurre é da ordem da ocorrência.* ***Ocorrência de um falante na fala*** *(destaque da autora). Eu disse de 'um falante' e é esse 'um' que faz sua inscrição na língua, que faz com que ela seja 'não uma' na fala. Daí a heterogeneidade desconcertante que marca essa existência – a da fala. (LIER-DEVITTO, 1999, p.349).*

Enquanto AMOROSO e FREIRE (2001, p. 20) destacam que o sintoma da linguagem é o efeito de "*estranhamento do outro diante da fala do sujeito"*, GOUVÊA (2007, p. 159) enfatiza que "*o sintoma de linguagem veicula o lugar da fala/escuta do sujeito em relação à fala a escuta do Outro e os efeitos desta relação determinariam a constituição do sintoma de linguagem*".

Frente ao exposto, DUNKER (2000) afirma que os sintomas de fala e linguagem não devem ser escutados à luz da clínica médica para quem "*o que depende da fala do paciente, do relato de seus familiares ou da mera impressão do observador possui valor secundário* (...). *O clínico neste sentido ouve o paciente, mas não o escuta.*" (p.40), pois o estatuto do sintoma na clínica fonoaudiológica "*é dependente e indissociável da sua forma de enunciação e de sua estrutura de linguagem. E somente por isso pode se alterado, desconstruído ou transformado por intermédio de operações lingüísticas.*" (p.53).

Para construir os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante, buscou-se suporte teórico no modelo de organização de sintomas de linguagem, segundo o qual "*a ordem do funcionamento dos sintomas de linguagem diz sobre o funcionamento do sujeito com o campo do Outro que se dá a ver pelas estruturas da escrita, da língua e da fala*" (GOUVÊA, 2007, p.98). A partir dessa proposta, os sintomas de linguagem, na Fonoaudiologia,

> *(...) pertencem a uma estrutura complexa de múltiplos estratos e interestratos sucessivos e superpostos que operam por contradição, oposição e diferença. Estrutura esta que contém os intervalos espaciais, temporais e lógicos da linguagem, formando uma espécie de grade topológica dividida esquematicamente nos eixos horizontais – escrita, língua e fala – em relação aos eixos verticais – sujeito, Outro, metáfora e metonímia. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).*

Os sintomas de linguagem, dessa forma, partem de uma semiologia dominada pelo significante e pela escuta para a fala, na qual a multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem pode sustentar a estrutura da clínica fonoaudiológica a partir da sanção estabelecida entre os falantes. Nesse sentido,

> *(...) a sanção é um elemento operatório que, articulado ao trinômio sujeito-língua-fala, produz efeitos significantes que se dão a ver tanto no funcionamento da linguagem em sujeitos ditos normais e em sua aquisição pelo infans, como na configuração e manutenção dos sintomas que emergem ou se manifestam na linguagem, isto é, nas cadeias textuais, discursivas e dialógicas. (GOUVÊA, 2007, p.53).*

Em outras palavras, a sanção é o estabelecimento das leis da linguagem que governam os falantes, sendo a articulação entre a estrutura e o funcionamento da linguagem. Os efeitos retroativos da sanção de uma fala sobre a outra gera tanto a constituição quanto a reversão dos sintomas de linguagem. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).

No que se refere à inclusão do sintoma no discurso, a sanção sobre o sujeito implica as operações de tradução – passagem de um significante para outro significante mantendo o mesmo significado; de transcrição – a passagem de um tipo de signo (verbal, acústico, visual, mnemônico) para outro tipo de signo; e de transliteração – passagem de um sistema de escrita para outro sistema de escrita. Assim,

> *traduzir, transcrever e transliterar são formas diferentes de validar ou reconhecer um ato de fala ou uma produção discursiva que tomam em consideração, de maneira distinta, a função de autoria, o efeito de sujeito ou a posição de enunciação. São modalidades diferentes de sancionar um sintoma de linguagem, ou seja, de inscrevê-lo como tal. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).*

Para análise dos dados da presente pesquisa, os sintomas de fala e linguagem serão considerados "*como impedimentos, exagerações, deslocamentos e facilitações dos processos de tradução, transcrição e transliteração*". (GOUVÊA et al., 2011, No prelo), ao mesmo tempo em que

> *(...) estruturado desde a ordem significante que atravessa o campo do Outro e se articula simultaneamente aos efeitos da sanção da fala/escuta, da língua e da escrita [simbólica], o sintoma parece poder ser capturado pelos arranjos e rearranjos do funcionamento do sujeito que dão-nos algumas pistas acerca do funcionamento lógico do sintoma nas grades na/da linguagem. (GOUVÊA, 2007, p.85).*

Ao se compreender que a clínica fonoaudiológica trabalha com os sintomas subscritos pela clínica tradicional com os termos "retardo de linguagem, distúrbio articulatório e gagueira", esse modelo "*pode permitir ao fonoaudiólogo aí adentrar para, em seu sistema clínico, articular metodologicamente a mudança de posição estrutural das falas e escritas do sujeito em direção a outros modos de funcionar na linguagem.*" (GOUVÊA, 2007, p.96).

Os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante ancoram-se em um modelo próprio à clínica fonoaudiológica, que busca explicar a aquisição de linguagem ou a mudança de *infans* para sujeito falante, a partir dos sintomas de linguagem. Segundo esse modelo de organização de sintomas de linguagem, mencionado anteriormente neste capítulo, a emergência do sintoma de linguagem estaria vinculada aos efeitos de uma fala sobre a outra, nos eixos da escrita e da língua submetidas à sanção do sujeito, do Outro e da intersubjetividade.

Portanto, **os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante** foram ancorados em quatro eixos, propostos por FREIRE (2009), modificados e desenvolvidos para esta pesquisa. Vale mencionar que os eixos correspondem a uma estrutura e, dessa forma, são concomitantes.

Supor um sujeito falante: a constituição da criança como sujeito falante depende de sua antecipação pelo discurso do outro. O bebê é envolvido pela linguagem antes mesmo de sua concepção. É a partir dessa suposição, por exemplo, que o outro (mãe ou cuidador) interpreta os primeiros sinais (vocais, ou não) e atende as demandas do bebê. O sujeito falante é constituído pela fala do outro, que inclui o bebê em seu discurso e reveste de interpretações suas manifestações corporais – riso, choro, gesto e olhar – e que fala com esse bebê justamente por supor que ele virá a falar. O outro,ao pressupor que o bebê apresenta desejo de fala, o coloca na posição de sujeito falante, mesmo que ainda não o seja de fato. Desse modo, o encontro do sujeito com a linguagem ocorre por meio do outro que enlaça esse bebê à ordem simbólica, à ordem da linguagem.

Reconhecimento do sujeito falante: para que a criança fale, é necessário que os choros, sons, gestos, espasmos musculares sejam tomados por alguém como fala ou mensagem dirigida, ou seja, que a criança seja escutada como falante ainda sem falar. O reconhecimento do sujeito falante está nesta antecipação e na interpretação em que o outro supõe que escuta

significantes onde, a rigor, existiria apenas uma realização sonora não identificável como elemento linguístico. É com a prosódia particular do "manhês" [11], que o outro fala com a criança, aguarda "resposta" e continua seu diálogo alternando turnos. O silêncio que ocorre entre esses turnos, marca o primeiro distanciamento, ou seja, a separação/diferenciação entre mãe e filho.

Reconhecimento do significante: na constituição do sujeito falante, a fala da criança está circunscrita à fala do outro e, a partir dessa fala, a criança incorpora fragmentos da fala do adulto que, por sua vez, interpreta tais fragmentos atribuindo-lhes sentido. Então, a criança fala "bó" e o adulto responde "Ah! Você quer a bola". Esse movimento de adotar um segmento de fala e colocá-lo numa combinação de metáfora e metonímia imprime caráter gramatical à fala da criança, que produz efeitos na rede da sintaxe e dos sentidos. As interpretações promovem a mudança da criança na língua e deslocam sua fala, uma vez que o outro ocupa a posição de lugar de funcionamento da língua.

Responsividade à fala do outro: sugere que a criança ocupe a posição de sujeito falante e atenda a demanda de fala do outro. A fala da criança estará sob efeito da fala do outro a ponto de ela ser afetada e responder, sustentando um diálogo. Falar é falar para o outro, então a criança conta histórias, narra acontecimentos, exprime desejos e "dá voz a personagens" durante atividades simbólicas. A presença desse eixo, portanto, supõe que o sujeito se reconheça e seja reconhecido pelo outro como sujeito falante, ao mesmo tempo em que tenha escuta da própria fala e para a fala do outro.

---

[11] Composta por incidência de picos prosódicos, sintaxe simplificada, uso de diminutivos, menor frequência de encontros consonantais, repetição silábica e uso de registro de voz mais alto e agudo que o habitual.

4. MÉTODO

Esta é uma pesquisa retrospectiva, de natureza clínico-qualitativa.

4.1. Local

A pesquisa foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de Saúde Leste que possuem setor de Fonoaudiologia: UBS Doutor Pedro Souza Campos, UBS Jardim Keralux e UBS Vila Císper, pertencentes ao Distrito Administrativo da Região de Ermelino Matarazzo.

A escolha dos locais de pesquisa, situados na Zona Leste da cidade de São Paulo, foi feita considerando que as UBS são interligadas pela supervisão realizada pela orientadora deste projeto, e estão vinculadas à Faculdade de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, uma vez que os estudantes do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da referida instituição realizam, nesses locais, o estágio da disciplina de Supervisão Fonoaudiológica em Serviços Públicos de Saúde.

4.2. Material

A amostra foi composta pela análise dos relatórios fonoaudiológicos acadêmicos dos usuários do Sistema Único de Saúde das UBS acima mencionadas.

Os relatórios fonoaudiológicos acadêmicos estão arquivados em CD-ROM aos cuidados da Profa. Regina Freire, supervisora das fonoaudiólogas estagiárias responsáveis pelos atendimentos no Setor de Fonoaudiologia

das UBS mencionadas e orientadora desta dissertação. Os relatórios fonoaudiológicos acadêmicos são anuais e foram elaborados pela fonoaudióloga estagiária responsável pelo caso a partir de um roteiro com dados informativos do sujeito – nome, idade, data de nascimento–, origem do encaminhamento, queixa, entrevista fonoaudiológica, avaliação fonoaudiológica, hipótese diagnóstica, planejamento terapêutico e situação.

Os relatórios foram produzidos a fim de documentar a assistência prestada, considerando a Resolução nº 285 do Conselho Federal de Fonoaudiologia de 08 de junho de 2002, que, nos artigos 1º e 2º, determina ser de competência do fonoaudiólogo – que realiza avaliação e terapias de linguagem oral ou escrita, voz e audição – guardar os resultados dos exames e os prontuários dos clientes por um prazo mínimo de 10 anos após a alta do mesmo. Portanto, a elaboração dos relatórios está vinculada à prática da ética profissional.

4.3. Casuística

Critérios de inclusão:

- Ter sido atendido no setor de Fonoaudiologia das Unidades Básicas de Saúde mencionadas no período compreendido entre 2006 e 2009;
- Ter entre 2 e 6 anos[12];
- Ter avaliação fonoaudiológica;
- Ter hipótese diagnóstica de distúrbio articulatório, gagueira, atraso ou retardo de linguagem oral[13].

---

[12] As crianças com mais de 6 anos foram excluídas do estudo porque: a) a partir desta idade há uma estabilidade das queixas parentais; b) há uma queda na demanda por perturbações de fala e c) há um aumento na demanda por perturbações de escrita.

[13] Termos cunhados pela clínica tradicional.

Critérios de exclusão:

- Apresentar perturbações de fala e/ou linguagem oral secundárias a alterações de fundo orgânico, dado que os indicadores aqui propostos restringem-se aos fatores que possam interferir no processo de aquisição de linguagem de sujeitos ditos normais.

4.4. Procedimentos – Coleta e registro de dados

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da cidade São Paulo, sob número 333/10, desenvolveu-se com base nos princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP para pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) assinado pelo pesquisador e responsáveis pelos sujeitos desta pesquisa.

Compuseram a amostra inicial todos os relatórios fonoaudiológicos dos sujeitos atendidos pelas UBS durante o período mencionado.

Os dados extraídos dos relatórios fonoaudiológicos acadêmicos foram organizados em planilhas Excel 2007 (anexo 3), colocando-se na linha horizontal as categorias: nome, data de nascimento, idade, queixa, origem do encaminhamento, hipótese diagnóstica, entrevista e avaliação fonoaudiológica, destinando-se as linhas verticais, ao conteúdo do relatório de cada sujeito. Esse procedimento foi realizado a fim de selecionar os sujeitos da coleta da pesquisa e evitar duplicidade. Essa amostra inicial totalizou 422 relatórios fonoaudiológicos acadêmicos.

Desta amostra, foram selecionados os que se referiam aos sujeitos cujas características atendiam aos critérios de seleção, chegando-se a um número de 88 relatórios/sujeitos. Os dados destes sujeitos foram

transferidos para uma segunda planilha (anexo 4). Nos casos em que um mesmo sujeito tivesse mais de um relatório por ter permanecido em atendimento mais de um ano, optou-se por utilizar apenas os dados do relatório primeiro ou inicial.

Por fim, para a análise, elaborou-se uma terceira planilha (anexo 5) contendo apenas as categorias que se referiam aos dizeres dos familiares sobre a criança – a queixa e a entrevista –, eliminando-se as demais categorias. Esse corte foi sustentado pela hipótese de que os sinais que poderiam vir a constituir ou subsidiar a construção dos indicadores apareceriam no discurso familiar sobre a criança e sua constituição como falante. Esta hipótese vai ao encontro da afirmação de AMOROSO e FREIRE (2001) de que o diagnóstico, na Fonoaudiologia, deve estar focado tanto na interpretação do dizer do outro sobre a criança quanto nos efeitos da interpretação da criança sobre seu sintoma.

4.6. Critérios de interpretação dos dados

A interpretação dos dados, como apontado acima, incidiu sobre os dizeres dos familiares sobre a criança. Feita uma primeira leitura desses dizeres, observou-se que eles poderiam ser agrupados por relações de semelhança, a partir dos quatro eixos que sustentam a constituição do sujeito falante[14]: supor/negar um sujeito falante, reconhecimento/negação do sujeito falante, reconhecimento/negação do significante e a responsividade do sujeito à fala do outro. Dessa forma, a construção dos indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante partiu do patológico para supor o normal.

---

[14] Descritos nesse trabalho, no capítulo “A clínica fonoaudiológica nos sintomas de fala e linguagem”, págs.28-29.

5. ANÁLISE DOS DADOS

No decorrer das entrevistas preliminares, "*os pais devem ser convocados a "olhar" a partir de uma posição desde a qual possam exercer uma marca simbólica, e não como quem olha somente um órgão*". (BRANDÃO et al., 1997, p.09).

Acredita-se que os dizeres parentais mencionam como o outro conferiu ao bebê a posição de sujeito falante e o incluiu em seu discurso. O sujeito é um ser falante, isto é, um sujeito que só tem acesso às coisas do mundo através da mediação do simbólico.

> *Se a criança se desenvolve, o sujeito se constitui. Essa estruturação se faz na dependência daquilo que o Outro venha a simbolizar para o recém nascido desvalido em sua capacidade de simbolizar. Esse processo de simbolização depende do Outro que, desejante da criança, engendrou-a e adotou-a para que ocupe um lugar em sua cadeia significante. (KUPFER, 1999, p.70).*

Dessa forma, a clínica fonoaudiológica aqui posta requer uma escuta singular do discurso parental quando faz referência aos risos, choros, gestos e olhares da criança, pois esses dizeres indicam como os pais anteciparam o sujeito falante. Em outras palavras,

> *(...) a marca, o traço primeiro (choro, balbucio, grito) do bebê, que ao ser sancionado pela mãe como demanda em um primeiro momento e, ao mesmo tempo, por ela reescrito como fala, é rasurado e substituído pelo significante. Se não o for, poderá aí se inscrever um sintoma de base. Assim, esta sanção primitiva seria o princípio da emergência de um falante ou de um tipo clínico, como os chamados retardos de linguagem. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).*

A criança é antecipada pela fala, pois está inscrita no discurso do outro – antes mesmo de nascer – o qual também lhe oferece sentidos que possibilitam sua entrada no campo da linguagem. É também pelo discurso que o outro utiliza as suas sensações para outorgar significações aos movimentos do bebê e enlaçá-lo à ordem da linguagem – como quando a mãe interpreta o choro do bebê como pedido de alimento e conversa com o filho explicando que irá preparar a mamadeira.

Assim como sugerido pelo modelo de organização dos sintomas de linguagem, "*a causalidade das patologias de linguagem e o direcionamento da terapêutica fazem remissão às formas de sanção entre um estrato e outro da linguagem bem como à relação de reconhecimento entre o sujeito e Outro*" (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).

Dessa forma, a constituição do sujeito falante está diretamente relacionada ao "assujeitamento" do bebê pelo outro, pois "*do campo da cultura e da linguagem virão as chaves de significação em torno das quais a criança deverá construir para ela própria um lugar único"* (KUPFER et al., 2009, p.50).

Em suma, a constituição do sujeito falante implica a antecipação do outro e a posição do próprio sujeito em relação a sua fala e à fala do outro, o que torna-se viável utilizar os quatro eixos para a constituição do sujeito falante como balizadores para a análise de dizeres parentais.

Sob a égide do eixo **reconhecimento/negação do sujeito falante**, foram encontrados estes dizeres parentais:

- *Tem dificuldade para falar;*
- *Quase não fala;*
- *Fala pouco e estranho;*

- *Fala rápido e gagueja;*
- *Ele não formula frases completas;*
- *Quando ele fala a língua vai para frente;*
- *Meu filho não fala e não engole a saliva.*

O outro da criança nega o sujeito falante ao negar a fala, visto ser impossível separar sujeito e fala. Ao derrogar o sujeito falante, o outro promove a operação de sanção que "(...) *é, ao mesmo tempo, validar ou vetar um ato e reconhecer ou desconhecer um sujeito. Seja pelo gesto afirmativo, seja pela ilação negativa, seja pelo silêncio ou pela interrogatividade* (...)" (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).

A negação do sujeito falante interdita as interpretações que o outro pode oferecer às mensagens da criança e "*que articula os atos de reconhecimento intersubjetivos com o funcionamento estrutural da linguagem"* (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).

Sob essa ótica, a primazia da constituição do sujeito falante seria o reconhecimento, visto que,

> *no salto do ainda não humano para o humano, de um organismo prematuro para um corpo falante, nada se dá sem que um adulto fale à criança, esculpindo-lhe a voz como marca singular na história desse corpo. Ainda que infans, desde o nascimento, a criança é apanhada em uma rede de linguagem que a antecede e na qual e pela qual qualquer manifestação do seu corpo – grito, balbucio, riso, choro, movimento ou silêncio – recebe interpretação da mãe ou daquele que ocupa sua função. (CASTRO, 2003, p.55).*

Pelo fato do reconhecimento de o sujeito falante estar vinculado à sua antecipação pelo outro, os dizeres parentais mostram como os responsáveis

concebem o sintoma de linguagem e como o sintoma se presentifica nas manifestações sintomáticas na fala do sujeito. Dessa forma,

> *observa-se, na relação adulto/criança, a importância do papel do Outro na constituição da criança como sujeito, pois será o Outro da linguagem que ressignificará a fala dela, ou seja, interpretará e analisará sua fala dentro de um sistema dialógico, de acordo com seu mundo social e físico.*
> *Portanto, a fala da criança é ressignificada pelo adulto num processo dialógico estruturante que permite a participação da criança. É assim que o adulto reconhece-a como sujeito, pois passa a introduzi-la no universo do simbólico. (SANTOS e CÔRTES, 2003, p.1175).*

Por esta via, o reconhecimento do sujeito falante possibilita a ação interpretativa do outro que "*dá voz ao bebê e cria manifestações de subjetividade da parte deste naquele momento do desenvolvimento em que a criança não pode ainda assumir seus lugares na relação intersubjetiva*" (RUBINO, 1989, p. 2), ou seja, o adulto antecipa o sujeito falante antes mesmo de o ser.

> *O ordenamento da linguagem – desde que personalizado por um adulto desejante – é o eixo que move, organiza, interfere e configura as linhas gerais do desenvolvimento. Portanto, há uma estrutura simbólica que organiza o processo do desenvolvimento, de modo a permitir o surgimento de um sujeito. Esse surgimento depende, então, das significações que se colocam em jogo no cuidado do bebê. (KUPFER et al., 2003, p.15).*

A partir dessas observações, a constituição do sujeito falante alude às representações do bebê enquanto interlocutor pelo outro, cujo estatuto instiga o processo de subjetivação, no qual "*(...) a linguagem é força fundante, é condição para o nascimento de sujeito, isto implica assumir que não há reconhecimento anterior ou fora da linguagem e esse conhecimento é constituído no e pelo movimento discursivo"* (RAHAL, 2008, p.41).

Quando o outro nega a fala do sujeito por considerar "rápida e gaguejante",

> *prevalece, neste caso, um discurso autoritário, que coloca a criança em uma relação de ordem de cima para baixo. Esse discurso é dominado pela ausência de reversibilidade (...) Essa fala do adulto ao recusar sentido à fala que se presentifica por repetições, hesitações, silêncios e reformulações, distancia a criança da posição discursiva de reconhecimento ou de identificação com o erro. (AZEVEDO e FREIRE, 2001, p.151).*

Há diferentes "séries" em que o outro pode localizar o sintoma. Em "Ele não fala e não engole a saliva", o dizer gira em torno da causalidade, ou seja, é como se o outro estivesse em busca dos "*possíveis agentes causadores do problema na linguagem*" (ARANTES, 2001, p.51). Para justificar, pressupõe uma causação por contiguidade: como ele não engole saliva, não fala.

A queixa de "não falar" está articulada à de "não engolir", constituindo a fala como uma ação "mecânica" da mesma ordem da deglutição, destituída de subjetividade, fato recorrente na clínica fonoaudiológica, na qual "*os clientes e/ou seus pais vinculam os sintomas de linguagem oral a queixas/causas orgânicas (...). Entretanto (...), os sintomas de linguagem sempre sinalizam a existência de uma questão subjetiva*" (CUNHA, 2001, p.191).

A clínica fonoaudiolólogica a qual este estudo está vinculado propõe que os sintomas de fala e linguagem remetam ao sujeito e não à patologia, pois *"os sintomas na linguagem são produções enigmáticas, não redutíveis a movimentos desajeitados do aparelho fonador, nem a realizações audíveis de uma ação interna/ mental*" (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238), ao mesmo tempo em que "*o corpo pode ser o lugar de indícios de problemas de linguagem na medida em que, quanto mais semelhante a uma superfície sensorial, menos consistência simbólica aí estará inscrita*" (PALLADINO, 2007, p.198).

Em outras palavras, o corpo pode fornecer sinais acerca de perturbações de fala e linguagem oral; no entanto, os sintomas de fala e

linguagem não estão vinculados ao desenvolvimento de alguma função fisiológica, mas sim à constituição do sujeito falante.

Sob a égide do eixo **reconhecimento/negação** do significante, estão os dizeres parentais:

- *Fala errado;*
- *Fala bastante, mas fala errado;*
- *Ele gosta de falar, mas fala tudo enrolado;*
- *Ela troca as letras, fala enrolado e muito baixo;*
- *Fala tudo errado e não fala muita coisa;*
- *Fala errado igual ao irmão dele.*

Por meio desses dizeres, nota-se a negação do significante, ou seja, o outro reconhece a fala do sujeito. No entanto, a considera faltosa, errante, desviante, portanto a interdita e a sanciona na modalidade da tradução, visto que manter em uma única frase para não perder o sentido "*traduzir é passar de um significante a outro mantendo o mesmo significado tal como ocorre nas dislalias, quando o falante produz um som onde a língua exige outr*o" (GOUVÊA et al., 2011, No prelo). A sanção aqui

> *incide sobre a reversibilidade entre quem fala e quem escuta. Os efeitos da sanção de uma fala/escuta sobre a outra implicam a sanção como reconhecimento no sujeito e no significante (...) Aqui a sanção opera assinalando a contradição tradutiva, ou seja, relativa à passagem de um uso da língua para outro uso da língua. Este é o caso mais explícito de incidência da sanção metalinguística. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).*

Nos dizeres “Fala errado igual ao irmão dele”, o sintoma é visto como contaminação de outro sujeito que também apresenta tal perturbação. Visto sob esse ângulo, o sintoma é entendido como uma “doença” que pode ser “contagiosa”. Por isso mesmo, não consideramos coerente rotular os dizeres idiossincráticos como “alteração”, “distúrbio”, “transtorno” como o faz a clínica tradicional, uma vez que fala e linguagem não “ficam doentes”. Dessa maneira, não é a fala ou a linguagem que apresenta alteração, mas sim a posição do sujeito em relação a elas.

Considerando que o Outro precede o sujeito, o adulto coloca a criança em uma posição a qual ela responderá, ou seja, o adulto antecipa a presença de alguma perturbação de fala e linguagem, assim como o fazem outros membros da família. Por isso, “e*scutar em que posição a criança responde com seu sintoma, aos efeitos de uma determinada posição na configuração familiar, será então um norteador na busca de uma referencia para o diagnóstico diferencial*” (RAFAELI, 2005, p.133). Visto por esse modo, na clínica com crianças, além de escutar o sujeito, faz-se necessário considerar todas as manifestações que sustentam seu dizer, incluindo o brincar e o discurso parental que compõem parte dessas manifestações. (DUTRA, 2008).

Nos dizeres,

- Não fala tudo, tem palavra que não dá pra entender;
- Meu filho tem dificuldade na fala e eu não entendo.

Observa-se a sanção sobre o sujeito como operação de transliteração, pois o outro não reconhece o traço do sujeito, gerando o apagamento da fala deste que pode gerar “*problema de reconhecimento do falante e da entrada do significante*.” (CASTELLANO, 2010, p.58). Nesse caso, transliterar

> *(...) significa passar de um sistema de escrita para outro sistema de escrita. Por sistema de escrita entendemos as marcas e traços anteriores e condicionantes da emergência de significantes. Tais marcas são resíduos do encontro com o Outro e se inscrevem na corporeidade daquele que virá a ser um sujeito. (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).*

Por fim, dizeres, como

- *Ele fala enrolado, por isso é muito apegado a mim, pois somente eu entendo quando ele fala do jeito dele;*
- *Tem dificuldade para falar algumas palavras e só a irmã entende o que ele fala.*

indiciam que a fala da criança, embora seja acolhida e interpretada, está alienada à fala do outro, que fala por ela.

> *A trajetória do sujeito, no funcionamento dos sintomas linguagem, parece também passar pela relação de dominância à fala do Outro. Com efeito, os restos metonímicos que indiciam a cristalização, nesse estrato, de forma a configurar um tipo de quadro patológico em que as repetições primárias, ou seja, os fragmentos de fala do sujeito, não são supostos como fala, mantém as relações do sujeito alienadas ao campo do Outro. Cabe destacar que entende-se (sic) a relação do sujeito no campo do Outro, como alienação da fala do sujeito à sanção/fala do Outro. (GOUVÊA, 2007, p.121).*

Nos dizeres desse eixo, os responsáveis enunciam a queixa a partir do efeito do estranhamento que a fala do sujeito provoca, configurando o sofrimento causado pelo sintoma de linguagem, compatível com a noção de "(...) *sanção que reconhece e simboliza a indeterminação entre reconhecimento do sujeito ou reconhecimento do significante (...) Aqui o sintoma aparece como refratário à sanção do Outro"* (GOUVÊA et al., 2011, No prelo).

Os dizeres confirmam a presença de fala, mas de uma fala marcada discursivamente por uma diferença que a aliena a uma posição subjetiva de impedimento. Esses dizerem aprisionados aos “erros” dos sujeitos silenciam a criança, contudo, na aquisição de linguagem, o “erro” é entendido

> *(...) como indício de movimento e mudança. (...) tanto no que ele se apresenta como irregularidade inesperada quanto como regularização da exceção, antes para um movimento singular da língua na fala da criança em direção a uma organização/reorganização. (LEMOS, 1995, p.02).*

De acordo com o modelo dos sintomas de linguagem (GOUVÊA, 2007), o “erro” marca a relação que o sujeito tem com a língua, na tentativa de reformular sua fala em busca de seu reconhecimento como Outro.

> *E ainda, pensamos que nesse nível da emergência dos sintomas de linguagem pela estrutura da língua, o sujeito pode não enfrentar a questão da escolha, pois só escuta a língua e recusa e nega a escuta para a fala do outro e/ou para a sua própria fala. O lugar que o sujeito ocupa é o funcionamento da língua e nesse lugar não há espaço para a escuta da fala, seja de si ou do Outro (GOUVÊA, 2007, p.138).*

Para SAUSSURE (2004 [1916]), a fala é a condição de ocorrência da língua, sendo também heterogênea, assistemática, multifacetada, portanto “*suas manifestações são individuais e momentâneas*” (p.28). Nesse sentido, "*a heterogeneidade que a fala da criança exibe com relação à língua constituída* (...) *atesta uma articulação significante do sujeito na língua*" (CASTRO, 1998, p. 248).

No discurso parental, a negação do significante contido na fala do sujeito excluirá a abertura ou a escuta para sua fala, no entanto “*a criança, por sua condição de infans, depende sobremaneira do que dizem dela*” (VORCARO, 2003, p.267), e ainda de acordo com esta autora “*a inibição da criança em articular a fala não é somente um sintoma que comunica, ao campo social, um mal-estar familiar. Ele atesta a impotência da criança em*

identificar-se, em reconhecer-se em uma identificação, em distinguir-se no campo social" (Idem, p.272).

Sendo assim, "*implicar o sujeito na relação da linguagem significa (...) admitir que esse funcionamento, embora universal, não é cego, uma vez que o sujeito – ao enunciar-se e enunciar – faz marca de sua singularidade no corpo da linguagem*" (ARANTES et al., 2005, p.143).

Nota-se também a herança que a clínica fonoaudiológica "carrega" devido à aproximação com a clínica médica na qual o sintoma da doença é observado como "*dado observável, como fenômeno particular, individual, mas interpretado como uma alteração indesejável em relação a leis universais, mensuráveis e invariáveis*" (CUNHA, 2001, p.15).

Parafraseando Lacan,

> *(...) o significante, por mais solidificado que esteja, não se reduz ao instintual. Mesmo que aquilo que se escuta seja tão pouco discursivo quanto uma interjeição, ela não é, por isso, menos discursiva. Uma interjeição não é um grito expressivo, ela é da ordem da linguagem. É parte do discurso que não o cede a nenhuma outra ordem pelos efeitos da sintaxe numa língua determinada. (apud VORCARO,1999, p.32).*

A estruturação da criança, portanto, como sujeito falante de uma língua, está fundada na posição que o sujeito ocupa no discurso, na medida em que o Outro atribui interpretação, significado e reconhecimento ao significante.

Sob a égide do eixo de **responsividade, ou não, à fala do outro**, foram encontrados estes dizeres parentais:

- *Quando eu chamo, ele não responde;*
- *Ele não gosta muito de falar e não formula frases completas;*

- *Não se desenvolve na fala, não conversa;*
- *Participa de brincadeiras, mas quando alguém pede para ela falar algo ela permanece quieta e observando.*
- *Não elabora histórias, ele apenas repete o que vê e o que ouve.*

No percurso de *infans* a sujeito falante, a fala da criança passa por mudanças conforme a posição discursiva que ocupa em relação à fala do outro, à língua e em relação a sua própria fala (LEMOS, 2002). Os dizeres que se apresentam sob esse eixo remetem-nos às conceituações tecidas acerca dos sintomas de linguagem – ou seja, são dizeres que inferem que além de não terem escuta para a fala do outro, tais sujeitos ficam "paralisados" em dada posição diante desse outro. Por essa via, pode-se afirmar que a relação entre língua e fala está perdida, assim como a relação do falante com a fala do outro.

Na clínica fonoaudiológica, queixas alusivas a crianças que não atravessam a instância do funcionamento da língua e não são responsivas à fala do outro, portanto, "não falam", são recorrentes. No que concerne a esses sujeitos,

> *(...) os pais/Outro da criança que se movimenta ou se cristaliza neste tipo de funcionamento de linguagem, tem suas falas - da criança e a do Outro - submetidas e deslocadas do seu lugar/posição nas cadeias dialogais, uma vez que não é somente a fala da criança que está alienada à fala do Outro, bem como esta fala do Outro está assujeitada à paralisia, à abertura ou ao fechamento das cadeias discursivas fora de tempo e de lugar. (GOUVÊA, 2007, p.123).*

A criança é estruturada enquanto sujeito pela língua, isto é, o funcionamento linguístico discursivo é o que vai significar a criança e lhe permitir tomar distância do outro. A fala do outro, na qual a língua já opera,

irá inserir a criança em seu funcionamento "(...) *já que a criança vê a si mesmo como é vista*." (BRANDÃO et al., 1997, p.10-1).

A não responsividade à fala do outro, está diretamente vinculada à alteridade da linguagem, na qual o outro exerce papel fundamental de interlocutor e produz efeito de enlaçamento ao sujeito. Além disso, é

> *(...) preciso acrescentar ainda a dimensão paradoxal do ato temporal ou do acontecimento individual da fala, como fala de alguém endereçada ao Outro. Falar não é simplesmente ser o agente ou usuário de uma língua, falar é também ser autor. Falar é aceitar e modificar uma regra, realizar o universal da linguagem no singular de um sujeito por meio do particular de uma língua. (GOUVÊA et al. 2011, No prelo).*

Pode-se inferir, a partir dos dizeres desse eixo, que a responsividade à fala do outro requer que a criança desloque-se da condição de interpretada e ressignificada pelo outro, para intérprete de sua própria fala e da fala do outro.

6. RESULTADOS

Apesar de a amostra ser pequena, o material analisado permite observar que os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante, vistos como sinais e pistas, podem estar presentes nos dizeres parentais, pois "*ver o adulto na lida com a criança ou escutá-lo narrar seu cotidiano podem ser modos de se deparar com indícios*" (PALLADINO, 2007, p.198).

Os dados analisados mostram que há uma "proximidade" nos discursos parentais acerca dos sujeitos com sintomas de fala e linguagem que comparecem à clínica fonoaudiológica, e que tais sintomas podem estar vinculados a um ato de sanção, ou seja, ao reconhecimento ou abolição do sujeito falante pelo outro. Por isso, os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante devem ser vistos como indícios de que o sujeito pode vir a apresentar perturbação de fala e linguagem.

Sendo assim, a partir dos eixos de constituição de sujeito falante – supor sujeito falante, reconhecimento do sujeito falante, reconhecimento do significante e responsividade à fala do outro – em sua articulação ao modelo de funcionamento dos sintomas de linguagem e à análise de dizeres extraídos da história de sujeitos com sintomas de fala e linguagem, foi possível elaborar 12 indicadores clínicos preliminares para a constituição de sujeito falante. Os indicadores não foram separados por idade, por não ocorrerem em momentos que possam ser ordenados cronologicamente.

6.1. Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante

1) Os pais não conversam com o bebê porque supõem que ele não entenda.

2) Os pais não interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar).

3) Os pais não recebem a fala da criança como direcionada a eles.

4) Os pais não colocam os segmentos de fala da criança em um contexto da língua, não valorizando a mensagem da criança.

5) Os pais reprimem a criança por não compreendê-la.

6) A criança não é ouvida e não se responde às suas questões.

7) A criança não faz e não responde à perguntas.

8) A fala da criança está alienada à fala do outro.

9) A criança não reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela.

10) A criança não responde a chamados.

11) A criança não mostra interesse em falar com o outro.

12) A criança não sustenta um diálogo.

Os indicadores foram organizados sob o formato de protocolos para a sua aplicação como parte das ações de promoção na saúde pública. No primeiro protocolo, destinado ao agente comunitário de saúde, os indicadores clínicos preliminares para constituição do sujeito falante foram

descritos por meio de orações simples para facilitar a sua compreensão tanto pelo profissional quanto pelas famílias visitadas. No segundo, repetiu-se a redação original dos indicadores e sua aplicação foi destinada aos pediatras e fonoaudiólogos que também estão envolvidos com ações de promoção de saúde.

Esses protocolos contêm dados extraídos dos 12 indicadores preliminares para a constituição do sujeito falante, elaborados em forma de questionamento e seguidos das alternativas Sim “S ( )” e Não “N ( )”. Importante ressaltar que, para análise da “presença” ou “ausência” de um indicador, o profissional de saúde deverá estar atento tanto aos sinais passíveis de observação quanto àqueles manifestados pelo discurso parental. Esses indicadores apontam para risco de perturbações de fala e linguagem, devido ao fato de que a presença de um, ou mais indicadores pede atenção e/ou intervenção precoces.

Sugere-se que os profissionais da saúde, em suas visitas domiciliares, utilizem o referido protocolo e, caso constatem a presença de um, ou mais indicadores, encaminhem a criança para o setor de Fonoaudiologia. Nesse caso, o fonoaudiólogo avaliará e fará o diagnóstico, oferecendo atendimento terapêutico ao sujeito e/ou orientará os pais quanto a sua participação no processo de aquisição de linguagem.

Vistos por esse ângulo, os indicadores propostos no presente estudo têm como foco a promoção de saúde do falante, disponibilizando os resultados como instrumento para detecção de riscos e para a pronta intervenção na aquisição da linguagem, contribuindo, dessa forma, com demandas, ações e planejamentos na área da saúde pública em Fonoaudiologia.

Protocolo Fonoaudiológico com os "Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante"

Equipe de Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde

Data: _____/ _____/ _____ UBS: _____

Identificação

Nº Cartão SUS _____ Nº do Prontuário _____

Histórico do Paciente

Nome:_____

Nome da mãe: _____

Data de Nasc.: ____/_____/_____ Idade: _____ anos _____ meses _____ dias

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Telefone: _(___)_____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: ____

Escolaridade: _____

Raça/Cor (declaração): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena

Acompanhante: _____

Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai Outros: _____

PSF: Área: _____ Microárea: _____

Queixa

No caso de queixas referidas pelos pais sobre a criança, marque aqui

_____

_____

1) Os pais não falam com o bebê porque acham que ele não entende? ( ) S ( ) N

2) Os pais não dão significado aos gestos da criança? ( ) S ( ) N

3) Quando a criança fala, os pais não acham que a ela está falando com eles? ( ) S ( ) N

4) Os pais não pegam os pequenos pedaços de fala da criança e formam uma frase completa? ( ) S ( ) N

5) Os pais brigam com a criança quando não entendem o que ela fala? ( ) S ( ) N

6) Os pais não dão atenção para o que a criança fala e não respondem às suas perguntas? ( ) S ( ) N

7) A criança não faz e não responde a perguntas? ( ) S ( ) N

8) A criança mantém sua fala presa a fala de alguém? ( ) S ( ) N

9) A criança não reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela? ( ) S ( ) N

10) A criança não responde quando alguém lhe chama? ( ) S ( ) N

11) A criança não mostra interesse em falar com outras pessoas? ( ) S ( ) N

12) A criança não dá continuidade à uma conversa? ( ) S ( ) N

Anotações

ACS_____

EQUIPE_____

Protocolo Fonoaudiológico com os "Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante"

Equipe de Saúde da Família – Médicos e Fonoaudiólogos

Data: _____/ _____/ _____ UBS: _____

Identificação

Nº Cartão SUS _____ Nº do Prontuário _____

Histórico do Paciente

Nome:_____

Nome da mãe: _____

Data de Nasc.: ____/_____/_____ Idade: _____ anos _____ meses _____ dias

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Telefone: _(___)_____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: ____

Escolaridade: _____

Raça/Cor (declaração): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena

Acompanhante: _____

Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai Outros: _____

PSF: Área: _____ Microárea: _____

Queixa

No caso de queixas referidas pelos pais sobre a criança, marque aqui

_____

_____

1) Os pais não conversam com o bebê porque supõem que ele não entenda? ( ) S ( ) N

2) Os pais não interpretam verbalmente as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar)? ( ) S ( ) N

3) Os pais não recebem a fala da criança como direcionada a eles? ( ) S ( ) N

4) Os pais não colocam os segmentos de fala da criança em um contexto da língua, não valorizando a mensagem da criança? ( ) S ( ) N

5) Os pais reprimem a criança por não compreendê-la? ( ) S ( ) N

6) A criança não é ouvida e não se responde às suas questões? ( ) S ( ) N

7) A criança não faz e não responde à perguntas? ( ) S ( ) N

8) A fala da criança está alienada à fala do outro? ( ) S ( ) N

9) A criança não reage (sorri, olha, vocaliza, vira) quando alguém fala com ela? ( ) S ( ) N

10) A criança não responde a chamados? ( ) S ( ) N

11) A criança não mostra interesse em falar com o outro? ( ) S ( ) N

12) A criança não sustenta um diálogo? ( ) S ( ) N

Anotações

Médico ( ) _____ Fonoaudiólogo ( ) _____

EQUIPE _____

Finda a análise, observou-se que alguns relatórios fonoaudiológicos revisados não só continham poucas informações sobre a fala e linguagem oral dos sujeitos como também foram elaborados com uma visão ortopédica e positivista dos sintomas de fala e linguagem, com predominância de termos que (des)qualificam a fala da criança e pouco se detém a identificar a relação criança-outro-língua.

Apesar de integrarem os relatórios fonoaudiológicos sobre demandas de perturbações de fala, algumas entrevistas foram estruturadas por dados estritamente orgânicos, assentados sobre aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor, relegando os dados sobre a fala do sujeito a um plano secundário, sendo que "*na clínica de linguagem a queixa dos pais é produzida a partir do efeito da fala da criança, e o objetivo do clínico é movimentar as manifestações sintomáticas que ali se presentificam*" (FUDISSAKU, 2009, p.61), portanto, "*sob esse prisma, o sintoma implica escuta e interpretação, pois atrela-se ao discurso, à linguagem e, por isso, ao simbólico.*" (PAREDES, 2005, p. 91).

Sugerimos que as entrevistas preliminares forneçam dados para uma investigação clínica da posição subjetiva da fala da criança. Com essa sugestão em mente, criou-se um roteiro – cujo intuito foi o de escrever a história do sujeito falante, incorporando os dizeres dos pais sobre a criança e sua fala, durante a (s) entrevista(s) – fundamentado nos eixos de constituição de sujeito falante que favoreceu a obtenção de informações acerca da fala e linguagem do sujeito.

PROPOSTA DE ROTEIRO PARA ENTREVISTAS FONOAUDIOLÓGICAS

1º EIXO: Supor um sujeito falante: trata-se de observar como a criança foi antecipada como falante pelo discurso do outro.

SUGESTÕES
1) Como os responsáveis ressignificavam os primeiros sinais da criança? Como eles "entendiam" o que ela queria?
2) Os responsáveis interpretavam as manifestações corporais da criança (riso, choro, gesto e olhar) e lhe respondiam verbalmente?
3) Os responsáveis conversavam com a criança desde quando ela ainda estava no ventre ou era recém-nascida?
4) Os responsáveis falam sobre a história da criança, relatando como foi quando começou a falar, o que falou primeiro, como reagia às interpretações dos adultos?

2º EIXO: Reconhecimento do sujeito falante: trata-se de observar se a criança é reconhecida como sujeito falante.

SUGESTÕES
5) Observar o que e como os responsáveis relatam sobre a fala da criança. 6) Os responsáveis mostram ter conhecimento sobre a fala da criança? 7) Os responsáveis conversavam com a criança no estilo particular no "manhês"? 8) Os responsáveis interpretavam as produções sonoras não identificáveis da criança como fala? 9) Ao falar da criança, eles se detêm ao fato de que ela compreende? 10) Os responsáveis sabem informar como a criança se comunica em ambientes sociais com diferentes pessoas, tais como, na escola, em uma festa, etc? 11) Observar a coerência entre o que é dito sobre a fala da criança e a maneira como ela fala. 12) Observar como ocorre o diálogo entre responsável e criança. 13) Os responsáveis propiciam momentos de interação dialógica no cotidiano, como, por exemplo, convidam a criança para brincar? 14) Os responsáveis respondem aos questionamentos da criança? 15) Observar como os responsáveis vêem as eventuais perturbações da fala da criança.

3º EIXO: Reconhecimento do significante: trata-se de observar como o adulto responde à demanda de fala da criança e interpreta seus fragmentos.

SUGESTÕES
16) Como os responsáveis tomam a demanda de fala da criança?
17) A fala da criança é interpretada e ressignificada?
18) Os responsáveis estão interessados no que é dito pela criança?
19) Os responsáveis expressam preocupação em compreender o que é dito pela criança?
20) Como os responsáveis reagem quando não compreendem a criança?
21) Se a criança quer dizer algo, mas apresenta “dificuldade”, como os responsáveis reagem?

4º EIXO: Responsividade à fala do outro: trata-se de observar os efeitos da fala do outro na a fala da criança.

SUGESTÕES
22) A criança fala em 1ª pessoa?
23) A criança mostra interesse em contar aos responsáveis suas descobertas ou nunca relatam nada?
24) A criança conversa com bonecos e cria histórias durante atividades simbólicas?
25) Durante a entrevista, a criança presta atenção ao que é dito e tem reações ou permanece afastada e quieta em algum canto?
26) Ao chamar a criança, ela vira, olha ou faz expressões demonstrando saber que a fala foi dirigida a ela?
27) A fala da criança está alienada à fala de alguém?
28) A criança tem capacidade de interrogar? Faz uso dos porquês?

7. CONCLUSÕES FINAIS

O processo de elaboração deste trabalho percorreu a articulação do termo **indicador** às suas definições e aplicabilidade nas políticas de saúde. Identificamos diferentes vertentes de estudos sobre indicadores e suas articulações de acordo com a práxis clínica e fundamentação teórica dos estudos desenvolvidos.

Na revisão de literatura, foi possível compreender a relevância do termo indicador em diferentes âmbitos clínicos. Na clínica médica, é possível localizar diversos estudos que contribuem para as políticas de saúde pública. No que se refere à clínica psicanalítica, apesar de o tema se fazer presente há pouco tempo, o trabalho "*Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil*" já suscita consideráveis discussões. Na clínica fonoaudiológica, entretanto, os trabalhos que fazem articulação entre indicadores clínicos e a constituição do sujeito falante são incipientes.

A clínica fonoaudiológica com a qual nos identificamos implica o sujeito como constituído pela linguagem e na relação com o outro, visto que a fala apesar de ser um ato individual, é sempre endereçada ao outro.

De acordo com essa concepção, desenvolveram-se os quatro eixos – **supor um sujeito falante, reconhecimento do sujeito falante, reconhecimento do significante e responsividade à fala do outro** – que norteiam a constituição do sujeito falante e que sustentaram a análise dos dizeres parentais de sujeitos com sintoma de fala e linguagem em articulação ao modelo de sintomas de sintomas linguagem.

Obtiveram-se como resultado 12 indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante, que podem predizer sinais para perturbações de fala e linguagem. Por essa via, esses indicadores devem

ser vistos como indícios de que o sujeito poderá apresentar perturbações de fala e linguagem, atuando na promoção de saúde do falante, além de ressaltar a importância do fonoaudiólogo na atenção básica à saúde da população antes que emerja o sintoma de fala e linguagem.

Localizamos nos resultados desta pesquisa uma importante abertura para ações de promoção de saúde na área da fala e linguagem em Fonoaudiologia, na qual se pode articular o polo universal à singularidade do sujeito e seu funcionamento peculiar de linguagem.

Convidamos os profissionais da saúde – agentes comunitários de saúde, médicos e fonoaudiólogos – a testarem os indicadores elaborados na presente pesquisa, durante as visitas domiciliares e/ou consultas, a fim de avaliarem a viabilidade a pertinência dos mesmos. É importante esclarecer que somente após os indicadores serem testados, será possível realizar análise estatística, necessária para validação dos mesmos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida VAR. O primeiro ensino de Lacan: o sujeito, entre saber e verdade [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003. [acesso em 25 jun 2010]. Disponível em: http://www.nucleosephora.com/biblioteca/corpo1/dissertacoes/vanda.

Amado BCT, Almeida EOC, Berni PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. Rev CEFAC 2009;11(1):18-23.

Amoroso MRM, Freire RM. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: Passos MC. A clínica fonoaudiológica em questão. São Paulo: Plexus; 2001. p.13-29.

Arantes L. Diagnóstico e clínica de linguagem [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Arantes L. Impasses relativos ao encaminhamento de crianças que não falam. In: Pavone S, Rafaeli YM, organizadoras. Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez; 2005. p.100-8.

Arantes L, Andrade L, Lier-de Vitto MF. A clínica de linguagem com crianças que não falam: diagnóstico e direção do tratamento. In: Pavone S, Rafaeli YM, organizadoras. Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez; 2005. p.141-50.

Askofaré S. Da subjetividade contemporânea. A Peste 2009;1(11):165-75.

Azevedo NP, Freire RM. Trajetórias de silenciamento e aprisionamento na língua: o sujeito, a gagueira e o Outro. In: Friedman S, Cunha MC. Porto Alegre, RS: Artmed; 2001. p.145-60.

Bezerra-Filho JG, Kerr-Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2000. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico na internet]. 2007 [acesso em 22 fev 2010];7(2):135-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/03.pdf.

Brandão P, Meira AM, Molina S, Jerusalinsky A. Abordagens do imaginário na cena terapêutica em estimulação precoce. In: Centro Lydia Coriat. Psicomotricidade. 2.ed. Porto Alegre: Escuta; 1997. p. 08-21. (Escritos da criança, n.3).

Bortolotto H. Linguagem e subjetividade: estudo de caso de uma criança com Síndrome de X Frágil [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

Castellano GB. Adolescentes com paralisia cerebral: estudos de casos clínicos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.

Castro MFP. Língua Materna: Palavra e Silêncio na Aquisição de Linguagem. In: Uchoa-Filho LCJ, organizador. Silêncios e Luzes: sobre a experiência psíquica do vazio e da forma. 1 ed. São Paulo: Caso do Psicólogo; 1998. p.247-57

Castro MFP. Apontamentos sobre o corpo da linguagem. In: Leite NVA, organizadora. Corpolinguagem: gestos e afetos. Campinas (SP): Mercado das Letras; 2003. p.47-60.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 285, de 08 de junho de 2002. Dispõe sobre o prazo de guarda de exames e prontuários pelo fonoaudiólogo [lei na internet]. [acesso em 01 set 2009]. Disponível em: http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20285-02%20guarda%20documentos.pdf.

Cunha MC. Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território. 2.ed. São Paulo: Plexus; 2001.

Dunker CIL. Clínica, Linguagem e subjetividade. Disturb Comun 2000;12(1):39-61.

Dutra FG. A avaliação psicanalítica na pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. p.149-59.

Escobar AMU. Apresentação e debate em torno da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. p. 49-62.

Freire RM. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. São Paulo; 2009. [Trabalho apresentado na disciplina Seminário em Clínica e Pesquisa II - Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Fudissaku F. Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.

Goulart BNG, Chiari BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica: contribuições para reflexão. Rev Soc Bras Fonoaudiol 2006;11(3):194-204.

Gouvêa G. Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Gouvêa G, Freire RM, Dunker C. Sanção em fonoaudiologia: um modelo para organização dos sintomas de linguagem. Cad Est Ling 2011;1(53). No prelo.

Jerusalinsky A. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos – AP3. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. p.117-36.

Jerusalinsky A, Kupfer MC, Bernardino LF, Wanderley D, Rocha P, Molina S, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica [texto inédito na internet]. [acesso em 08 jun 2010]. Disponível em: http://www.lydiacoriat.com.br/arquivos_pesq/Pesquisa.%20Relat%C3%B3rio%20Dr%20Alfredo.%20VALOR%20PREDITIVO%20DE%20INDICADOR%20%202009-IN%C3%89DITO.pdf

JCIH - Joint Committee of Infant Hearing [homepage na internet].Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Pediatrics; c2007. [acesso em 05 mai 2010]. Disponível em: http://www.jcih.org.

Kerr-Pontes LRS, Rouquayrol MZ. Medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.37-82.

Kupfer MCM. Problemas de aprendizagem ou estilos cognitivos?: um ponto de vista da psicanálise. In: Rubinstein E. Psicopedagogia: uma prática, diferentes estilos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.65-80.

Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Lat Am J of Fund Psychopath [periódico na internet]. 2009 [acesso em 25 out 2010];6(1):48-68. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf.

Kupfer MCM, Jerusalinsky A, Wanderley DB, Infante DP, Salles L, Bernardino LF, et al. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. Rev Latinoam Psicopatol Fund 2003;6(2):7-25.

Kupfer MCM, Voltolini R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. Psic Teor Pesq 2005;21(3):359-64.

Lemos CTG. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. Cad Est Ling 2002;42:41-70.

Lemos CTG. Processos metafóricos e metonímicos: seu estatuto descritivo e explicativo na aquisição de língua materna. Trento (IT); 1997. [Trabalho apresentado no Treton Lectures and Workshop on Metaphor and Analogy - Instituto per La Richerca Scientifica e Tecnologica].

Lemos CTG. Um percurso no interior do projeto de aquisição de linguagem. Campinas (SP): Instituto de Estudos Linguísticos, UNICAMP; 1995.

Lier-De Vitto MF. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. Cad Est Ling 2005a;47(1/2):143-50.

Lier-De Vitto MF. Falas sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea. In: Freire MM, Abrahão MHV, Barcelos AMF. Linguística aplicada e contemporaneidade. Campinas (SP): Pontes; 2005b. v.1; p.317-28.

Lier-De Vitto MF. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: Nina Leite. Corpolinguagem: gestos e afetos. Campinas (SP): Mercado de Letras; 2003. p.233-45.

Lier-De Vitto MF. Theory as an ideology and approach to deviant linguistic facts. In: Verschueren J, editor. Language and ideology. Antuérpia: IPRA & Authors; 1999. v.1; p. 344-51.

Lopes G, Russo ICP, Fiorini AN. Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão. Rev CEFAC 2007;9(4):532-42.

Moreira RP, Araújo TL, Cavalcante TF, Guedes NG, Lopes MVO, Costa AGS, et al. Acidente vascular encefálico: perfil de indicadores de risco. Rev Rene [periódico na internet]. 2010 [acesso em 23 nov 2010];11(2):121-8. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/11.2/a14v11n2.pdf.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. Brasília (DF); 2002.

Palladino RRR. A propósito dos indicadores de risco. Disturb Comun 2007;19(2):193-201.

Paredes BHS. Causalidade na fonoaudiologia: seus desdobramentos na clínica de linguagem [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Disturb Comun 2004;16(1):107-16.

Pereira MEC, Laznik MC. Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. p.15-48.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006a. Glossário geral de termos; p.561-67.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006b. Indicadores de saúde; p 49-73.

Rahal C. Atraso de linguagem: do olhar a criança para o escutar a mãe [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

Rafaeli YM. Do diagnóstico diferencial à direção do tratamento. In: Pavone S, Rafaeli YM, organizadoras. Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez; 2005. p.130-40.

Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.17-35.

Rubino R. Representando o interlocutor no período pré-linguístico [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1989.

Saussure F. Curso de linguística geral [1916]. 25.ed. São Paulo: Cultrix; 2004.

Santos PC, Côrtes A. As posições ocupadas pela criança na aquisição de linguagem [evento na internet]. In: Anais do 5º Encontro do Círculo de Estudos Linguísticos do Sul - CELSUL; 2002; Curitiba (PR). Curitiba: UFPR; 2003. p.1175-80. [acesso em 30 set 2010]. Disponível em: http://www.celsul.org.br/Encontros/05_index.htm

Vorcaro A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. Disturb Comun 2003;15(2):265-87.

Vorcaro A. Crianças na psicanálise: clínica, instituição e laço social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.

Wanderlei DB, Weise EBP, Brant JAC. O que há de avaliável no desenvolvimento infantil?: exame e discussão das escalas de avaliação do desenvolvimento infantil mais usada no Brasil. In: Lerner R, Kupfer MCM, organizadores. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. p.49-62.

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-6024: numeração progressiva das seções de um documento. Rio de Janeiro; 1989.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NB-896: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro; 1990.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-6023: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro; 2000.

Descritores em Ciências da Saúde [homepage na internet]. São Paulo: BVS. Disponível em: http://decs.bvs.br/. [acesso em 18 jan 2010].

Dicionário Digital de Termos Médicos [dicionário na internet]. PDAMED; 2007. Disponível em:

http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_si.php. [acesso em 22 out 2010].

JAMA instructions for authors: manuscript criteria and information. JAMA. 1998;279:67-74.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo [homepage na internet]. Fonoaudiologia. São Paulo; [c2000a]. [acesso em 13 set 2010]. Disponível em: http://www.pucsp.br/pos/programas/fonoaudiologia/apresentacao.html.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo [homepage na internet]. Programas de Pós-Graduação em Fonoaudiologia: linhas de pesquisa. São Paulo; [c2000b]. [acesso em 13 set 2010]. Disponível em: http://www.pucsp.br/pos/fonoaudiologia/programa/linhas_pesquisa.html.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. 2.ed. São Paulo; 2006.

10. ANEXOS

Anexo 1. Tabela dos 18 indicadores validados na pesquisa Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs).

Indicadores de 0 a 4 meses incompletos
1) Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?
2) A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês)?
3) A criança reage ao mamanhês?
4) A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação?
5) Há trocas de olhares entre a criança e a mãe?

Indicadores de 4 a 8 meses incompletos
6) A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
7) A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
8) A criança procura ativamente o olhar da mãe.

Indicadores de 8 a 12 meses incompletos
9) A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção.
10) Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
11) Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
12) A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
13) A criança faz gracinhas.
14) A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

Indicadores de 8 a 12 meses
15) A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
16) A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
17) A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.
18) Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante**

Caro(a) Senhor(a),

Eu, Fábia Regina Evangelista, aluna de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados da PUC-SP, cujo telefone de contato é (11) 7018.2303, sou a pesquisadora principal do presente trabalho de pesquisa intitulado "*Indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante".* Convido-lhe a participar de tal pesquisa, cujo objetivo é identificar dados relacionados a perturbações de fala, para propor os indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante.

A coleta de dados será realizada em todos os relatórios fonoaudiológicos acadêmicos dos usuários do Sistema Único de Saúde, que compareceram ao setor de Fonoaudiologia com queixas de fala e linguagem oral, no período de 2005 a 2009, em três Unidades Básicas de Saúde – Dr. Pedro Souza Campos, Jardim Keralux**,** Vila Cisper. A coleta de informações dos relatórios fonoaudiológicos acadêmicos será baseada na entrevista dos pais ou responsáveis e na avaliação fonoaudiológica. Desta forma, necessito que o Sr.(a). autorize a análise do relatório fonoaudiológico acadêmico de seu(sua) filho(a), uma vez que não há outra forma de analisar os dados com relação ao procedimento em questão.

Sua autorização para a coleta de dados é voluntária, e não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito dos indicadores clínicos preliminares para a constituição do sujeito falante, além de disponibilizar importantes informações para o sistema de saúde, a classe médica e a sociedade, quanto à atuação fonoaudiológica na saúde pública.

Informamos que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração, ou dúvida, sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora através do telefone acima citado. Para dúvidas e denúncias quanto à ética de pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, localizada à R. General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque – São Paulo, telefone (11) 3397-2464, e_mail: smscep@gmail.com.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Garantimos que as

informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Informo, mais uma vez, que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora através do telefone acima citado.

O(A) Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, daremos todas as informações que solicitar. Não existirão despesas ou compensações financeiras para os participantes em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados só serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Tendo sido suficientemente esclarecidos os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e sendo sua participação voluntária, peço que autorize a análise dos dados no prontuário e relatório fonoaudiológico acadêmico de seu/sua filho(a).

_____

Assinatura do responsável

Nome do participante:

Nome do responsável:

Endereço:

Fone: ( ) Data _____/_____/_____

_____

Assinatura do (a) Pesquisador(a)

Data _____/_____/_____

ANEXO 3. Modelo da planilha para coleta de dados

Nome	Idade	Data de Nascimento	Queixa	Encaminhamento	Hipótese Diagnóstica	Dados da história da criança obtidos na entrevista e avaliação fonoaudiológica.
ASM [15]	3 anos	30/04/2004	"O meu filho não fala, ele grita muito. Ele pôs aparelho auditivo há cinco meses, agora precisa trabalhar a fala dele" (sic mãe)	Família	Atraso de linguagem	Deficiente auditivo (neuropatia auditiva) – De acordo com a responsável, durante a gravidez, mãe foi obrigada a ficar de repouso durante a gravidez devido a um susto muito grande decorrente de um assalto, que lhe causou sangramento. Antonio é filho único não se relaciona com outras crianças.
FSM	10 anos	21/05/1997	"Possui trocas na fala e na escrita" (sic pai)	Escola	Não concluiu avaliação fonoaudiológica	Pai não soube mencionar quais trocas apresentadas pelo filho, mas informou que ele está com dificuldade na escola. Sujeito compareceu somente em um atendimento e abandonou o processo terapêutico antes de concluir a avaliação fonoaudiológica.
KAS	5 anos	10/07/2003	"Ele fala trocando letras" (sic mãe)	Médico	Distúrbio Articulatório	De acordo com a responsável, K. passou a ter uma voz diferente após a cirurgia para a retirada das amígdalas e adenóides. Trocas fonêmicas como o /k/ pelo /g/, e /l/ pelo /r/, omissão do /r/ e o /l/ de forma sistemática, além de omitir o /s/ quando este encontra-se no final da palavra.

[15] Utilizou-se somente as iniciais dos nomes dos sujeitos para preservar a identidade dos sujeitos.

ANEXO 4. Modelo da planilha para coleta de dados

Nome	Idade	Data de Nascimento	Queixa	Encaminhamento	Hipótese Diagnóstica	Dados da história da criança obtidos na entrevista e avaliação fonoaudiológica.
GKSA[16]	4 anos	20/02/2003	"Ele fala enrolado, por isso é muito apegado a mim, pois somente eu entendo quando ele fala do jeito dele" (sic mãe)	Mãe	Atraso de linguagem	Durante a entrevista fonoaudiológica mãe esteve um pouco agitada, pois G. estava do lado de fora chorando porque a mãe tinha entrado na sala sem ele. Mãe relatou que não houve intercorrências na gestação e no parto. Responsável disse que filho fala enrolado e que é muito difícil de compreender o que é dito por ele. Segundo a mãe somente ela o entende, e por esse motivo ele está sempre junto com ela, e que quando ela não está ele se comunica muitas vezes com gestos para pedir as coisas. Relatou também que evita sair e deixá-lo com alguém, pois tem medo das pessoas não o entenderem e ele passe fome ou sede, e que quando sai sem ele geralmente é pra ir à casa das vizinhas ou no mercado, mas que é muito rápido. E quando isto acontece é preciso que sua filha mais velha distraia G. com brinquedos ou indo ate lá fora para mostrar os carros que estão passando para ela poder sair e quando esta distração não dá certo G. começa a chorar muito e ela deixa de sair ou o leva no colo. Quando G. percebe a ausência da mãe, começa a chorar muito a ponto de quem estiver cuidando dele telefone para a mãe ou fique esperando ela na esquina de casa com G. no colo. A mãe também relata que G. sempre foi assim, muito apegado a ela e que acha isso normal, apesar de às vezes isso atrapalhar. Contou que G. não vai para a escola, pois ela tem medo de que ele não seja compreendido lá e passe vontade e que está esperando ele começar a falar melhor para poder

[16] Utilizou-se somente as iniciais dos nomes dos sujeitos para preservar a identidade dos sujeitos.

						colocá-lo no pré. G. mora com os pais e os dois irmãos mais velhos, segundo a mãe o relacionamento de G. com o pai é muito bom, que eles estão sempre brincando e o pai sempre tenta satisfazer seus desejos, mas que o pai tem muita dificuldade em entender o que o filho fala e frequentemente pede a ajuda dela, e que às vezes ele acaba perdendo a paciência e deixando para ela resolver com o menino, e por esse motivo ela não tem coragem de deixar o menino com ele. Seu relacionamento com seus irmãos também é bom. Segundo a mãe G. come de tudo e já que normalmente apenas os dois ficam em casa o dia inteiro, G. costuma brincar sozinho. No início da avaliação fonoaudiológica G. exigia a presença da mãe na sala de atendimento, e chorava muito se ela tentasse o deixar com a terapeuta e os outros integrantes do grupo. G se segurava na mãe que por sua vez ficava tensa e ansiosa com a situação. No decorrer do processo terapêutico o paciente se apresentou resistente em participar das atividades propostas e demorou muitas sessões em aceitar entrar sem a mãe. Durante os atendimentos G. se isolava dos colegas ficando na maioria do tempo em um canto chorando ou brincando sozinho. Quando brincava com os colegas estava sempre mandando neles e muitas vezes não permitia que as outras crianças mexessem nos brinquedos. Demonstrou comportamento agressivo quando contrariado, em muitos momentos batia a perna no chão ou ficava se debatendo. Sua fala é incompreensível, sendo necessário que ele use gestos e repita diversas vezes para ser compreendido. Sua fala fica mais compreensível quando é iniciado um dialogo pelo outro e pela sua entonação. Apesar da dificuldade que se tem em compreendê-lo, G. inicia diálogo e o mantém quando iniciado pelo outro.

ANEXO 5. Modelo da planilha para coleta de dados

Queixa	Dados da história da criança obtidos na entrevista e avaliação fonoaudiológica.
“Ele fala enrolado, por isso é muito apegado a mim, pois somente eu entendo quando ele fala do jeito dele” (sic mãe)	Durante a entrevista fonoaudiológica a mãe esteve um pouco agitada, pois G. estava do lado de fora chorando porque a mãe tinha entrado na sala sem ele. Mãe relatou que não houve intercorrências na gestação e no parto. Responsável disse que filho fala enrolado e que é muito difícil de compreender o que é dito por ele. Segundo a mãe somente ela o entende, e por esse motivo ele está sempre junto com ela, e que quando ela não está ele se comunica muitas vezes com gestos para pedir as coisas. Relatou também que evita sair e deixá-lo com alguém, pois tem medo das pessoas não o entenderem e ele passe fome ou sede, e que quando sai sem ele geralmente é pra ir à casa das vizinhas ou no mercado, mas que é muito rápido. E quando isto acontece é preciso que sua filha mais velha distraia G. com brinquedos ou indo ate lá fora para mostrar os carros que estão passando para ela poder sair e quando esta distração não dá certo G. começa a chorar muito e ela deixa de sair ou o leva no colo. Quando G. percebe a ausência da mãe, começa a chorar muito a ponto de quem estiver cuidando dele telefone para a mãe ou fique esperando ela na esquina de casa com G. no colo. A mãe também relata que G. sempre foi assim, muito apegado a ela e que acha isso normal, apesar de às vezes isso atrapalhar. Contou que G. não vai para a escola, pois ela tem medo de que ele não seja compreendido lá e passe vontade e que está esperando ele começar a falar melhor para poder colocá-lo no pré. G. mora com os pais e os dois irmãos mais velhos, segundo a mãe o relacionamento de G. com o pai é muito bom, que eles estão sempre brincando e o pai sempre tenta satisfazer seus desejos, mas que o pai tem muita dificuldade em entender o que o filho fala e frequentemente pede a ajuda dela, e que às vezes ele acaba perdendo a paciência e deixando para ela resolver com o menino, e por esse motivo ela não tem coragem de deixar o menino com ele. Seu relacionamento com seus irmãos também é bom. Segundo a mãe G. come de tudo e já que normalmente apenas os dois ficam em casa o dia inteiro, G. costuma brincar sozinho. No início da avaliação fonoaudiológica G. exigia a presença da mãe na sala de atendimento, e chorava muito se ela tentasse o deixar com a terapeuta e os outros integrantes do grupo. G se segurava na mãe que por sua vez ficava tensa e ansiosa com a situação. No decorrer do processo terapêutico o paciente se apresentou resistente em participar das atividades propostas e demorou muitas sessões em aceitar entrar sem a mãe. Durante os atendimentos G. se isolava dos colegas ficando na maioria do tempo em um canto chorando ou brincando sozinho. Quando brincava com os colegas estava sempre dando ordens e muitas vezes não permitia que as outras crianças mexessem nos brinquedos. Demonstrou comportamento agressivo quando contrariado, em muitos momentos batia a perna no chão ou ficava se debatendo. Sua fala é incompreensível, sendo necessário que ele use gestos e repita diversas vezes para ser compreendido. Sua fala fica mais compreensível quando é iniciado um dialogo pelo outro e pela sua entonação. Apesar da dificuldade que se tem em compreendê-lo, G. inicia diálogo e o mantém quando iniciado pelo outro.