

Maria do Carmo Oliveira Carrasco

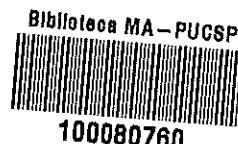
**ANAMNESE OU ENTREVISTA: DESFAZENDO
EQUÍVOCOS NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA**

Mestrado em Distúrbios da Comunicação

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
1999**

Maria do Carmo Oliveira Carrasco

**ANAMNESE OU ENTREVISTA: DESFAZENDO
EQUÍVOCOS NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA**



Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Distúrbios da Comunicação sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Regina Maria Freire.



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
1999**

COMISSÃO JULGADORA

Dra. Cláudia L.
Dra. Conceição
Jeff. Wille

Eduardo e Fernanda.

*Eduardo, pelo amor e dedicação presentes em todos os
momentos da nossa relação.*

*Fernanda, pela alegria e inspiração da sua
chegada.*

A meus pais, pelo amor sempre presente.

*A meu irmão, pelo exemplo de
perseverança.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, nosso criador, pela vida.

À Prof^a Dr^a Regina Maria Freire, pelo carinho, determinação e paciência. Agradeço sobretudo por acolher-me como sua orientanda durante o percurso deste mestrado. Exalto sua humildade em compartilhar seus conhecimentos, assim como sua apurada análise e técnica para redirecionar este trabalho.

À Prof^a Dr^a Maria Claudia Cunha, por sua valiosa contribuição, através de suas sugestões e esclarecimentos, durante o Exame de Qualificação.

À Prof^a Ruth Palladino, por suas idéias e incentivo durante o Exame de Qualificação.

À Prof^a Dr^a Maria Consuelo Passos, por seus ensinamentos no início deste trabalho.

Ao meu marido e amigo Eduardo que sempre esteve presente, ajudando-me incansavelmente. Agradeço por sua compreensão e amor nos momentos de apreensão no decorrer deste trabalho.

À Concheta, Roque e Denise pelo carinho e pela torcida.

À Patrícia, Alberto e Mayara que me ensinam dia após dia o significado da amizade.

À Universidade de Mogi das Cruzes, que viabilizou financeiramente os estudos de mestrado.

À todas as dificuldades que nos tornam fortes e melhores.

RESUMO

Neste trabalho proponho-me a repensar o estatuto do procedimento inaugural da Clínica Fonoaudiológica, comumente denominado de *anamnese e/ou entrevista*.

Inspirada inicialmente por estudos advindos das Clínicas Médica e Psicológica, foi-me possível definir, delimitar e caracterizar estes procedimentos, identificando-os à sua origem.

A análise da fala de fonoaudiólogos nas dimensões descritiva e crítica permitiu-me reconhecer duas instâncias no 'fazer' fonoaudiológico: a clínica e a clínico-terapêutica. A primeira, cujo objeto pode ser circunscrito ao corpo, assemelha-se, em seu funcionamento, à clínica médica. A segunda, cujo objeto é a linguagem, escapa à apreensão e à previsibilidade e aproxima-se dos princípios norteadores da clínica psicanalítica.

Concluo, sugerindo que o momento inaugural da Clínica Fonoaudiológica, quando o objeto é a linguagem, conforma-se à ENTREVISTA, tal como discutida por vários autores ao longo deste trabalho.

Finalmente, este procedimento só terá sentido se parte integrante e inalienável do processo terapêutico.

SUMÁRIO

	Página
Introdução.....	01
Capítulo 1: O Nascimento Simultâneo da Clínica e da Anamnese e/ou Entrevista.....	04
Capítulo 2: A Anamnese e a Entrevista: Definição e Filiação.....	16
2.1. A Anamnese e a Clínica Médica.....	16
2.2. A Entrevista e a Clínica Psicológica.....	22
2.3. Anamnese ou Entrevista ?.....	28
Capítulo 3: O Momento Inaugural na Clínica Fonoaudiológica.....	36

3.1. Na Fala dos Precursors.....	36
3.2. Na Fala dos Fonoaudiólogos Brasileiros.....	53
3.3. Na Fala dos Críticos.....	65
Capítulo 4: A Entrevista na Instância Clínico - Terapêutica da Fonoaudiologia.....	73
4.1. A Instância Clínico-Terapêutica.....	73
4.2. A Entrevista.....	80
Conclusões Preliminares.....	86
Bibliografia.....	89
Anexos.....	98

INTRODUÇÃO

Iniciei minhas atividades em uma clínica multidisciplinar atuando como fonoaudióloga ao lado de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos.

Apesar da diversidade de profissionais, o volume de pacientes a serem atendidos determinava uma homogeneização dos procedimentos clínicos a serem aplicados. Cada paciente era submetido, inicialmente, à entrevista ou anamnese para , a seguir, passar por avaliação ou exame, devolutiva ou resultados, terapia clínica ou medicamentosa, orientação familiar e alta. Como afirma MILLAN (1990), "... todos passos de um mesmo exercício, sempre sequencializados e executados num ritmo certo." (p.7)

Desta forma, os pacientes que ali chegavam, integravam uma rotina diária com um ou mais profissionais, seguindo rigorosamente a mesma seqüência de procedimentos.

Durante algum tempo participei desta rotina sem colocar em questão a especificidade da clínica fonoaudiológica. No entanto, a repetitividade de procedimentos idênticos por profissionais com formação distinta, parecia apontar uma certa contradição.

Seriam realmente idênticos esses procedimentos ? Se a resposta fosse positiva, não se justificaria a adoção de mais de um nome para o mesmo procedimento. Se negativa, onde estaria a marca da diferença ?

Tocada por essa dúvida, vi-me interessada em refletir sobre o lugar e o sentido desses procedimentos na instância clínica. Pareceu-me um bom começo dirigir minha atenção para a *anamnese* e/ou *entrevista*, dado o seu estatuto de procedimento inaugural de qualquer atividade clínica, fosse ela médica ou não.

Para responder o meu questionamento anterior “seriam realmente idênticos esses procedimentos ?”, pus-me a pesquisar na literatura médica, psicológica e fonoaudiológica, o que estas áreas teriam a dizer sobre o momento inaugural da clínica.

Durante a pesquisa, um aspecto que me chamou atenção foi a diversidade de termos utilizados para a nomeação do dito momento, entre outros: *anamnese*, *anamnese biográfica*, *entrevista médica*, *entrevista inicial*, *primeira entrevista*, *entrevista clínica* e *primeiro contato*.

Passei então a buscar a fundação e a definição dos termos com vistas a identificar as possíveis semelhanças e diferenças que os constituem.

A partir desta pesquisa, fez-se necessário um segundo questionamento: Qual seria o real sentido dos termos *anamnese* e *entrevista*, adotados na clínica e, em especial, na clínica fonoaudiológica ?

Para responder a estas questões, organizei o conteúdo desta dissertação da seguinte forma: no primeiro capítulo, realizei uma síntese histórica sobre o surgimento da clínica. No segundo capítulo, realizei uma exploração teórica a respeito da descrição/definição e do uso desses procedimentos pelas clínicas médica e psicológica. No terceiro capítulo, resgatei o significado do momento inaugural da clínica para a fonoaudiologia. No quarto capítulo propus uma discussão e uma análise crítica sobre o papel destes procedimentos na clínica fonoaudiológica.

CAPÍTULO 1

O NASCIMENTO SIMULTÂNEO DA CLÍNICA E DA ANAMNESE E/OU ENTREVISTA

Se a questão norteadora deste trabalho é saber o sentido dos termos *anamnese* e *entrevista* na clínica fonoaudiológica, é de fundamental importância retomar algumas considerações sobre a *clínica*, espaço e lugar privilegiado de acontecimento destes procedimentos.

Primeiramente, vou circunscrever uma síntese histórica do aparecimento da *clínica*, contexto primordial para a prática da *anamnese* e da *entrevista*.

O surgimento da *clínica* está atrelado ao próprio aparecimento da clínica médica, como disciplina. Assim, durante este capítulo, retomarei a história da medicina, como forma de reconhecer as raízes sobre as quais irão se assentar as reflexões sobre a clínica fonoaudiológica.

O termo *clínica* deriva do grego “Kline” que significa leito, referindo-se a ação de cuidar diretamente dos enfermos. A *clínica* surge através de um movimento instintivo em busca da preservação da vida e negação da morte. Desde os primórdios o homem têm a prática de cuidar das pessoas que apresentam algum sofrimento físico ou psíquico. Esta conduta apresenta-se, inicialmente, assistemática ou espontânea, mas no curso da história as atitudes de cuidar vão constituindo um saber, ganhando complexidade e organização, sendo realizadas por pessoas específicas e preparadas.

Gradativamente a *clínica* transforma-se em uma estrutura mais organizada, configurando-se a partir do encadeamento das atividades práticas. A esta estrutura dá-se o nome de *medicina*, temos então a *clínica médica*.

Segundo FOUCAULT (1987), o nascimento da clínica está relacionado com a organização do “saber médico”, desde a antigüidade clássica até o século XIX. Esta organização ocorre devido a influência de cada época e suas necessidades.

Como o surgimento da *clínica* está atrelado ao próprio aparecimento da ciência médica, podemos citar BARIÉTY (1983), que relata que a história da medicina está relacionada com “o instinto de cuidar”. Segundo ele:

“a preocupação inata de aliviar e de curar, isto é, de cuidar, traduz um dos aspectos do instinto de conservação: o da preservação funcional, ele é tão velho quanto a doença... Todos os seres vivos obedecem a uma impulsão natural que os leva a tentar aliviar seu mal e o de seus semelhantes ... Instintiva no reino animal, a medicina original torna-se naturalmente intuitiva na raça humana... Ela permaneceu intuitiva durante

milênios; a maioria das descobertas médicas foi, pelo menos em parte, fruto de um conhecimento imediato e não racional de verdade ...”.¹

Com o intuito de cuidar e curar o outro, somou-se, ao longo dos tempos, procedimentos e atividades à *clínica*, com o objetivo de descobrir a doença do sujeito e realizar uma intervenção de cura.

Assim, historicamente, (desde os primórdios da sistematização efetiva da medicina ocidental) havia a preocupação em definir e delimitar os princípios, as técnicas e as regras morais que compunham a atividade clínica.

A atividade clínica está ligada às idéias da cultura de cada época. A cultura da sociedade vigente influencia a medicina, no que diz respeito à fundamentação teórica e prática. Nesta perspectiva, o modelo e a norma utilizados também são influenciados pelos ideais e idéias da sua época (representações sobre o homem, a natureza, a sociedade e suas forças econômicas, políticas e ideológicas).

Na antigüidade grega, a *medicina*, dita Hipocrática, está ligada à elaboração das formas individuais de viver no intuito de desfrutar, ao máximo, os prazeres materiais e espirituais da vida. Nesta sociedade “a saúde é considerada um dever dos cidadãos na medida em que a cultura indica a estes o desenvolvimento das ‘técnicas de si mesmo’ (elaboração das formas individuais de viver).”(SOUZA, 1990, p. 20).

Na época medieval, a *medicina* é influenciada pelos dogmas religiosos da sociedade eclesiástica e, na época moderna, com o início da

¹ BARIÉTY apud CLAVREUL, J. A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983, p.64.

sociedade industrial, a medicina “define-se a partir das regras de mercado e dos valores de consumo”(SOUZA, 1990, p.20).

Em meados do século XIX, na época contemporânea, a *medicina* completa seu ciclo em busca de um caráter científico, transformando a *clínica* em um espaço de investigação científica, de tratamento e pesquisa. Desta forma, a *medicina* desempenha um papel importante na cena institucional e no conjunto da organização da sociedade.

A *medicina* deste período é influenciada pelo positivismo do filósofo AUGUSTE COMTE, em que o homem busca cada vez mais o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, filosofia que até hoje perdura. Segundo uma afirmação de COMTE “saber para prever, prever para prover” (1973, p. 13)

A clínica médica influenciada pelos pressupostos filosóficos do positivismo preconiza os fenômenos fisiológicos e patológicos, ou seja, a anatomia patológica, que explica os sintomas através das lesões observadas nos cadáveres. Segundo FOUCAULT:

“... a partir do dia em que se admitiu que as lesões explicavam os sintomas e que a anatomia patológica fundava a clínica, foi preciso convocar uma história transfigurada, em que a abertura dos cadáveres, ao menos a título de exigência científica, precedia a observação, finalmente positiva, dos doentes; a necessidade de conhecer o morto já devia existir quando aparecia a preocupação de compreender o vivo.”(1987, p.143)

Esta é uma nova percepção médica, a qual tem como objetivo demarcar as *figuras da localização...* Segundo FOUCAULT (op. cit.), a

determinação da localização das doenças é uma conquista da medicina moderna.

Segundo o mesmo autor, na tradição médica do século XVIII, a doença se apresenta ao observador através dos sintomas e signos. A doença é representada pelo sintoma, que é a sua forma visível e sua primeira transcrição. Assim a coleção de determinados sintomas forma o que se chama doença.

Assim, o objeto de trabalho, nesta perspectiva, é a doença identificada através do sintoma, "... dado observável como fenômeno particular, individual, mas interpretado como uma alteração indesejável em relação a leis universais, mensuráveis e invariáveis." (CUNHA, 1997, p. 15)

A doença, inicialmente estudada nos hospitais, apresenta-se como um texto. FOUCAULT (op. cit.) relata que o doente é apenas um veículo que torna possível a leitura deste texto, o qual se apresenta muitas vezes complicado e confundido. Desta forma, o doente é sujeito de sua doença, o que significa que ele constitui um caso; ele é mais um exemplo na clínica, na qual "... o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou."(FOUCAULT, op. cit., p. 66). Segundo CLAVREUL, " o doente, na ordem médica, se define pela soma de dois elementos: o homem mais a doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria sido retirada: homem = doente – doença."(1983, p.73)

FOUCAULT relata que " a clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece, de início, o desfecho."(op. cit., p. 66). O mesmo autor ressalta TISSOT (encarregado de organizar uma clínica em Pávia), que relata que os estudantes começam a interrogar os doentes sobre sua pátria e as constituições reinantes, sobre sua profissão, sobre as doenças

A estas duas formas de investigação, FOUCAULT, ressalta as críticas proferidas por PINEL. Segundo este médico:

“a primeira, objeta: ‘No meio desta profusão de questões ... como apreender os caracteres essenciais e específicos da doença?’ E, a segunda, de maneira simétrica: ‘Que enumeração imensa de sintomas!...Não será nos lançar em um novo caos?’ ” Segundo FOUCAULT, “ as questões a colocar são inúmeras; as coisas a ver são infinitas. Se ele está apenas aberto às tarefas da linguagem ou às exigências do olhar, o domínio clínico não tem fim e, consequentemente, organização. Só tem limite, forma e sentido, se a interrogação e o exame se articulam um sobre o outro, definindo, ao nível de um código que lhes é comum, o ‘lugar de encontro’ do médico com doente.”(op. cit. p.126)

De acordo com FOUCAULT , ‘o lugar de encontro’ do médico com o doente, é determinado pela *clínica*, em sua forma inicial, por três meios. Vale citar as considerações do autor sobre este tema. Embora a citação seja longa, sua apresentação será valiosa para as discussões posteriores. Assim, os três meios seriam:

1- “ A alternância dos momentos falados e dos momentos percebidos em uma observação - No esquema do inquérito ideal, delineado por PINEL, o índice geral do primeiro momento é visual: observa-se o estado atual em suas manifestações. Mas, no interior deste exame, o questionário já assegura o lugar da linguagem: anotam-se os sintomas que atingem de imediato os sentidos do observador, mas, depois, logo se interroga o doente sobre as dores que sente, por fim – forma mista do percebido e do falado, da questão e da

observação – constata-se o estado das grandes funções fisiológicas conhecidas. O segundo momento está colocado sob o signo da linguagem e também do tempo, da rememoração, dos desenvolvimentos e das incidências sucessivas. Trata-se de dizer primeiramente o que foi, em dado momento, perceptível (lembra as formas da invasão , a seqüência dos sintomas, o aparecimento de seus caracteres atuais e as medicações já aplicadas); em seguida, é necessário interrogar o doente ou os que o cercam sobre seus hábitos, sua profissão, sua vida passada. O terceiro momento da observação é de novo um momento percebido; dá-se conta, dia após dia, do progresso da doença, sob quatro rubricas; evolução dos sintomas, aparecimento eventual de novos fenômenos, estado das secreções, efeito dos medicamentos empregados. Por fim, último tempo, reservado à palavra: prescrição do regime para a convalescência....Nesta pulsação regular da palavra e do olhar, a doença pouco a pouco pronuncia sua verdade; verdade que ela dá a ver e a ouvir, e cujo texto, que no entanto só tem um sentido, não pode ser restituído, sua totalidade indubitável, a não ser por dois sentidos: o que olha e o que escuta. É por isso que o questionário sem o exame, ou o exame sem a interrogação estavam consagrados a uma tarefa infinita: a nenhum deles cabe preencher as lacunas que dependem apenas do outro.” (op. cit., pp.126-7)

2- “ O esforço para definir uma forma estatutária de correlação entre o olhar e a linguagem – O problema teórico e prático que se colocou aos clínicos foi saber se seria possível fazer entrar em uma representação espacialmente legível e conceitualmente coerente, o que, na doença, depende de uma sintomatologia visível e de uma análise verbal. Este problema se manifestou

em uma dificuldade técnica bastante reveladora das exigências do pensamento clínico: o quadro. É possível integrar em um quadro, quer dizer, em uma estrutura ao mesmo tempo legível e visível, espacial e verbal, o que é percebido na superfície do corpo pelo olho clínico, e o que é ouvido, por este mesmo clínico, da linguagem essencial da doença?..." (op. cit., p.127)

3- “O ideal de uma descrição exaustiva – O aspecto arbitrário ou tautológico destes quadros conduz o pensamento clínico a uma outra forma de correlação entre o visível e o enunciável; é a correlação contínua de uma descrição inteiramente, quer dizer, duplamente fiel: com relação a seu objeto, esta não deve, com efeito, ter lacunas; e não deve permitir desvio algum na linguagem em que ela o transcreve. O rigor descritivo será a resultante de uma precisão no enunciado e de uma regularidade na denominação: o que é, segundo PINEL, ‘o método seguido atualmente em todas as outras partes da história natural’. Assim, a linguagem se encontra encarregada de dupla função: por seu valor de exatidão, estabelece uma correlação entre cada setor do visível e um elemento enunciável que lhe corresponde o mais possível; mas este elemento enunciável, no interior de seu papel de descrição, põe em ação uma função denominadora que, por sua articulação com um vocabulário constante e fixo, autoriza a comparação, a generalização e a colocação no interior de um conjunto. Graças a esta dupla função, o trabalho de descrição assegura uma ‘sábia reserva para se elevar a visões gerais, sem dar realidade a termos abstratos’, e uma ‘distribuição simples, regular e fundada invariavelmente sobre relações de estruturas ou de funções orgânicas das partes’. É nesta passagem, exaustiva e sem resíduo, da totalidade do visível à estrutura de conjunto do

enunciável que se realiza finalmente esta análise significativa do percebido, que arquitetura ingenuamente geométrica do quadro não chegava a assegurar. É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual.... Descrever é seguir a ordenação das manifestações, mas é seguir também a seqüência inteligível de sua gênese; é ver e saber ao mesmo tempo, porque dizendo o que se vê o integramos espontaneamente ao saber; ..." (op. cit., pp.129-30)

É, portanto, a partir desta revisão histórica, sustentada pelo "O Nascimento da Clínica" de FOUCAULT (1987), que observo pontos importantes sobre a instância clínica, a serem destacados e levados em consideração para a configuração e discussão, nos próximos capítulos, do sentido da *anamnese* e/ou *entrevista*.

Nota-se, ao longo desta síntese, que o nascimento da clínica médica e dos procedimentos de *anamnese* e/ou *entrevista*, objeto de estudo desta pesquisa, se sobrepõem.

Assim, o primeiro tema a ser reiterado é a própria *clínica*, responsável pela prática e ação na busca da preservação da vida, através de atividades realizadas por algumas pessoas preocupadas em sanar o sofrimento físico ou psíquico de outras pessoas. Com a organização destas atividades, temos a consolidação da *medicina*, disciplina clínica, que com seus procedimentos específicos estruturados ao longo dos séculos, inspirou outras clínicas, entre elas, a psiquiátrica, a psicológica, a psicanalítica e, subsequentemente, a fonoaudiológica.

Estas disciplinas utilizam-se do exemplo da clínica médica para compor ou embasar seus próprios procedimentos clínicos, os quais são delineados por métodos (científico e clínico), alguns alinhados ao paradigma positivista, outras, ao contrário, dele distanciados.

É importante diferenciar método científico de método clínico. Como relata CUNHA, método científico é “...a maneira pela qual constróem-se as teorias” e método clínico é “...aquele que se constitui na relação entre essas teorias e sua aplicação a um objeto, o qual equivale a uma determinada forma de ação.”(1997, p 14).

A técnica, por sua vez, “... é a ação que resulta do método clínico que, como já foi dito, refere-se exatamente à relação entre a teoria e sua aplicação, isto é prática.”(CUNHA, 1997, p 18)

A terapêutica, origina-se do termo terapia, derivado do grego “therapéian”, o qual significa a ação ou o conjunto de ações destinadas a tratar de alguma coisa ou de alguém. Esta terapêutica, realizada de acordo com o método e a técnica, tem como alvo a doença. Esta, inicialmente revelada pelo *sintoma* e localizada no corpo biológico, apresenta-se como objeto de estudo da *medicina*. Posteriormente tal termo e sua noção são incorporados por outras disciplinas e renomeados como: doença mental; doença psíquica, doença psicossomática, patologia da linguagem, entre outras.

Os sintomas, a doença, a patologia são evidenciados na *clínica*, através da utilização de uma série de procedimentos, entre eles, a *anamnese* e/ou *entrevista*; a avaliação ou exame; os exames ou testes complementares, acompanhados da devolutiva ou resultados; da terapia clínica ou medicamentosa; da orientação familiar e da alta.

Portanto, os procedimentos de *anamnese* e/ou *entrevista*, incorporaram, ao longo dos tempos, as seguintes atividades: o interrogatório; o inquérito; o questionário; o exame; a observação clínica e a investigação. Estes termos, utilizados pelos médicos da época e relatados por FOUCAULT (op. cit.), são circunscritos pela mesma via de acesso à doença: a linguagem. A articulação necessária entre sintoma e signo é apontada por FOUCAULT na seguinte frase: “O signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se_passou; diagnostica o que ocorre atualmente.”(p. 102)

FOUCAULT ressalta, ainda, que para o entendimento do caso, é fundamental articular este procedimento com o exame e a observação do doente. Assim, reforço o seu relato:

“ Nesta pulsão regular da palavra e do olhar, a doença pouco a pouco pronuncia sua verdade; verdade que ela dá a ver e a ouvir, cujo texto, que no entanto só tem um sentido, não pode ser restituído, sua totalidade indubitável, a não ser por dois sentidos: o que olha e o que escuta.” (op. cit., p. 127)

Vejamos no capítulo seguinte, como as clínicas médica e psicológica e no quarto capítulo, a clínica fonoaudiológica, se pronunciam sobre suas clínicas tomando como lugar de análise, o procedimento da *anamnese* e/ou *entrevista*.

Vejamos ainda, como essa articulação, entre sintoma e signo é tomada (e se é tomada) pelas clínicas médica e psicológica, tomando como exemplar o dito momento inaugural.

CAPÍTULO 2

A ANAMNESE E A ENTREVISTA: DEFINIÇÃO E FILIAÇÃO

2.1. A Anamnese e a Clínica Médica

Etimologicamente, a palavra “anamnese”, do grego *anamnesis*, significa:

“ reminiscência, recordação, e que , em medicina, indica tudo que se refere à memorização dos sintomas da doença atual (queixa, duração e história pregressa da moléstia atual), de como participam os outros órgãos e aparelhos no curso da doença atual, os antecedentes pessoais e os antecedentes familiares.” (RAMOS JR., 1986, p.7)

O procedimento de *anamnese* surgiu na medicina com o objetivo de investigar e registrar os dados da doença do paciente, indispensáveis para

determinar a causa e o quadro nosológico da doença. Conhecida primeiramente como investigação anamnésica, é parte integrante da investigação médica, articulando-se com o exame que se faz do/no paciente através de mediadores instrumentais, técnicos, biológicos e outros.

Segundo BLEGER (1995), o procedimento de *anamnese* "... implica uma compilação de dados preestabelecidos, de tal amplitude e detalhe, que permita obter uma síntese tanto da situação presente como da história de um indivíduo, de sua doença e de sua saúde." (pp.11-2)

FONSECA (1996) também compartilha desta idéia e relata que a *anamnese* é um documento que registra uma recordação, aquela referente à história passada e presente da saúde e doença de um indivíduo. Por isso, realiza-se uma coleta de informações acerca do início e evolução da doença. Nota-se que o objetivo da *anamnese* é unicamente "compilar dados pré-estabelecidos" (p.3).

RAMOS, JR. (op. cit.) relata que a "anamnese deve ser feita correspondendo à informação e à composição dos sintomas, de tal forma que seja possível o raciocínio para os diagnósticos obrigatórios, anatômicos, funcionais e etiológicos." (p.7)

Aqui temos anunciado o papel da *anamnese* na clínica médica, ou seja, o seu estatuto de procedimento responsável pelo levantamento de informações que possibilitem a composição dos sintomas, permitindo assim um raciocínio clínico que leve ao diagnóstico.

PORTO (1997) afirma que "o exame clínico engloba a anamnese e o exame físico, cada um compreendendo várias partes que se completam reciprocamente." (p.31)

Segundo este autor , a anamnese inclui os seguintes elementos:

- 1-identificação;
- 2-queixa principal;
- 3-história da doença atual;
- 4-interrogatório sintomatológico ou anamnese especial;
- 5-antecedentes pessoais e familiares;
- 6-hábitos de vida, condições sócio-econômicas e culturais e condições ambientais.

O exame fisico, por sua vez, pode ser subdividido em:

- 1-exame fisico geral;
- 2-exame dos órgãos ou aparelhos.

-Portanto, a *anamnese* é um procedimento que, juntamente com o exame fisico, integra o exame clínico. O detalhamento de sua composição delimita o interrogatório ao qual deverá ser submetido o paciente. Para tanto trabalha-se com a suposição de que o paciente conhece sua vida e está capacitado para fornecer todas as informações necessárias para a atividade do médico.

Assim, a preocupação e a finalidade da *anamnese* estão intimamente ligadas com a compilação de uma série de dados, ficando o paciente muitas vezes na posição de mediador entre sua doença, sua vida e seus dados por um lado, e o clínico por outro.

De acordo com BLEGER (op. cit.), o paciente, nesta atividade, deve apenas responder as perguntas do clínico e, normalmente, quando realiza alguma contribuição não esperada por ele, a mesma é considerada como

uma perturbação durante este procedimento, sendo tolerada pelo profissional, apenas por cortesia.

Para RAMOS JR. (op. cit.), “ a anamnese, em todas as suas partes, quando semiotecnicamente bem inquirida, constitui a parte mais importante da observação clínica ” (p.7) e para complementar esta afirmação, cito PORTO (op.cit.), que relata que este procedimento “... é a parte mais importante da medicina” (p.37).

É importante ressaltar que o procedimento de *anamnese* é realizado de forma dirigida e mais formal e é iniciado através de questionamentos introdutórios formulados da seguinte forma: “O que é que você tem?”; “Onde lhe dói?”, “Conte-me sobre seu problema...”. Durante a consulta o médico levanta informações sobre: identificação, queixas principais, história da doença atual, história de doenças anteriores, medicamentos utilizados e outras, as quais vão se articulando com sua própria observação do paciente.

Esta atividade de questionamento realizada pelo médico é pautada especificamente pela ‘doença’ e durante este procedimento a informação fornecida pelo indivíduo é direcionada por uma clínica da doença. Normalmente o que ocorre é um questionamento mais simplificado sobre o sintoma apresentado e a possível doença, acompanhado do pedido de exames complementares e laboratoriais e da prescrição de medicamentos. Nesta perspectiva enfatiza-se a patologia/doença e a cura, deixando-se de lado o paciente em questão.

Durante esta atividade de questionamento (*anamnese*), a clínica médica é considerada o espaço no qual se desencadeia um discurso científico sobre a doença. Este discurso científico está relacionado com o

conhecimento da doença pelo médico através da investigação científica, ou melhor, da investigação anamnéstica.

Esta clínica é representada por uma ordem médica, por um discurso médico e dominante, que configura-se pelo inquérito médico que promove uma certa pressão. A este inquérito é que damos o nome de *anamnese*, um dos procedimentos utilizados durante a prática clínica médica, com o objetivo de coletar dados informativos a respeito da história clínica do paciente para diagnosticar a doença física.

O discurso médico utilizado na clínica, não é sobre o homem, mas sobre a doença. Assim:

“A doença... corresponde ao inessencial que precisa ser debelado; o doente não é exatamente alguém, ele é algo como o suporte e o informante sobre a doença e sua liberdade se acha definida pela aceitação da ordem cujo médico é o representante.”(SOUZA, 1991, p.23)

Segundo CLAVREUL (1983), o discurso médico é um discurso dogmático, como também é o caso do discurso jurídico e o publicitário. A característica deste discurso, mais especificamente do médico, é a utilização de imperativos afirmativos categóricos com pouco espaço para o questionamento do outro. Neste discurso se reduz o dizer do sujeito “...àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico.”(p.18), o sujeito desaparece em detrimento da doença, da patologia.

O médico realiza uma seleção do “dito” do paciente, retém o que é utilizável, o que convém para as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica. Neste sentido, “ a fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende a função silenciadora do

discurso médico...”(op. cit., p.19), pois o médico escolhe, entre as queixas e os sintomas ‘oferecidos’ por seus consultentes, aqueles que ele pode organizar numa configuração que sabe denominar e tratar. Daí a importância para a medicina de um raciocínio clínico-positivista e da existência de um quadro nosológico pré-estabelecido.

Esta dinâmica estabelecida pela medicina é louvável, pois a queixa e os sintomas trazidos pelo paciente apresentam-se como fatores de perturbação da saúde do indivíduo, e nesta medida “...atacar suas causas é tarefa do médico...”(MEZAN, 1993, p. 5)¹

Através desta dinâmica o médico realiza uma localização objetiva da doença, ou seja, uma localização da patologia específica, o que permite sua intervenção e ‘cura’ do paciente.

A clínica médica está atrelada a uma clínica da verificação, da constatação e da aplicação, na qual se edita uma ‘verdade’ existente, a doença, que pode ser aprioristicamente determinada de acordo com os quadros nosológicos pré-existentes.

De acordo, com esta metodologia, o que se prioriza é a relação “instituição médica-doença”(CLAVREUL, 1983, p.49), que substitui a relação “médico-doente”. Nesta medida, o que ocorre é que:

“...a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como

¹ MEZAN, R. Texto reproduzido do artigo: Cada disciplina com seu objeto. Não é possível igualar psicanálise e medicina, como acontece com freqüência nos EUA. Publicado pela Folha de São Paulo – 21/11/93.

indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber.” (op. cit.)

Esta relação estabelecida na clínica médica, incentiva um certo distanciamento entre o médico e o doente., pois segundo FOUCAULT (1987) a medicina tem o papel de:

“...neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências.”(p.8)

Deste breve relato pode-se concluir que o termo *anamnese*:

- 1- é prerrogativa da clínica médica, de onde se origina;
- 2- é parte integrante do exame clínico;
- 3- é responsável pelo levantamento de informações que permitam a composição dos sintomas, subsidiando o raciocínio clínico e, consequentemente, o diagnóstico.

Ressalte-se, finalmente, que as questões a serem respondidas pelo paciente fazem parte de um interrogatório fechado, pré-configurado pelo médico, cujo destino é o delineamento da doença. Exclui-se, portanto, desta análise clínica, o doente e seu discurso.

2.2. A Entrevista e a Clínica Psicológica

A *entrevista* é um instrumento muito utilizado em várias áreas de conhecimento, com múltiplos objetivos, como no caso do campo jornalístico, empresarial, educacional, judicial, e outros.

Segundo FERREIRA (1975), o termo *entrevista* pode ser definido como: “ visto e conferência entre duas ou mais pessoas em local predeterminado e com encontro combinado ” (p.537).

Dada a especificidade deste trabalho, irei restringir o termo *entrevista* à sua utilização clínica, com objetivos e finalidades de investigação, diagnóstico e terapia.

BLEGER (op. cit.), referindo-se ao campo da psicologia afirma que, a “entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica ... Como técnica tem seus procedimentos ou regras empíricas com as quais não só se amplia e verifica como também, ao mesmo tempo, se aplica o conhecimento científico.” (p.9)

Vai na mesma direção a afirmação de OCAMPO (1981) de que, “... a entrevista clínica é ‘uma’ técnica, não ‘a’ técnica ...” (p. 24). Esta autora caracteriza “... a entrevista inicial como entrevista semidirigida”, e relata que “...a entrevista é semidirigida quando o paciente tem a liberdade para expor seus problemas começando por onde preferir e incluindo o que desejar... Finalmente, no último momento desta primeira entrevista, devemos, forçosamente , adotar uma técnica diretiva para poder ‘preencher’ nossas ‘lacunas’ ”(p.23).

Parece-me que aqui a *entrevista* é considerada como uma das técnicas utilizadas na clínica psicológica, para levantar os dados sobre o paciente e os seus problemas.

Prosseguindo, BLEGER (op. cit.) reconhece que a estrutura de *entrevista* na psicologia foi enormemente influenciada por conhecimentos provenientes da Psicanálise, da Gestalt, da Topologia e do Behaviorismo.

A Psicanálise contribuiu com o conhecimento da dimensão inconsciente do comportamento e, através desta teoria, a entrevista apresenta como suporte noções de *enquadramento*, o qual "... consiste em transformar um conjunto de variações em constantes. Dentro deste enquadramento incluem-se não apenas a atitude técnica e o papel do entrevistador ..., como também os objetivos, o lugar e o tempo da entrevista". (op.cit., p. 15) A Gestalt reforçou com suas bases teóricas a "... compreensão da entrevista , como um todo no qual o entrevistador é um de seus integrantes, considerando o comportamento deste como um dos elementos da totalidade."(op. cit., p.13) Já a Topologia "... levou a delinear e reconhecer o campo psicológico e suas leis, assim como o enfoque situacional."(op.cit., p.13) O Behaviorismo "... influenciou com a importância da observação do comportamento." (op.cit., p.13)

A contribuição destas teorias estrutura o embasamento teórico-prático do procedimento de "entrevistar" e atribui-lhe traços metodológicos, os quais lhe possibilitam sua transformação em instrumento científico sistematizado, o qual pode ser utilizado durante uma consulta como técnica científica.

SULLIVAN (1977)¹ a esse respeito, afirma que a *entrevista* enfatiza os aspectos e "...características sobre o viver do paciente..."(p.14), possibilitando uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado. Para BLEGER (op. cit.), a *entrevista* "... não consiste em obter

¹ SULLIVAN, H. S. apud ASSUMÇÃO, M. L. T. Estruturação da Entrevista Psicológica. São Paulo: Atlas S.A., 1977. Pp. 1-87.

dados completos da vida total de uma pessoa, mas em obter dados completos de seu comportamento total no decorrer da entrevista.”(p.13) .) Relata, ainda, que a *entrevista* pode ser de dois tipos fundamentais: aberta e fechada. Na entrevista aberta, o entrevistador têm ampla liberdade para realizar as perguntas e para intervir, permitindo uma certa flexibilidade em cada caso. Já na entrevista fechada, o entrevistador apresenta uma série de perguntas, as quais são previstas e formuladas em uma ordem antecipadamente, como um questionário. Este tipo de entrevista, está ligada normalmente, à métodos padronizados

Outro fator relevante a ser citado, está relacionado ao número de participantes durante a *entrevista*. Pode ser uma entrevista individual ou grupal, “... segundo sejam um ou mais os entrevistadores e/ou os entrevistados.” (BLEGER, op. cit., p.11)

Durante todo o processo de *entrevista*, o entrevistador deve estar alerta não só para com o entrevistado e para com o que diz, mas também para consigo e para a interação que compõe a *entrevista*. Assim, de acordo com SULLIVAN (1959) , a *entrevista* é o encontro de satisfações, de necessidades, tanto para o cliente como para o entrevistador profissional, sendo pois, um processo de emoções e satisfações recíprocas. O entrevistador deve considerar as reações de uma pessoa como parte integrante ou parte perturbadora do relacionamento, não é apenas alguém que observa ou objetiva uma dada pessoa ou situação, ele está em jogo e também é uma pessoa observada e objetivada. A situação do entrevistador como observador participante requer a capacidade de analisar suas próprias ações, tanto quanto analisar as do paciente. Portanto, o entrevistador deve manejá-lo a si mesmo como um perito em relacionamento humano, desde o primeiro momento de encontro com o cliente e durante todo o processo da *entrevista*.

BLEGER (op.cit.), ressalta o saber do entrevistador ao dizer que a *entrevista* “consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, terapia, orientação, etc,) depende desse saber e da atuação de acordo com esse saber.”(p.13)

A *entrevista* é realizada normalmente de forma semidirigida e menos formal. Nesta atividade o profissional normalmente recebe o paciente e seus familiares, iniciando o questionamento com as seguintes indagações: “O que o traz aqui?”, “Em que eu posso ajudá-lo?” e segue questionando-os sobre aspectos do desenvolvimento da criança/cliente durante a gestação, parto, desenvolvimento motor global, histórico familiar, histórico social, histórico escolar e histórico médico.

O procedimento de *entrevista* pode se articular com as atividades de avaliações e testes psicológicos específicos, o que auxilia na configuração do diagnóstico psicológico.

O objetivo da *entrevista* na psicologia é elucidar os aspectos e características sobre o viver do paciente, enfatizando os aspectos psico-emocionais com “...o propósito de rever a natureza dos conflitos do paciente em seqüência histórica, com o foco nos períodos críticos, antecedentes e desencadeantes...” (CRAIG, 1991, p. 28). Mesmo diferenciando-se da medicina, em relação aos questionamentos, a clínica psicológica objetiva localizar e classificar um quadro clínico, diagnosticando uma doença psíquica/mental envolvida no caso.

Os aspectos psico-emocionais, abordados durante a *entrevista* psicológica, vão desde a vida intra-uterina até os dias atuais do paciente. Nesta entrevista, os pais também ganham real importância, pois as

referências feitas pela mãe e pelo pai, facilitam o diagnóstico e, quando pouco ou nada dizem, já estão dizendo muito sobre suas próprias formas de ser como mãe e pai, deixando entrever suas atuações sobre a criança. Nesta fase da *entrevista* quase sempre pode-se conhecer o estado de saúde mental dos adultos com quem vive a criança. Sobre este assunto, ASSUMPÇÃO (1977) relata ser de suma importância, o cuidado com os detalhes nas *entrevistas*, sobretudo com os pais, observando o vocabulário, as associações, as defesa, enfim, o que dizem nas “entrelinhas”. Os pais começam a se tornar parte integrante da dinâmica de *entrevista*, ou seja, se tornam elementos fundamentais.

A participação da família na *entrevista* é fundamental para o processo diagnóstico, na qual o terapeuta pode observar o comportamento e o relacionamento entre eles. O profissional prioriza a questão da interação terapeuta-paciente-família na atividade de *entrevista*, cuja dinâmica é mantida através da intersubjetividade.

Apesar do paciente ocupar um lugar diferenciado na *entrevista* psicológica, ainda assim a clínica é desenvolvida numa perspectiva de verificação e de aplicação. Isso decorre devido as influências recebidas dos pressupostos positivistas da tradição médica, que enfatizam a função de diagnosticar a patologia através das alterações orgânicas estabelecidas e a necessidade de atuar com procedimentos curativos para sanar a doença ou problema descoberto.

Pode-se concluir que a *entrevista* na psicologia:

- 1- nomeia a atividade de coleta de informações sobre o paciente, identificando-se como uma das técnicas utilizadas na clínica;
- 2- é considerada um procedimento inicial indispensável para a realização adequada da avaliação e do planejamento terapêutico;

3- é um instrumento fundamental do método clínico e técnica de investigação científica.

Ressalte-se, finalmente, que esta clínica privilegia ainda, a interação, identificando o entrevistador à um observador. No entanto, à semelhança do que ocorre na clínica médica, o doente e seu dizer ficam fora de uma análise que incide, basicamente, sobre reações, comportamentos e informações tomadas em seu efeito de evidência.

2.3. Anamnese ou Entrevista?

Parece-nos que, de acordo com as falas dos autores apresentados, os termos *anamnese* e *entrevista*, apesar de originarem-se em clínicas diferentes, retratam o mesmo procedimento de coleta de informações, realizado no primeiro momento da clínica. No entanto, é importante salientar que, apesar de representarem o mesmo procedimento, a *anamnese* e a *entrevista* apresentam-se configuradas diferentemente, pois a primeira levanta dados sobre a doença e a segunda coleta informações a respeito do comportamento do paciente. Portanto parece residir aqui a diferença existente entre as duas atividades clínicas.

Sobre esta afirmação, retomo BLEGER (op. cit.) que relata que:

“... a entrevista não é uma anamnese. Esta implica uma compilação de dados preestabelecidos, de tal amplitude e detalhe, que permita obter uma síntese tanto da situação presente como da história passada de um indivíduo, de sua doença e de sua saúde...a entrevista ...é algo muito diferente. Na anamnese a preocupação e a finalidade residem na

compilação de dados...Diferentemente da consulta e da anamnese, a entrevista... tenta o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que essa relação durar...A entrevista... é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas....Uma parte do tempo de uma consulta deve ser empregada como entrevista e outra para completar a indagação ou os dados necessários para a anamnese...."(p.12)

A *anamnese*, no curso da consulta, é uma atividade realizada de forma mais objetiva e formal. Já a *entrevista* pode ser realizada possibilitando uma atmosfera menos formal, com intuito de proporcionar ao entrevistador uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do paciente. No entanto, os dois procedimentos são fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e posterior conduta terapêutica.

Com estas considerações pode-se supor que o momento inaugural da clínica médica detém peculiaridades que o termo *anamnese* circunscreve. O mesmo pode-se supor com relação a *entrevista* na clínica psicológica. No entanto, ao estender minha pesquisa sobre o uso desses termos na literatura médica e psicológica, fui surpreendida pela contradição.

A adoção dos termos *anamnese* e *entrevista*, ora de forma indiscriminada, ora de forma complementar ou ainda alternativa, contradiz o sentido original e abala a filiação que *anamnese* e *entrevista* deveriam ratificar.

Na medicina esta contradição pode ser evidenciada, nos relatos de PORTO (op. cit.):

“... a entrevista médica vem sendo estruturada ao longo dos séculos e, com pequenas variações, usa-se universalmente o seguinte roteiro básico: inicia-se pela identificação do paciente, passando-se a seguir à queixa principal e à história da doença atual; interrogatório sintomatológico, antecedentes e o estudo das condições sócio econômicas e culturais completam a entrevista médica.” (p.35)

Ao comparar com outra citação do mesmo autor, já abordada no início do capítulo, observo que o mesmo utiliza os termos *entrevista médica* e *anamnese* como sinônimos de um mesmo procedimento.

Já nesta outra citação do mesmo autor, parece-me que os procedimentos de *anamnese* e *entrevista* são complementares e devem se articular durante uma consulta:

“Pode-se afirmar que a anamnese é a parte mais difícil do método clínico. Seu aprendizado é lento, só conseguido depois de se realizarem várias dezenas de entrevistas.” (p.37)

Ainda acompanhando o mesmo autor, fico surpresa com a seguinte definição (sobre a clínica médica):

“A entrevista, em sentido lato, pode ser definida como um processo social de interação entre duas pessoas ou mais pessoas que se desenvolve frente a uma situação que exige necessariamente um ambiente onde as pessoas interajam. A situação contém elementos de orientação para a ação das pessoas envolvidas na entrevista, quais sejam os objetos físicos (o local de trabalho, os instrumentos), os objetos culturais (os conhecimentos prévios, os valores, as crenças) e os objetos

sociais (as pessoas envolvidas na entrevista)." (PORTO,1997,pp.33-4)

Neste relato, a utilização do termo *entrevista* parece compatível com as definições propostas por BLEGER (op. cit.) para a clínica psicológica. Parece-me que o autor anuncia e prioriza uma característica considerada essencial para a clínica psicológica, ou seja, a *interação*. Pode-se evidenciar aqui um movimento inverso ou seja, a interferência dos pressupostos da clínica psicológica sobre a clínica médica.

Na psicologia observa-se o mesmo acontecimento ou seja, o intercâmbio entre os termos *anamnese* e *entrevista*, para nomear o momento inaugural da clínica.

Destaco, inicialmente, os relatos de ASSUMPÇÃO (1977):

" A experiência no campo da entrevista para diagnóstico mostra uma grande distância entre os dados alcançados pelos questionários e as entrevistas propriamente ditas. As contribuições trazidas por uma entrevista bem feita, são ilimitadas para o diagnóstico. É uma anamnese bem feita, muitas vezes o elemento fundamental para a decisão do diagnóstico. Na anamnese quase sempre se pode conhecer o estado de saúde mental dos adultos com quem vive a criança." (p.17)

A autora, a partir das classificações específicas que utiliza para o procedimento de *entrevista*, no que diz respeito à finalidade, quantidade e orientação metodológica, caracteriza a *entrevista* para o diagnóstico como *anamnese*, afirmando que este procedimento (*anamnese*) é elemento "... fundamental para a decisão do diagnóstico." (p.17) Refere também que este

procedimento promove o aparecimento do conteúdo do estado de saúde mental “... dos adultos com quem vive a criança.” (p.17)

Segundo MANNONI (1981), “ se a anamnese, no momento da entrevista com os pais, permite ao paciente fixar certa estrutura familiar, a entrevista com a criança enriquece a compreensão de uma situação e revela-se na maior parte do tempo, decisiva no diálogo que vai depois estabelecer-se com a família.” (p.83)

Esta autora parece introduzir o termo *anamnese* neste relato, como parte do procedimento de *entrevista*. No entanto, o termo *anamnese* parece caracterizar um procedimento de coleta de dados sobre os problemas e o comportamento do paciente e o procedimento de *entrevista* parece tentar garantir a relação entre os envolvidos no caso clínico.

De acordo com estes relatos, pude constatar que os termos *anamnese* e *entrevista* são utilizados equivocadamente como sinônimos, não apresentando o real sentido que esses procedimentos devem tomar em instâncias clínicas particulares.

Se tomarmos como referência as definições propostas anteriormente por BLEGER, observamos e que a utilização destes termos pelos autores é realizada de forma contraditória, indistinta e descompromissada, causando dúvidas aos leitores mais atentos.

Mesmo utilizados de forma equívoca e contraditória, os termos *anamnese* e *entrevista*, são empregados para nomear o momento inaugural da clínica, ou seja, para caracterizar uma atividade inaugural do primeiro encontro entre o profissional e o paciente. É através deste momento que se pode organizar os procedimentos seguintes da clínica, determinando o início ou não do tratamento.

Dessa forma posso considerar estes procedimentos idênticos de acordo com a função que exercem, como já afirmado, pois apresentam-se como instrumentos de coleta de informações sobre o paciente em questão, preenchendo um quadro clínico estabelecido à priori. Nesta perspectiva, a finalidade e preocupação destas atividades é a mesma, mas diferenciam-se em relação a estrutura utilizada e as informações solicitadas pelos clínicos.

Para concluir, posso afirmar que, no caso da área médica, apesar de identificar o uso indistinto dos termos *anamnese* e *entrevista*, percebo uma certa preferência na adoção do primeiro para representar a atividade de perguntas e respostas entre o clínico e o paciente. Este interrogatório faz parte de um discurso médico que é particularmente comparado por FOUCAULT a um inquérito médico. Segundo JORGE (1983)², este tipo de *anamnese*/discurso/inquérito promove certa opressão, dificultando a relação médico-paciente. Como relata FOUCAULT (1987) “para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente...”(p.7). Assim, tomando as palavras de FONSECA (1996), na clínica médica “o doente cede lugar à doença, o sujeito ao organismo, o caso particular ao universal. O apagamento da singularidade do paciente faz dele um protótipo e do médico um porta voz da teoria sobre o funcionamento orgânico.”(p.4).

A estrutura utilizada normalmente é mais formal, garantindo uma compilação de dados preestabelecidos, neste caso dados informativos acerca do início e da evolução da doença física. Estes dados solicitados pelo clínico são utilizados com o objetivo de compor um quadro nosológico e ajudar no raciocínio clínico para a formação de uma hipótese diagnóstica, a qual será confirmada através de exames físicos, laboratoriais e

² JORGE, M. A. C. Discurso Médico e Discurso Psicanalítico. In: CLAVREUL, J. A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense. 1983. Pp.7- 25.

complementares, proporcionando assim, uma conduta terapêutica e provável cura do paciente.

A *anamnese* na clínica médica é uma atividade que realiza uma averiguação da doença, e que pertence a uma clínica da verificação a qual tem a função de localizar objetivamente a doença física, ou seja localizar a patologia específica.

Já a área psicológica parece privilegiar o uso do termo *entrevista*, adotando poucas vezes o termo *anamnese*. Este instrumento apresenta a mesma finalidade e preocupação que o procedimento de *anamnese* na clínica médica, ou seja, tem a função de coletar informações sobre o paciente. No entanto, a estrutura utilizada pela *entrevista* é menos formal, garantindo uma relação entre terapêutica-paciente com características particulares. Nesta atividade a ênfase está nos aspectos e "...características sobre o viver do paciente..." (SULLIVAN,1977,p.14) e no "...comportamento total no decorrer da entrevista."(BLEGER, op. cit.1995,p.13)

SULLIVAN (1959) relata ainda que, a *entrevista* pode ser considerada como uma série de estágios que , apesar de imaginários, ajudam o entrevistador a arranjar o seu tempo junto com o paciente. Estes estágios são quatro: introdução, reconhecimento do terreno, investigação detalhada e terminação.

A introdução é composta por uma breve comunicação do entrevistador sobre a informação que já possui, a promoção de um sentimento de confiança e uma complementação da informação inicial pelo entrevistado.

O reconhecimento consiste em obter um esforço geral da história do paciente, sua identidade pessoal, seus dados familiares e sociais. O tempo a ser gasto nisso depende da concisão e da precisão do relato, mas gira em torno de vinte minutos.

A investigação detalhada depende do ponto considerado crucial pelo entrevistador no estágio anterior.

A terminação ou interrupção da entrevista é o último estágio de onde sai uma decisão e um plano de ação. Espera-se que o entrevistador faça um resumo e uma declaração final, consolidando os principais pontos abordados.

A *entrevista* relatada desta forma, também tem, como na medicina, o objetivo de compor um quadro específico sobre a doença psíquica do paciente em questão, compor uma hipótese diagnóstica, que será confirmada através de testes psicológicos específicos e promover uma conduta terapêutica.

Dessa forma, parece-me que a clínica psicológica também acompanha uma clínica da verificação, quando realiza esta atividade de averiguação de uma possível doença psíquica.

As influências destas clínicas sobre a Fonoaudiologia, em especial, dos procedimentos de *anamnese* e de *entrevista*, tal como propostos por elas, serão apontadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

O MOMENTO INAUGURAL NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

3.1. Na Fala dos Precursors

Para abordar este tema escolhi direcionar minha pesquisa para os autores que são reconhecidos como precursores e inspiradores da clínica fonoaudiológica brasileira. Entre estes selecionei aqueles que, em seus trabalhos, apresentam alguma referência ao termo *anamnese* e/ou *entrevista*, delineando como são definidos ou estruturados estes procedimentos.

O primeiro ponto que me chamou atenção foi o fato de que a maioria dos autores consultados propõem protocolos diferentes de *anamnese* que variam de acordo com a patologia. Ora, tal fato parece apontar para uma inversão na ordem e no sentido dos procedimentos clínicos: o diagnóstico antecede à *anamnese* que perde então, seu papel original. Ou então, o que

me parece mais grave, não há diagnóstico pois queixa e patologia passam a se sobrepor. Se não, vejamos: BERRY e EISENSON (1956) apresentam uma série de protocolos^{*1} de *anamneses* diferentes para casos de Retardo de Fala, Distúrbios de Voz, Fissura Palatina e Paralisia Cerebral.

Nos dois últimos casos reconhece-se um quadro sindrômico ao qual se associam ou do qual decorrem "distúrbios de fala". Observamos que aqui o procedimento inaugural da clínica fonoaudiológica resume-se à atualização de informações sobre a doença – já diagnosticada anteriormente – da qual o sujeito é portador. Vejamos, como os autores organizam o roteiro de *anamnese* para Fissura Palatina e Paralisia Cerebral.

Anamnese para Fissura Palatina

- I. *Informação Ceral*
- II. *História Familiar*
- III. *Problema de Fala na Família*
- IV. *História Médica da Família*
- V. *Parentes dos Familiares*
- VI. *História da Fala**
- VII. *Há na família algum histórico sobre o problema*
- VIII. *História Pré-Natal*
- IX. *História Natal*
- X. *Condição de Nascimento da Criança – Discussão em detalhes*
- XI. *História Pós-Natal*
- XII. *História do Desenvolvimento*
- XIII. *Saúde – História Médica da Criança*
- XIV. *Desenvolvimento Social*

^{*1} Os modelos de anamnese e entrevista citados neste trabalho apresentam-se, na íntegra, no anexo.
• Grifo adicionado pela autora com vistas a ressaltar os itens específicos à área fonoaudiológica.

XV. Desenvolvimento da Fala e da Linguagem*

XVI. História Educacional

XVII. Exames

XVIII. Terapia

I. Prognósticos e Recomendações

Anamnese para Paralisia Cerebral

I. Informação Geral

II. História Familiar

III. Problema de Fala na Família

IV. História Médica da Família

V. Parentes dos Familiares

VI. História da Fala*

VII. História Médica

VIII. História Pré-Natal

IX. História Natal

X. Condição de Nascimento da Criança

XI. História Pós-Natal

XII. História do Desenvolvimento

XIII. Saúde – História Médica da Criança

XIV. Mecanismos de Evolução da Fala*

XV. Desenvolvimento da Fala e da Linguagem*

XVI. Desenvolvimento Social

XVII. História Educacional

XVIII. Exames

XIX. Terapia

XX. Prognósticos e Recomendações

* Grifo adicionado pela autora com vistas a ressaltar os itens específicos à área fonoaudiológica

Este roteiro parece assumir a função de inventário sobre a doença do paciente, sendo um documento que, segundo BERRY e EISENSON (op.cit.), possibilita um conhecimento maior sobre o caso e o estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e terapia. Fica por explicar, a que diagnóstico se referem os autores e que articulação fazem entre o quadro nosológico em questão (Fissura Palatina e Paralisia Cerebral) e o prognóstico e terapia dos "distúrbios de fala".

Já nos dois primeiros casos – Retardo de Fala e Distúrbios de Voz – o que parece estar em relevo na *anamnese*, é o detalhamento do desenvolvimento da fala e das estruturas dos órgãos da fala. Vejamos o roteiro sugerido pelos autores:

Anamnese para Retardo de Fala

I. Identificação

II. Família

1-Pai:

- a- Deficiência Auditiva*
- b- Defeitos de Fala*
- c- Deficiência Mental*
- d- Estado de Saúde*

2-Mãe:

- a- Deficiência Auditiva*
- b- Defeitos de Fala*
- c- Deficiência Mental*
- d- Estado de Saúde*

III.A Criança

- a- História Pré-Natal*
- b- História Nata*

c- História do Desenvolvimento

d- Saúde

*e- Fala e Linguagem (recordar todos os sons fonéticamente)**

f- Maturação Mental e Física

g- Exame Físico

h- História Social

*i- Problemas de Fala**

IV. Resumo

a- Diagnóstico

b- Prognóstico

c- Terapia

Anamnese para Distúrbios de Voz

I. Identificação

II. Descrição do Problema pelo Responsável

III. Primeira Impressão Diagnóstica do Problema de Voz

IV. Resumo do Diagnóstico

V. Análise Detalhada

1-Acompanhamento médico-físico do sujeito

a- Desordens do Sistema Geral

b- Anomalias das Estruturas e Desordens envolvendo os Órgãos da Fala

c- Higiene Vocal

2-Fatores Psico-Emocionais

a- Evolução Intelectual

b- Perfil Emocional

3-Observação Direta da Voz em Operação

a- Impressão Acústica das Características da Voz do Sujeito

b- Estudo dos Fonemas Vocálicos que Refletem Maior Desvios da Voz

* Grifo adicionado pela autora com vistas a ressaltar os itens específicos à área fonoaudiológica.

c- Estudo da Operação do Mecanismo da Voz

O protocolo sobre Retardo de Fala, além de descrever a linguagem da criança e levantar dados sobre possíveis fatores intervenientes nesse processo, propõe o exame físico dos órgãos da fala, parecendo indicar uma relação de causalidade entre a anatomia e/ou fisiologia articulatória e o quadro em questão.

Exame Físico

1. Órgãos da Fala

a- Cabeça e Face

(1) Evidências de Cirurgias ou Agressões sobre a Cabeça ou Face _____

(2) Simetria de Face durante o Sorriso: Simétrico _____; lado esquerdo _____; lado direito _____

(3) Lábios: superior: grande _____; normal _____; pequeno _____
inferior: grande _____; normal _____; pequeno _____

(4) Mobilidade: (protrusão e retração)
dificuldade para direita _____; Dificuldade para esquerda _____;
normal _____

Número de vezes capaz de dizer 'pah' em 5 segundos _____

(5) Respiração Bucal: sim _____; não _____

b- Boca

(1) Dente: tipo de oclusão _____; Estrutura dos dentes _____

(2) Língua

(a) Lateral: normal _____; grande _____; pequeno _____

(b) Base: normal _____; Curta _____

(c) Posição na protrusão: normal _____; com desvio para direita _____; para esquerda _____

- (d) Controle da ponta: levanta com facilidade ____; com dificuldade ____; incapacidade de levantar ____; inclinação para esquerda com facilidade ____; inclinação para direira com facilidade ____; incapacidade para efetuar movimento lateral ____
- (e) Mobilidade: número de vezes capaz de dizer 'tah' em 5 segundos ____

Nota-se que o protocolo inclui *anamnese* e exame físico do paciente, indicando um só e mesmo momento para a avaliação do paciente, à semelhança do que ocorre na clínica médica. Nesta, *anamnese* e exame físico se articulam e compõem o exame clínico do paciente, constituindo um procedimento objetivo e formal.

Outro fator importante a ser citado, é a utilização de questões de outra natureza clínica que se aproximam das questões utilizadas especificamente no procedimento de *entrevista* adotado pela clínica psicológica. Vejamos abaixo como isto pode ser visualizado:

Anamnese para Retardo de Fala

- 1- *Quociente de Desenvolvimento (QD)*: _____
- 2- *Quociente de Intelegência (QI)*: _____
- 3- *Progresso escolar*
 - a) *Grau de presença*
 - b) *Aptidões*
 - c) *Interesses Extracurricular*
 - d) *Fatores que retardam o progresso*
 - e) *Fatores que aceleram o progresso*
- 4- *Atitude dos parentes em relação sobre a criança*:
- 5- *Disciplina da criança: administrado por* ____; *forma usual* ____; *forma mais efetiva* ____; *menos efetiva* ____;

6- *Problemas de conduta: Descrição inicial por idade*

- a) *Excitamento* _____
- b) *Timidez* _____
- c) *Exibicionismo* _____
- d) *Negação* _____
- e) *Enurese* _____
- f) *Agressão* _____

7- *Reflexo da criança*

- a) *Ajustada* _____
- b) *Tensão excessiva* _____
- c) *Insegurança grande* _____
- d) *Proteção excessiva* _____
- e) *Mal ajustamento geral* _____

Em outro livro, BERRY (1969) aponta um modelo alternativo de *anamnese*, chamado de “ História de Caso ”. Neste modelo o protocolo utilizado é o mesmo para todos os casos em que a queixa são os problemas lingüísticos da criança. Os itens abordados são os seguintes:

1. *Identificação*
2. *História Familiar*
3. *Problemas de Linguagem e Fala na Família*
4. *História Médica da Família*
5. *Parentes dos Familiares*
6. *Dados da Gravidez*
7. *História Peri-Natal*
8. *Dados do Desenvolvimento*
9. *Saúde-Dados Médicos*
10. *Desenvolvimento Sócio-Emocional*
11. *Desenvolvimento da Linguagem e da Fala*
12. *Registro Educacional*

13. Educação Especial

14. Resumo de relatórios de outras atividades

a- Médica

b- Psicológica

c- Educacional

Observa-se que os itens abordados são gerais, podendo ser utilizados, segundo o autor, para a *anamnese* de qualquer patologia envolvida. O que fica sem explicação é o papel das informações colhidas, no raciocínio diagnóstico.

Julio Quirós, fonoaudiólogo argentino renomado e influente no meio fonoaudiológico, relata que o procedimento de *anamnese* assim como a sintomatologia apresentada pelo paciente e a exploração realizada do caso fazem parte do diagnóstico. De acordo com autor: “O diagnóstico se baseia na sintomatologia, na anamnese e na exploração.”(1957, p. 7)

Segundo a mesma linha de pensamento, a fonoaudióloga Nelly D’Elia afirma que a *anamnese* é formada por um interrogatório utilizado pelo médico, que deve conter informações sobre as possíveis causas prenatais, natais e posnatais das alterações adquiridas. A seguir, detalha essas causas:

“Se incluyen en las causas prenatales los factores preconcepcionales (condicionantes de las llamadas alteraciones hereditarias) y los factores que se hacen sentir durante la vida intrauterina (condicionantes de las alteraciones congénitas); las causas natales se refieren a los factores actuantes durante el parto, y las postnatales comprenden todos los factores determinantes de alteraciones adquiridas..”
(1957,p.17)

Esta autora parece atribuir a utilização do procedimento de *anamnese* ao profissional médico, o que talvez justifique a despreocupação inicial do fonoaudiólogo com o papel desta atividade, pois à ele são encaminhados pacientes já diagnosticados.

QUIRÓS e D'ELIA (1974), ao referirem-se ao procedimento de *anamnese* nos casos de deficiências auditivas, fazem a seguinte pontuação:

“Nunca se insistirá lo bastante para sinalar la enorme importancia de una correcta anamnesis en el diagnóstico de múltiples afecciones. No escapa, por cierto, a este concepto la deficiencia auditiva del niño. Podemos decir, sin temor a equivocarnos que una cuidadosa anamnesis podrá significar una presunción diagnóstica bastante acertada, en manos expertas. ...debemos dejar puntualizado que nuestra principal orientación al practicar esta anamnesis es la de establecer un diagnóstico acertado, que nos permita prescribir el tratamiento más efectivo para cada caso particular. Por cierto que también la anamnesis nos dará datos sugestivos respecto a una presunta etiopatogenia del proceso, e igualmente suministrará al médico una impresión prognóstica bastante aproximada. La anamnesis que utilizamos se divide en las siguientes partes: 1) identificaciones, 2) antecedentes hereditarios y familiares, 3) antecedentes personales, 4) antecedentes referidos a la maduración, 5) antecedentes de orientación diagnóstica diferencial, 6) antecedentes sociales.” (1974, pp. 309-10)

De acordo com a citação dos autores, mais uma vez aponta-se a importância da utilização do procedimento de *anamnese* para a configuração do diagnóstico, o qual permitirá o estabelecimento do

tratamento mais efetivo para cada caso. Através desta atividade pode-se pensar sobre a etiopatogenia envolvida no caso, como também ter uma idéia sobre o prognóstico.

QUIRÓS e GÖTTER (1964) referem-se à chamada “Anamnese Foniátrica”, como uma entrevista para transtornos da linguagem infantil que deve-se realizar com os pais, com base em dados estritamente lingüísticos, mas também em dados sobre a maturação geral, especificamente sobre a evolução neurológica e psíquica da criança. Segundo os autores, esta entrevista é um interrogatório que segue um protocolo na qual o examinador deve atuar com flexibilidade e simpatia. Como relatam os próprios autores:

“La entrevista con los padres referida a un trastorno del lenguaje infantil reviste gran importancia y debe basarse no sólo en datos estrictamente lingüísticos, sino, como toda anamnesis, en datos referidos a la maduración general, deteniéndose particularmente en los datos de la evolución neurológica y psíquica del niño. Si bien el interrogatorio procede de acuerdo con un protocolo, el examinador deberá actuar con flexibilidad y procurar, antes de nada, un acercamiento y una simpatía espontánea. Proceder de outro modo puede conducir a resultados erróneos....”(p. 104)

Os autores acima nomeiam o procedimento de *anamnese* de ‘*anamnese foniátrica*’. Parece que este termo é utilizado para referir um protocolo mais específico, pois para os casos de transtorno de linguagem infantil, faz-se necessário o levantamento de dados estritamente lingüísticos e particularmente dados da evolução neurológica e psíquica da criança. Segundo os mesmos autores é importante uma postura simpática dos examinadores durante este procedimento, o qual deve ser realizado de

preferência com ambos os pais. É interessante notar que este mesmo procedimento é chamado de entrevista, anamnese e interrogatório, denotando o uso indiscriminado dos termos, como apontado nas clínicas médica e psicológica.

O protocolo utilizado, específico para os transtornos psico-neurológicos da linguagem da criança, aborda os seguintes itens:

- I. *Identificação do paciente*
- II. *Fatores que trazem a consulta*
- III. *Antecedentes familiares e ambientais*
- IV. *Antecedentes pessoais*
 - a- *concepção, gestação e nascimento*
 - b- *evolução neuropsíquica da criança referida à amamentação e alimentação*
 - c- *evolução neuropsíquica da criança referida à motricidade, sono, dentição e controles esfínterianos*
 - d- *infecções orgânicas que podem trazer problemas sobre a evolução lingüística da criança*
 - e- *influência do ambiente na evolução do intelecto, hábitos, personalidade e psico-sexualidade da criança*
 - f- *evolução da linguagem e aprendizagem*

Ainda QUIRÓS, em livro escrito em co-autoria com DELLA CELLA (1965) sobre a dislexia infantil, complementa os enunciados acima afirmando que o procedimento de *anamnese*, também chamado de interrogatório, "... comporta una gran cantidad de datos que orientarán desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento... Estas anamnesis ponen especial énfasis respecto de los aspectos neurológico, psicológico y lingüístico del niño."(p.123)

Aqui neste relato os autores afirmam a importância da *anamnese*, ressaltando que, nos casos de dislexia, o procedimento de *anamnese* enfatiza os aspectos neurológico, psicológico e lingüístico, delineados no roteiro abaixo.

- I. *Dados referentes a identificação e a família*
- II. *Dados referentes a gestação, parto e pos-parto imediato*
- III. *Dados relativos a enfermidades e traumas da primeira infância*
- IV. *Dados relativos ao desenvolvimento da linguagem*
- V. *Dados relativos a vida psíquica e outros dados a ser computados*

Ainda sobre esta mesma patologia, KOCHER (1966) aborda a questão da *anamnese* como parte do exame do disléxico, a qual se articula com a investigação. Segundo este autor:

“...gran parte del interrogatorio se desarollará a menudo en presencia del niño: así, será por vía directa y en forma completa que se le pondrá al corriente de lo que se desea hacer por él, y esto permitirá al examinador observar su comportamiento durante el establecimiento de la anamnesis. También es recomendable entablar contacto con el padre y la madre.”(p.28)

Este autor, juntamente com os anteriores, nomeia o procedimento de *anamnese* também como interrogatório. Nota-se, no relato do autor, um detalhe importante, a participação da criança durante esta atividade realizada com os pais, possibilitando assim a observação do comportamento do paciente.

Os itens abordados neste interrogatório são:

- I. *leitura*
- II. *bilingüismo*
- III. *escolaridade*
- IV. *comportamento*
- V. *motricidade*
- VI. *desenvolvimento*
- VII. *exames já realizados*
- VIII. *algumas características do meio familiar*

O professor de patologia foniátrica KENNETH WILSON, ao discutir os problemas de voz em crianças, pontua a importância de se realizar uma história clínica da voz infantil. Segundo este autor, a história clínica deve ser colhida pelo médico ou pelo fonoaudiólogo através de um guia, chamado de “Entrevista para a historia clínica dos problemas da voz”.

Para o autor:

“Es necesario realizar la historia clínica de la voz del niño y de los antecedentes del problema padecido en la voz, desde las primeras palabras hasta el momento actual. El médico y el fonoaudiólogo colaborarán en la adquisición de esta información. La historia clínica a efectuar en los problemas de la voz se realiza a fin de explorar la etiología de la alteración, así como de los factores que contribuyen a determinarla. Esto se añade a la historia clínica general que incluye los antecedentes del crecimiento y desarrollo del niño, además del lenguaje y la voz.” (p.80)

O autor enfatiza que a aquisição da história clínica da voz, assim como os antecedentes de problemas de voz, devem ser colhidos pelo médico e pelo fonoaudiólogo. Neste relato aparece a atuação do fonoaudiólogo como profissional também capacitado para o levantamento de dados sobre o caso e para a exploração da etiologia. No entanto, será que os dois profissionais compartilham do mesmo raciocínio clínico, no momento da anamnese?

Assim temos os seguintes itens abordados:

Entrevista para a história clínica dos problemas da voz

- I. *Natureza da alteração*
- II. *Causas e começo*
- III. *Gravidade*
- IV. *Antecedentes familiares*
- V. *Uso da voz*
- VI. *Antecedentes de exames médicos*
- VII. *Ouvidos*
- VIII. *Nariz e nasofaringe*
- IX. *Cavidade bucal*
- X. *Laringe e hipolaringe*
- XI. *Antecedentes na adolescência*
- XII. *Antecedentes de tratamentos foniátricos*

É interessante observar que alguns modelos de *anamnese* e/ou *entrevista* indicam sua relação com um modelo inspirado na clínica médica que incorporou questões advindas da clínica psicológica.

Assim, nos relatos apresentados , nota-se o aparecimento de expressões, tais como: “Diário Histórico e Diagnóstico”, “História de

Caso”, “Anamnese”, “Interrogatório”, Anamnese Foniátrica”, “Entrevista” e “Historia Clínica”. Estes procedimentos, apesar de nomeados de formas diferentes, se remetem a atividade idêntica de coleta de dados, seguindo um modelo médico dada a incorporação que inicialmente a fonoaudiologia fez da clínica médica. Todos os termos encerram a idéia de estabelecimento de um diagnóstico, através do levantamento de dados, da sintomatologia e da avaliação do caso (exploração e exame físico). O procedimento de levantamento de dados é realizado através do interrogatório, quer realizado pelo médico ou pelo fonoaudiólogo. O objetivo da *anamnese* é estabelecer o diagnóstico, o qual permite prescrever o tratamento para cada caso particular, fornecendo dados sugestivos sobre a etiopatogenia e sobre o prognóstico do caso. No entanto, autores como GÖTTER, KOCHER, e WILSON, apesar de seguirem o modelo da clínica médica, apresentam outras nuances importantes, ao utilizarem-se do procedimento de entrevista. Estas nuances, aparecem enunciadas sob o uso do termo *entrevista*, para denunciar a atividade de coleta de informações sobre temas relacionados com aspectos psicológicos básicos, como por exemplo, o ambiente familiar; relação entre os adultos e a criança; personalidade, conduta e comportamento da criança e impressão sobre a ansiedade dos pais, assim como, a adoção de uma postura diferenciada pelo profissional durante esta atividade em relação ao contato com os participantes, no que diz respeito a flexibilidade e simpatia espontânea no trato com os pais.¹³

De acordo com os autores apresentados neste capítulo, pode-se notar que os termos *anamnese* e *entrevista* são utilizados respectivamente pelos adeptos do modelo médico e por aqueles que apresentam uma formação inspirada pela clínica psicológica. Estes procedimentos são utilizados no momento inaugural da clínica, basicamente para a aquisição de informações à respeito da etiologia(doença física e/ou psíquica) envolvida, promovendo

¹³ Sobre este assunto ler Bleger (1995).

uma clínica da verificação, responsável pela descoberta do diagnóstico e pela orientação da cura do paciente.

Os protocolos aqui delineados são de inspiração médica devido à própria formação dos precursores da fonoaudiologia, em sua maioria foniatrias. Em seu raciocínio clínico, a investigação anamnéstica compõe, junto com a investigação armada (mediadores técnicos, instrumentais, biológicos), o arsenal disponível para, não só estabelecer o diagnóstico como também, escolher o tratamento mais apropriado. (DOR, 1997)

Observa-se nos formulários apresentados que a doença é priorizada como fator determinante para entender o problema de linguagem existente; pode-se ainda afirmar que tenta-se fazer na fonoaudiologia o mesmo que se faz na medicina: uma ‘localização objetiva’ do problema, no caso uma localização da patologia específica, à semelhança do que FOUCAULT (1987), no início deste trabalho, refere sobre a medicina anátomo-patológica, responsável em “...demarcar as figuras da localização...” (p.160)

Isso decorre da posição que a fonoaudiologia ocupa em relação à medicina , tal como apontado por D'ELIA (1974) ao afirmar que a *anamnese* é um interrogatório realizado pelo médico. À este compete encaminhar os pacientes, após diagnosticá-los. Ao fonoaudiólogo cabe apenas recebê-los e dar início ao atendimento terapêutico.

Quando, inversamente os pacientes buscam primeiro pelo fonoaudiólogo, a anamnese é utilizada para identificar o profissional que realizará o diagnóstico. Com a legitimação do diagnóstico pelo médico ou pelo psicólogo, o fonoaudiólogo poderá dar continuidade ao processo clínico.

Observa-se desta forma, que no primeiro momento, não se coloca em questão o papel da *anamnese* e da *entrevista*, já que estes procedimentos são atribuídos ao médico.

Segundo a fala dos precursores, quando o fonoaudiólogo recebe os pacientes, apenas inicia a terapêutica, não realizando o raciocínio clínico necessário.

Esta primeira posição ocupada pela Fonoaudiologia Estrangeira em relação às disciplinas clínicas que lhe deram sustentação, foi endossado pela Fonoaudiologia Brasileira até meados da década de 90 quando, finalmente, será questionada.

3.2. Na Fala dos Fonoaudiólogos Brasileiros

Passo agora a apontar como a clínica fonoaudiológica brasileira se posiciona com relação ao uso dos termos *anamnese* e *entrevista*, observando se há coerência entre a opção por uma ou outra forma e a configuração da atividade clínica. Termos tais como *consulta*, *anamnese*, *exame*, *entrevista*, *terapia*, *avaliação* e outros, foram incorporados pela Fonoaudiologia como resultado das influências recebidas de campos clínicos. Como já dito anteriormente, os procedimentos de *anamnese* e *entrevista* apresentam peculiaridades relacionadas com o fazer próprio da medicina e da psicologia.

Na fonoaudiologia estes termos aparecem também como formas de nomeação do momento inaugural da clínica, não aparentando, no entanto, nenhuma preocupação com sua filiação epistemológica.

A partir do dizer de alguns autores que utilizam este termos, pretendo circunscrever os sentidos que estas atividades assumem na prática clínica dos mesmos autores.

SILVEIRA (1989)¹, ao propor uma alternativa de *anamnese* em gagueira baseada na *visão dialética*, afirma "...não temos justificativas para aplicar, em nosso primeiro contato com o paciente, a anamnese tradicional, com questões voltadas ao levantamento da produção articulatória e do nível lingüístico em que o sujeito se encontra...", desta forma propõe que:

"...a avaliação se constitui numa situação de comunicação entre o terapeuta e o paciente (ou entre o terapeuta e os familiares do paciente), onde o primeiro estabelece um diálogo e estimula o segundo na reconstrução não só de suas sensações, impressões e opiniões presentes sobre sua fala, mas também de suas lembranças à respeito. Sem estar preso a nenhum roteiro prévio, o terapeuta busca informações presentes e passadas da imagem que o indivíduo tem de si e da sua atividade de fala..."(pp.132 e 133).

Parece-me que o termo *entrevista* seria mais adequado para nomear a posição privilegiada pela autora, nesta abordagem que, segundo BLEGER, está mais próxima do procedimento adotado pela clínica psicológica.

¹ SILVEIRA, A. L. apud VIOLA, I. C. Sobre a Primeira Entrevista. In: MARCHESAN, I. Q. et alii. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1996. v. 3, p. 131-6.

Já GUEDES (1997) considera a *anamnese* como um procedimento complementar essencial na clínica fonoaudiológica juntamente com o procedimento de avaliação. Segundo esta autora:

“Quando um paciente chega para o tratamento, o reconhecimento de seu quadro fonêmico/fonológico alterado não é suficiente para se iniciar o trabalho de reabilitação. É necessário, sim, tentar reconhecer onde está a falha deste indivíduo. Anamnese e avaliação de linguagem detalhadas são essenciais para se ter idéia do que há por trás da manifestação da fala. A anamnese deve conter os dados de gestação, parto, desenvolvimento motor global e específico e de funções neurovegetativas (respiração, sucção, deglutição e mastigação), desenvolvimento de fala e linguagem, doenças, fatores mentais e educacionais, condições familiares e ambientais...” (p. 870)

O conceito de *anamnese* aqui utilizado parece estar coerente com as relações que a autora estabelece entre os distúrbios articulatórios e o funcionamento biológico. Apesar de não esclarecer como serão compilados os dados ou como será a avaliação, a autora deixa claro a sua opção pelo modelo médico de clínica.

MARCHESAN (1997) também utiliza o termo *anamnese* e, segundo esta autora:

“Um bom clínico, ao fazer a anamnese já poderá estar examinando seu paciente. Comportamentos, posturas, hábitos e funções podem ser observadas durante as perguntas da anamnese, sejam estas feitas para os pais ou para o próprio paciente. Para que isto ocorra, é claro que a pessoa a ser examinada deverá estar presente durante a anamnese. Os

terapeutas podem escolher se querem fazer a anamnese diretamente com o paciente, só com os pais ou com os pais e o paciente. As três maneiras de colher os dados podem ser adequadas, se bem utilizadas, e todas apresentarão aspectos positivos e negativos. Cada terapeuta deverá encontrar para si, ou para cada caso, a melhor maneira de conhecer a problemática dos pacientes que o procuram.” (p.763)

Esta autora prioriza a utilização do termo *anamnese*, embora em outros textos de sua autoria, recorra ao termo *primeira entrevista*. Apesar de não explicitar o objetivo deste procedimento, relata que a *anamnese* tem a função de obter respostas e, ao mesmo tempo articular-se com o exame do paciente. Indicia, portanto, a clínica médica como lugar privilegiado de filiação.

BEHLAU (1997) refere que a:

“... avaliação dos distúrbios da voz inicia-se pela obtenção de sua história, chamada de anamnese específica. A anamnese é parte indispensável da avaliação dos distúrbios vocais e muitas vezes decisiva no diagnóstico diferencial das disfonias. Comumente composta por uma entrevista aberta e por um questionário formal específico, a anamnese assume diferentes formas de acordo com a situação de avaliação e conforme a queixa apresentada pelo paciente, podendo ser mais informal em um consultório ou mais rígida e sob a forma de protocolo em um serviço hospitalar, onde os dados serão usados por diferentes profissionais e submetidos à análise computadorizada. A obtenção da história da disfonia exige do avaliador duas habilidades distintas: a habilidade de conduzir uma entrevista, criando um canal de comunicação com o

paciente para obter as informações necessárias e a habilidade de interpretar tais informações, com base lógica e conhecimento prévio.” (p.618)

Ao adjetivar *anamnese* como *específica*, parece que BEHLAU tenta diferenciá-la de outras *anamneses*. Talvez a autora utilize este termo como forma de nomear particularmente a história do distúrbio vocal. Em seu relato a autora entende a *anamnese* como parte da avaliação, composta por uma *entrevista aberta* e um *questionário formal*, cujo objetivo é o levantamento da *história* dos distúrbios de voz. Aqui o uso dos termos aponta para uma relação de todo (*anamnese*) e partes (entrevista aberta e questionário formal).

Assim, à semelhança do já apontado nas clínicas médica e psicológica, pode observar na clínica fonoaudiológica que os termos *anamnese* e *entrevista* transitam nos enunciados dos autores sem nenhuma restrição ou distinção. Desta forma, a diversidade de nomenclaturas não esclarece nem a filiação e nem a relação de sentido tomada pelos termos.

Podemos notar este impasse em outra fala de MARCHESAN (1997), quando ela se pergunta:

“Anamnese: O que usar ? Roteiros prontos ? Folhas em branco? Perguntas semidirigidas ? Ou será que é melhor deixar os pais falarem sem perguntarmos nada ? Temos visto que os jovens fonoaudiólogos se perdem inicialmente a respeito do que usar ao estarem pela primeira vez com um paciente. Não é importante que um questionário formal exista. Na verdade, tanto faz a forma como iremos abordar a família para descobrir o que queremos saber. Se vamos dirigí-los ou simplesmente deixar que contem livremente o que entendem como

importante para aquele momento. O essencial é que saibamos manejar, e compreender, a técnica escolhida para a primeira entrevista. Devemos ressaltar que ambas as formas, entrevistas sem roteiros e fazer perguntas preestabelecidas, são maneiras interessantes e muitas vezes fundamentais. Às vezes, é mais uma questão de rotina ou de como aprendemos a colher dados.” (pp. 764-65)

O relato atesta que não é fácil caracterizar *anamnese*. A autora mesma se pergunta como seria. Os termos utilizados se misturam, não esclarecendo a finalidade e o objetivo da *anamnese*; contudo a autora afirma que é importante “...manejar , e compreender, a técnica escolhida...”, *sejam entrevistas sem roteiros ou com perguntas preestabelecidas para a realização da coleta de dados*. Apesar de não diferenciar as técnicas apontadas como formas alternativas de *anamnese*, posiciona-se de maneira contrária a BEHLAU (1997), quando afirma não ser necessário a existência de um *questionário formal*.

É importante ressaltar que este procedimento é utilizado com a família para descobrir o que se quer. E o que se quer descobrir? Como utilizamos os dados fornecidos pelos pais ? Quais os dados que devemos privilegiar? O que devemos “escutar”? Como devemos “interpretar”? A autora deixa tais perguntas sem resposta postergando a reflexão sobre a articulação entre técnicas e método clínico.

BASSO (1995) explicita que:

“A anamnese perde seu caráter de entrevista inicial, freqüentemente permeada por um discurso genérico sobre o paciente e sobre a patologia, para ser um meio de reconstrução de uma história, que deverá iluminar a compreensão de um

quadro que, naquele momento, se mostra como alterado. Neste sentido, a anamnese passa a ser um elemento presente durante todo o processo clínico, pois será revisitada a cada dado novo com que o fonoaudiólogo se deparar, para que uma nova leitura/articulação possa ser feita, indicando o percurso a ser atingido.” (p.305)

Esta autora utiliza o termo *entrevista* como sinônimo de *anamnese* contrariando as afirmações de BLEGER (1995), de que estes procedimentos apresentam marcas distintivas bem definidas. Entendemos que a adoção do termo *entrevista*, seria mais coerente com as mudanças que a autora propõe para esta atividade clínica, quando caracteriza-a como “...um meio de reconstrução de uma história...”(op.cit.) e quando anuncia uma outra forma de entender este procedimento de momento inaugural, destituindo-o de primeiro contato apenas, para reconhecê-lo como “... um elemento presente durante todo o processo clínico...”(op.cit.).

LEVY e SIMONETTI (1997) também adotam ambos os termos e afirmam que:

“a atenção estará voltada principalmente à anamnese da criança deficiente auditiva ... Sendo este primeiro contato com os familiares e com a criança ... Os acompanhantes da criança trazem expectativas variadas para esta primeira entrevista...” (p.292). “A anamnese tem a função de levantar dados da história clínica, circunstancial, relações pessoais e interpessoais.”(p.295)

Os termos *anamnese* e *primeira entrevista* são adotados como se fossem idênticos, sem nenhuma marca de distinção entre ambos. Transitam

nos enunciados sem nenhuma relação particular de sentidos, seja com os dados ou com a especificidade de informações levantadas pelo clínico.

ARANTES (1994), em seu artigo intitulado “ O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro”, apresenta os moldes tradicionais de intervenção fonoaudiológica nos casos de retardo de linguagem, no qual:

“... três momentos podem ser nitidamente delimitados relativamente ao fluxo de intervenção do fonoaudiólogo, quais sejam: o da entrevista, o da avaliação e o da terapia propriamente dita. Na entrevista, colhia-se o histórico do paciente tomado como fato, quer dizer, a anamnese era entendida como reveladora da ‘verdade’ a respeito da criança... O fonoaudiólogo, buscando a ‘verdade’, decodificava mensagens que deveriam ser reveladoras da etiologia. Para tanto, realizava um ‘esforço de atenção’, elegendo informações relevantes.”(p.29)

A autora realiza uma crítica à forma de intervenção clássica na clínica fonoaudiológica, delineando uma nova leitura da clínica nos casos de retardo de linguagem. Neste resgate a autora traz o uso indiscriminado dos termos *anamnese* e *entrevista*, como procedimentos idênticos, sem nenhuma marca distintiva.

Nos relatos abordados observa-se o uso indiscriminado dos termos, os quais apresentam valor indefinido para o raciocínio clínico e para o diagnóstico fonoaudiológico.

Desta maneira, fica sem explicação a finalidade do procedimento de *anamnese* e de *entrevista* , pois não fica claro como o fonoaudiólogo articula estas atividades com o diagnóstico e a terapêutica.

No entanto, pode-se evidenciar a influência do modelo médico no momento inaugural da clínica fonoaudiológica através do levantamento de dados referentes ao histórico orgânico do indivíduo, apontando para uma suposta relação de causalidade entre este e a linguagem. Considerando a hipótese do envolvimento de uma certa patologia questiona-se: a história pregressa da mãe na gestação e no parto, o desenvolvimento global da criança, e em especial, o desenvolvimento neuropsicomotor, o desenvolvimento de linguagem, as doenças infantis e outras doenças. Desta forma, pode-se perguntar: “Qual a duração da gravidez?”, “Teve alguma doença durante a gravidez?”, “Como foi o parto?”, “Qual o peso e o comprimento da criança ao nascer?”, “Chorou logo?”, “Mamou logo?”, “Quando andou?”, “Balbuciou?”, “Quando falou a primeira palavra?”. No caso de existir uma doença constatada a priori pelo profissional que encaminhou o caso, o questionamento normalmente segue uma seqüência pré-estabelecida acerca da doença e seu desenvolvimento.

Nesta perspectiva, o objetivo da *anamnese* é coletar dados sobre a patologia do paciente e buscar informações que possam justificar a patologia de linguagem, uma vez que ela é compreendida “...como produto da anatomia e da fisiologia do indivíduo; e os distúrbios sistematicamente como alterações fisiopatológicas” (SPINELLI, 1994, p.132). Desta forma a prática de *anamnese* acima delineada está muito mais próxima a uma clínica de verificação e de aplicação. Assim, o olhar crítico de FREIRE (op. cit.) afirma que “o fonoaudiólogo, chamado por alguns de ‘clínico’, fazia ‘anamnese’ ou ‘entrevista inicial’ para coletar dados sobre o ‘paciente’ e, após o exame, chega ao ‘diagnóstico’ que ao contrário do que faz a medicina, nada mais é que a reapresentação da queixa inicial do ‘paciente’, transcrita no léxico específico da fonoaudiologia.”(p.132)

Já a incorporação do modelo de *entrevista* da clínica psicológica pode ser flagrada no momento inaugural da clínica fonoaudiológica, em questionamentos que abordam aspectos relacionados com o comportamento do paciente. Desta forma, procede-se a um questionamento sobre o desenvolvimento da criança ou do paciente, suas questões afetivas, emocionais e familiares. Estes questionamentos, realizados para resgatar possíveis conflitos na dinâmica pessoal e familiar, pressupõem sua manifestação no comportamento do paciente e, em especial em sua linguagem.

A influência da clínica psicológica pode ser denotada em questionamentos, tais como: “A gravidez foi desejada?”, “Como foi a situação emocional durante a gravidez?”, “A criança apresenta irritabilidade, choro fácil, apatia, teimosia, agressividade?”, “A criança gosta da escola?”, “A criança conversa com outras crianças?”.

Estas perguntas, apesar de levantarem dados que não tem ligação direta com a linguagem, e sim com o desenvolvimento psicológico, promovem um momento inaugural inspirado na subjetividade, trazendo à cena o ‘dizer’ sobre o paciente.

Embora o referencial teórico-metodológico seja o da psicologia, ainda assim, observa-se uma ênfase dada a uma clínica da verificação, pois ocorre a busca de uma doença psíquica ou de um distúrbio de comportamento que explique a patologia de linguagem em questão. Como relata PALLADINO, “...a cena clínica é lida como lugar da verificação...”(op. cit. p.1).

Nesta medida, o que ocorre na fonoaudiologia é uma constatação de dados orgânicos e/ou psíquicos do paciente a quem foi atribuído um quadro nosológico e um diagnóstico que se relaciona com um raciocínio clínico de

causa e efeito. A atividade de perguntas e respostas apresenta-se apenas como um procedimento de constatação de uma demanda, a qual se transforma em diagnóstico. Esta atividade é desvinculada do exame clínico que se faz do/no paciente, pois como o diagnóstico já é dado antecipadamente, o que se faz é apenas "...reeditar sucessivas vezes uma mesma verdade" (PALLADINO, 1990, p.2). Como já relatado, o que ocorre é apenas uma constatação do que já se sabe. O ato clínico é pré-programado, por isso muitos profissionais se utilizam de um protocolo diferente para cada caso, seja ele denominado distúrbio articulatório, gagueira, retardo de linguagem e assim sucessivamente.

Dessa forma, a fonoaudiologia, ao longo do tempo, vem realizando um aparente diagnóstico dos problemas de linguagem.

Ocorre, portanto, uma descaracterização do processo clínico fonoaudiológico que é conduzido pelo fonoaudiólogo de forma incompleta, pois o profissional, independente da *anamnese* ou da *entrevista*, transcreve o diagnóstico estabelecido anteriormente por outro profissional, ou o deduz hipoteticamente através da queixa trazida, utilizando a linguagem específica da área.

Isso ocorre devido à um movimento contrário realizado pelo fonoaudiólogo. Na medicina a investigação clínica está pautada nas funções semiológica (que é a descrição de sinais pela observação) e nosográfica (que é a descrição com vistas a uma classificação) articuladas aos exames e aos mediadores instrumentais, para a configuração do diagnóstico e na fonoaudiologia ocorre apenas a descrição do caso, do que já se sabe ou do que se prevê. Desta forma, o momento inaugural fonoaudiológico apresenta-se voltado à preencher um 'prontuário', 'obter informações' ou 'conhecer o paciente', desvinculando-se da finalidade das outras clínicas, ou seja, do diagnóstico.

Como exemplo podemos citar o protocolo específico para Paralisia Cerebral, que tem a função de confirmar dados que o diagnóstico médico parece indicar. Então, nesta perspectiva, o que está em cena é a intenção de querer saber como é uma criança com Paralisia Cerebral, como é esta doença e como ela se apresenta no paciente. Exclui-se deste momento, o interesse pela patologia de linguagem que particularizaria a demanda deste sujeito para o fonoaudiólogo. E o que é mais grave, exclui-se o sujeito e o sentido que a doença toma para ele e para a família.

O mesmo ocorre quando o paciente é encaminhado pelo neurologista por apresentar dificuldades de fala após o acometimento de um acidente vascular cerebral. O caso é diagnosticado, a priori, como Afasia, anteriormente ao seu contato com o fonoaudiólogo.

Observa-se, ainda, que este profissional, antes mesmo da *anamnese* e/ou *entrevista* e da avaliação com o paciente, define uma hipótese diagnóstica a partir da queixa trazida pelos pais, que relatam que a criança 'troca letras ao falar', 'fala errado' e 'não fala'. Desta forma, esse dado é utilizado previamente para organizar a forma de avaliação que se utilizará com a criança.

Pode-se concluir que o momento inaugural na fonoaudiologia, seja ele nomeado de *anamnese* ou *entrevista*, é apenas um 'primeiro contato' com o paciente e sua doença, por meio da utilização de protocolos específicos. Fica evidente que estes procedimentos, assim delineados, não apresentam função específica para a clínica fonoaudiológica.

Finalmente, a clínica fonoaudiológica também incorpora o uso indiscriminado dos termos, flagrado na fala dos fonoaudiólogos. Desta

forma permanece a questão: Qual é o sentido da *anamnese* e da *entrevista* para a clínica fonoaudiológica?

3.3 Na Fala dos Críticos

Na tentativa de responder a questão anterior, realizei o levantamento da fala de alguns autores que, a partir da década de 90, problematizam o valor dos procedimentos utilizados na clínica pelo fonoaudiólogo. Portanto, a questão da falta de sentido da *anamnese* e da *entrevista* na clínica fonoaudiológica, já vem sendo identificada à algum tempo.

PALLADINO (1991) irá ressaltar que a clínica fonoaudiológica, ao incorporar daquelas áreas de conhecimento (medicina e psicologia) todo um arsenal teórico-prático, realizou um ritual de empréstimos que resultou numa "... colagem de múltiplos fazeres: o fazer da medicina, o da pedagogia, o da psicologia clínica..."(p.140).

Esta transferência de ‘fazeres’ resultou num discurso fonoaudiológico, muitas vezes incoerente, se tomamos em consideração a diferença que particulariza cada objeto de estudo.

ARANTES (1994) seguindo esta mesma linha crítica diz que "... o clínico buscava, na realidade, o que, de certa forma, era previsível e/ou desejável: dados sobre o desenvolvimento orgânico da criança que pudessem justificar o estado patológico" (p.29). Desta forma, o clínico ao realizar a *anamnese* levanta dados do orgânico do paciente, acompanhando uma clínica médica, a qual apresenta conceitos de patologia, de diagnóstico e de terapia que são inviáveis quando se trata de problemas de linguagem, pois o processo clínico na medicina desenvolve-se de maneira esporádica,

medicamentosa e/ou cirúrgica, diferindo da atividade fonoaudiológica. Tomando como referência alguns trabalhos atuais pode-se dizer que esta dinâmica continua presente na prática clínica de muitos fonoaudiólogos.

Outros fonoaudiólogos, no entanto, ao adotar preferencialmente o termo *entrevista* para nomear o momento inaugural da clínica fonoaudiológica, apontam intersecções com outras áreas de inspiração que a medicina e a psicologia.

FREIRE (1990)⁵, apoiada em uma *vertente psicolinguística* e adepta da abordagem dita dialógica, afirma que “...o objetivo da entrevista inicial é o levantamento de dados sobre a história interacional do sujeito...”, pois a linguagem é constituída na interação social, principalmente na relação da criança com a mãe onde reside a constituição da criança como sujeito. Assim, os desvios de linguagem são entendidos “como indícios de subjetividade, como marcas da história interacional do sujeito, cuja significação precisa ser buscada”(p.132); e, complementarmente MILLAN (1992), apoiada na *teoria sócio interacionista*, considera a *primeira entrevista* como “ ...uma situação especial de interação (...) consiste principalmente num ritual de apresentação porque é uma situação social emocionalmente muito marcada . Papéis são definidos , objetivos são estabelecidos e, mais do que isso , uma intersubjetividade começa a ser construída.”(p.27).

Como exemplo de deslocamento do olhar clínico pautado na visão médica, WEISLER (1992), em seu trabalho de mestrado, mostra o processo de mudança deste referencial para uma prática clínica que privilegia o conteúdo do saber cotidiano. De acordo com esta autora a *primeira*

⁵ FREIRE, R. M. apud VIOLA, I. C. Sobre a Primeira Entrevista. In: Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1996. v. 3, pp. 131-6.

entrevista “é essencial para a construção do trabalho terapêutico, a compreensão do mundo da criança e portanto das relações dela nessa família.”(p.33). Prossegue a autora “ a primeira entrevista tem como objetivo a compreensão das relações que os pais e a criança estabelecem entre si, o que é fundamental para que as possíveis transformações sejam efetivadas. A primeira entrevista faz, portanto, parte do processo terapêutico.”(p.16).

Estas autoras, ao utilizar a palavra *entrevista*, parecem, de um lado, reconhecer neste primeiro momento um outro estatuto que o de simples levantamento de informações e, de outro, deslocar para a interação (entendida como linguagem) o foco de análise do fonoaudiólogo.

FONSECA (1996), filiada à proposta interacionista brasileira em aquisição de linguagem, também adota o termo *entrevista* para nomear o momento inaugural da clínica fonoaudiológica. Segundo a autora:

“ A entrevista com o próprio paciente e/ou com seus familiares é o momento inaugural desse processo diagnóstico. Ela é lugar de elaboração, para o fonoaudiólogo, de um sentido para a queixa. Será, nessa instância, que se poderá ‘escutar’ se a queixa é uma queixa dirigida ao fonoaudiólogo. Para além disso, se o paciente pode falar e falar sobre o que ele supõe que acontece com ele, esses dizeres já se oferecem como material para uma interpretação que põe em pauta a relação sujeito/linguagem e isso só pode ser ‘escutado’ por um fonoaudiólogo ‘instrumentalizado’ por uma teoria de funcionamento da linguagem.” (p.13)

É interessante notar no relato desta autora que o termo *entrevista* parece inaugurar uma outra forma de conceber este procedimento,

resgatando também uma outra finalidade da atividade, que não seja só a de levantamento de dados, mas de procedimento importante para se realizar a ‘escuta’ e a ‘interpretação’ fonoaudiológicas.

Embora outra tendência se faça sentir nos relatos acima, ainda assim, permanecem as questões: ‘Qual o sentido da *entrevista* para a clínica fonoaudiológica?’ e ‘Como se faz a articulação entre a *entrevista* e o raciocínio clínico, ou melhor entre o diagnóstico e a terapêutica?’.

Antes de prosseguir me parece ser necessário reconhecer que esta crítica, no entanto parece dirigir-se unicamente à clínica que reduz a linguagem ao orgânico, promovendo, portanto, o apagamento da subjetividade.

A primeira instância clínica está voltada para atuação sobre alterações do orgânico e a segunda que está voltada para questões da linguagem. E que portanto se chamarmos a primeira de *clínica* e a segunda de *clínico-terapêutica*, o procedimento inaugural, ou seja, a *anamnese* e a *entrevista*, toma um sentido diferente. Desta forma, parece que o termo mais adequado para nomear o momento inaugural da *clínica* seria *anamnese* e ela estaria voltada para o levantamento de dados do orgânico e baseada numa relação na qual terapeuta e paciente sofrem um apagamento em favor da doença. Para a instância clínico-terapêutica, podemos utilizar o termo *entrevista*, que indica uma relação terapeuta-paciente baseada na subjetividade, a qual lida com as questões da linguagem, na sua dimensão patológica. No próximo capítulo irei abordar sobre esta segunda instância.

Como já visto, a clínica fonoaudiológica se inspirou na clínica médica, pois a medicina funda a experiência clínica. Desta inspiração nasce um fazer clínico, com referências em um discurso médico e organicista. Tradicionalmente, a instância clínica da fonoaudiologia, conduzida por este

discurso, tenta determinar um, “...vínculo causal entre o sintoma e perturbação/lesão/deteriorização em partes específicas e visíveis do organismo.” (FONSECA, 1996, pp.2-3)

Na instância clínica ocorre a descrição dos sintomas. “Descrição, portanto, que não vai além de uma rotulação de comportamentos. O que fica perdida é a explicação de suas manifestações e o não delineamento de um sintoma pertinente à clínica fonoaudiológica.” (op. cit., p.7)

Segundo PALLADINO (1992):

"Descrever é atividade de cientista (de lingüísta). Quando o fonoaudiólogo descreve a linguagem do seu paciente, ele o faz como se fosse lingüísta; paralisa os dados para testar a teoria. Ao paralisá-los, a linguagem fica desvestida de subjetividade. Isto posto, o fonoaudiólogo, na avaliação de linguagem, é chamado a contemplá-la e, na terapia, a agir com e sobre ela.... Não há sujeitos, há normas. Não há o particular, há o geral." (p.5)

A tarefa de ‘descrever’ inicia-se normalmente no procedimento de *anamnese* e/ou *entrevista*. No entanto, estes procedimentos não delimitam o objeto específico a ser investigado, parecem chamar para a cena o orgânico, o psicológico e o lingüístico, não deixando claro como todos esses dados se articulam e porque se articulam. Assim, há um discurso organicista que implica na instância apenas clínica do “fazer fonoaudiológico”.

Neste “fazer”, observa-se uma *anamnese* uma *entrevista* organizada de forma organicista, não apresentando nada de específico com a área fonoaudiológica, ou seja com a linguagem, objeto de estudo da

fonoaudiologia. Estes procedimentos são realizados de forma “mecanística”.

Tenta-se relacionar na clínica fonoaudiológica, o sintoma na linguagem com alguma etiologia. Tenta-se fazer como na medicina, utilizar-se um “...*discurso organicista da causalidade direta lesão-sintoma...*”(FONSECA, op. cit., p.11), como exposto por esta autora, no caso de afasias.

Desta forma, os procedimentos subseqüentes à *anamnese* e/ou *entrevista*, como avaliação e terapia apresentam-se estanques.

Para diagnosticar o problema, ocorre a descrição e classificação de sintomas, através de um raciocínio clínico descritivo, associando os sintomas a patologias, como ao diagnóstico médico.

Este diagnóstico é pontual, mensurável, estático, observável e positivista, pois a avaliação é realizada através de instrumentos específicos, complementar ao trabalho do clínico como, por exemplo, no caso da audiology em sua atividade de realização de medições e testagens da audição. Aqui pode-se afirmar que o fonoaudiólogo está inserido numa instância clínica, que segue um modelo médico, o qual dedica-se à clínica da objetividade. Neste caso aponta-se objetivamente alterações que podem estar localizadas no plano muscular (OFA, funções neurovegetativas, tensão do corpo em geral, em particular de músculos envolvidos na fonação ou na articulação (pregas vocais, bucinadores, masséter, etc). O objetivo nesta clínica é curar tendo em vista o retorno à um estado identificado à normalidade (ação reparadora e curadora que objetiva retomar as coisas à seu estado anterior).

A clínica fonoaudiológica realizada desta forma, enfatiza uma relação terapeuta/paciente, na qual “o doente cede lugar à doença, o sujeito ao organismo, o caso particular ao universal”(op. cit., p.4). Como na clínica médica, na clínica fonoaudiológica, ocorre o “apagamento da singularidade do paciente...”, o qual “...faz dele um protótipo e do médico um porta voz da teoria sobre o funcionamento orgânico.” (op. cit., p.4)

A instância clínica fonoaudiológica à cópia da clínica médica, prioriza o conhecimento do fato patológico, tentando relacionar com os desvios da linguagem e normalmente o terapeuta acaba abstraindo o paciente da situação. Como relata PALLADINO², “... o papel do paciente sofre um apagamento, sua existência é prototípica, ele é um exemplar. O particular é encapsulado pelo geral, sofrendo um processo de diluição imediata pelos sucessivos cortes que a regração impõe. O papel do clínico fica sendo, em consequência, o de reditar sucessivas vezes uma mesma verdade.” (p.2)

A clínica fonoaudiológica configurada desta forma, dificulta a adoção de uma postura, por parte do profissional, condizente com a linguagem, quando esta é tomada como o objeto da Fonoaudiologia.

Concluindo, resumiria o impasse da Fonoaudiologia da seguinte forma:

- 1- reconhece-se uma instância clínica nesta disciplina;
- 2- esta instância clínica pode ter como objeto de atenção a patologia enquanto algo que se localiza no corpo ou na linguagem;
- 3- as críticas apontam a necessidade de se diferenciar corpo e linguagem como objetos de clínicas que não se estruturam igualmente;

² PALLADINO, R. O Diagnóstico em Linguagem. Texto utilizado na disciplina Avaliação de Linguagem, sob o tema ‘O Diagnóstico em fonoaudiologia’.

4- quando o que está em questão é o corpo, o modelo médico parece ser o lugar para se buscar as respostas às questões sobre anamnese e seu sentido para a clínica fonoaudiológica;

5- quando o que está em questão é a linguagem, reconhece-se uma outra instância - a clínico-terapêutica - que não se conforma à anterior.

Assim me parece essencial, para terminar este trabalho, dedicar um outro espaço de discussão do que seria então , o que está sendo chamado de Instância Clínico-Terapêutica da Fonoaudiologia.

CAPÍTULO IV

A ENTREVISTA NA INSTÂNCIA CLÍNICO-TERAPÊUTICA DA FONOAUDIOLOGIA

4.1. A Instância Clínico-Terapêutica

A conclusão do capítulo anterior reconhece duas instâncias clínicas na fonoaudiologia: uma denominada simplesmente de clínica, estruturada a partir do modelo médico e outra de clínico-terapêutica, que busca um redirecionamento do método clínico, ao tomar o dizer e o dito como seu objeto de atenção.

Esta instância clínico-terapêutica apresenta-se através de um discurso diferente do discurso médico e organicista, adotando como objeto ' a

linguagem em seu funcionamento', dentro de um enquadre clínico que prioriza a linguagem na interação terapeuta/'paciente'¹.

Reclamando sentidos e noções diferentes, a instância em questão obriga o repensar a clínica fonoaudiológica, tomando como vetores, a linguagem, o sujeito e a terapêutica. Esta última será entendida aqui, a partir do dizer de SAURÍ (1998), como "...una actividad servicial cuidadosa y preocupada legible en el contexto del amor y en el mantenimiento de un determinado ordenamiento." (p.12) A terapêutica, então, é uma tarefa compartilhada, na qual o mal-estar esperançoso, a demanda e a aceitação devem existir para que ela seja realizada. Terapêutica, portanto, implica em sempre correr um risco, o qual deve ser enfrentado conjuntamente por ambos os participantes.

Esta atividade é formada por dois momentos estruturais: um constitutivo e outro operativo. O primeiro momento é delineado pelo "...malestar esperanzado, el pedido y la respuesta apropiada..."(p.13), itens que convergem para a configuração de um momento estrutural que possibilita a terapêutica e busca significações partilhadas pelo terapeuta e o 'paciente'.

O 'mal-estar esperançoso' está relacionado com alguma alteração orgânica ou psíquica do doente que , frente a este estado, apresenta um desejo de 'curar -se'. A partir deste desejo, o paciente realiza um pedido de ajuda ao terapeuta, denominado de 'demanda'. Este profissional apresenta sua 'resposta' de aceitação ou não durante a estruturação de um campo interpessoal.

¹ A palavra 'paciente' apresenta-se aspeadas, para demostrar um outro sentido atribuído à ela, ou seja de 'sujeito não passivo'.

O segundo momento, chamado de operativo, é caracterizado por uma atividade prática, formada por três tarefas: o salmo, o fármaco e o acompanhamento.

O 'salmo' evoca a proteção amorosa que não atua no somático e sim no plano interpessoal afetado pelo dano.

O 'fármaco' abarca, pelo menos, quatro sentidos: droga, tintura, escritura e objeto numinoso. Como droga podemos notar suas virtudes ambivalentes: se, por uma lado, pode lutar contra o mal a favor da vida, por outro, pode também provocar a morte. Como tintura modifica a aparência, fazendo com que uma coisa pareça outra. Como escritura favorece a recordação, evitando o esquecimento. Como objeto numinoso desempenha um papel expiatório.

O 'acompanhamento' é uma tarefa que possibilita ao terapeuta a posição de companheiro, aquele que acompanha o outro em algum trajeto ou caminho, compartilhando a situação. Através deste movimento de 'acompanhar', é que se possibilita uma terapêutica eficaz.

Ainda, segundo SAURÍ (1998), " Son estos, pués, los ejes en torno de los cuales se estructura la terapéutica, transformándola más que en un servicio destinado a la cura, en un camino acompañado de aprofundamiento de la existencia." (p.9)

Retomando o momento constitutivo, observa-se que três componentes podem ser relacionados ao que FREUD chamou de tratamento de ensaio e que foi retomado por LACAN com o nome de entrevistas preliminares. Estas entrevistas, segundo QUINET (1991), já são parte integrante da análise, pois também utilizam a associação livre como

primeiro princípio do método clínico. No entanto, apresentam-se diferentes da análise devido ao seu objetivo: realização do diagnóstico.

Estas entrevistas preliminares apresentam três funções:

- 1- A função sintomal (sinto-mal);
- 2- A função diagnóstica;
- 3- A função transferencial.

Pode-se estabelecer uma relação entre as duas primeiras funções e a instância clínico-terapêutica da fonoaudiologia, tomando como referência a entrevista fonoaudiológica.

A função sintomal refere-se ao mal-estar do paciente, em nosso caso, inscrito na linguagem. O sintoma na linguagem e o desejo do paciente de resolução do problema é que possibilitam uma demanda, que é apresentada ao terapeuta. No caso da análise (em psicanálise), o terapeuta poderá ou não aceitar a demanda, no entanto, o que o sujeito apresenta como sintoma e pedido de análise deverá ser sempre questionado pelo analista. "A analisabilidade é função do sintoma e não do sujeito. A analisabilidade do sintoma não é um atributo ou qualificativo deste, como algo que lhe seria próprio: ela deve ser buscada para que a análise se inicie, transformando o sintoma do qual o sujeito se queixa em sintoma analítico."(QUINET, 1991, p.20)

É nesta perspectiva que a *entrevista*, de acordo com FONSECA (1996):

"...é lugar de elaboração, para o fonoaudiólogo, de um sentido para a queixa. Será nessa instância, que se poderá 'escutar' se a queixa é uma queixa dirigida ao fonoaudiólogo. Para além

disso, se o paciente pode falar e falar sobre o que ele supõe que acontece com ele, esses dizeres já se oferecem como material para um, a interpretação que põe em pauta a relação sujeito/linguagem e isso só pode ser escutado por um fonoaudiólogo 'instrumentalizado' por uma teoria de funcionamento da linguagem." (p. 13)

O terapeuta/analista da linguagem deve atribuir um 'sentido' ao sintoma na linguagem apresentado pelo sujeito, diferente do 'sentido' que o sintoma, enquanto queixa, tem para sujeito. A possibilidade de atribuir uma dimensão diferente para o sintoma durante as entrevistas fonoaudiológicas, materializa-se através da análise do dizer e do discurso que permeiam a interação terapeuta-doente e/ou terapeuta-familiares.

As *entrevistas* devem possibilitar o aparecimento da patologia de linguagem, a demanda e a aceitação do caso pelo terapeuta. Por isso este momento inaugural é de real importância, podendo no entanto, ter continuidade no decorrer do processo terapêutico.

A função diagnóstica, em psicanálise, orienta a direção da análise. O diagnóstico e a análise estão implicados num processo analítico. Segundo QUINET (op. cit.) "... o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre sexo, a morte, a procriação, a paternidade)..." (p. 23)

Relacionando a *entrevista* fonoaudiológica com a afirmação acima, mesmo em se tratando de clínicas diferentes, pode-se concordar que o fonoaudiólogo também deve circunscrever o diagnóstico por meio do dizer sobre o dizer do 'paciente'. A interpretação que se faz do sintoma na linguagem, sintoma que, segundo PALLADINO (1992), é 'significante' que pede leitura, configura-se na ação diagnóstica.

Para tanto, o fonoaudiólogo precisa estar instrumentalizado por "...uma concepção de linguagem que lhe permita ver a linguagem em seu funcionamento, ou ainda a linguagem em sua singularidade. Quando falamos em patologia de linguagem, estamos pensando em um funcionamento peculiar do simbólico." (FREIRE, s.d., p. 3)²

Portanto, o objetivo desta clínica, representada pela terapêutica, não é a cura ou a volta à um padrão de normalidade, mas sim a possibilidade de promover um movimento, um deslocamento do sujeito e do terapeuta para um outro plano diferente do que se está. Neste modelo de clínica há um deslocamento do sujeito no interior de uma relação subjetiva, promotora de ressignificação de sentidos.

Nesta clínica, a *entrevista* ganha uma nova configuração, ou seja, é parte do processo terapêutico, que marca o encontro inaugural entre seus participantes, no qual o dizer ganha real importância e possibilita a “escuta” e a “interpretação” do terapeuta.

Neste sentido, a mera descrição dos dados ou sintomas, fica sem significação. Deve-se ir além da descrição, tomando o sintoma na linguagem como significante que pede leitura, ou seja, tomando o discurso e o dizer que representa o sintoma, "...como material para uma interpretação que põe em pauta a relação sujeito/linguagem...". Esse discurso "... só pode ser, ‘escutado’ por um fonoaudiólogo ‘instrumentalizado’ por uma teoria de funcionamento da linguagem." (FONSECA, op. cit., p.13), como anteriormente afirmado.

² FREIRE, R.M. A questão da definição do objeto em Fonoaudiologia. Texto inédito.

A situação clínica assim configurada, permite já no procedimento de *entrevista*, o aparecimento da história do 'paciente', através do seu próprio dizer.

Segundo PEREIRA (1995) é:

"... a partir da escuta do fonoaudiólogo que a história do paciente poderá tomar a forma de um mero conjunto de informações a respeito de seu desenvolvimento (ou do desenvolvimento do 'problema' que o trouxe à clínica) a partir de um ponto de vista predominantemente cronológico e 'factual' ou , em contrapartida, a forma de um relato onde a história da relação daquele paciente com a linguagem, sua constituição enquanto sujeito falante, e o sentido atribuído ao 'problema' que o traz à clínica possam ser interpretados pelo fonoaudiólogo." (p.2)

O fonoaudiólogo assume uma posição particular na clínica da linguagem. Nesta clínica, a palavra está em cena. Segundo FONSECA, "o terapeuta não fica diante do dizer do paciente mas ele é ...submetido a esse dizer. Do mesmo modo, o paciente está sob efeito do que diz o terapeuta." (p.12) Ocorre, desta forma, o que a autora chamou de "clínica de efeitos". É nesta clínica de efeitos que ocorre um jogo entre dizeres, no qual se abrem novas possibilidades de dizer, e isso é intervir fonoaudiologicamente.

Conclui-se que, ao contrário do que se faz na medicina e na psicologia, na clínica fonoaudiológica deve-se priorizar o discurso de seu 'paciente', o seu *dizer* sobre si e sobre seu problema de linguagem, analisando o funcionamento da linguagem do paciente, já que o objeto da fonoaudiologia é a linguagem "em seu funcionamento e em sua

materialidade – privilegiando a sua instância patológica” (FREIRE, s.d., p. 3)³.

Portanto, o termo *entrevista fonoaudiológica*, será privilegiado para nomear o “... espaço e o tempo da significação” (PALLADINO, 1990, p.2) que toma como referência o *dizer* do sujeito, o *dizer* que *diz* do funcionamento da linguagem deste próprio sujeito.

4.2. A Entrevista

Ao reunir dizeres esparsos sobre a *entrevista* pretendo, por meio da sobreposição, fazer emergir uma certa arquitetura do dito procedimento inaugural da clínica fonoaudiológica.

O foco da *entrevista* é o que o sujeito da linguagem *diz*. Tomando como referência o *doente e seu dizer*, pode-se realizar, nas *entrevistas* preliminares, um processo de interpretação, promovendo, ao contrário da clínica da verificação, uma *localização subjetiva*. (MILLER, 1988) A *localização subjetiva* difere da *localização objetiva* pois não está assentada sobre a configuração do diagnóstico através da descrição dos fatos, mas sobre a dimensão do *dito*. Ainda, segundo MILLER (op. cit.), apenas:

“...ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo é essencial. O passo seguinte é questionar a posição que toma aquele que fala, em relação aos seus próprios ditos. O essencial é, a partir dos ditos, localizar o dizer do sujeito, ou seja, o que Lacan retomando uma categoria de Jakobson – chamava de

³ FREIRE, R. M. Fonoaudiologia e lingüística: Modos de Interpretação da Linguagem. Texto Inédito/PUC-SP.(s. d.), pp. 1 - 7.

enunciação que significa a posição que aquele que enuncia toma em relação ao enunciado.”(p. 103)

Por este prisma, o doente se apresenta sob a forma de posições que, embora em constantes deslocamentos, remetem à localização subjetiva.

O analista da linguagem deve considerar ainda, o *não-dito*, aquilo que emerge do *silêncio* ou do *silenciamento*^{*}. Segundo MILLER (op. cit.), os *intervalos* fazem parte do discurso do sujeito, os quais apresentam-se por meio do *silêncio* e do *não-dito*. Portanto, os *intervalos* também devem ser escutados e interpretados.

A possibilidade de observar e *escutar o dizer* e o *não-dito* do paciente é que permite a análise e a interpretação do doente e a continuidade do processo clínico. Para isto o fonoaudiólogo deve estar instrumentalizado por uma teoria que lhe dê acesso à uma *escuta* diferenciada. É fundamental ressaltar que existe uma distinção entre ouvir e escutar. Segundo BARTHES (1990), *ouvir* é um fenômeno fisiológico, enquanto que *escutar* é um ato psicológico definível por seu objeto.

A escuta exemplar, para BARTHES, é a psicanalítica na qual “o que é oferecido para ser ouvido por essa escuta é exatamente *aquilo que o indivíduo que fala não diz4. Esta escuta visa o sujeito que fala, o que ele diz, em um espaço intersubjetivo.*

Desta forma, o entrevistador, partindo dessa escuta, deve atribuir um sentido à história do 'paciente'. Na atividade de *entrevistar*, o

^{*} Para aprofundamento das noções de silêncio e silenciamento, ver Orlandi (1993).

⁴ BARTHES, R. apud ARANTES, L. O Fonoaudiólogo, este Aprendiz de Feiticeiro. In: LIER-DE VITTO, M. F. Fonoaudiologia: No Sentido da Linguagem. São Paulo: Cortez, 1994. p. 33.

fonoaudiólogo deve também interpretar o que o doente não diz mas é dito no discurso do outro, a família.

Sobre as noções de 'escuta' e de 'interpretação' vale a pena retomar o trabalho de SOBRINO (1996), que enfatiza a importância destas questões para a atividade de *entrevista*. Assentado sobre uma teoria discursiva da linguagem, o trabalho adota o paradigma da vertente francesa da Análise de Discurso, representada por Pêcheux e seguidores. Desta forma, o sujeito e a linguagem são delineados como componentes não transparentes do discurso que, por sua vez, é 'efeito de sentidos' entre os locutores.

Segundo esta autora, a questão da 'escuta' está assentada sobre o trabalho do terapeuta com as significações que permeiam o discurso. Esta 'escuta' diferenciada, é que possibilita o clínico estar aberto para o dito do outro e seus sentidos, caracterizados pela polissemia e pela opacidade, que promovem a interpretação.

A atividade de interpretar, diz SOBRINO (op. cit.), “não é, portanto, uma tarefa fácil. Implica não só 'dizer' o que 'está dito', mas também 'dizer' o que 'não foi dito'. Tanto o 'não dito' como forma implícita quanto como forma do silêncio”.(p. 29)

Pode-se afirmar que interpretar é ler o discurso e atribuir ao dizer do outro um certo ‘efeito de sentidos’. “Sentidos que são efeitos de movimentos de significação que circulam incessantemente no espaço discursivo, ligando-se, religando-se e desligando-se entre si.”(p. 26)

Assim, cabe ressaltar que os participantes do discurso estão sob os ‘efeitos de sentidos’. São estes efeitos que fazem o dizer polissêmico e opaco. Polissêmico, porque há a possibilidade de atribuir outros sentidos ao discurso e ao dizer que aqueles delineados numa *entrevista* baseada em uma

clínica da verificação, ou seja, assentada sobre o modelo médico de clínica. Opaco, porque a cena clínica não é transparente, previsível e imutável, na qual a entrevista é concebida como momento de coleta de 'informações'. A noção de opacidade põe de lado o conceito de 'informação' e traz à cena o conceito de polissemia explicitado acima.

Desta forma, o procedimento de *entrevista* deve ser ressignificado, ultrapassando a posição de momento inaugural para se transformar numa atividade contínua, que atravessa todo o processo clínico-terapêutico. A entrevista não será mais um procedimento de coleta de informações, na qual a conduta do entrevistador e do entrevistado é absolutamente previsível (tanto no plano de perguntas como no de respostas), mas sim um momento de interpretação e entendimento da história do paciente. Diferentemente da constatação e do previsto, ocorre na entrevista ressignificada, a interpretação e a significação do 'dito'.

É um espaço contínuo que deve promover a interpretação mas, também, é um elemento terapêutico que possibilita transformações dos problemas de linguagem e do discurso do sujeito.

Este espaço integra o enquadre analítico da clínica fonoaudiológica que, como diz PALLADINO (1990) é uma cena que deve ser lida como "...o lugar e o tempo da determinação de sentidos." (p.2) O clínico, durante a *entrevista*, entra num jogo de dizeres tornando-se participante da relação de sentidos que se constrói. Seu papel, portanto, não é o de observador neutro, mas participativo do funcionamento discursivo.

Segundo SOBRINO, durante a tarefa de interpretação, o clínico deve mergulhar na relação e, a partir de recortes discursivos, realizar um processo de significação. Os recortes escolhidos enfatizam: quem fala, para quem fala, de quem fala, do que fala.

Para realizar a atividade de análise, a autora utiliza três premissas:

- 1- realiza um apagamento da cronologia em que os dizeres aparecem, ou seja, toma como referência o dito/não dito fora da ordem de aparecimento.
- 2- opera recortes, ou seja, elenca unidades de significação* do texto, que rearranjadas de maneira diferente, possibilitam um outro processo de significação, modificando desta forma as relações de sentido.
- 3- realiza a interpretação, ou seja, atribui sentido a nova ordem estabelecida de relações das unidades de significação, possibilitando assim dizer o dito.

Durante uma situação de entrevista, a autora realiza um exercício de análise caracterizado por uma 'escuta' livre para os sentidos, que devem ser interpretados, tomando como premissas a opacidade e a polissemia. Essa interpretação deve incidir sobre a demanda que é particularizada pelo discurso do 'paciente' e/ou familiares. Desta forma, entender a demanda "...significa entender o discurso como relações de sentido, que não acontecem imediatamente; transcendem a 'queixa', nunca estão prontas." (p.29)

Nota-se, por meio dos recortes, que inicia-se a interpretação do discurso da mãe, a principal informante, que enuncia a demanda.

Os recortes vão sendo analizados e interpretados, de forma que, nestes discursos, o analista observa os sentidos e os deslizamentos de sentidos e das relações de significação obtidas nos movimentos discursivos. De acordo com estes movimentos, o analista da linguagem vai

* Unidade de significação: expressão utilizada por Orlandi (1988), para atribuir sentido a palavra 'recorte', tomando como referência a teoria da análise do discurso.

confrontando-se com sentidos e relações de sentido que promovem o aparecimento da real demanda do 'paciente' e/ou sua família. Assim, segundo SOBRINO (op. cit.), o exercício de análise, "...é uma leitura sob o ponto de vista da interpretação de uma 'demanda' familiar e suas implicações no diagnóstico de linguagem." (p. 38) que, a meu ver, tem início na *entrevista* e perdura por todo o processo terapêutico.

Em síntese, a fonoaudiologia em sua instância clínico-terapêutica aponta um outro sentido, para a clínica e para a terapia, determinado por seu objeto - a dimensão patológica da linguagem. Nessa ótica, o processo terapêutico inicia-se na *entrevista*, delinea-se com o diagnóstico e desloca-se em direção à cura*, num movimento contínuo e ininterrupto.

* Cura no sentido já explicitado anteriormente, à página 70.

CONCLUSÕES PRELIMINARES

A motivação deste trabalho nasceu de uma certa insatisfação frente à utilização de um mesmo procedimento por profissionais de áreas clínicas diversas.

Desta observação surgiram questionamentos que esta dissertação se propôs a responder, tomando como ponto de partida o procedimento conhecido por *anamnese* ou *entrevista*.

Iniciando o meu estudo pelo procedimento acima, pus-me a refletir sobre o sentido dessa atividade na clínica.

Um breve histórico sobre o nascimento da clínica, aponta a doença como foco central da medicina e o sintoma como a resposta direta da doença. A investigação anamnéstica, realizada objetivamente pelo médico, e a investigação armada asseguram a localização da doença através do sintoma, possibilitando a cura do paciente. Assim, o olhar clínico é sobre a doença, o que subverte a relação médico-paciente, o qual, diante desta clínica, sofre um 'apagamento'.

Conclui-se que a *anamnese*, derivada da clínica médica, é parte integrante do exame clínico e uma atividade primordial para o levantamento de dados e informações relevantes para a configuração dos sintomas, da doença e provável diagnóstico.

A *entrevista* é um procedimento muito utilizado por várias áreas de conhecimento. Na clínica psicológica, esta atividade é responsável pela coleta de informações sobre o paciente, à respeito do comportamento e aspectos psicoemocionais do paciente. É um procedimento que se articula com as atividades de avaliação e testes psicológicos, determinando a doença psíquica/mental envolvida.

À semelhança da medicina , a psicologia realiza estes procedimentos para identificar o diagnóstico envolvido, configurando uma clínica da verificação.

Observei, ainda, que estes procedimentos são nomeados de forma indiscriminada na fala dos autores abordados, obscurecendo sua filiação.

Ao retomar os precursores da fonoaudiologia, em grande maioria médicos e foniatrias, observei a utilização do termo *anamnese* no mesmo sentido à ele atribuído pela medicina. Já no levantamento da fala dos fonoaudiólogos brasileiros, observei o uso indiscriminado de ambos os termos *anamnese* e *entrevista*, delineando certa confusão e despreocupação na adoção de um e outro termo. Isso aponta a grande influência que as clínicas médica e psicológica exerceram sobre a Fonoaudiologia.

Nesta medida permaneceu a questão: Qual o sentido da *anamnese* e da *entrevista* para a clínica fonoaudiológica ?

No intuito de responder esta questão, retomei outras decorrentes da definição da linguagem como objeto da fonoaudiologia. Problematizei a clínica e a terapêutica e observei duas instâncias clínicas na Fonoaudiologia.

Na primeira - a clínica - o objeto da fonoaudiologia é o corpo, o biológico e na segunda - a clínico-terapêutica - o objeto da fonoaudiologia é a linguagem em sua dimensão patológica, manifestada por meio do discurso e do dizer do 'paciente' e/ou de seus familiares.

A *entrevista* na instância clínico-terapêutica toma outro sentido que o da *anamnese*, já que este momento inaugural deixa seu estatuto de primeiro contato apenas, para configurar-se como parte integrante da terapêutica. Nesta medida, sujeito e linguagem, demanda e sofrimento apresentam-se ressignificados no exercício clínico.

Haver dado um sentido à *entrevista* não encerra as questões que uma disciplina como a fonoaudiologia, cuja vocação é terapêutica, tem que enfrentar. Trata-se apenas de um pequeno passo em direção à arquitetura do método clínico.

BIBLIOGRAFIA

- AGUADO, G.** Retardo de Linguagem. In: **CASANOVA, J. P. e Col.** **Manual de Fonoaudiologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. pp. 232 - 42.
- ANCONA-LOPEZ, L.** **O Papel Profissional do Fonoaudiólogo junto aos Familiares de seus Clientes.** São Paulo, 1992. 31 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ARANTES, L.** Fonoaudiologia e Interacionismo: Resolvendo Equívocos. Texto Inédito apresentado no 2º Simpósio Nacional de Fonoaudiologia: A Fonoaudiologia à Luz da teoria Interacionista. (s.d.)
-
- _____ O Fonoaudiólogo este Aprendiz de Feiticeiro. In: **LIER-DE VITTO, M. F.** **Fonoaudiologia: No Sentido da Linguagem.** São Paulo: Cortez, 1994. pp. 23 - 37.
- ARONIS, E. A .** **Os Caminhos de um Processo Fonoaudiológico: uma Possível Descoberta.** São Paulo, 1992. 64 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- ASSUMPÇÃO, M. L. T. Estruturação da Entrevista Psicológica.** São Paulo: Atlas S. A., 1977. pp. 1- 87.
- BASSO, R. B. Retardo de Desenvolvimento de Linguagem: O Fonoaudiólogo e seu paciente. Estudo de Caso.** Campinas, 1995. 225 p. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Universidade de Campinas.
- _____ **Retardo de Desenvolvimento de Linguagem: Algumas Reflexões a partir da Relação entre o Fonoaudiólogo e seu Paciente.** Porto Alegre: Letras de Hoje, 1995. v.30, n.4, pp. 303 - 13.
- BELHAU, M. e PONTES, P. Avaliação e Tratamento das Disfonias.** São Paulo: Lovise, 1995. pp.271 - 82.
- _____ et alii. Avaliação e Terapia de Voz. In: **LOPES FILHO, O. Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 1997. pp. 607 - 58.
- BERRY, M. F. e EISENSON, J. Speech Disorders. Principles and Practices of Therapy.** New York: Editora ACC, 1956. pp. 525 - 55.
- _____ **Language Disorders of Children. The bases and Diagnoses.** New York: Editora ACC, 1969.
- BLEGER, J. Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- CALDANA, M. de L.** Prática e Teorização na Clínica Fonoaudiológica: Relato de uma Vivência. São Paulo, 1997. 55p. dissertação (Mestrado

em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia universidade de São Paulo.

CLAVREUL, J. A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COMTE, A . Curso de Filosofia Positiva. São Paulo: Abril Cultural, 1973. pp.13-4. Col. “Os Pensadores” (Trad. José A . Giannotti).

COUDRY, M. I, H. Diário de narciso: Discurso e Afasia. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

CRAIG, R. J. Entrevista Clínica e Diagnóstica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

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

DEGOWIN, R. L. Diagnóstico Clínico. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.

D'ELIA, N. Anamnesis. In: **QUIROS J. B. Diagnóstico Diferencial entre Sordera y algunas Perturbaciones del Lenguaje.** Buenos Aires. Curso proferido em 1957 na Sociedade Argentina de Eugenesia. pp. 17 - 20.

DOR, J. Estruturação e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Tauros Editora, 1997.

FERREIRA, A . B. H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1^ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. pp. 92 e 537.

FONSECA, S. C. A Instância Clínico Terapêutica da Fonoaudiologia.
Texto Inédito/ Mesa Redonda/ Derdic-PUC/ SP., 1996. pp. 1 - 18.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREIRE, R. M. Fonoaudiologia e Lingüística: Modos de Interpretação da Linguagem. Texto Inédito/ PUC-SP., (s.d.)

_____ Análise da Afasia sob uma Perspectiva Discursiva. In:
PASSOS, M. C. Fonoaudiologia: Recriando seus Sentidos. Interfaces. São Paulo: Plexus, 1996. pp. 137 – 157.

_____ A Questão da Definição do Objeto em Fonoaudiologia.
Texto Inédito/PUC-SP., (s.d.)

FRIEDMAN, S. Gagueira. In: **LOPES FILHO, O.** Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997. pp. 971 - 99.

GARRETT, A. A Entrevista, seus Princípios e Métodos. Rio de Janeiro: Agir, 1988.

GUEDES, Z. C. F. Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Articulatórios. In: **LOPES FILHO, O.** Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997. pp. 861 – 76.

HORNSTEIN, L. Introdução à Psicanálise. São Paulo: Escuta, 1989. pp. 1 - 86.

KOCHER, F. Reeducación de los trastornos de lectura. (la dislexia). Barcelona: Editorial Luis Miricle, S. A . , 1966. pp. 28 - 49.

- LEVY, C. C. A . da C. e SIMONETTI, P.** Anamnese. In: **LOPES FILHO, O.** *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997. pp. 287 - 96.
- LODI, J.R.** *A Entrevista: Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira, 1991.
- MANNONI, M.** *A Primeira Entrevista em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- MARCHESAN, I. Q.** *Motricidade Oral. Visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades*. São Paulo: Pancast, 1993.
-
- Avaliando e Tratando o Sistema Estomatognático. In:
LOPES FILHO, O . *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997. pp. 763 - 80.
- MEDEIROS, A . M. C.** *Refletindo sobre as Multifases da Fonoaudiologia*. São Paulo, 1995. 113 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MEZAN, R.** Texto reproduzido do artigo: **Cada disciplina com seu objeto. Não é possível igualar psicanálise e medicina**, como acontece com freqüência nos EUA. Publicado pela Folha de São Paulo – 21/11/93.
- MILLAN, B.** *A Clínica Fonoaudiológica: Reflexões sobre a Questão das Crianças com Fissuras Lábio-Palatinas*. São Paulo, 1990. 80 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MILLER, J-A . Seminário do Campo Freudiano. FALO. Revista Brasileira de Campo Freudiano. N.2, jan-jun, 1988. pp. 87 - 151.

NAHOUUM, C. La Entrevista Psicológica. Buenos Aires: Kapelusz, 1961.

OCAMPO, M. L. S. de. O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

OLIVEIRA, S. M. R. P. de. Refletindo sobre a Clínica Fonoaudiológica: Um Estudo de Caso. São Paulo, 1995. 107 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ORLANDI, E. As Formas do Silêncio. Campinas: Editora Unicamp, 1993.

PALLADINO, R. R. A Cena Clínica: Leituras Possíveis. Texto Inédito. São Paulo: 1990. pp. 1 - 3.

O Discurso em Fonoaudiologia: A Construção de uma Subjetividade. São Paulo: **Distúrbio da Comunicação**, 1991. v. 4, n. 2, pp. 137 - 46.

Linguagem e Processos Clínicos. Texto Inédito da Comunicação apresentada no 1º. Simpósio sobre Comunicação da DERDIC, 1992. pp. 1 - 8.

O Diagnóstico em Linguagem. Texto utilizado na disciplina Avaliação de Linguagem (PUC/SP), sob o tema ‘O Diagnóstico em Fonoaudiologia’. São Paulo: PUC, (s. d.). pp. 1 - 4.

- PEDRO, M. T. F. A . V. A Escuta: O jeito das queixas fonoaudiológicas.** São Paulo, 1991. 88 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PEREIRA, L. M. A . Reflexão sobre a Avaliação de Linguagem na Clínica Fonoaudiológica.** Texto Inédito. São Paulo: PUC, 1995. pp. 1 - 4.
- PORTE, C. C. Semiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. pp. 1 - 47.
- QUINET, A . As 4 + 1 Condições da Análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991. pp. 9 - 38.
- QUIROS, J. B. Diagnóstico Diferencial entre sordera y otras perturbaciones del lenguaje.** Buenos Aires. Curso proferido em 1957 na Sociedade Argentina de Eugenesia. pp. 5 -10.
- _____ e **CELLA, M. D. La Dislexia en la niñez.** Buenos Aires: Editorial Paidos, 1965. pp. 123 - 31.
- _____ e **D' ELIA, N. La Audiometria del Adulto y del Niño.** Buenos Aires: Paidos, 1974. pp. 309 - 36.
- _____ e **GÖTTER, R. El Lenguaje en el Niño. Estudio neurológico, psicológico y foniátrico.** Buenos Aires: C.M.I., 1966. pp. 104 - 24.
- RAMOS JR., J. Semiotécnica da Observação Clínica.** Rio de Janeiro: Sarvier, 1996. pp. 1 - 11.

- RUSSO, I. C. P. e SANTOS, T. M. M. *Audiologia Infantil*.** São Paulo: Cortez, 1984. pp. 25 -7.
- SAURÍ, J. J.** Tenor de la Terapéutica. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**. São Paulo: Escuta, 1998. v.1, n. 1, pp. 9 - 28.
- SOBRINO, A .** Dizer o Dito – A Questão da interpretação na Fonoaudiologia. **Revista de Distúrbios da Comunicação**. São Paulo: EDUC/PUC, 1996. v.8, n.1, pp. 23 - 39.
- SOUZA, L. A . P.** **Clínica e Linguagem: Presságios de um entre os possíveis encontros**. São Paulo, 1990. 101 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- SULLIVAN, H. S.** **La Entrevista Psiquiátrica**. Buenos Aires: Psique, 1959.
- VIOLA, I.C.** Sobre a Primeira Entrevista. In: **MARCHESAN, I. Q. et alii. Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1996. v.3, pp. 131 - 6.
- WEISLER, M. C. C. R.** **A Primeira Entrevista na Clínica Fonoaudiológica: Um Estudo Preliminar**. São Paulo, 1992. 38 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- WILSON, D. K.** **Problemas de la voz en los niños**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S. A . , 1973. pp. 80 - 2.

ZARO, J. S. et alii. *Introdução à prática psicoterapêutica.* São Paulo:
E.P.U., 1980. pp. 19 - 51.

ANEXOS

PROTOCOLOS (ANAMNESES)

ANEXO 1

BERRY, M. F. e EISENSON, J. (pp. 525 - 55)

Historical and Diagnostic Journals

RETARDED SPEECH

I. IDENTIFICATION

1. Name of subject:
2. Birth date:
3. Sex:
4. Race:
5. Nationality:
6. Address:
7. Telephone:
8. Name of father:
9. Referred to Clinic by:

II. FAMILY

A. Father

1. Name:
2. Birth date:
3. Living _____ deceased _____ divorced _____ not Living _____ in the home _____
4. Education: grade _____; high school _____; college _____
5. Occupation:
6. Date of marriage:
7. Church affiliation:
8. Presence in him or his familiar line of the following: (Note exact relationship to father and describe manifestation carefully.)
 - a. sinistrality _____
 - b. ambilaterality _____
 - c. strabismus _____
 - d. motor non-co-ordination _____
 - e. hearing loss _____
 - f. speech defects
 - (1) delayed speech _____
 - (2) defective articulation _____
 - (3) infantile perseveration _____
 - (4) stuttering _____
 - (5) cleft-palate speech _____
 - (6) cerebral-palsied speech _____
 - (7) aphasia _____
 - (8) voice problems _____
 - (9) other speech defects _____
 - g. reading problems _____
 - h. mental deficiencies _____
9. Health status:
 - a. General index: good _____ fair _____ poor _____
 - b. Major illnesses:

- c . Structural defects:
- d . Rh negative blood:

B . Mother

1. Name: _____
2. Birth date: _____
3. Living _____ deceased _____ divorced _____ not living in the home _____
4. Education: grade _____; high _____; school _____; college _____
5. Employment outside of home: full-time _____ part-time _____
6. Church affiliation: _____
7. Presence in her or her familial line of the following: (Note exact relationship to mother and describe manifestation carefully.)
 - a. sinistrality _____
 - b. ambilaterality _____
 - c. strabismus _____
 - d. motor non-co-ordination _____
 - e. hearing loss _____
 - f. speech defects
 - (1) delayed speech _____
 - (2) defective articulation _____
 - (3) infantile perseveration _____
 - (4) stuttering _____
 - (5) cleft-palate speech _____
 - (6) cerebral-palsied speech _____
 - (7) aphasia _____
 - (8) voice problems _____
 - (9) other speech defects reading problems _____
8. Health status:
 - a . General index: good _____
 - b . Major illnesses: _____
 - c . Structural defects:
 - d . Rh negative blood:

C. Siblings

1. Record in order of age; note birth date, Sex; indicate premature birth, multiple births, stillbirths, abortions, deaths; star propositus. (Example: 1) Phyllis; F; 3/12/36; 2) s.b. M; full term, 6/11/38; 3) Henry; M; 5/9/42, 7 1/2 months; 4) ab., 3 mos., 1944; 5) ab., 4 1/2 mos., 1945; 6) James; M 10/22/49; 7) John; M; 2/3/52 (Dec. 1/6/53, pneumonia).
2. Note presence of
 - a . delayed development of speech _____
 - b . defects of speech
 - (1) defective articulation _____
 - (2) infantile perseveration _____
 - (3) stuttering _____
 - (4) cleft-palate speech _____
 - (5) cerebral-palsied speech _____
 - (6) aphasia _____
 - (7) voice problems _____
 - (8) other speech defects _____
 - c . reading problems _____
 - d. sinistrality _____
 - e. strabismus _____
 - f. motor non-co-ordination _____
 - g. hearing loss _____

- h. cleft palate _____
- i. cerebral palsy _____
- j. other developmental or structural defects _____
- 3. Education
 - a . Note atypical school progress (identify sibling):
 - b . Basis interests:
- 4. Health
 - a.General health and nutritional index of each sib.:
 - b.Frequent illnesses:
 - c.Chronic disorders: (bronchitis, sinusitis, etc.)
 - d.Record occurrence, date, duration, severity of:
 - (1)specific infectious diseases: upper respiratory infections, measles, pertussis, pneumonia, scarlet fever
 - (2)disorders of the nervous system: convulsions, chorea, epilepsy, nervous breakdowns, psychoneuroses
 - (3)endocrine disorders: hypothyroidism, delayed thymic involution, pituitary imbalance, pituitary imbalance, diabetes
 - (4)diseases of mouth and pharynx: hypertrophied tonsils, adenoids, etc.
 - (5)allergic disorders: eczema, asthma, hayfever, migraine, etc.
 - (6)circulatory disorders: blood, lymph
 - (7)Rh negative blood:
- 5. Social adjustment
 - a.Number of individuals living in home: (Note relatives, domestic servants, etc.)
 - b.Housing: apartment _____; house _____; sharing home with relatives _____; adequate _____; crowded _____
 - c.Communication:
 - (1) Languages spoken in home:
 - (2) Standard of speech proficiency: in home: low _____; average _____; high _____; in community: low _____; average _____; high _____
 - (3) Amount of speech in home: much _____; average _____; little _____
 - (4) Motivation to communicate in home:
 - d.Social interests: clubs, church, sports, music, art, recreation, etc.:
 - e.Intra-family problems of adjustment:
 - f.Is the atmosphere of home characterized by:
 - (1) happiness
 - (2) unhappiness
 - (3) security
 - (4) love
 - (5) excess of affection
 - (6) overprotection
 - (7) sternness
 - (8) rigidity
 - (9) sociability
 - (10)silence
 - (11)interest in life and events beyond home

III. THE CHILD (PROPOSITUS)

A . *Prenatal history*

1. Age of father _____; of mother _____
2. Health of mother during pregnancy: (Note all untoward conditions and dissects: hemorrhage, uremia, rubella, etc.)

B . *Natal history*

1. Premature _____; postmature _____; at term _____
2. Delivery
 - a . Head _____; breech _____; caesarean _____
 - b . Length of hard labor _____
 - c . Use of: anesthesia _____; instruments _____
 - d . Atypical behavior of infant: anoxia _____; cyanosis _____; kernicterus _____; convulsions _____; difficult to resuscitate _____; feeding problems _____; respiration problems _____
 - e . Physician's name and address:
3. Birth weight:
4. General health index, as indicated by:
 - a . Feeding (regaining of birth weight):
 - b . Crying:
 - c . Reaction to stimuli:

C. Developmental history

1. Nutrition
 - a . Feeding: breast _____; bottle _____
 - b . Gained weight steadily
 - c . Sensitivity to foods _____
2. Responses to stimuli: light _____; sound _____; moving objects _____; people _____
3. Give the age in months when the following took place:
 - a . raising head _____
 - b . rolling over _____
 - c . first tooth _____; 8 teeth _____
 - d . sat alone _____
 - e . crept _____
 - f . took first steps: with support _____; alone _____
 - g . balanced walking _____
 - h . running _____
 - i . established laterality (holding spoon, crayon, etc.)
 - j . gained voluntary control of bladder _____; bowels _____

D. Health

1. General health index: high _____; average _____; low _____
2. The following is a list of diseases. Note the age when the disease occurred, severity (1, 2, 3); degree and duration of fever; sequelae.
 - a . Specific infectious diseases:
 - (1) upper respiratory infections (cold, bronchitis) _____
 - (2) influenza _____
 - (3) pneumonia _____
 - (4) mumps _____
 - (5) measles _____
 - (6) scarlet fever _____
 - (7) chicken pox _____
 - (8) small pox _____
 - (9) whooping cough _____
 - b. Disorders of the nervous system: tics, convulsions, chorea, epilepsy
 - c. Medical treatment: age description
 - (1) ears
 - (2) nose
 - (3) eyes
 - (4) teeth
 - (5) surgical operations

d. Structural anomalies:

e. Severe shock or injury ____ what ____ age of injury ____

E. Speech and language (Record all sounds phonetically)

1. Date in months:

a. Random vocalization ____

b. Imitation of sounds ____

c. Meaningful sounds ____

2. First words: (Date in months; also note words)

3. Intelligible phrases: (Date in months; also note phrases)

4. Rate of development of sounds: normal ____; retarded ____; accelerated ____

5. Factors motivating or retarding normal development

a. Need for speech

b. Presence of speech models

(1) Reading and speaking to child by others

(2) Imitation of baby talk by elders

c. Bilingualism in home

d. Emotional problems: negativism, etc.

6. Description of vocabulary of child

7. Problems in reading: substitutions, mirrored reversals, etc.

8. Recording (if possible) of child's speech

F. Mental and physical maturation, as evidenced by

1. Developmental quotient (DQ): ____

2. Psychological quotient (IQ): ____ (Indicate tests used ____)

3. School progress

a. Present grade

b. Aptitudes

c. Extracurricular interests

d. Factors retarding progress

e. Factors accelerating progress

G. Physical examination

1. Organs of speech

a. Head and face

(1) Scars, evidences of surgery or injury about head or face ____

(2) Symmetry of face during smile: symmetrical ____; lax left ____
lax right ____

(3) Lips:

upper: large ____; normal ____; small ____

lower: large ____; normal ____; small ____

(4) Mobility: (pucker and retraction)

poor on right ____;

poor on left ____;

normal ____

number of times subject can say *pah* in 5 seconds

(5) Mouth breather: yes ____; no ____

b. Mouth

(1) Teeth: type of closure ____ structure of teeth ____

(2) Tongue

(a) size: normal ____; large ____; small ____

(b) blade: normal ____; short ____

(c) position on protrusion: normal ____; deviation to right ____;
to left ____

(d) control of tip: lifts easily ____; with difficulty ____; unable to
lift ____; swings to left easily ____; swings to right easily ____;
unable to effect lateral movement ____

- (e) mobility: number of times subject can say *tah* in 5 seconds _____
- c.Hard palate
 (1) High _____; medium _____; low _____
 (2) Peaked _____; narrow _____; broad _____
 (3) If there are scars of cleft, describe site and extent: _____
- d.Soft palate
 (1) Length: adequate _____; short _____;
 (2) Mobility: number of times subject can say *kah* in 5 seconds _____
 (3) Ability to drink through straw _____
 (4) Color: light _____; medium _____; dark _____
 (5) If there are scars or cleft, describe site and extent: _____
- e.Uvula
 (1) length: long _____; short _____; normal _____; absent _____
 (2) Condition: edematous _____; congested _____
- f.Tonsils
 Present _____; large _____; medium _____; small _____
- g.Pharynx
 (1) Color: light _____; medium _____; dark _____
 (2) Condition: edematous _____; congested _____
 (3) Size: small _____; medium _____; large _____
- h.Nose
 (1) Structural deviations: deviated septum _____; polypi _____; others _____
 (2) Columella: adequate _____; inadequate _____
- 2.Hearing (peripheral and central)
 a.Loss in general acuity: (attach audiogram)
 b.Loss of certain frequencies: (attach audiogram)
 c.Sound discrimination test score: _____
 d.Auditory memory span _____
 e.Evidences of auditory aphasia _____
- 3.Motor proficiency
 a.Static motor tests: score _____
 b.Dynamic motor tests: score _____
 c.motor skills tests: score _____
- 4.L laterality
 a.Dominance: strongly right _____; moderately right _____; about equal _____;
 stongly left _____; moderately left _____
 b.Ratio: R:L on tests of:
 (1) Hand dominance _____
 (2) Eye dominance _____
 (3) Foot dominance _____
 (4) Knowledge of directions _____

H. Social History

1. Attitude of parents toward child:
2. Discipline of child: administered by _____; usual form _____; most effective form _____; least effective _____
3. Behavior problems:

Age began	Description
a .	Nervousness _____
b .	Shyness _____
c .	Showing off _____
d .	Negation _____
e .	Rejection _____
f .	Aggression _____

- g. Prevarication _____
- h. Temper tantrums _____
- i. Excessive jealousy _____
- j. Extreme possessiveness _____
(objects, people, etc.) _____
- k. Enuresis _____
- l. Sleeplessness _____
- m. Nightmares _____
- n. Strange and persistent fears _____
- o. Talking, crying in sleep _____
- p. Thumb sucking _____
- q. Fid idiosyncrasies _____
- 4. Child reflects
 - a. Stable adjustment _____
 - b. Excessive tensions _____
 - c. Great insecurity _____
 - d. General maladjustment _____

1. The speech problem

- 1. Full description of speech at present:
 - a. Detailed list of symptoms:
 - b. Present status: improved _____; stationary _____; retrogressin _____
- 2. Etiology:
- 3. Articulation tests:
 - a. Isolated sounds:
 - b. Sounds in position: initial _____; medial _____; final _____
 - c. Consonant sounds in blends:
 - d. Copying connected speech of therapist:
 - e. Free conversational speech:
Sounds: omitted _____; distorted _____; substituted _____; inserted _____
- 4. Voice tests
 - a. Pitch: high _____; low _____; normal _____
 - b. Loudness: strong _____; weak _____; normal _____
 - c. Quality: nasal _____; gutural _____; aspirate _____; oral _____; denasal _____;
harsh _____; normal _____
- 5. Speech rhythm
 - a. Scanning _____
 - b. Monotonous _____
 - c. Irregular _____
 - d. Normal _____
- 6. Speech rate
 - a. Slow _____
 - b. Fast _____
 - c. Normal _____
- 7. If problem is late appearance of speech:
 - a. What attempts to communicate with: eyes _____; hand gestures _____; jargon _____; babbling _____
 - b. Does child observe immediate sounds made by therapist?

IV. SUMMARY

- A. *Diagnosis* (write paragraph)
- B. *Prognosis* (write paragraph)
- C. *Therapy* (write paragraph embracing general principles)

VOICE DISORDERS

Name:
Address:
Birth date:
Referred by:

Case Number:
Telephone:
Sex:

Therapist or Diagostician:

- I. Description of problem by referral agent:
- II. Diagostician's first impression of voice problem:
- III. Summary of diagnosis:
- IV. Detailed analysis

A. Medico-physical background of subject

1. General systemic disorders:
 - a. Chronic colds _____
 - b. Chronic sinusitis (accompanied by postnasal drip) _____
 - c. Severe illnesses involving the respiratory organs:

Whooping cough _____
 Scarlet fever _____
 Virus infections _____
 Pneumonia _____; influenza _____; diphtheria _____
 Rheumatic fever _____
 - d. Hyperthyroidism _____
 - e. Hypothyroidism _____
 - f. Retarded sexual development:
 - (1) Primary Sex organs _____
 - (2) Secondary Sex organs _____
 - g. Allergies: (producing prolonged inflammation of mucosa of respiratory organs)
 - (1) Hayfever _____
 - (2) Asthma _____
2. Disorders and structural anomalies involving speech organs:
 - a. Breathing mechanism
 - (1) Conformation of costal cage:

pigeon-shaped _____
 inverted _____
 collapsed _____
 normal _____
 - (2) Breath escaping without vocalization _____
 - (3) Normal exhalation for speech (in c.c.) _____
 - b. Laryngeal pharynx
 - (1) Laryngitis: (evidence chronic irritation, necessity for clearing throat; chronic, unproductive cough) _____
 - (2) Laryngeal growths: nodules on vocal folds, ulcers, etc. _____
 - c. Oral and nasal pharynx
 - (1) Lingual tonsils: hypertrophied _____; atrophied _____; diseased _____; removed (date) _____
 - (2) Adenoids: hypertrophied _____; atrophied _____; diseased _____; occluded posterior opening into nares _____; removed (c. tte) _____
 - (3) Pillars of the fauces: torn _____; scarred _____; inflamed _____
 - (4) Nose: deviated septum R _____ L _____; corrected _____; growth on turbinates _____; removed _____; collapsed crura R _____; L _____; corrected _____; normal _____

partial obstruction____; anterior____; posterior____; complete obstruction____;
anterior____; posterior____

(5) Mouth:

(a) Palate: velum length: short____; normal____; asymmetry____;
condition of the uvula____; distance from the posterior wall of the pharynx in rest position____

Palatal arch: very high____; low____; normal____

Cuspid width: wide____; narrow____; normal____

Molar width: wide____; narrow____; normal____

Palatal clefts: hard____; velum____; complete palate____; alveolar____;
submucous____

(b) tongue: microglossia____ macroglossia____ Frenulum:
short____; normal____; very thick____; abnormal
attachment____ Position in mouth : retracted____; humped____;
flaccid____ Size in relation to mouth and dental arch:
large____ small____; normal____

(c) Maxilla: protruding____ receding____ normal____

(d) mandible: prognathic____ receding____ normal____

(e) Teeth: condition of anterior teeth____ Missing teeth; describe
position____

3. Voice hygiene

a . Are subject's vocal organs subjected habitually to: heavy smoke____; sudden changes
in humidity and temperature (air conditioning)____

b. Does subject smoke excessively____

c . Does subject indulge in excessive and loud speaking____

d . Does subject work where he must talk above the noise of machinery, etc.____

4. Impaired sensitivity to sound

a . Hearing: below normal at following frequencies:

(attach audiometric chart)

normal____

b . Pitch discrimination

(1) Percentile score on test of pitch discrimination____

(2) Sound 15 pairs of notes, each pair differing by 2 semitones at 400, 1200, 3000,
d.v. and see if subject can tell whether first note is higher or lower than second.

c . Tonal memory

(1) Can subject carry a tune?

(2) Percentile score on test of tonal memory____

II. Psycho-emotional factors

A . Intellectual evaluation

1. IQ:____

2. Educational achievement: grade____; retarded____; advanced____; normal____

B . Emotional profile

1. Does voice reflect state of frustration____; defeat____; negation____; lack of
interest in life____

2. Does subject speak with:

a . excessive tension of laryngeal muscles____

b . excessive tension of lingual, velar, buccal, and labial muscles and____

c . general lack of tension____

3. Is there evidence of social maladjustment: at home____; at school____. Describe in
terms of withdrawal, negation, temper tantrums, regression to infantilism, etc.

4. Attitude toward voice problem:

- a. does not recognize it _____
b. minimizes difficulty _____
c. talks freely about problem _____
d. is objective _____; highly subjective _____

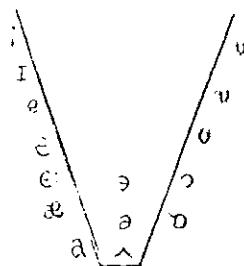
5. Tests of social adjustment and emotional stability
a. Vineland Social Maturity Scale Score _____
b. Thematic Apperception Test Score _____
c. Bell social Adjustment Scale Score _____

6. Familial and environmental factors
a. Is there anyone in immediate family or among close associates with similar voice problem? Describe:
b. Is there a familial history of: emotional instability _____; hypertension _____; sluggishness _____; describe _____;
c. how does family regard subject's problem:
resents discussion by others of problem _____
never discusses it _____; talks freely about it _____; refuses to recognize problem _____

III. Direct Observation of the voice in operation

A. Acoustic impression of voice characteristics of subject

1. Pitch
 - a . too high ____; too low ____; monotone ____; repeated pitch pattern ____; peculiar pitch pattern ____; narrow pitch range ____; pitch level appropriate to age ____; to Sex ____; normal ____
 - b . Is habitual pitch level also the optimum pitch level for this person?
 - c . Fundamental in d.v. on frequency analyzer _____
 - 2 . Loudness:
 - a . over strong ____; weak ____; lacking in variety ____; uncontrolled ____; inappropriate to meaning ____; normal ____
 - b . Is weak intensity coupled with
 - (1) oral, thin quality _____
 - (2) breathy, hoarse-husky quality _____
 3. Quality: Excessively nasal ____; nasal twang ____; denasal ____; harsh guttural ____; breathy, hoarse-husky ____; oral, thin ____; orotund ____; hollow-pectoral ____; normal ____
 4. Rate and rhythm: staccato ____; mono-rate ____; normal ____
 - B. *Study of phonemes which reflect most markedly voice deviations: peculiar regional inflectional patterns*



Over- strong intensity	weak inten- sity	high pitch	low pitch	nasal quality	denasal quality	hoarse quality	breathy quality
------------------------------	------------------------	---------------	--------------	------------------	--------------------	-------------------	--------------------

C. Study of the operation of the voice mechanism

- ## 1. Breathing

a. Is the muscular action predominantly: thoracico-abdominal____; clavicular____; frequently reversed____?

b. Is breathing controlled____; spasmodic____; weak____; strong____?

c. Can subject intone ah for 15 seconds on a single exhalation?

d. Note the number of exhalations per minute during oral reading of a descriptive passage:_____

e. Does the subject frequently exhale breath before vocalization?

Yes____; No____.

f. Is there evidence of disruption of the synergy of breathing (collapse of chest; spasmodic stroking of diaphragm, etc.)?

Yes____; No____.

g. Are there excessive tensions of muscles of chest and neck during phonation?

2. Phonation

a. Are there evidences of excessive tensions:

(1) elevated thyroid cartilage____

(2) hypertension of the extrinsic neck musculature____

(3) constriction at the faucial opening____

(4) pinching of the tone at the glottis____

b. Does the pitch range appear to be normal for the size of the larynx?

c. Are there non-harmonic vibrations which may be initiated by the ventricular folds, supraglottic structures, etc.?

d. Does breath escape unvoiced?

3. Resonation-articulation

a. Is the faucial isthmus:narrow____; normal>equals size of bucco-pharyngeal orifice____; very wide____?

b. Is the oral aperture in intoning ah about one one-half times the size of the faucial isthmus? Yes____; No____.

c. Is the velar-pharyngeal closure of the nasal port effective?

(1) Is the action of levator and tensor palatini muscles speedy____; slow____; partial____; complete____?

(2) Is there a noticeable movement of Passavant's cushion in closure? Yes____; No____.

(3) Test of effectiveness of closure in non-speech activities:

(a) swallowing water____

(b) playing harmonica____

(c) whistling____

(d) inflating balloons____

(e) blowing bits of paper against mirror____

(f) gag reflex____

(g) number of times he can say kah____

(4) Test of effectiveness in speech sounds in connected speech

(a) Note:

	Nasal	absence of
Full resonance	partial resonance	nasal resonance
m n		

(b) Note nasal resonance of vowels and diphthongs when uttered:

alone with non-nasal sounds with nasal sound

(preceding or following) (preceding or following)

i	ə	ʌ
I	ɔ	ɔ̄
e	ɔ	ɔ̄
ɛ	ʌ	ɔ̄
æ	ɔ	ɔ̄
a	ɔ	ɔ̄

(c) Test nasal emission of breath stream by presence of mirror placed horizontally beneath nose for:

- (i) vowels clear _____ clouded _____
- (ii) nasals clear _____ clouded _____

(d) Flexibility of oral resonator

- (i) Tongue:retracted _____;humped _____;crowded within dental arch _____;immobile _____;non-coordinated _____; coordinated _____; flexible _____; ability to point tongue _____;maximum protusion _____;no.of times he can say tah _____;direction of air stream in production of[s] _____;no.of times he can touch the corners of the mouth alternately with the tongue _____.
- (ii) Jaw _____ and lips:hypertense _____;stiff _____ and inflexible _____;mobile _____;opening,very narrow _____;moderately wide _____;wide and flexible.
- (iii) Lips:protusion _____;retractio-unilateral _____;retraction-bilateral _____;no.of times he can say pah in 5 sec. _____;adequaly of labial tissue _____.

CLEFT PALATE

General Information

Name of child _____ Age _____ Birth date _____ Sex _____ Race _____ Address _____ Telephone _____ Description of child's appearance and speech _____ Name of parents or guardian _____ Source of referral _____ Diagnosis , description of cleft :

I- Family History

Father: Name _____ Address _____ Age _____ Height _____ Weight _____ Birthplace _____ Is he living with family _____ dead _____ divorced _____ remarried _____ Present occupation _____ Previous occupation _____ State of health now _____ How far did he go in school _____ Which hand does he prefer _____ We he ever changed _____ Abnormalities of palate,tongue,jaw _____ Church attended: _____ National descent _____

Mother: Name _____ Address _____ Age _____ Height _____ Weight _____ Birthplace _____ Is she living with family _____ dead _____ divorced _____ remarried _____ Present occupation _____ Previous occupation _____ State of health now _____ How far did she go in school _____ Which hand does she prefer _____ We she ever changed _____ Abnormalities of palate,tongue,jaw _____ Church attended: _____ National descent _____

Siblings

Name	Age	Hand Preferred	Age Started to Speak	Health	School Progess	Abnormalities: Palte , Tongue , Jaw

II- SPEECH PROBLEMS IN IMMEDIATE FAMILY

Stuttering _____

Delayed Speech _____
 Hearing Loss _____
 Defective Articulation _____
 Voice problems _____
 Cleft-Palate Speech _____
 Reading Problems _____
 Brain-Injured _____

III- MEDICAL HISTORY OF THE IMMEDIATE FAMILY

Is there or has there been in the immediate family any of the following:
 (If so, state who, when, severity, medication, etc.)

Anemia
 Diabetes
 Congenital heart, lung, eye, ear
 Cerebral palsy
 Epilepsy
 Convulsions
 Migraine headaches
 Asthma
 Hayfever
 Sinus
 Mongols
 Physical deformities

Any Rh negative blood: Fa _____; Mo _____; Sibs _____

Excessive nervous tension

IV- PARENT'S FAMILY

Siblings of Parents:

SEX	AGE	ALIVE	DEAD	ABNORMALITIES	OF CAUSE OF AND
				PALATE AND/OR TONGUE	AGE AT DEATH

Mother's

Father's

V- SPEECH HISTORY

Is there in the family history any of the speech problems listed under II above: if so, discuss. _____

VI- IS THERE IN THE FAMILY HISTORY ANY OF THE FOLLOWING:

Anemia
 Diabetes
 Congenital heart, lung, eye, ea
 Cerebral palsy
 Epilepsy
 Convulsions
 Migraine headaches
 Asthma
 Hayfever
 Sinus
 Mongols
 Physical deformities
 Any Rh negative blood
 Left handers
 Multiple births
 Miscarriages, still births
 Premature births

VII- PRENATAL HISTORY

How many pregnancies has mother had ____ Which was this child ____ Any miscarriages ____ How many ____ Which pregnancy ____ Any babies born dead ____ How Many ____ Which pregnancy ____ State of mother's health before this pregnancy ____ during ____ after ____ At what month did she first consult physician during this pregnancy ____ Did mother have any radiation during or shortly before this pregnancy ____ Did mother have German measles, scarlet fever, anemia, kidney infection or other infections during first trimester of pregnancy ____ When ____ Did mother take any medication during pregnancy ____ What ____ Hormonal vitamin, mineral, nutritional deficiencies during first trimester of pregnancy ____.

VIII- NATAL HISTORY

Was child full term ____ Premature ____ How much ____ How long was hard labor ____ How long before birth did the amniotic sac rupture ____ Presentation ____ Was delivery normal ____ Instrumental ____ Was delivery in home ____ Hospital ____ Name and address of hospital ____ Physician's name and address ____ Was anesthetic used ____ What ____ At what stage ____ Medication during labor ____ What ____.

**IX- BIRTH CONDITION OF CHILD-DISCUSS IN DETAIL
X- POST-NATAL HISTORY**

Did child cry, breathe, nurse like a normal baby ____ How was child's health the first 2 weeks of life ____ How was the child fed ____ Did the child leave the hospital with the mother ____.

XI- DEVELOPMENTAL HISTORY

Weight at birth ____ 6 months ____ 1 year ____ at present ____ Give age at which the following first occurred: held head up ____ tooth erupted ____ sat alone ____ walked ____ gained voluntary control of bladder ____ bowels ____ Did child suck fingers ____ which hand ____ for how long ____ Was child hard to break of this habit ____ From what age did child show preference for one hand ____ does he now ____ which one ____ has anything been done to influence handedness ____.

XII- HEALTH-MEDICAL HISTORY OF CHILD**Description of Cleft Palate****Group I-Pre alveolar Cleft (Lip)**

1- Unilateral-Right-Complete ____
Incomplete ____

Left-Complete ____
Incomplete ____

2- Median-Complete ____
Incomplete ____

3- Bilateral-Right-Complete ____
Incomplete ____

Left-Complete ____
Incomplete ____

4- Description of nostrils:

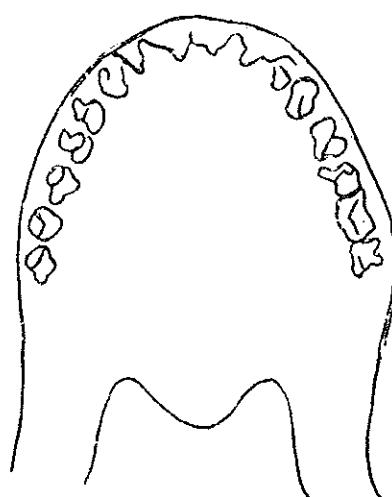
Group II - Post-Alveolar Cleft (Palate)

1. Soft Palate ____ Extend in 1/3's ____
2. Hard-Palate ____ Extend in 1/3's ____

Approximate measurement of widest portion of cleft: ____

Palatine Arch-High ____ Low ____

Sketch outline of cleft:



Group III - Alveolar Cleft

1. Unilateral
 - Process-Right-Complete _____ (extends thru Alveolar Process)
 - Incomplete _____
 - Left-Complete _____
 - Incomplete _____
 - Palate-Complete _____ Incomplete _____
 - Palatine Arch-High _____ Low _____
 - Lip-Unilateral _____ Bilateral _____ Median _____
 - Complete _____ Incomplete _____
2. Median-Complete _____ Incomplete _____
3. Bilateral
 - Process-Right-Complete _____
 - Incomplete _____
 - Left-Complete _____
 - Incomplete _____
 - Palate-Complete _____
 - Incomplete _____
 - Lip-Right-Complete _____ Incomplete _____
 - Left-Complete _____ Incomplete _____

Operations

A.

Primary Closure

1. Lip
2. Hard palate
3. Soft palate

B.

Lengthening of the velum

C.

Velar-pharyngeal flap operation

Year Nature of Operations Hospital Surgeon & Address Results

D. Teeth

1. Description of teeth _____
2. Orthodontia
 - a. Name and address of orthodontist _____
 - b. Present status _____

E. Fauces

1. Area of faucial isthmus _____
2. Condition of faucial tonsils _____
3. Condition of faucial pillars _____

F. Tongue

1. Size (in relation to dental arch) _____
2. Characteristic position of tongue during rest _____
3. Frenulum _____; Short _____

G. Motility of peripheral speech structures

1. Lips
 - a. Protrusion _____
 - b. Retraction: Unilateral _____ bilateral _____
 - c. Number of times subject can say pah in 5 sec. _____
2. Tongue
 - a. Maximum protrusion _____
 - b. Ability to point tongue _____
 - c. Direction of air stream when making a prolonged [s] _____
 - d. Number of times subject can touch corner of mouth alternately in 10 sec. _____
 - e. Number of times subject can say tah in 5 sec. _____
3. Velar-pharyngeal sphincter

- a. Gag reflex _____
- b. Can he drink through straw _____
- c. Number of times subject can say kah in 5 sec. _____

Prosthesis

- A. When was prosthesis made _____
- B. Name and address of prosthodontist _____
- C. Has it been adjusted _____; When _____ What adjustments _____

Other Structural Defects

- A. Eyes _____
- B. Ears _____
- C. Syndactylism _____; Supernumerary toes _____
Supernumerary fingers _____; Club foot _____

Medical treatment unrelated to cleft

- A. Is he under medical treatment now _____ Give name and address of clinic or physician treating child
For what is child being treated _____
- B. Has the child ever had any operations other than for cleft _____
- C. Ear infections (otitis media)
 - 1. Date of first infection _____; was drum ruptured _____
Spontaneous rupture _____; surgical incision _____
 - 2. Dates of recurring infections: _____
 - 3. Present state of middle ear: Suppurative otitis media R _____, L _____
No evidence of infection at present _____
Drum scarred: R _____; L _____
- D. Check diseases child has had:

	Age	Age
Measles	_____	Chronic cough _____
Mumps	_____	Eczema _____
Chicken pox	_____	Hay fever _____
Whooping cough	_____	Hives _____
Scarlet fever	_____	Chronic indigestion _____
Diphtheria	_____	Ear aches _____
Frequent colds	_____	Suppurative otitis media _____
Convulsions	_____	Others _____

- E. Has the child ever had a prolonged high fever _____
- F. Has the child ever had any severe shock or injury _____
- What _____; when _____
- G. Immunization: smallpox _____; diphtheria _____; Tetanus _____; whooping cough _____; poliomyelitis _____
- H. Health status

- 1. Is the child in good health now _____; has he always been well _____
- 2. Is appetite good _____; Does child eat regularly _____ Does he eat between meals _____
- 3. Does the child chew normally _____ swallow normally _____ Has he always done so _____
- 4. Does child sleep regular hours _____ time of retiring _____ arising _____ restless sleep _____
- 5. Is child a mouth breather now _____ has he always been _____

XIII. SOCIAL DEVELOPMENT

- 1. What are child's chief amusements _____
- 2. What games and toys does he like best _____
- 3. Does he play with children outside family _____ younger _____ older _____
- 4. How does he get along with other members of family _____
- 5. Does child often become angry _____ how does he 'how it' _____
- 6. Does child avoid social situations _____
- 7. Who administers the discipline _____ What method _____
- 8. Is child willing to try new things _____

9. Score on Vineland Social Maturity Scale _____
 10. Does child share a bedroom _____ with whom _____
 11. Does child share a bed _____
 12. Did any adults besides mother and father ever live in home _____

XIV. SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT

Did child babble like a normal baby

At what age did child say words What words did he say first

When did he first use speech purposefully

How is speech now

When is the speech defect most noticeable

What other means of communication has the child used does he use them now

Does he use consistently specific sounds to designate certain objects or people

Speech Evaluation

A. Verbal Comprehension

- 1. Points or looks at objects named
 - 2. Opens mouth at request
 - 3. Closes eyes at request
 - 4. Indicate yes or no:
 - a. Do you like candy?
 - b. Is this a chair?
 - c. Am I your mother?

B. Phonation

1. Duration (in seconds)
 2. Quality

C. Hearing

1. Nom-verbal
 - a . Audiometer
 - b . Noisemakers
 - c . Psycho-galvanic skin response
 - d . EEG

D Breath control

1. Blow feathers
 2. Extinguish a march
 3. Extinguish a lighted candle
 4. Adequate for sustaines phonation

E. At

- sounds _____
aw
1. Open
2. Close
3. Open and close rhythmically

G. Recording of Speech

XV. RECORDING OF SPEECH EDUCATIONAL HISTORY

Does child attend pre-school kindergarten school

Does child follow his age group in school Are there any special difficulties

IQ Tests Date Score

XVI. EXAMINATIONS

List the names and addresses of any physicians and clinics that have examined the child

Has na electroencephalogram ever been taken when given by whom where results

XVII. THERAPY

Speech

Psychotherapy

XVIII. PROGNOSIS AND RECOMMENDATIONS

CEREBRAL PALSY

I. GENERAL INFORMATION

- A . Name of child:
- B . Age:
- C . Birth date:
- D . Sex:
- E . Race:
- F . Address:
- G . Telephone:
- H . City-State:
- I . Name of parents or guardian:
- J . Source of referral:
- K . Description of child's appearance (ambulatory? Drools?, etc.)
- L . Diagnosis: Athetoid____; Spastic____; Ataxic____; Tension Athetoid____; Rrigidity_____

II. FAMILY HISTORY

A . Father:

1. Name_____
2. Address_____
3. Age____ Height____ Weight____ Birthplace_____
4. Is he living with family____ dead____ divorced____ remarried_____
5. Occupation_____
6. State of health now____ How far did he go in school_____
7. Which hand does he prefer____ Was he ever changed_____
8. Church attended____ National descent_____

B . Mother:

1. Name_____
2. Address_____
3. Age____ Height____ Weight____ Birthplace_____
4. Is she living with family____ dead____ divorced____ remarried_____
5. Occupation____ Previous occupation_____
6. State of health now____ How far did she go in school_____
7. Which hand does she prefer____ Was she ever changed_____
8. Church attended____ National descent_____

C . Siblings:

(List Sex, age, hand preferred, age started to speak, health, and school progress (normal or retarded) of each sibling):

III. SPEECH PROBLEM IN IMMEDIATE FAMILY

- A . Stuttering:
- B . Delayed Speech:
- C . Defective Articulation:
- D . Voice Problems:
- E . Cleft-Palate Speech:
- F . Brain-Injured (cerebral-palsied speech, etc.)

IV. MEDICAL HISTORY OF THE IMMEDIATE FAMILY

Is there or has there been in the immediate family any of the following:
(If so, state who, when, severity, medication, etc.)

- A . Anemia:
- B . Congenital heart, lung, eye, ear:

C . Cerebral palsy:

D . Epilepsy:

E . Convulsions:

F . Migraine headaches:

G . Asthma:

H . Hayfever:

I . Sinus:

J . Mongols:

K . Physical deformities:

L . Any Rh negative blood: Fa ____; Mo ____; Sibs ____

M . Excessive nervous tension:

N . Diabetes:

V. PARENTS' FAMILY

Siblings of Parents:

(List mother's siblings, sex, age, alive or dead, cause of and age at death, and status of their children):

(List father's siblings, Sex, age, alive or dead, cause of and age at death, and status of their children):

VI. SPEECH HISTORY

(Is there in the family history any of the speech problems listed under III above; if so, discuss.)

VII. MEDICAL HISTORY

(Is there in the family history any of the conditions listed under IV above; if so, discuss.)

VIII. PRENATAL HISTORY

A. How many pregnancies has mother had ____ Which was this child ____

B. Any miscarriages ____ How many ____ Which pregnancy ____

C. Any babies born dead ____ How many ____ Which pregnancy ____

D. Any premature babies ____ How many ____ Which pregnancy ____

E. State of mother's health before this pregnancy (discuss):
____ during ____ after ____

F. At what month did she first consult physician during this pregnancy ____

G. Did mother have any radiation during or shortly before this pregnancy ____

H. Did mother have German measles, scarlet fever, low blood pressure, anemia, kidney infection or other infections, or hormonal deficiencies or excesses during pregnancy ____ when ____

I. Did mother take any medication during pregnancy ____ what ____

IX. NATAL HISTORY

A. Was child full term ____ premature ____ how much ____

B. How long was hard labor ____ How long before birth did the amniotic sac rupture ____

C. Presentation ____

D. Was delivery normal ____ Instrumental (Discuss):

E. Was delivery in home ____ Hospital ____ Name and address of hospital ____

F. Physician's name and address ____

G. Was anesthetic used ____ What ____ At what stage ____

H. Medication during labor ____ What ____

X. BIRTH CONDITION OF CHILD

A. Was the child jaundiced ____

B. Was resuscitation difficult ____

C. Did the child have any blood transfusions ____ how many ____ when ____

D. Did he receive any medication ____ what ____

E. Was there evidence of hyper-irritability (manifested as seizures, twitching, marked positive Moro or startle reflex) ____

- F. Was there evidence of listlessness (the child who is hypotonic, difficult to feed or to awaken, who chokes readily with feedings, or who does not demonstrate a Moro reflex) _____
- G. Was there at birth any of the following conditions:
1. Cyanosis:
 2. Pallor:
 3. Stiffening:
 4. Arching:
 5. Strabismus:
 6. Nystagmus
 7. Bruises:
 8. Cephalhematoma:
 9. Structural Abnormalities:
- H. Did the child cry and breathe like a normal child _____
- XI. POST-NATAL HISTORY
- A. Feeding difficulties:
1. Refusal to nurse:
 2. Difficulty in sucking:
 3. Difficulty in swallowing:
 4. Vomiting frequently:
 5. Crying excessively during feeding:
 6. Hyper-irritability during feeding:
 7. Feeble cry during feeding:
 8. Drowsiness and listlessness during feeding:
 9. Excessive grunting during feeding:
- B. Status of child's health during the first two weeks of life:
- C. Did the child leave the hospital with the mother: _____
- XII. DEVELOPMENTAL HISTORY
- A. Weight at birth _____ 6 months _____ 1 year _____ at present _____
- B. Give age at which the following first occurred: held head up _____ tooth erupted _____ sat alone _____ first steps _____ crawled _____ gained voluntary control of bladder _____ of bowels _____
- C. Did child suck fingers _____ which hand _____ for how long _____ was child hard to break of this habit _____
- D. From what age did child show preference for one hand _____ does he now _____ which one _____ has anything been done to influence handedness _____
- XIII. HEALTH-MEDICAL HISTORY OF THE CHILD
- A. Is the child in good health now _____ Has he always been well _____
- B. Is he under medical treatment now _____ Give name and address of clinic or physician treating child _____
- C. For what is child being treated _____
- D. Has child ever had an operation _____ for what _____ when _____
- E. Has child been immunized for small pox _____ diphtheria _____ tetanus _____ whooping cough _____ poliomyelitis _____ others _____
- F. Is appetite good _____ Does child eat regularly between meals _____
- G. Does the child chew normally _____ swallow normally _____ has he always _____
- H. Does child sleep regular hours _____ time of retiring _____ arising _____
- I. Has child had any severe shock or injury _____ what _____ age of injury _____
- J. Has child ever had a prolonged high fever? Discuss:
- K. Check in the list below diseases child has had:

	Age		Age
Measles	_____	Chronic cough	_____

Mumps	_____	Eczema	_____
Chicken pox	_____	Hayfever	_____
Whooping cough	_____	Asthma	_____
Scalet fever	_____	Hives	_____
Diphtheria	_____	Chronic indigestion	_____
Frequent colds	_____	Constipation	_____
Convulsions	_____	Ear aches	_____
		Draining ears	_____

L. Is the child a mouth breather now _____ has he always been _____

M. Other symptoms of brain injury:

1. Special sensory defecs: vision _____ hearing _____

2. Psychological defects:

a. Intellectual defficiencies : IQ score _____

(1) Is there difficulty in perception of form and space _____

(2) Is there an inability to abstract _____

(3) Is there an inability to generalize _____

b. Linguistic defects:

(1) Does the child understand spoken language _____

(2) Is there any special problem in reading _____

(3) Speech defects not related to cerebral palsy directly

(4) Does the child perseverate in speech and in actions

c. Behavioral deviations:

(1) Lack of emotional control _____

(2) Hyperactivity _____

(3) Impulsiveness _____

(4) Poor attention span _____

(5) Distractibility _____

(6) Listlessness _____

(7) Irritability _____

N. Neurological examination:

1. Has an electroencephalogram ever been taken _____ when _____ given by whom _____ where _____ results _____

2. Length of time (in sec.) the child can maintain a steady exhalations

XIV. EVALUATION OF SPEECH MECHANISMS

A. Breathing:

1. Is the child's breathing shallow _____ reversed (opposition in thoracico-abdominal muscles) _____ distorted (exhalation period very short while inspiratory movement long) _____ stertorous and labored _____

2. Length of time (in sec.) the child can maintain a steady exhalation

B. Larynx:

1. What is the position of the larynx in the pharynx _____

2. In phonation, is it pulled up into the hyoid notch _____

3. Is the larynx abnormal in shape and size _____

4. Is the angle obtuse _____ Are the "wings" widespread _____

5. Is there evidence of spasms of the vocal folds _____

6. Are there extra-laryngeal vibrations produced by the ventricular folds or other tissues in the pharynx _____

7. Is there opposition of the thoracico-abdominal muscles in phonation

8. Does the child attempt to phonate on the inspiratory movement _____
 9. Is the radix of the tongue elevated greatly _____
 10. Can the child produce a tone without unusual depression of the mandible _____
 11. Are the articulatory organs out of phase with phonation _____
- C. Breath control (test for velar-pharyngeal closure):
1. Place a mirror below the nose in a horizontal position: Does the mirror become clouded _____
 2. The "two-step box," on each step of which is a feather: Is the feather on the upper step (under the nose) blown off _____
 3. Can the child blow a ping-pong ball up na inclined plane _____
 4. Can the child extinguish a lighted candle _____
 5. Can the child keep little pieces of paper against a mirror by blowing them _____
- D. Tongue:
1. Can the child raise the tongue-tip to the alveolar ridges with the mandible depressed _____
 2. Number of times the child can touch the tongue-tip to the alveolar ridges in ten seconds _____
 3. In articulatory attempts does the tongue deviate to left or right _____
 4. In articulatory movements does the tongue-tip regularly protrude beyond the teeth ridge _____
 5. Are the dorsum and radix of the tongue raised and impinging upon the pharyngeal walls even in the production of such open vowel sounds as [D] and [e]? _____
 6. Is the mass of the tongue large, amorphous, filling the mouth cavity _____
 7. Is the mass of the tongue small, inert, showing no occlusion with the molars or incisors _____
 8. In rest position, does the tongue-tip protrude beyond the teeth ridge _____
- E. Mandible:
1. Is the mandible constantly depressed _____
 2. Is the mandible tightly approximated _____
 3. Can the child open and close the mandible rhythmically _____
 4. Can the child make finer gradations of opening and closing _____
- F. Lips and cheeks:
1. Can the child protrude the lips _____
 2. Can the child retract the lips: unilaterally _____, bilaterally _____ the lower lip to one side _____
 3. Number of times the child can say pah in 10 seconds _____
 4. Does the child constantly keep the lips in a "purse-string" closure position _____
 5. Does the child constantly keep the lower lip inverted (under the upper incisors) _____
 6. Does the child involuntarily produce grimaces _____
 7. Can he retract the lips evenly _____ rapidly _____
- XV. SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT
- A. Did the child babble like a normal baby _____
- B. At what age did child say words _____ What words did he say first _____
- C. When did he first use speech purposefully _____
- D. How is speech now _____
- E. When is the speech defect most noticeable _____

- F. What other means of communication has the child used ____ Does he use them now ____
- G. Does he use consistently specific sounds to designate certain objects or people
- H. Speech evaluation :
1. Verbal comprehension :
 - a. Points or looks at objects named ____
 - b. Opens mouth at request ____
 - c. Closes eyes at request ____
 - d. Indicates yes or no :
 - (1) Do you like candy? ____
 - (2) Is this a chair? ____
 - (3) Am I your mother? ____
 2. Phonation:
 - a. Duration (in seconds) ____
 - b. Quality ____
 3. Hearing:
 - a. Non-verbal
 - (1) Audiometer ____
 - (2) Noisemakers ____
 - b. Verbal
 - (1) Following commands ____
 - (2) Repeating words with examiner's face hidden ____
 4. Co-operation:
 5. Can imitate speech sounds:
 6. Phonetic profile:
 - a. What sounds in the child's speech are recognizable: consonants ____; vowels ____
 - b. Can he build up enough intra-oral pressure to produce plosives (especially the voiceless plosives) ____
 - c. Are the medial and final Consonants very weak or are they prolonged so that they are not recognizable ____
 - d. Can the child link consonants, especially voiceless plosives, with vowels so that the syllable or word is recognizable ____
 - e. Are there long periods of waiting as the child goes from a consonant to a vowel (evidencing the lack of ability to make swift changes in the articulatory mechanism) ____
 - f. In linkage, does he prolong the consonants or they so weak as to be unrecognizable ____
- XVI. SOCIAL DEVELOPMENT
- A. Score on Vineland Social Maturity Scale ____
 - B. What are child's chief amusements ____
 - C. What games and toys does he like best ____
 - D. Does he play with children outside family ____ younger ____ older ____
 - E. How does he get along with other members of family ____
 - F. Is the child willing to try new things ____
 - G. Does child often become angry ____ how does he show it ____
 - H. Does child avoid social situations ____
 - I. Who administers the discipline ____ What method ____
 - J. Does child share a bedroom ____ with who ____ Does child share a bed ____
 - K. Did any adults besides mother and father ever live in home ____
- XVII. EDUCATIONAL HISTORY
- A. Does child attend pre-school ____ kindergarten ____ school ____

- B. Does child follow his age group in school _____
- XVIII. EXAMINATIONS
- A. List the names and addresses of physicians (and clinics) that have examined the child:
 - B. Neurologist's report (attach here):
 - C. Physician's report (attach here):
- XIX. THERAPY
- A. Physical:
 - B. Speech:
 - C. Psychotherapy:
 - D. Vocational:
- XX. PROGNOSIS AND RECOMMENDATIONS

ANEXO 2
BERRY, M. F. (1969, pp. 197-202)

CASE HISTORY

Name of Child _____ Date _____
 Age _____ Birth Date _____ Sex _____ Race _____
 Address _____ telephone _____
 City _____ Zipe Code _____ State _____
 Description of child's appearance _____
 Entered for _____
 Name of Parents or Guardian _____
 Address _____ telephone _____
 Siblings _____ Ages _____
 Source of referral _____ Doctor's name and address _____
 Names of persons filling questionnaire _____
 Relation to child _____
 Nature and onset of problem:
 Etiology suggested by referring agent: Mental retardation _____ Emotional disturbance _____ : CNS deficit or injury _____ Environmental deprivation _____

I. Family history

Father: Name _____ Address _____
 Age _____ Height _____ Weight _____ Birthplace _____
 National descent _____

Living with family _____ dead _____ divorced _____ remarried _____
 Present occupation _____ Previous occupation _____
 Present state of health _____ How far did he go in school _____

Which hand does he prefer _____ Was preference ever changed _____
 Mother: Name _____ Address _____
 Age _____ Height _____ Weight _____ Birthplace _____

National descent _____
 Living with family _____ dead _____ divorced _____ remarried _____
 Present occupation _____ Previous occupation _____

Present state of health _____ How far did she go in school _____
 Which hand does he prefer _____ Was preference ever changed _____

Siblings:

Name	Age	Hand	Age Started Preferred to Speak	School Health	Progress	Normal Retarded
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

II. Language and speech problems in immediate family. (Note relation of individual to propositus, severity of disorder, exogenous/endogenous.)
 Delayed development of language _____

Retarded speech _____

Language and/or speech disturbances resulting from CNS deficits or injuries (aphasia, mental retardation, cerebral palsy) _____

Cluttering (tachyphemia) _____

Stuttering _____
 Defective articulation (preadolescence to adulthood) _____

Hearing loss _____
 Speech defects resulting from structural anomalies (cleft palate, palatal insufficiency, macroglossia, dental malformations, micrognathia) _____

Voice problems _____
 Dyslexia (reading problems) _____

III. Medical history of immediate family.

Is there or has there been in the immediate family any of the following: diabetes; convulsive disorders; congenital disorders of heart, eyes, ears, lungs; allergies; Rh-negative blood; nervous disorders; mongolism; structural anomalies. (Identify person; note severity, duration, treatment of disorder.) _____

IV. Parents'family

Mother's Siblings: number and mother's position among sibs; health status; chronic diseases; language and/or speech retardation in sibs and offspring of sibs; education of sibs. _____

Father's Siblings: number and father's position among sibs; health status; chronic diseases; language and/or speech retardation in sibs and offspring of sibs; education of sibs. _____

V. Pregnancy data

How many pregnancies has mother had _____; Which was this child _____

Miscarriages _____; How many _____; Which pregnancy _____

Babies born dead _____; How many _____; Which pregnancy _____

Premature babies _____; How many _____; Which pregnancy _____

State of mother's health before this pregnancy _____;
 during _____; after _____

Infectious diseases during pregnancy (rubella, scarlet fever, kidney infection) _____

Other illnesses (anemia, hormonal deficiencies or excesses) _____

Rh incompatibility _____

Exposure to radiation during or shortly before pregnancy _____

Medication (contraceptive or other) before or during first trimester pregnancy _____

VI. Perinatal history

Child born in _____ Hospital; Address _____

Physician in attendance _____; Address _____

Was child full term _____; Premature _____

Delivery: Normal _____; Forceps _____; Cesarean _____

Duration of labor _____; Anesthetics _____

Presentation: Breech _____; Vertex _____

Birth condition of child:

Anoxia (length of time) _____; Kernicterus _____; Jaundice _____

Child cried, breathed, nursed normally _____

Incubation: _____; Oxygen _____

Signs of injury (scars, bruises, deformations) _____

Convulsions _____; Other _____

Child's health in first 10 days of life _____

Feeding _____; Left hospital with mother _____

VII. Developmental data

Weight at birth _____; 6 months _____; 1 year _____; present _____

Age in weeks or months atwhich following first occurred:

Showed response to mother _____; raised head _____;

Tooth erupted _____; sat without support _____; crawled _____;

grasped objects readily _____; responded to environment _____;

stood with support _____; took first steps _____;

walked without aid _____; fell frequently _____;

gait normal _____; Walked upstairs with alternating tread _____;

ate with spoon _____; drank from glass (cup) _____; coordinated normally _____;

_____; voluntary control of bowels _____;

bladder _____; asks to go to toilet _____;

cared for toilet completely _____;

Child sucked fingers _____; which hand _____; how long _____;

Age at which child showed preference for one hand _____; now definitely
right handed _____; left handed _____; ambilateral _____;

Handedness influenced _____

VIII. Health-medical data

Present state of health: _____

Under medical treatment for _____

Physician's name and address: _____

Food habits: Appetite good _____; eats regularly _____;

snacks _____; chews normally _____; swallows normally _____;

drools _____; enjoys eating _____;

Sleep habits: Regular _____; time of retiring _____; arising _____;

Does child share room _____; bed _____;

Respiration: Breathing regular _____; noisy _____; mouth breather _____;

Systemic defects: Ocular: fixation, version, and vergence _____;

Aural (peripheral) _____; watches television at very close range _____;

Television volume excessive _____.

Childhood diseases: (specify the age at which had any of the following
illnesses. Specific information, such as degrees of temperature, medical treatment,
coma, rigidity, and seizures should be included.)

Measles _____ Diphtheria _____

Whooping cough _____ Mumps _____

Scarlet fever _____ Chicken pox _____

Pneumonia _____

Diseases of central nervous System:

Etiology	Evidence	Symptoms
A .Unknown	Neurological examina- tion	convulsions
1. Abnormal pre- natal conditions	Air study	Ataxia
2. Prematurity	Increased intracranial pressure	Gait disturbance
3. Neonatal apnea		Lateral nystagmus
4. Birth injury	(hydrocephalous,etc.)	
5. possible encephalitis		
B Cerebral cyst or tumor	Increased intracranial pressure	Hemiparesis Ataxia Febrile convulsion
C Encephalopathy causes by	Neurological exami- nation	
1. Mechanical trauma	Abnormal EEG CNS involvement fol-	Hemiparesis Convulsions-grand mal

	lowing accident	Convulsions-focal
2. Inflammation	Neurological examination	Hemiplegia
Meningitis, bacterial		Convulsions
Meningitis, viral	Abnormal EEG	Questionable eye movements
Encephalitis, viral	CNS involvement during illness	Positive Babinski
	Associated generalized infection (fever, convulsions, etc.)	
	Agent bacterial	
	Agent viral	
3. Metabolic		
Hypoglycemia	Neurological examination	Convulsions-grand mal
Caused by metabolic	and blood glucose levels	Variable dysfunction
Defect; pancreatic adenoma	Abnorml EEG	of CNS

Diseases Affecting Middle Ear:

Tonsillitis _____ Sinusitis _____
 Otitis media _____; suppurative _____; high temperature _____
 URI _____; chronic cough _____

Atopic diseases: Allergies

Eczema _____; Asthma _____; Hay Fever _____
 Vasomotor rhinitis _____; Hives _____

Surgery:

Tonsillectomy and adenoidectomy _____; Other _____
 Severe shock or injuries _____; when _____

Structural defects: mouth _____; nose _____; palate _____;
 Mandible _____; teeth _____

Immunizations for: small pox _____; diphtheria _____;
 tetanus _____; whooping cough _____; poliomyelitis _____
 others _____

IX. Socioemotional Development

Primarily responsive to objects _____

Especially alert to movements _____

Sensitive to vibrating sensations _____

Normal activity (behaviorally consistent) _____

Usually happy _____; sympathetic _____

Demonstrative in feeling _____

Enjoys company of others _____; avoids company _____

Shows concern when separated from parents _____

Unawarw of environment _____

Plays mostly by himself _____; with other members of family _____;

With children outside family _____; younger _____; older _____

Likes to play alone under table or in closet _____

Cooperates best with: mother _____; father _____; sibs _____

Shares toys or turns _____; willing to try new things _____

Initiates new play schemes, etc. _____; afraid of strange things _____

Lives in talking environment _____; bilingual environment _____

Answers ringing telephone _____; uses dial for telephoning _____

Sensitive to discipline _____; resistant _____; methods used _____

Angers easily when frustrated _____; temper tantrums _____

cries Frequently (sheds tears) _____

Hyperactive _____; phlegmatic _____; rocks while sitting _____

bangs head (crib, chair, floor _____; stares at lights, objects, people, into space _____)

Adults beside father and mother living in home _____

X. Language and Speech Development

At what age was child sensitive to sounds in his environment _____; did he respond to loud sounds only _____; seem to ignore sounds _____

Did child coo and babble as anormal baby _____
Use gestures meaningfully _____; communicate by crying, smiling _____
At what age did child comprehend speech of others (go bye-bye; Daddy's home, yum-yum- food, and so forth) with concrete stimuli present _____

At what age did child comprehend speech when supporting, concrete stimuli werw not Present _____

At what age did child show enjoyment of television _____;
what programs does he watch now _____

At what age did he attend quickly and purposefully to speech of others _____
At what age did child use words or phases _____
to communicate meaning _____

What were the second phrases (after baby bye) _____
At what age did child communicate meaning about stimuli which were not immediately present _____

Was language meager in amount _____; in quality _____;
Was there steady development of: vocabulary _____; sentence structure _____, syntax _____

Are prosodic qualities of child's speech appropriate for age and Sex _____
What other means of communication has child used _____;
does he use them now _____

Is articulation appropriate to age? Phoneme order confused _____;
phonemes omitted _____; substituted _____; distorted _____

Are there known defects of tongue, palate, nose, throat, ears which may be related to child's communication problems _____

are there injuries or illnesses, pre- or post-natal, which may have had adverse effect on language/speech development _____

What is child's present attitude toward oral communication:
Attends readily to speech of others _____
Ready to initiate speech as a means of communication _____
Verbal output is excessive _____
Pantomimes much of time _____
Makes no attempt to communicate _____

What is parental attitude at present toward oral communication:
Mother's view of importance of communication _____
Father's view of importance of communication _____
Permissive attitude toward noisy, talking environment _____
Restriction on speech in home _____
Expectations of parents with respect to child's progress in communication _____

Parents' description of present status of child's communicative disorder:

Recorder's description of child's language _____

XI. Educational record
Does child attend preschool _____; kindergarten _____;
elementary school _____; junior high school _____

Has child followed his age group in school _____; special difficulties in learning _____; in social adjustment _____
What subject or activity does he enjoy most in school _____

XII. Special education in language/speech prior to or continuing at this time:
Clinical examinations and diagnosis at _____
Teaching at _____
for period _____
by _____

XIII. Summary of reports from Other Agencies:

A . Medical

1. Pediatrician or general physician:
 - a . General health index
 - b . Appraisal of physical mechanism of speech
2. Neurologist
3. Psychiatrist

B . psychological (from private or community agencies)

C . Educational

1. Classroom teacher
2. Teachers in special education (private or public school)
3. School psychologist
4. School nurse
5. Social service staff
6. Physiotherapy, occupational therapy staffs

ANEXO 3
QUIRÓS,J.B. e D'ELIA,N. (1974, pp.332-36)

PROTOCOLO

Usado para las deficiencias auditivas del niño pequeño
 Informantes

Padre

Ocupación ____ Profesión ____ Nivel de instrucción ____ Edad ____ Nacionalidad ____ Estado de salud
 ____ Dónde se lo conecta ____

Madre

Ocupación ____ Profesión ____ Nivel de instrucción ____ Edad ____ Nacionalidad ____ Estado de salud
 ____ Dónde se lo conecta ____

Identificación

Apellido y nombre ____ Calle ____ No ____ Piso ____ Ciudad ____ Prov ____ Teléfono ____ Si es de
 otro lugar dónde se lo conecta en Buenos Aires ____ Edad y fecha de nacimiento ____ Sexo ____
 Nacionalidad ____ Enviado por ____ Visto anteriormente por ____ Fecha ____ Examinador ____ Motivo
 de la consulta ____

Antecedentes hereditarios y familiares

¿Hay sordos entre los ascendientes?(padres,tios,abuelos,etcétera) ____ Edad de aparición de dicha
 sordera:¿infantil,20 a 30 años,40 a 50 años ,senil?¿Alcoholismo ____ ¿Edad de los padres al tener el hijo?
 ____ ¿Presentaban alteraciones auditivas o de otra naturaleza? ____ Consanguinidad de los padres:
 En caso afirmativo ¿presentaban sordera,cegueira,debilidad mental,psicopatías,lúes,epilepsia,etcétera?
 ____ ¿Tiene hermanos? ____ ¿Ubicación? ____ ¿Estado de salud de los hermanos? ____ Antecedentes de
 embarazos y partos de los otros hijos ____ ¿Abortos? ____ ¿Nacidos muertos?

Antecedentes personales

Prenatales(enfermedades de la madre durante la gestación).¿Tuvo la madre alguna enfermedad infecciosa
 durante la gestación?(rubéola,sífilis,etcétera) ____ ¿En qué me? ____ ¿Ictericia? ____ ¿Diabetes ____
 ¿Vómitos ____ ¿Toxicosis ____ ¿En qué momento? ____ ¿Sufrió alguna caída,golpe o trauma psíquico?
 ____ ¿Fue operada? ____ ¿Se le aplicó anestesia? ____ ¿Cuál? ____ ¿Realizó algún tratamiento a base de
 cobaltoterapia,rayos X,radium? ____ ¿Tuvo la madre buena alimentación o falta de
 vitaminas,yodo,etcétera? ____ ¿Padeció alguna enfermedad mental ? ____ ¿ingirió durante la gestación
 alcohol,quinina,salicilatos,etcétera? ____ ¿Tomó algún abortivo? ____ Se
 aplicó:¿morfina,estreptomicina,kanamicida,neomicina? ____ Otros tóxicos:¿tabaco,cocaina,etcétera? ____
 Incompatibilidad feto-materna: ____ factor Rh.

Natales(parto):¿Dónde se llevó a cabo? ____ ¿El mismo médico tratante fue el partero? ____ ¿Fue a
 término o prematuro? ____ ¿Cuánto pesaba al nacer? ____ ¿Cómo fue el parto? ____ ¿Hubo estrechez
 pelviana absoluta o relativa? ____ ¿Inercia uterina? ____ ¿circulares de cordón? ____ Otros datos ____
 ¿Presentación del niño? ____ ¿Duración del parto? ____ ¿Prolongado? ____ ¿Muy rápido? ____
 ¿Maniobras? ____ ¿Fórceps? ____ ¿Cesárea? ____ ¿Presentaba magulladuras o malformaciones al nacer?
 ____ ¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que dio el primer llanto? ____ ¿Con qué color nació? ____ ¿Qué se
 hizo con el niño cuando nació? ____ ¿Hubo asfixia? ____ ¿Ictericia? ____ ¿Convulsiones? ____ Duración
 ____ ¿Sueño exagerado?

Antecedentes referidos a la maduración:Primera y segunda infancia.

¿Cómo fue la lactancia del niño? ____ ¿Materna? ____ ¿Artificial? ____ ¿Tuvo dificultades para la
 succión? ____ ¿Como lo alimentaba? ____ ¿Cuándo aparecieron los primeros dientes? ____ ¿Cuándo se
 dirigió activamente hacia las personas(sonrie a la madre a los 3 meses)? ____ ¿Cuándo comenzó a
 caminar? ____ En caso de atraso,¿como fue la marcha en los primeros tiempos? ____ ¿Gateó antes de
 caminar? ____ Control de esfínteres ____ ¿Cuándo el niño dejó de orinarse encima? ____ ¿Cuál es la
 alimentación que el niño recibe? ____ ¿Cuándo dijo las primeras silabas? ____

¿Bisílabos?(mamá,papá,etcétera) ____ ¿Usó "mamá" para llamarla a usted? ____ ¿Cuándo comenzó a comprender la palabra? ____ ¿Cuándo dijo las primeras frases? ____ ¿Palabra completa y articulación correcta? ____ ¿Uso del pronombre yo? ____ ¿Comprende todo? ____ ¿Qué enfermedades tuvo durante los primeros años de vida?¿Menigitis? ____ ¿Escarlatina? ____ ¿Sarampión? ____ ¿Coqueluche? ____ ¿Varicela? ____ ¿Parotiditis? ____ ¿Tuberculosis? ____ ¿Gripe? ____ ¿Adenoiditis? ____ ¿Fiebre tifoidea? ____ ¿Parálisis infantil? ____ ¿Difteria? ____ ¿Otitis? ____ ¿Supuración de oídos? ____ ¿Sinusitis? ____ ¿Otalgias? ____ ¿Faringitis? ____ ¿Amigdalitis? ____ ¿Rinitis? ____ ¿Obstrucción tubaria? ____ ¿Enfermedades a virus,etcétera? ____ ¿Tuvo fiebre alta? ____ ¿Durante cuánto tiempo? ____ ¿Convulsiones? ____ ¿En cuántas oportunidades? ____ ¿Tomó o toma anticonvulsivantes? ____ ¿Recibió algún medicamento?:¿estreptomicina? ____ ¿quinina? ____ ¿salicilatos,etcétera? ____ ¿Sufrió algún traumatismo? ____ En caso afirmativo ¿se acompañó de pérdida de conocimiento? ____ ¿durante cuánto tiempo? ____ ¿le salió sangre por los oídos,la nariz,los ojos,etcétera?____

Antecedentes de orientación diagnóstica en un niño menor de tres años con supuesta deficiencia auditiva. Conducta:¿Juega el niño con otros niños de la misma edad o de menor edad que él? ____ ¿Tiende a aislarse de otros niños? ____ ¿Prefiere jugar con adultos o juega todavía como un bebé? ____ ¿Todavía se babea? ____ ¿Es inquieto? ____ ¿Hiperactivo? ____ ¿Es reposado? ____ ¿Abúlico? ____ ¿Es caprichoso? ____ ¿Qué hace cuando se lo lleva a la plaza?____

Comunicación:¿Cómo se hace entender su hijo? ____ ¿Cómo le hace entender que tiene hambre o que quiere comer? ____ ¿Cómo se hace entender usted por su hijo? ____ ¿Cómo logra que el niño vaya a donde usted lo llama? ____ Si le hace gestos ¿va? ____ ¿Y si lo llama sin que la vea? ____ ¿Tiene su hijo deseos de comunicarse? ____ ¿Tiene rabietas cuando usted no comprende lo que él quiere? ____ ¿Cómo se comunica auditivamente? ____ ¿Cómo se comunica por medio de la visión y del gesto?____

Condicionamiento.C.Auditivos:¿Que reacción tiene su hijo ante los ruidos para preparar el biberón u otros alimentos? ____ ¿Lo tranquiliza la voz de la madre? ____ ¿Es necesario que la vea?,¿o que esté frente a él para que se tranquilice? ____ ¿Es necesario tomarlo en brazos para que se tranquilice? ____ ¿Cómo reacciona cuando se lo llama por su nombre? ____ ¿Le interesan los juguetes sonoros? ____ ¿Se orienta ante ruidos fuertes?(mira,se da vuelta)? ____ ¿Le señala el avión o el tren que pasa? ____ ¿Se aproxima mucho a la radio y/o T.V.? ____ ¿Le interesa el timbre de la puerta? ____ ¿Por cuáles cosas se interesa auditivamente? ____ C.Táctiles: ____ ¿Lo tranquilizan las caricias en la cara? ____ ¿Se da vuelta cuando le tocan la espalda? ____ C.Visuales:¿Se interesa por objetos y juguetes y los sigue con la vista cuando se los muestran o cuando juega con ellos?

ANEXO 4
QUIRÓS,J.B. e GÖTTER,R. (1964,pp.116-24)

Protocolo tipo para los trastornos psico-neurológicos del lenguaje del niño

I.Identificación del paciente.

Apellido y nombre	Fecha
Fecha de nacimiento	No de Historia
Sexo	
Nacionalidad	
Orden de nacimiento(especificar si es hijo único,o la serie de hermanos con sexo y edad,orden dentro de la serie,lugar en que ocurrió,cualquier nacido muerto o aborto,sea este natural o provocado)	
Domicilio(desde cuando y anteriores)	Teléfono
Hijo legal – ilegítimo-De los mismos padres o no.	
Guardería,Jardín de infantes o Escuela(especificar si es privada o pública) y el grado de instrucción alcanzado.	
Trabaja el niño?	
Identificación de los padres u otras personas que conviven con el niño(especificar nombre,nacionalidad,idioma que hablan en su casa,grado de instrucción,profesión,edad,sexo).	
.....	
.....	
.....	

Informantes(cuántos hay en relaciones con el niño).Impresión causada por los informantes(descuidados,ansiosos,perfeccionistas,etc.).

Existencia de contradicciones en el relato.

Impresión del informante sobre los restantes miembros de la constelación familiar.

Impresión del informante sobre la comprensión del niño.

Nombre del examinador.

Resultado general de la anamnesis(escribir luego de finalizarla),satisfactoria,incompleta,incorrecta,errónea,(especificar si es necesario,los motivos de un mal resultado).

II.Factores que hacen a la consulta.

Referido por:

Motivo de la consulta.

Cuando se iniciaron estos síntomas.

Actitud de los familiares en relación con la afección(síntoma de culpabilidad,ideas preconcebidas,desean solamente conocer la opinión del profesional,finalidad que persiguen).

Motivación de la consulta(el examinador deberá aclarar si a su criterio solamente se desea con la consulta orientarse hacia la mejoría o curación del paciente).

Consultas y tratamientos anteriores.

Está actualmente bajo tratamiento o atención especializada?

III.Antecedentes familiares y ambientales(familia,se refiere a todo parentesco en línea directa hasta segundo grado;grupo familiar,se refiere a toda persona o animal que contacta habitualmente con el niño).

Estado socio económico de la familia(si han tenido o no cambios significativos en su status,dificultades o mejoramientos bruscos y estado actual).

Condición:indigente,pobre,mediana,holgada.Presupuesto mensual.

Vivienda y número de habitaciones.

Jardín o patio.

Lugar para juegos.

Lugar para estudio.

Donde duerme,número de camas en el cuarto,edad y sexo de los ocupantes.

Componentes de la contelación familiar(edad,sexo,grado de parentesco y estado de salud).

Hay cuestiones raciales,políticas,religiosas o de otro orden entre los miembros de la familia,que lleven a estados de desavenencia o avenencia?

Antecedentes de afecciones:han habido o hay en al familia enfermos mentales,ciegos,sordos,epilépticos.alcoholistas.retardados.com enfermedades venéreas,com inconducta(nervosismo exagerado,en prisión,enjuiciado,etc.),com otros síntomas psicosomáticos(alergia,asma crisis,etc.)han habido o hay en el grupo familiar o en la familia personas que hablan o hayan hablado con dificultad?Han habido en la familia personas que tardaron en comenzar a hablar,que les costó aprender a escribir a leer,que tuvieron torpeza o zurdez,que hablen apresurada o atropelladamente?

Aparición o desaparición de algún constitutivo del grupo familiar(persona o animal).

Si han habido muertes,causa de las mismas.

Están bien definidas las figuras del padre y de la madre o de sus reemplazantes?

Ve el biño T.V. o no?

En caso afirmativo:cuánto ve?

Qué tipos de programa ve?

Qué efecto considera la familia que produce al niño?

Otros antecedentes familiares o ambientales que pueden influir en el niño.

IV. Antecedentes personales

a)Concepción,gestación y nacimiento.

Fué el niño deseado?(hubo medidas anticoncepcionales o abortivas?).Fué el sexo del niño deseado?

Actitud de los padres en relación al embarazo.

Características del embarazo(enfermedad o accidente,hemorragias,convulsiones,edemas,hipertensión arterial,rubeola(especificando el més de gestación en que ocurrió),tomó durante el embarazo alguna medicación,tuvo algún traumatismo u operación,se aplicó rayos X,tuvo alguna transfusión sanguínea?Se hicieron exámenes de sangre a los padres,grupo sanguíneo y factor RH?Estado psicológico durante el embarazo,cómo reaccionó cuando se supo grávida?cuándo sintió moverse a la criatura,que sensaciones psicológicas tuvo?Fué preparada para el parto?(algun tratamiento especial,entrenamiento para parto sin dolor,etc.).

Dónde ocurrió el parto?(en la casa,en una maternidad o en otro lugar).

Quién atendió el parto?(médico,partera u otra persona).

Fué el mismo médico que controló el embarazo quien atendió el parto?

Cuántos meses después del casamiento ocurrió?

Fué prematuro,a término,gemelar?

Hora de iniciación del dolor.

Hora de ida a la Sala de Partos.

Hora de nacimiento.

Ruptura previa de bolsa de agua.

Parto normal o inducido.

Anestesia(tipo).

Forceps o Cesárea.

Presentación(de cabeza,de nalgas,transversa).

Complicaciones en el parto.

Cómo nacieron los otros hermanos.

Color anormal del niño al nacer(azulado,morado,negro,amarillento,rojo).

Tiempo que duró esa coloración anormal.

Puede especificar el informante si hubo asfixia,ictericia o malformaciones?

Cianosis en el nacimiento.

Lloró enseguida de nacer?
 Hubo que colocarlo en carpeta de oxígeno o tomar otras medidas de reanimación y cuáles; durante cuánto tiempo?
 Qué peso tenía al nacer?
 Hubo que colocarlo en incubadora?
 Tuvo convulsiones?
 Otros datos de interés.

b) Evolución neuropsíquica del niño referida a la lactancia y alimentación.

Primar contacto con el pecho.
 Hubo dificultades o no para mamar?
 A qué fué debido?
 Qué plan alimenticio se seguió durante a la primera infancia?(especificar la evolución alimenticia en sus líneas generales; si ha sido normal y acostumbrada dentro del ambiente).
 Hubo buena succión y tragaba bien el lactante? No le refluyan los líquidos por la nariz?
 Cada cuántas horas se alimentaba y cuánto duraba?
 Cuándo se le retiró el pecho, cómo y con qué reacción se le retiró la mamadera?
 Se tomaron otras medidas o precauciones durante la alimentación del niño?
 Tenía el niño o tiene inapetencia o rechazo de alimentos o exageración del apetito?
 Tenía el niño o tiene vómitos, constipación, diarrea y con qué frecuencia?
 Se babeaba el niño y hasta qué edad?
 Peso y estatura actuales del niño.

c) Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad sueño, dentición y controles esfinterianos.

De ser posible explicar las posturas durante los primeros 6 meses de vida.
 Sonrisa.
 Fijación de la cabeza.
 Edad en que se sentó.
 Edad en que se paró.
 Edad en que gateó.
 Edad en que caminó.
 Se caía o no con frecuencia? Logra mantener el equilibrio de acuerdo con su edad? Separaba mucho las piernas para caminar?
 Es hiperactivo, hipactivo o normal en sus movimientos?
 Le dejan libertad de movimientos o no?
 Establecimiento de la lateralidad.
 En caso de vivir en ambiente reducido, se lo lleva asiduamente a espacios abiertos?
 De qué manera se sujetó la actividad del niño?
 Realiza el niño movimientos automáticos?
 Se balancea al estar sentado?(en caso afirmativo especificar si es de atrás para adelante o de un lado para otro).
 Realiza movimientos automáticos con sus extremidades?
 Qué tipo de movimientos? Tiene contracturas al hacerlos?
 Tiene movimientos asociados al realizar un acto voluntario o automático?
 Tiene movimientos agitados?(sacude sus brazos, estruja sus manos).
 Se acompañan estos movimientos de respiración jadeante?
 Si la edad lo permite, puede el niño correr, saltar, parar-se sobre un pie, saltar sobre un pie en el mismo sitio, desplazarse saltando sobre un pie, etc.?
 Duerme bien?
 Cuántas horas?
 Se despierta durante el sueño? Tiene sueños que haya contado?

Se babea o traspira dormido?habla o grita dormido?
 Revuelve las cobijas dormido?
 Realiza movimientos dormido?Cuáles?Es sonámbulo?
 Se orina en la cama?
 Se levanta a la noche y va a dormir con los padres?
 Precisa luz para dormir?
 Al iniciarse el sueño,realiza movimientos de "bed-rocking"?
 A qué edad comenzó la dentición?
 Qué problemas trajo?
 Cruje el niño sus dientes?Despierto y/o dormido?
 Edad de comienzo del aprendizaje del control esfinteriano.
 Edad de control esfinteriano anal,diurno,vesical diurno,vesical nocturno.
 Métodos de enseñanza y dificultades experimentadas.

d)Afecciones orgánicas que pueden haber incidido sobre la evolución lingüística del niño.

Enfermedades(menigitis,encefalitis,lesión cerebral,dolor o supuración de oídos,fractura,etc.).
 Hospitalización(tiempo).
 Medicaciones aplicadas.
 Fiebres altas,duración,tipo.
 Quemaduras.
 Convulsiones,desmayos y ahogos.
 Trastornos respiratorios o circulatorios.
 Resultado obtenido en EEG y otros estudios.
 Edad en que ocurrieron las principales afecciones.
 Vacunas administradas y reacciones ante ellas.

e)Influencia del ambiente en la evolución del intelecto,hábitos,personalidad y psico-sexualidad del niño.

Relaciones del niño con su ambiente(agresividad,dependencia,retraimiento,abulia).
 Relaciones del niño con otros niños(de su misma edad o no;líder o no).
 Humor y afectividad;descripción de un día de vida(día común y día de fiesta;veraneos,cumpleaños).
 Aceptación o no de miembros nuevos en el grupo familiar.
 reacciones ante el nacimiento de un nuevo hermano.
 Uso del chupete(hasta qué edad y métodos seguidos para eliminarlo;reacción del niño).
 Chupeteo del dedo(mejidas tomadas en contra y reacciones del niño).
 Chupeteo y mordida de otros objetos(cuello de camisa,lápices,etc.).
 Mordida de uñas u onicofagia;tracción del lóbulo de la oreja y/o cabellos de otros.
 Mordida de labios,tics.Especificar medidas adoptadas para corregir estas manifestaciones y resultados obtenidos.
 Juega el niño o tiende a aislarlo?
 Juega con compañeros o solo?
 Es sociable?También con extraños?
 Cuáles son sus principales juegos?
 Se adaptó bien al jardín de infantes,a la escuela?
 Manifestó curiosidad sexual?A qué edad?Qué explicaciones se le dió?
 Se masturbaba?Desde cuándo?Se tomaron medidas en contra?
 Se realizó educación sexual en el niño?Quién la hizo?
 Cuál es la conducta sexual y el conocimiento que sobre el tema tiene el niño en la actualidad?
 Se manifiestan o no hábitos regresivos?(reaparición de hábitos correspondiente a etapas ya superadas).

f)Evolución del lenguaje y aprendizaje

Balbuceo

Existencia de vocalización en los primeros meses de edad.

Edad en que dijo las primeras palabras(si fueron automáticas o se usaron para designar algo).

Edad en que dijo la primera frase.

Edad en que terminaron los defectos de pronunciación.

Habilidad para relatar acontecimientos.

Agrado para ir al jardín de infantes o escuela.

Agrado para aprender cosas nuevas.

Características del aprendizaje(cambios de maestra o de escuela,ausencias,fallas pedagógicas,etc.).

Agrado para estudiar.

Ayuda recibida en el estudio.

relaciones establecidas con la maestra.

Reacción de los padres ante las malas calificaciones.

Dificultad para la escritura y la lectura.

dificultad para las matemáticas.

Exito o fracaso escolares.

Control del cuaderno escolar,método de enseñanza.

existencia de algún trastorno en el habla.Circunstancia y a parición de dicho trastorno.Periodicidad y característica del mismo.Evolución del cuadro.Causas atribuidas.Incidencia del mismo cusdro o de otro vecino en algún miembro de la familia.Presencia de algún cuadro parecido en alguna persona en contacto con el niño.Existencia de correcciones o reprimendas sobre el defecto del lenguaje e influencias sobre el mismo por parte del ambiente y la escuela.

Detallar si se lo festeja como una gracia o se lo toma como una burla.Precisar si el defecto del habla es o no modificado por las tensiones ambientales y si coexiste con enuresis,tics u otras manifestaciones de este tipo.

ANEXO 5**QUIRÓS, J. B. e DELLA CELLA, M. (1965, pp. 126-31)****I. Datos referidos a la identificación y a la familia**

El interrogatorio debe comenzar siempre estableciendo los datos de identificación de cada paciente: apellido y nombre; nacionalidad; fecha de nacimiento y edad; domicilio y número de teléfono; motivo de consulta; nombre y nacionalidad del padre y de la madre; edad de los mismos; profesión y cultura de ambos; escuela y turno a la que asiste el niño; el grado de instrucción alcanzada y grados que repitió; regularidad en la asistencia a clase; cambios de maestra; ¿quién le aconsejó presentarse? ; fecha y lugar donde se realiza el interrogatorio; ¿tiene otros diagnósticos o tratamiento?

Luego de las preguntas de encabezamiento se pasa a una serie de preguntas relativas a la familia del paciente, tales como: ¿Ha habido enfermos mentales , ciegos, retardados, sordos, alcoholistas o com enfermedades venéreas en la familia? ¿quiénes? ¿ha habido zurdos? ¿quiénes? ¿qué número de hijos hay, qué edades tienen y qué lugar ocupan en la familia? ¿son sanos?¿no presentan problemas?¿hay tensiones familiares ?¿los padres hablan distinto idioma? ¿los familiares cercanos tardaron en comenzar a hablar? ¿hablaron o hablan con dificultad? ¿fueron o son torpes en el movimiento? ¿les costó aprender a leer y a escribir?

II. Datos referidos al embarazo, parto y posparto inmediato

A continuación se procede a analizar las condiciones del embarazo y parto, procediéndose a efectuar las preguntas: a qué grupo sanguíneo pertenece la madre? ¿el padre? ¿el niño? ¿ha tenido la madre abortos anteriores? ¿entre cuáles hijos se produjeron? ¿espontáneos o provocados? ¿padeció la madre alguna enfermedad o accidente durante el embarazo? ¿cuál? ¿hemorragias? ¿en qué mes? ¿convulsiones (eclampsia)? ¿en qué mes? ¿rubeola? ¿en qué mes? ¿qué remedios tomó durante el embarazo? ¿recibió rayos X? ¿tuvo algún golpe? ¿susto o disgusto?

¿dónde se llevó a cabo el parto? ¿fue a térmico o prematuro? ¿gemelos? ¿a qué hora se iniciaron los dolores? ¿a qué hora fue a la sala de partos? ¿a qué hora nació el niño? ¿hubo anestesia? ¿cuál? (si la anestesia fue general o local, especificando si es posible el anestésico) ¿cuánto pesaba al nacer? ¿hubo fórceps o cesárea? ¿complicaciones? ¿presentaba malformaciones al nacer? ¿lloró en seguida al nacer? ¿nació morado?¿tuvo ictericia? ¿cuánto duró cómo nacieron los otros hermanos?

III. Datos relativos a enfermedades y traumas de la primera infancia

¿qué enfermedades importantes tuvo? (meningite, encefalitis, parálisis infantil u otra dolores o supuración de oídos, sinusitis, fracturas, alergias) ¿tuvo hospitalización? ¿cuánto tiempo? ¿recibió antibióticos? ¿cuáles? ¿tuvo fiebre alta? (indicar a qué edad, qué temperatura y cuánto duró) ¿tuvo convulsiones? ¿cuántas veces? ¿se hizo E.E.G.? qué resultado dio? ¿tuvo dificultades para succionar (mamar)? ¿hasta qué edad se babeó? ¿a qué edad se sostuvo a cabeza? ¿a qué edad se pudo sentar solo? ¿a qué edad se mantuvo parado solo? ¿a qué edad empezó a caminar? ¿se caía o separaba mucho las piernas al caminar? ¿a qué edad dejó de ensuciarse y de mojarse?

IV. Datos relativos al desarrollo del lenguaje

Las preguntas dirigidas a la evolución del lenguaje deben merecer una especial atención: ¿el niño balbuceó e hizo vocalizaciones durante los primeros meses de edad? ¿ a qué edad dijo las primeras palabras? ¿decía "mama" automáticamente o sólo para designar a la madre? ¿a qué edad dijo las primeras frases? ¿hasta qué edad habló con defectos de pronunciación, o con lenguaje infantil? ¿tiene habilidad para relatar acontecimientos? ¿en qué consisten sus dificultades de lectura? ¿no reconoce las letras? ¿no reconoce las palabras? ¿tiene dificultades para matemáticas? ¿en qué consisten sus dificultades de escritura?

V. Datos relativos a la vida psíquica y otros datos a ser computados

¿las condiciones psicológicas que influencian la dislexia comprenden la última serie de preguntas:sueño tranquilo? ¿interrumpido? ¿se orina dormido? ¿habla dormido? ¿es sonámbulo? ¿es cariñoso? ¿tímid? ¿nervioso? ¿peleador? ¿muy mimado? ¿miedoso? ¿juega solo? ¿prefiere niños de su edad, mayores o menores? ¿tiende o tendió a usar la mano izquierda? ¿se le obligó a usar la derecha? ¿es movedizo, inquieto? ¿cuál es la actitud del niño hacia el aprendizaje? ¿hacia el maestro? ¿hacia los compañeros?

ANEXO 6
KOCHER,F. (1966,pp.29-32)

a)Lectura

- ¿Han existido siempre las dificultades?
- ¿Qué medidas se han tomado?
- ¿Han notado algunos hechos que puedan explicar estas dificultades el profesor,los padres,el médico del niño o el niño mismo?
- ¿Qué método ha seguido el niño para aprender a leer?
- ¿Lee sus deberes el niño,o se los leen?
- ¿Lee en sus momentos de ocio?
- ¿Manifesta el deseo de aprender a leer?
- ¿Sufre a causa de sus dificultades?

b)Bilingüismo

- ¿Ha hablado el niño siempre el mismo idioma?
- ¿Han hablado siempre el mismo idioma sus padres en su presencia?
- ¿Es el español el idioma materno de los padres?En caso contrario,¿lo hablan correctamente?

c)Escolaridad

- El nombre del maestro (com frecuencia es muy útil contar con la colaboración de éste ,así como con el médico).
- Escolaridad actual: grado,calificaciones en las diversas disciplinas.
- Interés por las materias escolares;¿por cuáles en particular? ¿por qué razón?
- Edad a la cual ingresó el niño en la escuela.
- ¿Ha asistido con regularidad a las clases? (¿enfermedades? ¿cambios frecuentes?)
- ¿Hace el niño sus deberes solo?
- ¿En qué momento del día los hace?
- Promedio del tiempo que les dedica diariamente.
- Reacción de los padres y del niño a las buenas o malas calificaciones.

d)Comportamiento

- ¿Tiene el niño afecto a su profesor?
- Naturaleza de las raciones con sus compañeros.
- Apreciación del comportamiento general del niño por parte del maestro y de los padres.
- Reacciones del niño ante las dificultades,escolares y otras.
- Medios empleados por los padres cuando se presentan dificultades relativas a los deberes para hacer en casa.
- ¿Plantea problemas importantes el niño en lo que respecta a la obediencia?
- En caso afirmativo,¿cuáles son las causas a juicio de los padres?
- ¿Cómo manifiesta el niño su negativa a obedecer?
- Reacciones de los padres ante la desobediencia.
- En caso de castigos,¿cuál es su naturaleza? ¿Se dan sin excepción cada vez que el niño se niega a obedecer,o solo "cuando los nervios están ya a punto de estallar"? ¿Se irritan con facilidad los padres?
- ¿Tienen los mismos puntos de vista respecto de los principios educativos que deben aplicarse al niño?
- ¿Cómo reacciona el niño a los castigos? ¿Son eficaces?
- ¿Se mantienen siempre las promesas de sanción o de premio?
- ¿El niño es o ha sido mimado por tal o cual persona? ¿De qué manera?
- ¿Es generalmente locuaz y alegre?
- ¿Se le cree inestable o agitado?
- ¿Cuáles son sus actividades extraescolares?

-¿Duerme bien?;¿Cuántas horas?;¿Se mueve mucho durante la noche?

e) Motricidad

- ¿Es dextrómano,zurdo o ambidextro?
- ¿Se recuerda si se le tuvo que obligar a escribir con la mano derecha?En caso afirmativo.-se comprobaron dificultades particulares y trastornos consecutivos (tartamudeo,etc.)?
- ¿Cuál es su comportamiento motor?.¿es más bien lento o rápido?(en el andar.el vestirse,el alimentarse,el juego,etc.).
- ¿Se le considera torpe de monos en su manera de ejecutar los trabajos manuales ordinarios,al escribir,etcétera?
- Calificación en gimnasia.

f) Desarrollo

- Evolución de la gestación.Esto físico y moral de la madre durante este período.
- Parto.
- Fecha de los primeiros pasos,de las primeras palabras,de las primeras frases,de la retención de sus necesidades.
- ¿Hasta qué edad ha tenido el niño defectos de pronunciación?
- ¿Platea el niño otros problemas en los medios en que vive.aparte de las dificultades léxicas?

g) Exámenes ya practicados

- ¿Ha sufrido el niño un examen audiométrico en la escuela o en privado?
- ¿Cuándo?;¿Resultados?
- ¿Ha sido examinado por el oculista?;¿Cuándo?;¿Resultados?
- ¿Se le ha hecho ya un examen psicológico?Resultados de este examen.
- h) Algunas características del medio familiar
- ¿Hay zurdos o ambidextros,o trastornos en el lenguaje hablado,dificultades en la lectura o en la ortografía en la familia?
- ¿Presentan los hermanos y hermanas eventuales dificultades de ordem escolar o de otro orden cualquiera?
- ¿Podría dedicar el padre o la madre un tiempo diario al niño para hacer algunos ejercicios de lectura o de escritura?;¿Cuánto tiempo?;¿Ha demostrado la experiencia hasta ahora que el trabajo del niño con uno de sus mayores se hace sin tropiezos?
- ¿Tienen pensado los padres que el niño siga estudios superiores?;¿Lo desea el niño?

ANEXO 7
WILSON, D. K. (1973, pp. 80-2)

Entrevista para la historia clínica de los problemas de la voz.

Naturaleza de la alteración. ¿Cuál es la descripción de la alteración de la voz hecha por el paciente o por los padres? El problema de la voz, ¿constituye un problema general grave? ¿En qué circunstancias se torna más perturbador?

Causas y comienzo. ¿Cuál es la causa, de acuerdo con la opinión de los padres o del paciente? ¿Cuándo se observó el problema por primera vez? ¿Quién lo observó? ¿En qué circunstancias? ¿Su aparición fue súbita o gradual? ¿Fue a consecuencia de una enfermedad?

Gravedad. ¿La gravedad del transcurso varía? Describa las modificaciones del mismo. ¿Recientemente ha mejorado o empeorado? ¿Varía de acuerdo a la estación del año o a la hora del día? ¿Varía de acuerdo a la localización geográfica, de acuerdo al tiempo, a la fatiga, al humor (feliz o desalentado)?

Antecedentes familiares. ¿Algún otro miembro de la familia tiene problemas de voz, lenguaje o audición? ¿Imita el niño a otro miembro de la familia cuando habla? Su forma de hablar, ¿se parece a la de un amigo, o a la de su maestro? ¿Se confunde su voz con la de otra persona cuando habla por teléfono? Vivió el niño en otro lugar del país? ¿Sus padres vivieron en otro lugar?

Uso de la voz. ¿Cuando el niño era muy pequeño, gritaba o chillaba más que otros niños? ¿Presentaba alguna anomalía en la respiración, tal como respiración ruidosa? ¿Ha sido un niño muy bullicioso o charlatán? ¿Grita o chillá en exceso cuando juega? ¿Habla mucho cuando viaja en auto a velocidades importantes? ¿Canta mucho? ¿Canta solo o en coro? ¿Participa en representaciones, o es líder de vitoreos? ¿Habla mucho en lugares ruidosos?

Antecedentes de exámenes médicos. ¿Cuándo realizó su último examen médico? ¿Cuál es el nombre del médico? ¿Qué se halló en tal oportunidad? ¿Qué medicación toma habitualmente? Mencionar las operaciones efectuadas al niño, y en lo posible mencionar en qué hospital fueron realizadas, así como la fecha de las mismas. ¿Ha presentado afecciones graves? ¿A qué edad? ¿Ha tenido accidentes? ¿Padece de alergia? ¿Fiebre del heno? ¿Asma? ¿Presenta frecuentes resfrios? ¿Ha padecido de alteraciones de la vida? ¿Ha presentado afecciones respiratorias? ¿Se le ha realizado una prueba de metabolismo? Si así fuera, con qué resultado? ¿Se le administró medicación alguna? ¿Cuál es su temperatura habitual? ¿Su cabello o su peinado son secos? ¿Transpira más o menos que otros niños? ¿Se conoce la frecuencia del pulso? ¿Suele fatigarse sin causa aparente? ¿Ha sido anémico? ¿Se conoce su recuento globular?

Oídos. ¿Ha sido examinado por un especialista? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Qué halló el especialista en el examen? ¿Ha presentado problemas de oídos? ¿Traumatismos? ¿Operaciones? ¿Ha sido alguna vez tratado por adecciones del oído? ¿Cuáles son los resultados de las pruebas audiométricas?

Nariz y nasofagite. ¿Ha recibido lesiones en la nariz? ¿Ha tenido alguna vez infecciones de los senos paranasales? ¿Ha presentado tabique desviado? ¿Alguna vez se ha fracturado la nariz? ¿Ha tenido alguna vez problemas para respirar con uno o ambos lados de la nariz? ¿Respira habitualmente por la boca? ¿Ha tenido dificultades con el sentido del olfato? Las /m/, /n/, y /f/ se nasalizan bien? ¿Poseen un sonido apagado? ¿Se le ha practicado alguna vez la adenoidectomía? ¿Se le ha extirpado algún pólipos nasal?

Cavidad bucal. ¿Ha presentado lesiones bucales? ¿Alguna vez se le practicó una tonsilectomía? Si así fuera ha cambiado la voz desde entonces? Si se le ha practicado una intervención quirúrgica en el paladar cuál fue la causa? En tal caso, describir la intervención. ¿Cambió la voz a consecuencia de la misma? ¿Tiene dificultad en producir sonidos que requieren una buena presión bucal? ¿Algunos de los sonidos se emiten por la nariz? ¿Cuáles son? ¿Hay una emisión nasal sutil de aire cuando habla? ¿Ha tenido alguna vez dificultades o alteraciones del gusto? Cuando habla, ¿hace muecas faciales o se pellizca la nariz? ¿Ha tenido alguna vez dificultad para deglutar? ¿Se atraganta? Cuando deglute, suelen irse los líquidos hacia la nariz? ¿Puede inflar un globo? ¿Puede silbar? ¿Puede beber una fuente? ¿Puede sorber líquidos por una boquilla hueca o pajilla de refrescos?

Laringe e hipofaringe. ¿Ha sido examinado alguna vez por un laringólogo? ¿Cuándo? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Qué hallazgos se hicieron en esa oportunidad? ¿Se han padecido lesiones del cuello? ¿Ha presentado laringitis? ¿Ha perdido la voz? ¿Tose Mucho? ¿Carraspea frecuentemente? ¿Se le han efectuado tratamientos médicos debido a problemas laringeos? ¿Se le ha

practicado alguna operación en la zona de la laringe? ¿Por qué se la efectuó? Describala. Desde entonces, ¿ha notado cambio de la voz? ¿Ha presentado dolor o sensación de opresión alrededor de la laringe? ¿Ha tenido dificultades para deglutar? ¿A veces nota que los alimentos se alojan en la garganta y le producen tos?

Antecedentes en la adolescencia. ¿Ha pasado el niño por la mutación de la voz? Describa la voz durante este período. Describa las disfonías mutacionales si las hubiera. Si la examinada es una niña, ¿ha comenzado ya a menstruar? ¿A qué edad se presentó la menarquia? La ronquera ¿tiene relación con el ciclo menstrual? ¿Qué duración tienen estos ciclos? ¿Ha trabajado alguna vez el paciente? ¿Lo ha hecho en un lugar ruidoso? ¿En un lugar con mucho polvo en el ambiente? ¿Fuma? ¿Cuánto? ¿Cuándo comenzó a fumar?

Antecedentes de los tratamientos foniátricos. ¿Se le han practicado previamente exámenes de la voz? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por quién? ¿Qué hallazgos se consignaron? ¿Ha realizado terapia de la voz? ¿De qué tipo? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por quién? ¿Durante cuánto tiempo se efectuaron? Describa los resultados. ¿Por qué se interrumpieron?