

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC-SP

Katerine Vitoriano de Almeida Santini

**Impasses no diagnóstico de linguagem na primeira infância:
psicopatologia ou atraso de linguagem?**

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2022

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC-SP

Katerine Vitoriano de Almeida Santini

**Impasses no diagnóstico de linguagem na primeira infância:
psicopatologia ou atraso de linguagem?**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

São Paulo

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Katerine Vitoriano de Almeida Santini

Impasses no diagnóstico de linguagem na primeira infância

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

Banca Examinadora

O presente trabalho foi realizado com apoio
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico (CNPq) - Código de
Financiamento Processo nº 131998/2020-0.
ver se não tem que ser em folha separada

Para Noah, David, Elisete, Marcio e Jaqueline,
pelo amor que me deixa respirar e me auxilia a
seguir nas adversidades.

AGRADECIMENTOS

À Fonoaudiologia da PUCSP local onde me formei e construí relações de grande valia, em especial, o meu contato com Clínica de Linguagem. Nessa clínica fui convocada a clinicar considerando a relação entre o sujeito e, também, encontrei pessoas que levo em meu caminho clínico, acadêmico e social.

À Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes, figura que acompanhou o meu processo de formação Clínica e em quem encontrei orientação, supervisão e ensino. Esse percurso foi fundamental para suscitar inquietações e para realizar a escrita deste trabalho. Agradeço ao acolhimento, pela leveza, pela alegria e pelo aceite em ser minha orientadora, incidindo novamente, em mais uma etapa importante do meu percurso clínico e acadêmico. E, principalmente, por me auxiliar nos movimentos na escrita, tarefa árdua, mas que vale a pena.

À Profa. Dra. Lourdes Andrade, por fazer parte do meu processo clínico - acadêmico, sendo minha supervisora desde o estágio com avaliação de linguagem, no trabalho com leitura e escrita e, também, por me apresentar a “prática entre vários” por meio do projeto “ENTRELAÇOS”. Pela possibilidade de discussão e conhecimento em nossos encontros.

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, pela generosidade nas referências com os pais, por transmitir seu saber conosco até mesmo no cotidiano, pela abertura nas orientações e me apresentar um olhar sempre perspicaz e que sempre nos traz novas possibilidades.

À Profa. Dra. Juliana Marcolino Galli, pelas orientações com a tese de mestrado e pelo aceite em ser minha banca examinadora. Pela generosidade que me auxiliou nesse processo acadêmico.

Aos familiares dos meus pacientes, os quais compreenderam a importância da pesquisa e, generosamente, aceitaram participar desta tese.

Às colegas da pós-graduação, das quais não pude ter maior contato devido a pandemia da Covid-19, mas que usufruí de suas ideias e posicionamentos.

Aos meus amigos, pelo apoio e acolhimento, em especial à Cláudia Cerqueira por me mostrar que há caminhos possíveis, pelo apoio na maternidade com trocas e escuta das minhas angústias. À Fernanda Fudissaku, pelo olhar descontraído, pelos “cafés filosóficos” que sempre movimentam o meu saber e não saber. À Brenda, pela companhia em outros espaços e, claro, pelas cocadas deliciosas. À Sabrina, com seus ensinamentos tecnológicos e pela generosidade em me incluir em espaços diversos. À Stephany pela companhia nas aulas, pelas palavras de apoio e amizade. À Gabriela que me apoiou de forma concreta e abstrata, com seu lado amigo e descontraído, pelo apoio na maternidade e com palavras afáveis. À Luana por sempre mostrar um lado bom da vida, com suas piadas e companheirismo. Enfim, agradeço ao apoio acadêmico, pela sororidade e pela amizade que alimenta a minha alma.

Ao meu analista, por sempre movimentar minhas posições e me fazer escutar e tornar um pouco menos caótico as precipitações da vida e de nós mesmos. Por me ajudar a sustentar as mudanças, principalmente, nessa virada que se deu em minha vida.

Agradeço a todos os espaços de trabalho que passei, onde pude exercer a clínica que me identifico e que me levaram a questionamentos importantes para o enfrentamento teórico.

Aos meus pais, Márcio e Elisete, por sempre apoiarem os meus estudos, sem a aposta de vocês, creio que não chegaria aqui, obrigada pelo apoio com o meu filho e serem maravilhosos avós. Obrigada pelas palavras de ânimo, por serem meus maiores incentivadores, por lembrar-me que consigo, que nem sempre é a tempestade que imagino e iluminar meus caminhos.

À minha irmã, Jaqueline, por seu lado racional, pelo apoio e amor com meu filho, por ser aquela que planejou o meu casamento, os “mesversários” do meu filho, sem a qual eu não conseguiria atender as demandas contemporâneas, desculpe-me

se não exponho tanto os resultados disso tudo, mas saiba que é muito importante para mim.

Ao meu esposo, David, pelo apoio e tentar me ajudar de todas as formas. Agradeço o companheirismo, por entender os meus momentos de angústia e sempre tentar me arrancar um sorriso, descontraí mesmo quando não seria possível, sim, às vezes, pergunto-me como consegue ver um lado bom, mas aprendo a cada dia contigo que há. Obrigada por ser um verdadeiro pai, que participa de verdade, que faz de tudo para ser mais leve. Obrigada por ser um amigo e amante tão singular.

Ao meu filho, Noah, por abrir uma nova posição de escuta em mim, por me fazer sentir na pele o quão complexo é a posição materna.

As minhas amigas da Fonoaudiologia, aos meus amigos do Anglo, do Etapa, do MedEnsina, da Maria Auxiliadora e da vida. Obrigada por entender minhas ausências, por lembrarem e não desistirem de mim, mesmo não indo aos encontros sociais. Sou muito orgulhosa por tudo que vocês conquistaram e torço por vocês, assim como sei que torcem por mim!

À PUCSP, solo fértil e onde pude construir meus melhores momentos acadêmicos, local que me escolheu e que eu escolhi amar.

RESUMO

O diagnóstico na Fonoaudiologia foi fortemente influenciado pela clínica médica ao congregar procedimentos diversos para empreender a avaliação de linguagem dos pacientes. Contudo, a heterogeneidade dos sintomas relacionados a uma mesma patologia cria obstáculos para o encaminhamento do diagnóstico nos moldes da Medicina, o que faz com que esta instância se configure como um momento delicado, que deve ser questionado no âmbito da Fonoaudiologia. Esta pesquisa problematiza o diagnóstico fonoaudiológico de crianças pequenas que não falam ou o fazem de maneira particular, dado que estas estão no tempo em que a linguagem está se estruturando, o que dificulta a distinção entre normal e patológico. O objetivo deste estudo é discutir como o diagnóstico de linguagem vem sendo abordado na clínica fonoaudiológica, com a proposta de articular a aquisição de linguagem e a constituição subjetiva com vistas a discutir o diagnóstico diferencial entre os casos de atraso de linguagem e aqueles que envolvem as psicopatologias. A perspectiva teórica assumida é a da Clínica de Linguagem, inaugurada no LAEL-PUCSP, que tem o estruturalismo europeu como solo para pensar a linguagem e a perspectiva estrutural da psicanálise freudo-lacanianiana para contribuir na teorização sobre a estruturação subjetiva. Quanto à metodologia, ao lado de um levantamento bibliográfico consistente, foi apresentado um estudo de caso que ajuda na reflexão dos impasses no diagnóstico dos sujeitos que recorrem à Clínica de Linguagem. A análise e interpretação dos materiais clínicos foram realizados a partir da Clínica de Linguagem e da Psicanálise, considerando que tais clínicas oferecem uma possibilidade de abordar o diagnóstico que ultrapassa a descrição negativa da fala da criança, além de sustentarem uma concepção de sujeito e de linguagem que permite uma escuta para o que é singular no discurso de cada sujeito.

Palavras-chave: Linguagem, Clínica de linguagem, Fonoaudiologia

ABSTRACT

The diagnosis in Speech-Language Pathology and Audiology was strongly influenced by the medical clinic by bringing together different procedures to undertake the language assessment of patients. However, the heterogeneity of symptoms related to the same pathology creates obstacles for the referral of the diagnosis along the lines of Medicine, which makes this instance a delicate moment, which must be problematized within the scope of Speech-Language Pathology and Audiology. This research problematizes the speech-language pathology diagnosis of young children who do not speak or do so in a particular way, given that they are in the time when language is being structured, which makes it difficult to distinguish between normal and pathological. The objective of this study is to discuss how language diagnosis has been approached in the speech therapy clinic, with the proposal of articulating language acquisition and subjective constitution with a view to discussing the differential diagnosis between cases of language delay and psychopathologies. The theoretical perspective assumed is that of the Linguagem Clinic, inaugurated at LAEL-PUCSP, which has European structuralism as a basis for thinking about language and the structural perspective of Freudian-Lacanian psychoanalysis to contribute to the theorization of subjective structuring. As for the methodology, along with a consistent bibliographic survey, a case study was presented that helps to reflect on the impasses in the diagnosis of subjects who resort to the Language Clinic. The analysis and interpretation of clinical materials were carried out from the Language Clinic and Psychoanalysis, considering that such clinics offer a possibility to approach the diagnosis that goes beyond the negative description of the child's speech, in addition to supporting a concept of subject and language that allows listening to what is unique in the discourse of each subject.

Keywords: Language, language clinic, speech therapy.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| CAPÍTULO 1. SOBRE O QUE DIZ A LITERATURA..... | 22 |
| CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 36 |
| CAPÍTULO 3. A INSTÂNCIA DIAGNÓSTICA: MEDICINA, PSICANÁLISE, FONOAUDIOLOGIA E CLÍNICA DE LINGUAGEM..... | 44 |
| CAPÍTULO 4. DAVI..... | 55 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 65 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 69 |

INTRODUÇÃO

A escrita desta dissertação nasce de questões clínicas sobre o diagnóstico de linguagem na primeira infância, tema que me interessou ao longo do processo de formação tanto do ponto de vista teórico quanto clínico. A indagação central pode ser assim enunciada: O que seria avaliar a linguagem de crianças que ainda não falam.

Nos estágios realizados durante a graduação de Fonoaudiologia estive envolvida em atendimentos que apontavam para a complexidade desses casos. Mais tarde, no curso de aprimoramento - “Atendimento em grupo de crianças com impasse no laço social: Linguagem e sujeito” - realizado na Derdic-PUCSP sob coordenação e orientação das Professoras Dra. Lourdes Andrade e Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, no módulo optativo “Atendimento clínico individual”, com a Profa. Dra. Lucia Maria Guimarães Arantes, o escopo de questões foi ampliado, tais como: o que o silêncio diz da posição subjetiva desses pacientes na linguagem? Note-se que a articulação sujeito/linguagem está em questão.

Destaco, portanto, que tal questão só poderia ser abordada a partir dos fundamentos teóricos da Clínica de Linguagem expressão que designa um campo de elaborações teórico-clínicas inovadoras, instituída por iniciativa de Lier-DeVitto, na coordenação de uma das vertentes da Linha de Pesquisa Linguagem e Patologias da Linguagem -LAEL/PUCSP -, desde 1997.

O encontro com o artigo de Arantes (2003), intitulado “A clínica psicanalítica e a fonoaudiológica com crianças que não falam,” pode ampliar meu entendimento e corroborar a relevância do tema para encaminhar esta pesquisa. O texto faz referência exatamente à heterogeneidade abrigada sob o rótulo “crianças que não falam”. Não falar, de acordo com a pesquisadora, é expressão que abriga casos distintos, isto é, sob esse rótulo é possível encontrar uma gama de possibilidades, considerando modos distintos de relação com a linguagem, desde crianças com um atraso no desenvolvimento da linguagem, até aquelas com entraves importantes no estabelecimento do laço social.

A tese de doutorado de Arantes (2001) foi também muito importante na confecção deste trabalho pois o diagnóstico é tema central. A pesquisadora faz uma leitura crítica a respeito do modo como são conduzidos os diagnósticos na Fonoaudiologia e aponta direções relevantes, que passo a apresentar. Vale assinalar que foi a primeira tese de doutorado defendida no interior do Grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem; o trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, coordenadora do referido Grupo.

De acordo com Arantes, toda clínica supõe um momento anterior ao tratamento propriamente dito - aquele da tomada de decisão sobre a queixa. Assim, o diagnóstico é o primeiro momento de qualquer processo terapêutico - nisso reside sua importância, uma vez que é nessa instância clínica que uma decisão sobre normalidade e patologia deve ser enfrentada e, também, pela direção de um tratamento. No entanto, quando as alterações de linguagem estão em cena a instância diagnóstica ganha um contorno bastante complexo. Isso porque, depende da concepção de linguagem e sujeito, ou seja, de um atravessamento teórico que sustente os critérios diagnósticos.

Conforme assinala Arantes (idem), via de regra, ao se realizar um diagnóstico - especialmente na Medicina, campo em que tal atividade nasceu -, pressupõe-se uma relação estável entre um agente etiológico e a manifestação sintomática, porém quando se trata de alterações de linguagem não se encontra uma relação de causalidade direta entre organismo e sintoma. Lier-DeVitto (2003) problematiza o uso de "patologias de linguagem", para a autora é inconcebível o uso da linguagem como objeto que faz uso do corpo como porta-voz da sua normalidade ou doença e ao usar essa expressão iguala-se a linguagem a partes do organismo, ou seja, ao modo de diagnóstico da Medicina, no qual a linguagem é um sintoma das doenças vinculadas à clínica médica. No entanto, a autora destaca que na Medicina o corpo é dividido em partes doentes, o que não ocorre na linguagem, pois não fica claro "que partes da linguagem estariam afetadas num quadro sintomático de *linguagem*". (IDEM p:233)

A clínica fonoaudiológica foi fortemente influenciada pela clínica médica, onde a instância diagnóstica é construída a partir de um olhar positivista que reúne um conjunto de sinais observáveis e os articula a uma causa específica, definindo a

hipótese diagnóstica que direciona o tratamento, trata-se, portanto, de uma perspectiva biologizante e classificatória, já que se enquadra ao modelo de diagnóstico proposto pela Medicina.

Sob efeito dessa visada, nas avaliações de linguagem realizadas por fonoaudiólogos, se procede de modo semelhante, isto é, tal instância clínica congrega procedimentos tais como provas, testes e protocolos diversos -, para empreender o exame de linguagem dos pacientes, com vistas a agrupar os sinais/sintomas, investigar a causa por meio de uma anamnese e concluir o diagnóstico. Porém, a heterogeneidade dos sintomas que podem estar relacionados a uma mesma patologia cria obstáculos, o que exige um problema que deve ser problematizado no campo da Fonoaudiologia. A partir desses argumentos, Arantes (2001) afirma que se faz necessário interrogar: “o que é um diagnóstico de linguagem” e “qual a natureza da condição linguística que ele pretende circunscrever?”.

Para responder a essas questões, foi preciso realizar uma torção na definição do sentido de diagnóstico para uma clínica específica – que se diz de linguagem. Continuo com Arantes (2001), quando ela afirma que na Psicanálise, por exemplo, o diagnóstico ganha um contorno radicalmente distinto do diagnóstico médico, uma vez que a Psicanálise não é um método de tratamento de doenças nervosas. O modo como se concebe o sujeito e sintoma faz com que esta clínica opere com uma modalidade diagnóstica particular. Na Psicanálise está suspensa a objetividade do diagnóstico médico, pois o foco não é a doença, mas o sofrimento do sujeito na perspectiva de sua singularidade, assim o diagnóstico tem como função primordial estabelecer a direção do tratamento, conforme afirma Miller (1987). Como se vê, a natureza da clínica psicanalítica impede que se mantenha o raciocínio governado pelo determinismo de uma relação de causa e efeito, como na clínica médica. Importante é assinalar que o que afasta o diagnóstico médico do psicanalítico é a impossibilidade de estabelecimento de uma relação direta entre causa e efeito. Um diagnóstico causalista dependente “da regularidade e da fixidez das ocorrências causais que intervêm ao nível do corpo” (DOR, 1991, p17).

Arantes (2001), afirma com Dor (op. cit.), que na psicanálise suspende-se a ideia de causalidade, pois entende-se que há sobredeterminação¹ do sintoma, ou seja, a “causa” é inatingível, mas ainda assim o diagnóstico psicanalítico tem como meta obter uma direção para o tratamento. A pesquisadora acompanha, também, Quinet (1991), autor que nos lembra que o próprio Freud propôs um tempo de diagnóstico, designado “tratamento de ensaio”, cuja função principal seria distinguir neurose e psicose. Trata-se de um momento prévio à análise propriamente dita que estão em jogo três funções imbricadas: a função sintomal, a função diagnóstica e a função transferencial. A função diagnóstica é aquela determinante da direção de “cura” e, para tanto, é necessário operar um diagnóstico que implica estabelecer as estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) e ultrapassá-las para chegar aos tipos clínicos (obsessivo, histérico etc.).

Na Clínica de Linguagem, o sujeito e seu sofrimento estão em questão. Desse modo, acredito, conforme assinalou Arantes (2001), que o diálogo com a Psicanálise pode fornecer um solo fértil para pensarmos o diagnóstico de linguagem, sem, contudo, apagar as especificidades de cada clínica. Entendo que a lida com a linguagem exige que ela seja objeto de teorização, mas é necessário assinalar que o sintoma se presentifica na fala de um falante, o que exige que a questão do sujeito seja, também, objeto de reflexão teórica.

Neste trabalho, conforme assinalei, pretendo empreender uma discussão sobre a instância diagnóstica, mais especificamente para a avaliação de crianças pequenas que não falam ou o fazem de maneira particular. Trata-se de uma questão relevante, pois recentemente a clínica fonoaudiológica tem recebido com muita frequência crianças cada vez menores, que chegam muitas vezes com uma suspeita injustificada de autismo, conforme discutirei no capítulo 4. Prisco (2019) interroga o porquê da necessidade de um diagnóstico precoce em crianças na primeira infância, a autora coloca em questão os efeitos desse diagnóstico precoce na vida da criança (no caso por ela exposto, poderia até impedir a adoção). Diante disso, ela coloca o atendimento clínico como um ato anterior ao diagnóstico que pode rotular a

¹ Termo empregado em filosofia e psicologia para designar, conforme as modalidades próprias de cada objeto, uma pluralidade de determinações que geram um dado efeito. Essa palavra foi utilizada por Sigmund Freud*, em particular, na Interpretação dos sonhos*. ROUDINESCO, E. Dicionário de Psicanálise, p:718.

vida já na primeira infância, trata-se de um tempo delicado, pois envolve um período em que se dá estruturação da linguagem e a estruturação subjetiva, e há, na trajetória de *infans* a falante, modos diferentes de estar na linguagem.

Vale esclarecer que nesses casos a procura por um fonoaudiólogo é pautada pelo imaginário de que este é o profissional que pode responder pelos tropeços ou ausência da fala, como se o que estivesse em questão fosse simplesmente “ensinar a falar”, supostamente uma tarefa mecânica, simples e de natureza ortopédica. O fato é que se houve tropeços no caminho de uma criança na passagem de *infans* a falante, é necessário reconhecer que a demanda feita ao fonoaudiólogo é, de fato, muito mais complexa do que aparenta.

Essa idealização sobre o lugar do fonoaudiólogo, se assumida por ele, tem como consequência o recuo frente a necessidade de teorização sobre a linguagem, a criança e sobre o processo de subjetivação. Arantes (2003) chama a atenção para a possibilidade do fonoaudiólogo, diante da ausência de fala, “projetar, na criança, um conhecimento sobre regras linguísticas e/ou intenções pessoais ou comunicativas” e, a partir disso, direcionar o tratamento dessas crianças.

A patologização da infância é uma questão relevante. Um diagnóstico precipitado pode trazer consequências importantes para a história de uma criança, que passa a ser vista na família, na escola e nas demais relações sociais a partir da perspectiva do déficit. A discussão acerca do aumento indiscriminado dos casos de diagnósticos em saúde mental corrobora minha afirmação.² A instância diagnóstica na fonoaudiologia exige que se vá além de considerar o número de vocábulos que uma criança produz em cada faixa etária e/ou a quantidade de itens assinados de um “*checklist*”, é necessário que seja realizada uma reflexão sobre aquisição de linguagem que ultrapasse a descrição de comportamentos esperados em cada etapa, e que vise explicar a mudança na fala da criança de forma articulada com a estruturação do sujeito.

² Entrevista com Maria Aparecida Affonso Moysés sobre a 69ª reunião Anual da Sociedade Brasileira para o progresso da ciência (SBPC) – ‘A epidemia é de diagnósticos, não de transtornos mentais’ <https://www.ufmg.br/90anos/a-epidemia-e-de-diagnosticos-nao-de-transtornos-mentais-diz-especialista-da-unicamp/>

Uma reflexão sobre a instância diagnóstica, mais especificamente no caso da avaliação de crianças pequenas que não falam ou o fazem de maneira particular, se faz necessária devido a busca frequente de atendimentos de crianças muito pequenas. Atualmente, a ausência de fala em crianças muito pequenas convoca um rastreamento sobre TEA, o qual entra como acesso a saúde no SUS, e o fonoaudiólogo faz parte de equipes multidisciplinares³.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), é direito de toda criança o acesso à saúde, e o SUS é quem deve assumir as responsabilidades por meio de políticas de cuidados voltados para elas. Entende-se que nos primeiros anos de vida a **estimulação precoce** exerce uma função importante no desenvolvimento emocional, cognitivo e social. É parte da avaliação integral da saúde da criança manter o vínculo dela e de sua família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, amamentação, alimentação complementar, promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de doenças e agravos, provendo o cuidado em tempo oportuno. As ações, estratégias e linhas de cuidado voltadas para o público de 0 a 9 anos são planejadas em virtude dos principais problemas que acometem a infância, com base nos indicadores de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e na infância (do nascimento aos 5 anos de idade) e de morbidade decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança, para atender as especificidades de saúde de cada faixa etária.

Assim, as políticas de saúde da criança se efetivam a partir de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, organizadas em eixos estratégicos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido, desenvolvimento integral na primeira infância, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância, tendo como ordenadoras do cuidado as equipes da Atenção Básica no território.

³ O Fonoaudiólogo é posto como um dos profissionais fundamentais na composição da equipe multidisciplinar pelo Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 86 p. : il.

Tais premissas, respondem pela interpretação de parte profissionais de saúde de que antecipar agravos, a partir da ideia de prevenção e não apenas de promoção, tem colocado o autismo, entendido pela medicina, como um transtorno do neurodesenvolvimento, no centro das atenções. Desta forma, houve um incremento no número de diagnóstico precoce de crianças que não falam. Concordo que seja preconizada a intervenção clínica, desde que direcionada à necessidade de cada indivíduo.

Nos primeiros anos de vida das crianças Oliveira et al (2012), destacam que algum tropeço nesse primeiro tempo, é tomado como crucial para o restante da vida da criança, logo é necessário a identificação de riscos. As autoras expõem a ideia de que desenvolvimento motor, cognitivo e social estão ligados a um bom caminho no trato familiar, na nutrição, no ambiente, na cultura ou ao nível educacional e socioeconômico da família. Visto que, para as autoras, todos esses elementos reverberam diretamente na “aquisição e controle da linguagem”, logo, se há algum fator com problemas, essa criança poderá apresentar algum atraso ou distúrbio de linguagem, ou seja, ela entra no “grupo de risco”, de acordo com as autoras,

Na maioria das vezes, distúrbios como atraso de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são diagnosticados antes dos 3 ou 4 anos⁵. Por isso, é importante o reconhecimento precoce e o acompanhamento de alguns grupos que são mais vulneráveis a morbidades, visto que as crianças que apresentam algum atraso ou distúrbio, quando recebem algum tipo de intervenção precoce, têm um melhor rendimento. Além disso, existe a possibilidade de barrar o desenvolvimento da patologia. Dessa forma, existe ainda, a necessidade de identificar essas crianças e encaminhá-las a um serviço especializado (OLIVEIRA et al 2012 p: 333)

Tem-se, assim, a ideia de risco quando algum desses aspectos não vai bem. Associada a isso, a ideia de intervenção precoce entra como mediador a aqueles que possam apresentar risco de algum “atraso ou distúrbio” ou, até mesmo, como impedimento para o “desenvolvimento” de alguma patologia. Elas ressaltam, ainda, que a intervenção em idades avançadas, nos casos de psicopatologias, acaba por

não ser bem-sucedida. Baseadas nesses pontos, elas justificam o rastreio e acompanhamento da primeira infância na atenção primária para intervenção em centros especializados quando necessário e o quanto antes.

Deve-se considerar, entretanto, que tanto o campo da epidemiologia quanto o da medicina, quando falam em previsibilidade, estão apoiados nas noções de previsibilidade e regularidade. Sobre isso vale a afirmação de Prisco (2019) de que a ideia de prevenção não se aplica aos princípios psicanalíticos, já que não há como antever um sintoma. Vejamos:

Se por um lado no que tange às doenças somáticas o modelo epidemiológico funciona no sentido de promover a saúde, cabe interrogar se o mesmo se aplica quando entramos no campo das psicopatologias, bem como no das patologias de linguagem. Nos dois casos não há como proceder de modo objetivo, detectando causas e tentando evitar seus efeitos. Sobre a psicanálise, como assinala Miller (1997) “no campo analítico, estamos contrariamente do lado do sujeito” (p. 230), do subjetivo, do singular, o que certamente cria problemas para estender a noção de prevenção para o campo das psicopatologias. (PRISCO, 2019, p.25)

No entanto, na fonoaudiologia, como veremos no capítulo 1, há a ideia de previsibilidade e de prevenção dos sintomas de linguagem e, por aí entende-se o uso de instrumentos de detecção e rastreio.

Entendi que para encaminhar esta dissertação seria importante realizar uma revisão narrativa sobre o modo como a fonoaudiologia procede frente a casos de crianças que não falam, pensando que essas crianças chegam cada dia mais cedo na clínica, pretendi com isso verificar se ocorreram mudanças na avaliação de linguagem e nos tipos de procedimentos utilizados, já que os instrumentos tradicionais da fonoaudiologia – TIPITI e ABFW- não contemplavam a primeira infância, quando o problema era a ausência da fala, apenas o uso de uma ou outra prova seriam pertinentes para a avaliação desses casos. Pareceu-me ser necessário, também, pensar quais as consequências do uso desses instrumentos e como eles reverberam na direção do tratamento dessas crianças.

Além da literatura, discuto o atendimento de uma criança pequena, por mim atendida, e que a questão diagnóstica foi fundamental para o encaminhamento

da clínica. Meu ingresso no grupo de pesquisa Aquisição Patologias e Clínica de Linguagem foi determinante no acolhimento das questões que enfrentava no atendimento dessas crianças. Assim, a Clínica de Linguagem não é, no âmbito desta dissertação, apenas das áreas de atuação da Fonoaudiologia, mas um campo específico, instituído por Lier-DeVitto, sustentado por uma teorização rigorosa que articula linguagem, sujeito e clínica. É necessário outro modo de conceber os sintomas na fala, isto é, considera-se fundamental que o clínico de linguagem assuma uma escuta para a densidade significativa da fala, que lhe permita pensar como o sintoma está articulado na fala e que efeitos ele produz/não produz na escuta do paciente, da família e do terapeuta (Arantes, 2001). Trata-se de indagar qual a natureza da relação que o sujeito estabelece com a língua, com a fala própria e do outro.

Com esta dissertação destaco as diferenças entre a clínica fonoaudiológica tradicional e a Clínica de Linguagem. Indico que um clínico deve optar por uma teorização que reverbere seu compromisso ético com a fala e com o sujeito. Assumir o compromisso com a teoria de linguagem que sustenta um compromisso com a fala e com o paciente revela-se, assim, “um compromisso ético essencial numa clínica de linguagem” (FONSECA 2006, p.423). Diante da proposta que ilumina essa clínica é importante pôr o foco na posição que o sujeito se apresenta na linguagem.

Finalmente, informo que esta dissertação está assim organizada: no capítulo 1 apresento uma revisão narrativa da literatura no intuito de estabelecer um panorama do diagnóstico de linguagem com crianças pequenas. No capítulo 2, apresento a fundamentação teórica. No capítulo 3, discuto a instância diagnóstica numa perspectiva das clínicas médica, fonoaudiológica, psicanalista e o modo como ele é abordado na Clínica de Linguagem. Já, no capítulo 4, discuto os impasses no atendimento de uma criança.

CAPÍTULO 1. SOBRE O QUE DIZ A LITERATURA

Conforme assinala na introdução, entendo que para que seja possível estabelecer a direção de um tratamento é necessária uma avaliação detalhada dos fatores envolvidos na história da criança, mas é imperativo abordar o modo de presença do sujeito na linguagem e seu modo de enlaçamento ao outro. Diante disso, surge a questão de como proceder à avaliação de linguagem na primeira infância. Nesse capítulo faço um sobrevoo na literatura em busca do modo como crianças que não falam são avaliadas. Destaco que os estudos são voltados para patologias específicas, a saber: Transtorno do espectro autista (TEA), Distúrbio Específico de Linguagem (DEL, ou Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem -TDL) e Apraxia de Fala na Infância (AFI).

Na maioria dos artigos lidos, a questão do transtorno do espectro autista (TEA) é colocada como principal objeto de estudo no que se refere à avaliação de linguagem como o tempo em que se realiza o diagnóstico diferencial, mas há, também, trabalhos que giram em torno de quadros específicos. A apraxia de fala e o TDL são também citados com frequência, como casos clínicos relevantes, e apontam para a necessidade de ampliar a discussão sobre a complexidade envolvida na instância diagnóstica na primeira infância. Muitas vezes, eles são considerados como uma comorbidade do TEA no caso do TDL (Cáceres-Assenço et al ,2020) e, também, no caso da Apraxia de fala na Infância (Martins et al 2021).

Além dos trabalhos relacionados o diagnóstico de autismo, há outros que se voltam para crianças que não falam e que não apresentam - aparentemente - algum impedimento orgânico ou psicológico. Esses casos são apresentados, distúrbio específico de linguagem (DEL) e dizem respeito aos entraves na aquisição de linguagem, que não podem ser justificados por uma alteração orgânica detectável (Crestani et al 2013). Há, também, transtorno do desenvolvimento de linguagem (TDL), uma categoria diagnóstica mais ampla que inclui casos semelhantes que ficavam fora da classe dos DEL. A mudança de terminologia se deu devido aos critérios de exclusão do DEL, dele ficavam excluídos casos com outros diagnósticos ou limítrofes de DI, diante disso, com a mudança de terminologia foi possível associar

o transtorno de linguagem ao TEA, por exemplo, ou tomá-lo apenas um caso de TDL. (Cáceres-Assenço et al ,2020)

Crestani et al (2013) propõem uma revisão de literatura referentes às pesquisas sobre o DEL - distúrbio específico de linguagem, mais particularmente sobre percepção que a família tem deste distúrbio e, para isso, vista uma série de trabalhos que fazem menção ao modo como os diagnósticos de linguagem são realizados. Elas afirmam que “Em uma perspectiva neuropsicológica e/ ou gerativista de linguagem, demandam um diagnóstico relacionado a testagem do desempenho e conhecimento de componentes gramaticais específicos por parte da criança (semântico, sintático, fonológico e morfológico) e do uso da língua em contexto (pragmático)” (IDEM p:230). Também são citados trabalhos que utilizam o Testes de Compreensão de Complexidade Sintática (TCCS) para avaliação do processamento linguístico.

O teste é assim realizado: São apresentadas frases com menor complexidade sintática (relação predicativo/frase nominal a que se refere = O carro atrás da grade é vermelho) e frases com maior complexidade sintática (relação sentença reflexiva/frase nominal a que se refere = O professor na frente do aluno está se olhando). Para cada frase são apresentadas 4 figuras, e uma delas deve ser selecionada pelo sujeito. (ver Fortunato-Tavares ,2009)

Crestani et al (2013) menciona também, mas sem se aprofundar o ponto de vista interacionista, afirmando que sob tal perspectiva, além do olhar sobre o domínio gramatical é preciso analisar o funcionamento do diálogo entre adulto e sujeito, pois tal análise dará elementos fundamentais ao processo terapêutico.”(IDEM p:232) A pesquisadora não detalha a referida proposta, mas parece claro que a interação entra como acessório/complemento da análise gramatical e que pode ter apenas um papel facilitador.

No levantamento realizado aparecem, também, os casos de apraxia de fala na infância (AFI) apresentados como um distúrbio neurológico, que afeta o planejamento e a programação dos movimentos dos sons da fala.

A apraxia de fala na infância (AFI) é apresentada como um distúrbio neurológico, o qual afeta o planejamento e a programação dos movimentos dos sons da fala. Para chegar a esse diagnóstico é necessário que o indivíduo não apresente

déficits neuromusculares. O diagnóstico fonoaudiológico, assim como nos demais estudos apresentados até aqui privilegia provas e testes observa-se se a fala do paciente apresenta inconsistências na ordenação silábica, prosódia alterada, e dificuldades, do ponto de vista da execução do lexical e acentuação. (ASHA, 2007)

Martins et al (2021), por exemplo, realizaram um estudo de caso com o intuito de avaliar uma possível comorbidade entre a Apraxia de fala na infância (AFI) e o TEA. Os três casos de crianças entre 4 e 6 anos com o diagnóstico de TEA foram submetidas a testes de avaliação de linguagem (teste avaliação de desenvolvimento da linguagem -ADL; prova de vocabulário do teste ABFW) e, também, avaliaram as praxias orais por meio de sonorizações, movimentos orofaciais, sequência de movimentos e movimentos paralelos, além de avaliar a voz, prosódia e fala. O resultado revela a presença de dificuldades em todos os sinais observados da AFI, os sujeitos estudados apresentaram dificuldade de na prosódia, nas habilidades motoras orais, na praxia oral e na produção dos sons da fala.

O que vimos na literatura é um conjunto de procedimentos que sequer permitem que um diagnóstico diferencial seja estabelecido. A perspectiva cognitivo-linguística apresenta-se como um modelo de intervenção da fonoaudiologia que tem forte influência do modo causalista do diagnóstico médico, explico: os tropeços na linguagem são avaliados sob um aparato de saber linguístico, no qual é avaliada a inteligência e categorizada os aspectos linguístico dessa criança, resumindo-se em mera descrição linguística.(ANDRADE F., 2021) Como vimos, aplicam-se provas na ideia de quantificar essas categorias para a direção do tratamento, ou seja, se baseiam na melhora do desempenho nos campos linguísticos. Nessa concepção, a linguagem está intimamente ligada aos aspectos perceptuais: a audição, a visão e a inteligência e eles serão avaliados e usados como fator de tratamento. Surge daí as repetições sonoras, a ideia de associar a audição com a ausência de fala ou a justificativa para os tropeços na linguagem. De fato, não há um questionamento sobre o sintoma na fala da criança ou a persistência do erro. O erro nesta visão é estar fora do padrão linguístico.

Durante muitos anos, as provas - tarefas linguísticas específicas- foram o instrumental mais utilizado na instância diagnóstica da clínica fonoaudiológica. Entre

elas destaca-se o TIPITI (BRAZ; PELLICCIOTTI,1988), voltado para pacientes entre 3 e 18 anos de idade, que nos trabalhos atuais raramente é mencionado, e, posteriormente, o ABFW (ANDRADE et al., 2004) que poderia ser aplicado a partir dos 2 anos.

Em uma revisão realizada por Guimarães & Oda (2013), foi possível identificar que as provas são ainda o principal instrumento utilizado por fonoaudiólogos em crianças com deficiência (auditiva, visual, intelectual etc.). Elas afirmam que as provas analisadas versam sobre análises linguísticas sendo elas: a fonologia, a morfologia e sintaxe, a semântica e a grande maioria na pragmática. Essas provas, normalmente, são elaboradas com base nestes “componentes linguísticos”, e conforme assinalou Arantes (2001), elas “assentam-se na suposição de que a linguagem é conhecimento, e o **uso** correto/incorreto/patológico remete a um estado de **conhecimento** sobre a linguagem.” (p.54). A pesquisadora afirma, também, que o clínico ao aplicar provas fica na posição de observador “instruído por um saber para julgar, desse posto, sua adequação (ou não) ao ‘padrão autorizado’”. (idem ibidem). Distancia-se, portanto da fala viva de seu paciente e dos efeitos desta sobre ele e sobre o próprio paciente.

Assim, se o uso desse tipo de instrumento apresenta questões importantes para o clínico, já no caso de crianças que não falam é um problema ainda maior, pois poucas são aquelas que podem responder a uma ou a outra tarefa específica. Atualmente, crianças estão chegando cada vez mais cedo na clínica, o que faz emergir a dúvida de como são realizadas as avaliações de linguagem nesses casos. Para delinear o “estado da arte”, busquei na literatura como a questão do diagnóstico de linguagem na primeira infância tem sido feito na clínica fonoaudiológica.

De acordo com Giusti e Beffi-Lopes (2008), no Brasil, o número de instrumentos objetivos utilizados para avaliação e diagnóstico na Fonoaudiologia é bastante escasso. De acordo com elas, na área de linguagem infantil, há apenas “um teste de linguagem infantil, o Teste ABFW (1), destinado à avaliação das áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática, [...] e um Protocolo de Observação Comportamental (PROC)” (p.208), ambos, voltados para a avaliação da linguagem e dos aspectos cognitivos e comunicativos de crianças entre 12 a 48 meses.

O PROC é aplicado após o planejamento e gravação de uma situação de interação da criança com o examinador, por meio de brinquedos pré-selecionados com duração de 30 a 40 minutos para observação. O instrumento quantifica o comportamento e a linguagem da criança e

avalia aspectos referentes às habilidades comunicativas expressivas, de compreensão e esquemas simbólicos. O protocolo apresenta três áreas: é dividido em 3 grandes áreas. “1. Habilidades Comunicativas (1.a – habilidades dialógicas, 1.b – funções comunicativas, 1.c – meios de comunicação e 1.d – níveis de contextualização da linguagem), 2. Compreensão Verbal e 3. Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo (3.a – formas de manipulações dos objetos, 3.b – nível de desenvolvimento do simbolismo, 3.c – nível de organização do brinquedo e 3.d – imitação) (HAGE, PEREIRA & ZORZI, 2012 p.679)

Conforme assinalam, Hage, Pereira & Zorzi (2012), o interesse em utilizar o PROC como objeto de rastreio de alteração de linguagem se deu pelo fato de as crianças chegarem tardiamente aos atendimentos fonoaudiológicos. Segundo os autores, as crianças chegavam com idade superior aos 48 meses, com queixa de atraso no desenvolvimento de linguagem que são, muitas vezes, associadas ao atraso no “desenvolvimento da ação simbólica”. A ideia exposta pelos autores é que a oralidade tem impacto na aprendizagem⁴, além da saúde mental, mesmo quando não há outros indícios de comprometimento: surdez, autismo etc. Por isso, a utilização do protocolo como um instrumento que rastreia um possível comprometimento de linguagem na primeira infância, mesmo na ausência de outros comprometimentos.

Ainda sobre os instrumentos mais usados no Brasil, Guimarães & Oda (2013) identificaram vinte instrumentos sem público-alvo especificado, nem sempre todos brasileiros, dentre eles, o mais conhecido, conforme elas atestam, é o ABFW.

⁴ Trabalhos da Clínica de Linguagem já discutiram a ideia presente na fonoaudiologia de que a fala interfere na escrita, a qual já demonstraram ser modos diferentes de operar na linguagem. O trabalho mais recente é o ANDRADE, F.R. **Reeducar ou clinicar? Perspectivas teóricas e direções clínicas da atuação fonoaudiológica voltada para as dificuldades de leitura e escrita**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2021.

O teste de linguagem ABFW foi criado para o contexto brasileiro, sendo composto de subtestes que avaliam diferentes áreas envolvidas no processo de comunicação: fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Destina-se à avaliação de crianças dos 2 aos 12 anos de idade. O subteste de vocabulário objetiva verificar a competência lexical das crianças, avaliando seu vocabulário expressivo a partir da nomeação de 118 figuras pertencentes a diferentes classes lexicais (por exemplo, vestuário e animais). p.11.

De acordo com Haguette (2020) não há no Brasil um teste padrão ouro para avaliação da linguagem, especialmente quando o foco é a primeira infância. Entretanto, para ela, “outras formas de avaliação formal, tais como protocolos e provas, têm sido propostas e devem ser valorizadas como iniciativas importantes para o desenvolvimento de instrumentos formais de avaliação fonoaudiológica.”(p.261). A pesquisadora também dá destaque ao PROC e inclui a Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL 2), desenvolvida por fonoaudiólogas brasileiras. A ADL” foi construída com base no modelo teórico de Bloom e Lahey” e estudos de validação foram realizados.

Em 2019 uma segunda versão foi proposta, a “Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem 2 – ADL 2” para aplicação em crianças entre um ano e seis meses e seis anos e onze meses de idade cronológica. O instrumento possibilita avaliar separadamente os níveis expressivo e receptivo da linguagem falada, auxilia no planejamento terapêutico e foi normatizado e validado. (p: 261/262)

A consequência da escassez de procedimentos elaborados no Brasil, segundo Giusti e Beffi-Lopes (2008), afeta o diagnóstico, mas também o estabelecimento de condutas terapêuticas eficientes. De acordo com as pesquisadoras, para suprir esta carência tem sido frequente a tradução de instrumentos elaborados em outras línguas. A revisão que empreendi, como veremos, corrobora, em parte, a afirmação das autoras, como veremos abaixo. Ela demonstra também, como a utilização de protocolos e provas elevou-se à categoria diagnóstica na fonoaudiologia. O que já podemos destacar como algo incompatível com a avaliação de linguagem, por se ater

apenas ao aspecto gramatical, excluindo a heterogeneidade da fala e a singularidade do sujeito.

Muitos são os trabalhos que realizam uma revisão da literatura, focalizando as pesquisas voltadas para o autismo, entre eles destaco o artigo intitulado “Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura” (GONÇALVES & PEDRUZZI, 2013), pois nele se faz uma síntese detalhada dos instrumentos utilizados. De acordo com as pesquisadoras, ainda que o diagnóstico seja uma atribuição do médico, o fonoaudiólogo compõe a equipe multiprofissional que deve avaliar o paciente no sentido de descrever as características da criança⁵ “ressaltando as suas habilidades para ampliar o seu desenvolvimento global” (idem, ibidem, p.1012). Elas enfatizam a importância do diagnóstico precoce para que se possa iniciar a intervenção o mais rápido possível. Considerando a relevância do diagnóstico as pesquisadoras enunciam em seu objetivo o levantamento de provas e testes que direcionem o tratamento fonoaudiológico e o diagnóstico de TEA na Fonoaudiologia. A partir da eleição de critérios pertinentes, foram selecionados 10 trabalhos nacionais nos quais foram validados métodos e protocolos voltados para a avaliação dos casos de autismo. As autoras referem que, de acordo com a amostra, há prevalência de protocolos adaptados do inglês para o português, são eles:

1- *Childhood Autism Rating Scale* (no Brasil, CARS-BR) - protocolo que pode ser aplicado a partir dos dois anos, e que demonstra a diferença na severidade do autismo e permite fazer a diferenciação relativamente ao retardo mental. Esta escala pontua 15 campos, sendo: “Relações pessoais; Imitação; Resposta Emocional; Uso Corporal; Uso de Objetos; Resposta a Mudanças; Resposta Visual; Resposta Auditiva; Resposta e uso do Paladar, Olfato e Tato; Medo ou Nervosismo; Comunicação Verbal; Comunicação Não-Verbal; Nível de Atividade; Nível e Consistência da Resposta Intelectual; e Impressões Gerais.” (p.1012) Embora tenha sido elaborado por médicos, qualquer profissional pode utilizar e, de acordo com as pesquisadoras, o fato de um dos campos ser voltado para a comunicação, autoriza o uso por fonoaudiólogos. De

⁵ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.: il.

acordo com elas, entretanto, é necessário um profissional treinado, pois nem sempre o instrumento distingue déficits cognitivos de autismo, o que exige acuidade na interpretação dos resultados, mais que isso, afirmam as autoras do artigo, que por meio dele não é possível realizar um diagnóstico precoce.

2-

Treatment and Education of Autistic and related Communicationhandicapped Childre n TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com *deficits* relacionados à Comunicação) -entre os protocolos encontrados no levantamento, este foi o único em que uma fonoaudióloga fez parte da elaboração do instrumento. Ele pode ser aplicado por qualquer profissional capacitado já que se trata de uma proposta transdisciplinar, avaliativa (não diagnóstica), que é composta pelos protocolos que visam avaliar: “Interação Social, Funções Comunicativas, Aspecto Cognitivo e Comportamento. Cada critério pode obter como resposta: Passou (P), Emergente (E) ou Falhou (F) que, numericamente, correspondem a P=3, E=2 e F=1.”(p.1013) As pesquisadoras destacam os aspectos positivos, mas referem problemas relacionadas à ambiguidade de algumas denominações, no que tange às funções comunicativas, por exemplo, elas assinalam que “a habilidade de linguagem compreensiva, limita-se às situações em que se solicita algo à criança e se a mesma atende ou não à solicitação.” (p.1013)

3- *Avaliação de Traços Autísticos (ATA)* - Trata-se de uma escala avaliativa, também, adaptada para o português, que pode ser utilizada por diferentes profissionais. Em tese, ela permite identificar casos de autismo, bem como, acompanhar a evolução do tratamento.

4- *A Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)* – No Brasil nomeada Escala de Rastreamento Precoce de Autismo, essa escala também pode ser aplicada por qualquer profissional. Trata-se de um questionário com 23 questões que são respondidas pelos responsáveis/pais de crianças de 18 a 24 meses, com risco de autismo. Vale destacar que o instrumento não tem valor diagnóstico, e conforme afirmam Gonçalves e Pedruzzi (2013) “esse instrumento tende a apontar como falso

positivo os casos em que crianças nasceram de muito baixo peso e prematuros”, entre outros quadros (p.1014)

5- A entrevista *Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)* é um instrumento que tem como objetivo realizar o diagnóstico de autismo, que será assim classificado: Autismo; não-autismo; e traços autísticos. Ele aborda os seguintes aspectos: dados referentes ao paciente e sua família, investiga o desenvolvimento e os seus marcos, questões relativas à comunicação e à interação social e, também quanto aos comportamentos repetitivos e estereotipados. O exame deve ser aplicado por profissionais especializados.

6- O *Autism Screening Questionnaire (ASQ)* ou *Social Communication* ou *Social Communication Questionnaire (SCQ)*, no Brasil denominado Questionário de Avaliação do Autismo ou Questionário de Comunicação Social, é composto por 40 questões polares do tipo sim/não “que envolvem perguntas sobre a história pregressa atual e situações de vida atual relevantes às características autísticas.” (p.1015). Chama atenção, o fato dele poder ser “autoaplicável ou pode ser lido pelo entrevistador” (p.1015). As pesquisadoras responsáveis pela revisão afirmam que o instrumento pode identificar crianças com problemas de desenvolvimento, mas que estas devem ser submetidas a uma avaliação específica para autismo, uma vez que há o risco de falso positivo.

7- A escala *Autism Behavior Checklist (ABC)* denominada no Brasil como Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA). Seu objetivo é triar casos suspeitos de autismo com foco nos comportamentos não adaptativos. Ele avalia se há alta ou baixa probabilidade para autismo por meio de 57 itens de um questionário voltado para os pais/responsáveis, mas não pode ser usado isoladamente para fins diagnósticos.

8- A *Ficha de Acompanhamento Infantil* - É um instrumento dividido por faixas etárias que abrange desde o zero aos 30 meses que investiga a presença de comportamentos esperados nas diferentes etapas do desenvolvimento. A ficha é aplicada por meio de entrevista aos pais, mas a observação da criança pode ser, também, utilizada como parâmetro para o preenchimento. De acordo com as pesquisadoras, trata-se de um instrumento sensível para detecção precoce de sinais

de risco para autismo, mas pouco utilizado em trabalhos científicos. É fundamentado na teoria psicanalítica, e se propõe em investigar a relação criança-mãe-família. A orientação é que nos casos em que se identifiquem os sinais de risco para autismo, se inicie as intervenções terapêuticas conjuntas pais-filhos.

Como disse, a utilização de testes para avaliar a linguagem é contraditória, já que ocorre um apagamento da linguagem. Pensando que o fonoaudiólogo é chamado a falar sobre a linguagem para compor um diagnóstico diferencial, pode-se dizer que isso não ocorre. Prisco (2019) ao analisar o M-CHAT chama a atenção para esse apagamento e a evidência dos comportamentos.

Gonçalves & Pedruzzi (2013) em sua revisão fazem menção, também, há outros dois protocolos de investigação de sinais precoces para o autismo inspirados na teoria psicanalítica, são eles: (9) o *IRDI* - indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – voltado para crianças de 0 a 18 meses e o (10) *Préaut* voltado para a identificação precoce de transtornos da comunicação que podem estar relacionados ao autismo em crianças, dos quatro aos nove meses de idade.

Elas apontam, ainda, para o fato de que o fonoaudiólogo é o primeiro profissional procurado por pais/ responsáveis nos casos de suspeita de autismo, em função da **ausência da fala**, apesar disso a observação clínica realizada pelo fonoaudiólogo, bem como a própria linguagem, não são valorizadas no fechamento do diagnóstico realizado médico, que é responsável por este ato e o que se observa na literatura é uma “tendência a considerar apenas os protocolos como métodos diagnósticos”(p.1016), sendo que nenhum deles oferece os níveis de precisão para que, isoladamente, possam concluir um diagnóstico. Segundo as pesquisadoras, mesmo sendo o psiquiatra, o médico autorizado para diagnosticar o TEA, o ideal seria que fosse realizada uma avaliação por uma equipe multiprofissional, e que nela estivesse incluída o fonoaudiólogo. (GONÇALVES & PEDRUZZI,2013)

Concordo que os protocolos não são e não deveriam ser utilizados como objeto de diagnóstico, pois como Gonçalves & Pedruzzi (2013) afirmam, eles não deveriam ser o único meio para concluir um diagnóstico. Acrescento a isso que a utilização de protocolos na primeira infância, como único meio de diagnóstico, torna-se ainda mais

imprudente, isso porque é o tempo da constituição do sujeito, o próprio Ministério da Saúde (2014) alerta para essa imprecisão e para a necessidade de cautela.

[...] quanto mais nova for a criança, mais inespecíficos são os sinais de problemas de desenvolvimento, o que significa ser difícil a previsão do diagnóstico que a criança poderá receber. Não se deve fazer diagnóstico precipitado sob o risco de que a natureza da condição do bebê seja ofuscada pela suposta possibilidade de prever seu quadro de TEA. As consequências de diagnóstico precipitado podem vir a ser ruins para a família e para o desenvolvimento do bebê. (Ministério da Saúde, 2014, p: 16)

Do meu ponto de vista, a relevância da inclusão do fonoaudiólogo está na dependência de seu conhecimento sobre a linguagem e, especialmente, sobre a aquisição de linguagem, uma vez que os protocolos de rastreio têm sido usados já nos primeiros meses de vida. Logo, o fonoaudiólogo, ao utilizar os mesmos protocolos para rastrear riscos de TEA ou ao utilizar provas linguísticas para realizar o diagnóstico, mantém seu afastamento da linguagem e do falante. Observa-se, na verdade, um esforço em definir tipos clínicos numa perspectiva classificatória, mas a direção do tratamento não muda. É como se fosse possível utilizar o mesmo molde para todos os casos, com pequenas alterações.

Um aspecto que chama atenção no artigo de Gonçalves & Pedruzzi (2013) é que parte dos protocolos sequer considera a observação da criança. Como se fosse possível, a partir de um dado isolado, fechar o diagnóstico. Os protocolos de rastreamento têm, ainda que implicitamente, um padrão de normalidade subjacente que apaga a singularidade da história de cada criança e podem, assim, produzir efeitos importantes na relação mãe-criança. Mas o que mais chama atenção é o apagamento da linguagem e o uso de instrumentos baseados em teorias da psicologia do desenvolvimento que apagam a especificidade da linguagem.

Na mesma direção, Prisco (2019) afirma que:

A superficialidade com a qual a linguagem é tratada nos estudos sobre a avaliação e diagnóstico de crianças com TEA foi também abordada por Gonçalves e Pedruzzi (2013). [...] As autoras apontam para a ausência de um enfoque mais aprofundado sobre a linguagem nos instrumentos: enquanto em alguns protocolos a linguagem não comparece de maneira explícita outros tomam como "avaliação de linguagem" a presença ou ausência de resposta da criança à solicitação verbal do adulto

É a ideia de diagnóstico precoce e contenção de danos com intuito de obter bons prognósticos que se perpetuam a elaboração e a adaptação dos instrumentos de rastreio para risco de problemas psíquicos e para diagnóstico de autismo. Silva (2020) ressalta que o prognóstico de pessoa com TEA depende de uma **descrição** minuciosa para rastrear se há atrasos de linguagem, deficiência intelectual, questões na coordenação motora fina e sensorial, para planejar intervenções e estimulações.

Escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados vêm se mostrando ferramentas úteis e necessárias, que podem contribuir para encaminhamentos para diagnóstico. (Machado, Lerner, Novaes, Palladino, & Cunha, 2014.p.346.)

Nos casos de autismo e risco psíquico, há como mencionado acima, um conjunto de instrumentos mais direcionados a essas questões. Ribeiro & Murad (2020) destacam a importância da intervenção precoce e do uso de instrumentos para a avaliar casos com suspeita TEA (Transtorno do Espectro Autista). O protocolo utilizado com mais frequência nas pesquisas brasileiras, segundo as autoras, foi o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*). As pesquisadoras citam também o *IRDI* e o *Préaut* como justificativa de intervenção precoce, sob o pretexto de se realizar promoção de saúde, usando esses dois instrumentos que prometem rastrear dificuldades na relação mãe-bebê, assim como possíveis riscos para o desenvolvimento de linguagem.

Prisco (2019) fez uma leitura crítica do MCHAT e do IRDI e observou que o modo como esses instrumentos abordam a linguagem, ambos, como vimos, tem como proposta a detecção de risco e não de diagnóstico. A ideia é que os rastreadores pudessem ser usados como instrumento de prevenção na área da saúde, já que estão presentes no documento Diretrizes de Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro Autista⁶. A autora chama atenção para o fato de o Protocolo M-chat ser utilizado como um *checklist* e proceder à avaliação utilizando apenas as falas

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.: il.

parentais, apagando todo tipo de interpretação sobre a criança. De acordo com pesquisadora:

[...] vale destacar que a leitura dos pais para a criança não é livre de interpretação, conforme aponta Arantes (2001): a criança acerca da qual os pais falam é necessariamente “imaginária”. Eles falam, de acordo com a autora, “de si e de um filho que imaginam ter e, também do filho que gostariam de ter tido (IDEM, p. 90).

Desse modo, afirma Prisco, não é possível que haja uma verdade a ser buscada na fala deles. Ainda que seja um instrumento de rastreio, vale interrogar os efeitos de seus resultados no imaginário dos pais, seria eles capazes de distinguir rastreio e hipótese diagnóstica quando a saúde de seu filho está em questão?

Como os trabalhos acima apresentados deixam ver que o quanto o diagnóstico do autismo ganha destaque, na mesma intensidade que a tradução dos protocolos e testes de rastreio ganharam espaço na literatura. Entretanto, recentemente, segundo Cunha et al. (2021) - também numa revisão sobre os instrumentos de avaliação de linguagem oral -, pode-se constatar que há um crescimento na tentativa de elaborar novos instrumentos para serem utilizados nas avaliações de linguagem. De acordo com eles, em sua maioria eles são voltados para crianças, mas o uso destes não é consensual e nem seguem todos os parâmetros de sensibilidade. Entretanto, os estudos analisados indicam que “parte considerável dos artigos sobre desenvolvimento de instrumento [apenas] realizaram validação de conteúdo [...] poucos se propuseram a realizar o teste de confiabilidade, sensibilidade e especificidade” (p 202) De acordo com as autoras, apesar da validação há outros passos, e esses deveriam ser realizados para o uso seguro de um instrumento, são eles:

[...] o teste de confiabilidade, sensibilidade e especificidade, assim como o cálculo para definição do tamanho da amostra, que configura limitação importante e sugere cautela quanto à utilização dos mesmos, tanto na atividade clínica quanto em pesquisas. (CUNHA et al, 2021, p.201).

O primeiro ponto que chama atenção nesse exame da literatura, é o fato que os 20 anos que separam esta dissertação da tese de Arantes (2001), o modo de abordar a linguagem permanece o mesmo, ou melhor, talvez o cenário seja ainda mais complexo, uma vez que a tradução de testes e protocolos foi intensificado e neles a fala não tem nenhum lugar. Modelos teóricos aparecem como rótulos, pois não se vê qualquer compromisso com uma teorização sobre linguagem. O olhar biologizante

parece ter ganhado vigor, a necessidade de estabelecer uma clínica baseada em evidências, está certamente na origem desse movimento que apaga de forma radical a subjetividade, que busca identificar sinais de doenças a serem suprimidos. Resta saber o que se faz com os resultados aos quais se chega, de que modo eles podem instruir a clínica?

Encerro este capítulo com Catrini & Lier-DeVitto (2019), autoras que alertam sobre os

Impasses recorrentemente vividos por clínicos de linguagem na definição do diagnóstico e na afirmação de uma direção de tratamento apropriada ao enfrentamento de problemas de fala/linguagem na infância. Isso porque, muitas vezes, inconsistências que afetam falas de crianças podem ser lidas como questões de ordem práxica - tradicionalmente compreendidas como problemas puramente motores (não linguísticos). Outras vezes, tais inconsistências são interpretadas como perturbações na linguagem e explicadas como sendo de natureza exclusivamente simbólica. (p.2)

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Meu ingresso no Grupo de Pesquisa Aquisição Patologias e Clínica de Linguagem foi fundamental em minha formação como terapeuta. Entendi que nenhum gesto clínico é neutro e que a formação teórica determina o olhar e a escuta do profissional e, portanto, é determinante da sua posição. Assim, antes de discutir as questões que surgiram no atendimento de crianças na primeira infância, apresento os pressupostos que sustentam esta dissertação.

A Clínica de Linguagem é um campo específico, instituído pela reflexão de original e consistente Lier-DeVitto sobre as falas sintomáticas, que marca a distinção radical da prática fonoaudiológica de vocação ortopédica. Tal distinção se dá pela reflexão singular sobre a natureza própria do sintoma na fala, que exige tomar posição sobre a linguagem, o falante e, especialmente, sobre o papel do clínico que deve produzir mudanças na fala daqueles que o procuram.

A construção desta clínica, que teve início há 25 anos, contou, como apontei acima, com o pensamento original de Lier-DeVitto e com um grupo de pesquisadores por ela orientados que desenvolveram um conjunto expressivos de trabalhos voltados tanto para as diferentes instâncias clínicas, quanto para quadros clínico específicos.⁷

É inegável que na origem deste projeto, está o diálogo com o trabalho de Cláudia Lemos (1982, 1992, 2002,2006, entre outros) no campo da Aquisição de

⁷ Nota de rodapé: destaco aqui a primeira geração de trabalhos: Diagnóstico e clínica de linguagem (Arantes LMG, 2001); Afasia: a fala em sofrimento (Fonseca SC,1995), Ómideio: o que é isto? - questões e reflexões sobre as dislalias, distúrbios articulatórios funcionais e desvios fonológicos(BENINE,R 2001)O afásico na clínica (SC Fonseca, 2002) Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem(Andrade L, 2003); Distúrbio articulatório: um pretexto para refletir sobre a disjunção teoria e prática na clínica de linguagem(FARIA V.O., 2004); Falas vazias: língua, referência e sujeito na demência(LANDI R, 2007); O falante entre cenas: 'descaminhos da comunicação' na deficiência mental (CARNEVALE LB,2008); A clínica com bebês: entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade (GIRARDI ALF,2008); Sobre intersubjetividade e transferência na Clínica de Linguagem; (Tesser E,2008); Escuta e interpretação na Clínica de Linguagem(POLLONIO C, 2011); Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem(Catrini M, 2011); Clínica de Linguagem e Psicanálise: na direção de uma abordagem clínica do sujeito nas demências (EMENDABILI MET, 2012); A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora(Marcolino-Galli JF 2013).

Linguagem. Isso porque clínica e aquisição de linguagem compartilham um conjunto de pressupostos, como a concepção de linguagem e de sujeito e partilham, também, um conjunto de questões. Entre as quais destacam-se: (1) o modo de abordagem de falas faltosas, fragmentárias, imprevisíveis, elípticas, que resistem à descrição gramatical; (2) a questão da mudança que é operada na passagem de *infans* a falante na aquisição, e a mudança na fala que se almeja na clínica; (3) o papel do outro na explicação da mudança. Entretanto, se há lugares de convergência, há também distância insuperável, “expressão da tensão mesma entre espaços heterogêneos que se tocam, mas não se interpenetram” (Lier-DeVitto & Arantes, 2022). De acordo com as autoras, há

pontos de convergência e distanciamento entre o Interacionismo em Aquisição de Linguagem, proposto e desenvolvido por De Lemos (1982), e a Clínica de Linguagem inaugurada por iniciativa de Lier-DeVitto (1997). Nele, pontos de tensão entre os 2 campos são levantados e apontados como garantia de sustentação da singularidade de cada um deles. Ainda que se admita que essas áreas compartilhem um mesmo fundo teórico, aquele que articula estruturalismo europeu e Psicanálise, fato é que o Interacionismo responde ao campo da ciência e a Clínica de Linguagem ao da patologia. Se ao Interacionismo interessam os erros, à Clínica de Linguagem importam os sintomas na fala - dois acontecimentos não homogeneizáveis entre si. (Lier-DeVitto & Arantes, 2022).

A proposta interacionista de De Lemos é marcada por um compromisso com a fala da criança e com a busca incessante de um modo de abordá-la sem apagar exatamente aquilo que a qualifica como “fala de criança”, isso se faz nos trabalhos da autora que, desde o final da década de setenta, sustenta uma posição crítica relativamente aos trabalhos da área de cunho descritivista (DE LEMOS, 1982, 1985, entre outros). Como assinalam Lier-DeVitto & Arantes,

Questões cruciais, que fazem obstáculo às tentativas de apreender a fala da criança pelo metro da gramática, foram alçadas por De Lemos na construção da teorização sobre a aquisição da linguagem. Entre elas destacam-se três fenômenos que ganharam atenção especial na argumentação da autora. O primeiro, refere-se à incorporação pela criança de fragmentos da fala do outro, acontecimento determinante e disparador da entrada da criança na

linguagem, e que indicia o tempo lógico da alienação à fala do outro. O segundo são os erros, as produções insólitas, que por sua vez dizem da resistência à fala do adulto, apontando, ainda, para o “não saber” e que indicia a separação relativa de todo falante em relação à fala do outro. Erros, que se alternam com acertos e dão destaque ao terceiro fenômeno que faz obstáculo a qualquer tentativa de descrição gramatical: a heterogeneidade das produções iniciais. (2020, p.69.)

Como apontam as pesquisadoras, a heterogeneidade da fala da criança, os erros e os enunciados iniciais- marcados pela presença da fala do outro-, foram obstáculos para que as produções infantis ganhassem “o estatuto de instanciação de um conhecimento sobre a língua”, ficava, então, impedida que uma abordagem estritamente gramatical pudesse abarcar a fala de crianças. Ainda assim, o compromisso com a Linguística foi mantido com a aproximação da autora ao estruturalismo europeu (Saussure e Jakobson), a partir de 1992; momento que representa uma mudança importante na direção de sua proposta, nas palavras de Lier-DeVitto, a aproximação a Saussure - com “*la langue*” e com as noções **funcionamento e de sistema** -, promoveu a viabilização de “um salto teórico” (LIER-DeVITTO, 2013, p.120).

la langue e seu funcionamento na fala são implicados na abordagem das falas imprevisíveis e altamente heterogêneas da criança (De Lemos1992, 2002). Falas que resistem às tentativas de descrições por aparatos gramaticais que são cegos por definição, a ocorrências irregulares. (LIER-DeVITTO, 2013, p.120)

Como se vê, o reconhecimento da “ordem própria da língua” foi um passo determinante no distanciamento da proposta de De Lemos em relação aos trabalhos do campo da aquisição, entende-se que a interação nesta perspectiva comporta um terceiro: a língua, trazendo novamente as palavras DeVitto e Arantes (op.cit.): “a abordagem das falas de crianças na elaboração teórica do Interacionismo assenta-se na ideia de que no particular de uma fala “há língua” – um funcionamento simbólico que é condição de possibilidade da fala e de haver falante”.

Jakobson foi também autor fundamental, ele leva adiante o trabalho de Saussure e refere que a Linguística deve se voltar para todos os acontecimentos languageiros: “pela linguagem em ato, pela linguagem em evolução, pela linguagem em estado nascente e pela linguagem em dissolução” (JAKOBSON,1963, p.34), isso

porque entende que todos esses acontecimentos são produtos do funcionamento da língua. De acordo com Lier-DeVitto & Arantes (2020), foi “ele quem ressignificou os eixos saussurreanos (sintagmático e associativo) em leis de composição interna da linguagem, nomeadas como processos metafórico e metonímico como destaca Milner(1978] 2012).” (p.67)

A aproximação ao Estruturalismo Europeu se deu a partir da leitura que Jacques Lacan fez do trabalho de Saussure, nele

o psicanalista dá destaque à questão do valor Linguístico, o Interacionismo define sua direção teórica: implica leis de funcionamento interno da linguagem no toque da fala de crianças e dá um passo congruente na direção do reconhecimento da hipótese do inconsciente, ao sustentar a afirmação da não coincidência entre falantes ou de um falante na própria fala. (LIER-DEVITTO, ARANTES e DESINANO, 2020, p. 9).

A aquisição de linguagem passa a ser vista por uma perspectiva estrutural, como mudança de posição relativamente à fala do outro, à língua à sua própria fala (De Lemos, 1996/98). Entende-se que a criança é capturada pela linguagem e a passagem de *infans* a falante se dá por meio de mudanças de posição: na primeira posição prevalece a fala do outro na voz da criança; na segunda a prevalência é do funcionamento da língua, aparecem os erros e o paralelismo que indicam alguma distância da presença do outro na fala da criança; na terceira está em causa a relação do sujeito com a própria fala, a criança se divide entre “instância subjetiva que fala” e a “instância subjetiva que escuta” (De Lemos, 1999), aqui ela pode escutar-se, sua fala é marcada por hesitações e pela possibilidade de se corrigir. Entretanto, vale destacar que não se trata de desenvolvimento, logo as posições não são superadas há uma relação de dominância entre elas.

As mudanças, nesta perspectiva, são entendidas, conforme De Lemos (1999) como efeitos dos processos metafóricos e metonímicos propostos por Jakobson (1963), e tomados pela autora, conforme assinala, como leis de referência interna da linguagem, como diz De Lemos. Leis que “regem a relação dos enunciados da criança com o enunciado do outro (na primeira posição), as relações entre enunciados (na segunda posição) e as relações entre fala e escuta (na terceira posição)” (1999).

Destaco um ponto fundamental da proposta de De Lemos a solidariedade entre estruturação da linguagem e constituição subjetiva. Sua proposta define a aquisição da linguagem “como um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança numa estrutura em que *la langue* e a *parole* do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um “*corpo pulsional*”, i.e., à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação”. (DE LEMOS, 2006 p: 28)

Em artigo de 2006 De Lemos empreende “Uma crítica radical à noção de desenvolvimento”⁸, nele a autora declara a impossibilidade de “conceber a linguagem como objeto de conhecimento a ser adquirido pela criança como sujeito epistêmico, cujas propriedades perceptuais e cognitivas precedem e determinam sua aproximação à linguagem”.

A partir dessa posição crítica, ela aponta os aspectos subjetivos em jogo em cada uma das três posições acima mencionadas. Na primeira, em que a fala da criança é marcada por fragmentos da fala da mãe, segundo ela os “aspectos subjetivos dessa posição estrutural podem ser reconhecidos tanto na identificação da criança com a fala da mãe, incorporada por ela, quanto na não-coincidência entre os significados de seus enunciados. Em outras palavras, “semelhança” e “diferença” são faces alternativas de uma subjetividade emergente”. Na segunda posição, os erros deixam ver que a língua é o polo dominante, eles são “índices da não-coincidência entre a fala da criança e a do adulto, e apontam para o estatuto diferente que a fala do outro tem nesta posição”. Vale destacar que os erros indicam, segundo De Lemos, que não há um sujeito em controle de si mesmo. Já na terceira posição a dominância é do sujeito falante, que pode reformular a própria fala, diferentemente da segunda posição, marcada pela impermeabilidade à correção, a criança pode agora reconhecer os erros o que aponta, portanto, “para um aspecto importante do processo de identificação, qual seja, para o reconhecimento, pela criança, de que seu enunciado afeta o interlocutor e, conseqüentemente, trata-se do reconhecimento da alteridade do interlocutor.” (p:30) De acordo com a autora, apesar de relevância desse aspecto seja fundamental no processo de subjetivação,

⁸ Título do artigo publicado no livro: Lier-DeVitto, M F & Arantes, L. Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. São Paulo - EDUC, FAPESP, 2006. 446p.

[...]ele não pode ser tomado como representativo de um sujeito em controle de si mesmo. Ao contrário, o reconhecimento do erro também aponta para a não coincidência entre o que a criança disse e o que a criança escuta como erro em seu próprio enunciado. Desse modo, afirmar que o polo dominante na terceira posição, [...], significa conceber o sujeito-falante como dividido entre duas instâncias subjetivas não coincidentes: a daquele que fala e daquele que escuta seu próprio enunciado como fala de um outro. Em outras palavras, a "subjetividade" implicada em meu trabalho é aquela introduzida pela Psicanálise.p:31

Espero ter mostrado, ainda que de forma sucinta, a originalidade da proposta de De Lemos, que pelas mãos de Lier-DeVitto ganhou desdobramentos substanciais, que ultrapassaram a área da Aquisição da Linguagem e fundaram a Clínica de Linguagem, espaço de reflexão teórico-clínica que compartilha a concepção de linguagem, articulando língua e fala e a de sujeito. Em foco fica, nas palavras de Lier-DeVitto, a natureza da relação de um falante com a língua.

Também o diálogo com Psicanálise está na base da Clínica de Linguagem, e igualmente em uma relação de alteridade. De fato, a Psicanálise exemplar na configuração de seu edifício teórico, especialmente no que diz respeito à elaboração de uma teoria própria `a clínica psicanalítica, distinta da psiquiatria. De acordo com Soller (2018, p. 27). "uma clínica psicanalítica própria, no sentido forte do termo, suporia duas coisas: uma nosografia própria, isto é, uma identificação dos sintomas que lhe fosse própria e, além disso, em segundo lugar, teorias explicativas próprias, movimento semelhante ao que se observa na Clínica de Linguagem.

Da relação com a Psicanálise, além da concepção de sujeito do inconsciente, que não está no controle do que diz, da definição de sintoma que ressoa na Clínica de Linguagem, noções como demanda, escuta e interpretação fazem presença, mas nesse trânsito entre campos foram ressignificadas, afinal as demandas dirigidas a uma e outra clínica são muito diferentes, o que faz com que as ações clínicas também o sejam. O modo de abordar a fala nas diferentes instâncias da Clínica de Linguagem tem sua singularidade marcada pela presença de falas sintomáticas, que demandam uma incidência singular, que decorre de uma teorização particular sobre a linguagem. Em artigo de 2022, Arantes e Lier-DeVitto discutem a diferença do conceito de interpretação nas suas clínicas, elas afirmam que na Clínica de Linguagem interpretação é "ato, posição terapêutica frente a uma fala em sofrimento". Só um ato tem a chance de produzir ruptura, de descristalização ou reorganização da mobilidade

significante, de produzir deslocamentos significativos da criança frente a fala do outro e a própria fala.”

Do que vimos até aqui, do encontro com o Interacionismo e com a Psicanálise nasce a Clínica de Linguagem a partir do gesto inovador de Lier-DeVitto que - afetada pelo encontro com as falas sintomáticas na DERDIC/PUCSP e, pelas questões das falas patológicas com as quais se deparou nos anos de docência no curso de Fonoaudiologia na PUC-SP-, pode abrir um campo de questões teórico-clínicas a partir de uma teorização consistente sobre o sintoma na fala. Assim, a Clínica de Linguagem é oficializada no grupo de pesquisa “*Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*” (LAEL-CNPQ).

A partir de uma crítica contundente relativamente ao modo de relação que a Fonoaudiologia estabeleceu com a Linguística - caracterizada pela aplicação direta de aparatos descritivos à fala dos pacientes, reduzindo o acontecimento clínico a uma descrição gramatical com semblante teórico -, Lier-De-Vitto não apenas nomeia esta relação como um (mau)encontro entre Fonoaudiologia e a autoridade da Linguística, mas conceitua o sintoma na fala, a partir de uma teorização particular sobre a linguagem. Conforme disse Arantes (2009),

A aproximação à Linguística científica, realizada pela Clínica de Linguagem, representou uma diferença axial nesse enquadre, na medida em que levar em conta a ordem própria da língua (SAUSSURE, 1916), permitiu um afastamento dos gestos de pura aplicação e obrigou a um esforço de explicitação da relação entre língua e fala sintomática, e, na clínica, representou uma pressão no sentido de exigir um esclarecimento mais pontual da relação de um falante com sua fala sintomática. (ARANTES, 2009, n.p.)

O primeiro gesto na configuração do sintoma na Clínica de Linguagem foi colocar em questão a resistência que eles oferecem à apreensão pelos instrumentos da linguística, dado que formas atípicas são também produzidas por crianças “normais”. Se “erros sintomáticos” são localizáveis em falas de crianças com quadros clínicos de linguagem, eles perdem o caráter de “sintomáticos” ao serem observados em falas “normais”. Entende-se o fracasso nessas tentativas de distinção: o sintoma é “um terceiro em relação à polaridade correto-incorreto da Linguística” (ARANTES, *idem. ibidem*). Questões como estas passam longe dos trabalhos apresentados no

capítulo 1, o que mais uma vez indica o quanto uma teorização sobre linguagem é desconsiderada na esfera diagnóstica.

Outro passo dado na conceitualização de sintoma foi a distinção entre sintoma e sinal, e a indicação de que sintoma na fala não pode ser definido pelo substrato orgânico, o que, também, exclui a ideia de causalidade direta. Também a ideia de defasagem temporal de que a “fala da criança que está fora de tempo” (LIER-DEVITTO, 2001), conforme assinala Arantes, Lier-DeVitto

refere que é possível ultrapassar a “ideia de defasagem temporal” e admitir que o sintoma diz de um tempo, mas não do cronológico – ele inscreve e se inscreve num tempo outro: tempo da insistência, da repetição. Como se vê, ultrapassados os argumentos que dizem para resistência imposta pelo sintoma, Lier-DeVitto escolhe uma outra via para pensar o sintoma, que inclui a questão do sujeito – um acontecimento na fala que exprime a prisão do sujeito numa falta ou falha e o impede de passar a outra coisa (ALLOUCH, 1990, apud LIER-DE VITTO & ARANTES, 1998). ARANTES, 2009 n.p

A partir desses argumentos, temos que o sintoma na Clínica de Linguagem, implica sujeito e sofrimento. Nas palavras de Lier-DeVitto (2006), “sintoma é aquilo que leva o sujeito à clínica, como disse, e envolve, portanto, sofrimento - efeito de um enlaçamento peculiar do sujeito à sua fala.” (p.185). Inaugura-se, assim, uma clínica que deve escutar a fala daquele que sofre, e que almeja que uma mudança possa ser operada pelo outro-terapeuta.

Arantes (2006) aponta a forma de tratar o sintoma no projeto *Aquisição e Patologia de Linguagem* como algo que particulariza o diagnóstico na Clínica de Linguagem. A autora traz Lier-DeVitto (2003) para explicar a noção de sintoma como algo que se repete, que não se oculta e nem se evita. Ela reconhece nessa definição os efeitos da Psicanálise e da relação com o Interacionismo de De Lemos, “com a noção de ‘captura’, por ela circunscrita no campo de Aquisição de Linguagem com a finalidade de afastar o sujeito epistêmico de sua teorização” (p.325). Arantes (2006) destaca que o conceito de sintoma é efeito dos encontros com esses campos e não mera reprodução do que neles se encontra.

É certo que os deslocamentos operados na noção de sintoma foram determinantes da configuração do diagnóstico na Clínica de Linguagem, como veremos no capítulo 3.

CAPÍTULO 3. A INSTÂNCIA DIAGNÓSTICA: MEDICINA, PSICANÁLISE, FONOAUDIOLOGIA E CLÍNICA DE LINGUAGEM

O que caracteriza o diagnóstico na clínica médica, conforme assinalou Arantes (2001), é sua natureza causalista, classificatória e diferencial, em que o clínico a partir da observação de um conjunto de sinais, articulados a uma causa, chega a uma dada categoria nosográfica, que deve se diferenciar de todas as outras doenças. Se tal procedimento, no que diz respeito ao funcionamento orgânico é coerente e operacional, ganhando maior refinamento com os avanços tecnológicos, o mesmo não acontece quando o objeto do diagnóstico são as psicopatologias.

Arantes (2001) acompanha a argumentação de Foucault que problematizou a Psiquiatria que projetou a lógica do raciocínio médico relativamente às doenças orgânicas para as doenças mentais, de acordo com Arantes,

Foucault dirá que a Psiquiatria instituiu uma descrição sintomatológica e buscou estabelecer correlações entre um tipo de doença e sua manifestação mórbida. Isso criou uma nosografia em que se analisavam as formas da doença e sua evolução. Foucault chama atenção para a estrutura conceitual e metodológica semelhante à da Patologia Somática: distribuição de sintomas em grupos patológicos e definição de entidades mórbidas. Nesse caso “se considera a doença, mental ou orgânica, como uma **essência natural** manifestada por sintomas específicos” (p: 13) (ênfase minha). Reduzir o mental a essência natural conduz à ideia de totalidade orgânica e psicológica cuja essência deve ser buscada no conjunto das reações do organismo. Por essa via, orgânico e mental convergem na identidade de seus métodos. Entretanto, o autor afirma não ser viável identificar “doenças do corpo” a “doenças do espírito” (p: 17). Para Foucault, essa aproximação é de ordem mítica. (p. 43/44)

Arantes refere que o autor distingue a esfera orgânica da mental, pois nesta não se observa qualquer estabilidade na relação lesão-sintoma no domínio orgânico e para Foucault, a “**doença somática** é dado de natureza; a **patologia mental** é, para ele, produto socio-cultural.” (ARANTES, 2001, *idem. ibidem*). Ela destaca a importante afirmação de Roudinesco (1992): “Foucault realiza um deslocamento

estrutural que permite entender que a “loucura [tem] sua lógica própria e que [deve] ser pensada fora do monólogo da razão sobre a loucura (p: 11)”. (ROUDINESCO, 1992, P;11 apud ARANTES, 2001, idem.ibidem).

Arantes, ainda acompanhando a leitura de Foucault, assinala que também as alterações de linguagem não se prestam ao raciocínio causal da clínica médica e que o trabalho do autor tem relevância porque “ele pôde reconhecer a separação entre mental e orgânico e circunscrever um específico a ser teorizado”.

Destaco aqui que gesto semelhante ao de Foucault foi dado por Lier-DeVitto, que discute a expressão “patologias de linguagem”, bem como a noção de sintoma e funda um campo, como veremos abaixo.

Tal reflexão tem uma relação direta com a questão diagnóstica que discuto neste trabalho, pois a Fonoaudiologia sofre uma forte influência do modelo médico de diagnóstico e visa articular desvios na fala a uma causa específica, a fim de diferenciar classes nosográficas. Para isso, faz uso de uma anamnese cujo objetivo é o de recolher dados do desenvolvimento somático da criança, interroga-se os responsáveis sobre a gestação, além de pesquisar antecedentes pessoais e familiares. (ARANTES, 2001) É elaborado um questionário em busca da causa/ “agentes causadores” do problema na linguagem. Uma vez realizada esta etapa, caso sejam encontrados fatores que possam ter afetado o desenvolvimento da criança, como prematuridade, anoxia, alterações auditivas o clínico fica apaziguado, quando nada é encontrado a justificativa pode ser atrelada a questões perceptuais que serão avaliadas, caso nada seja encontrado, marginaliza-se a questão da causa e parte-se em busca de sinais. Aliás, a causa pode apenas tranquilizar o clínico.

A anamnese na clínica fonoaudiológica deve-se à influência do discurso médico na constituição da Fonoaudiologia. Daí que o que fica em relevo é a anotação de sintomas enunciados pelo paciente (ou sua família), a etiologia da doença e sua evolução. Sua função é clara embora, como disse acima, na clínica fonoaudiológica, diferentemente da clínica médica, nem sempre é possível chegar ao objetivo almejado. Isso porque a linguagem não responde a um determinismo da mesma natureza que o do organismo - o que inviabiliza a utilização de um dispositivo causalista. (Arantes,2001, p.51)

Nesse caso, o fonoaudiólogo se vê numa posição confortável, numa ilusão de ter encontrado justificativa do que ocorre na fala, pois esses achados nada dizem sobre a fala e nem sobre a terapêutica, uma vez que ainda que encontrada o clínico não incide sobre ela. O movimento seguinte do fonoaudiólogo é realizar o exame de linguagem.

Como observamos no exame da literatura fonoaudiológica brasileira, os exames são predominantemente compostos por provas e testes, as quais, de modo geral, caracterizam-se por tarefas específicas a serem realizadas pelo paciente, para avaliar

recepção-emissão de “linguagem oral e escrita” - verificar, através de provas de percepção, processos subjacentes aos problemas na linguagem. As provas, via de regra, são elaboradas com base em “componentes linguísticos” (fonético/fonológico, morfossintático, semântico e pragmático). (Arantes, 2001, p.54)

Nessa perspectiva a linguagem é vista como conhecimento, avalia-se se as respostas a partir de uma descrição negativa de cunho gramatical e considera-se o fenômeno patológico a partir de um conjunto de respostas incorretas, ou seja, elenca-se os desvios, assim como o médico agrupa sinais de doença, a diferença é que por este caminho dificilmente se chega à uma categoria nosográfica, do mesmo modo que a anamnese não chega a causa, tem-se assim um semblante de diagnóstico médico, uma vez que a linguagem escapa a esse raciocínio.

Em tal perspectiva, a relação do fonoaudiólogo com a fala da criança é de mero observador externo que verifica o quanto a criança desvia de um padrão estabelecido por meio de estudos piloto com a população dita normal. Há um apagamento da subjetividade, não há escuta para a fala particular da criança, e nem poderia, pois há uma seleção do que se ouve. No caso dos testes, a situação é ainda mais complexa, pois a fala da criança é completamente apagada.

Outro ponto que vale destacar é que se no trabalho de Arantes (2001) foi possível observar que nos anos 90 houve um movimento de fonoaudiólogos, no sentido de considerar o diálogo e a interação, ainda que de forma equivocada. As Provas/teste de linguagem dão lugar à descrição da linguagem, na perspectiva de

identificar a falta. Assim, a avaliação passa a concentrar-se em “situações dialógicas”, com “diferentes interlocutores”, em “diferentes situações discursivas”. Porém, apesar dessa aproximação (a) ou afetação pela fala do paciente, a introdução dos novos rótulos e de novas expressões, não parecem ter iluminado a questão do diagnóstico/avaliação da linguagem - pois, a suposta mudança de visão não deslocou o fonoaudiólogo e a análise/interpretação do material manteve o foco na descrição de categorias.

Eles [procedimentos que privilegiam a interação] representam (ou deveriam representar) modos diversos de conceber a clínica fonoaudiológica, deveriam ser respaldados em concepções distintas tanto de linguagem quanto de patologia. Concepções que deveriam direcionar as ações clínicas. Entretanto, não é fato, [...] que a escolha do [...] procedimento expresse homogeneidade entre profissionais relativamente ao modo de abordar a linguagem. (p:50)

Também a adoção de uma perspectiva discursiva como assinala Andrade F. (2021), foi uma tentativa de afastamento do modelo organicista, mesmo mantendo o sujeito epistêmico, a tentativa foi de subverter o caráter ortopédico e quantitativo das análises da linguagem. No entanto, a linguagem ganha o status de modalidade: escrita ou fala, da qual o outro é parte mediadora do processo. Seguindo essa ideia, quando há algum entrave no processo de linguagem o mediador busca a resposta nos aspectos sociais, ambientais e/ou emocionais a resposta para a superação do sofrimento.

Nesta visão, ganha força a realização de entrevistas e análises da interação, na tentativa de se afastar da perspectiva médica e dar espaço para o outro, no entanto, Andrade F. (2021) retoma que essa visão mantém o caráter cognitivo adicionando agora as questões emocionais. Assim como Arantes (2001) relatou, a perspectiva sócio-histórica não desloca o fonoaudiólogo de uma posição de saber. A análise/interpretação do material se mantém na descrição de categorias, mas agora com a presença da interação. A autora discorre que a escuta do clínico ainda é causalista, mas busca-se a causa do problema no social, no psicológico, no ambiente, no discurso dos pais.

Já no levantamento que apresentei no capítulo 1, apenas um trabalho fez menção sobre interação terapeuta-paciente, a clínica baseada em evidências, a fidedignidade de resultados estatísticos suprimiu definitivamente fala e falante.

No âmbito da Psicanálise, o diagnóstico tem características muito diferentes do diagnóstico médico, isso porque o sintoma tem ali uma definição bastante distinta daquela da clínica médica. Como assinala Milner (1997), a medicina, e isso inclui a psiquiatria, está pautada pela objetividade, enquanto na psicanálise se está “contrariamente do lado do sujeito.” (p: 230), do singular. Trata-se de uma outra ética que diz de um compromisso com o sujeito. Mas isso não significa que o diagnóstico não tenha grande relevância, pois é o diagnóstico que determina a direção do tratamento.

De acordo com Arantes (2001), Freud em 1913, já colocava em destaque a importância do diagnóstico na determinação do tratamento, apesar do paradoxo envolvido em sua configuração, pois o diagnóstico “na clínica psicanalítica ao mesmo tempo que deveria ter um caráter operativo é, de certo modo, impreciso.” (ARANTES,2001, p:80). A pesquisadora traz a argumentação de Joel Dor (1991), autor que assinala que o que afasta o diagnóstico médico do psicanalítico é a impossibilidade de estabelecimento de uma relação direta entre causa e efeito do diagnóstico causalista dependente “da regularidade e da fixidez das ocorrências causais que intervêm ao nível do corpo” (Dor, op. cit. p.17, Apud ARANTES, 2001, p:80).

Desse modo, o diagnóstico na psicanálise obedece a uma outra lógica e o único instrumento de que dispõe um clínico é sua própria escuta. Arantes, acompanha o trabalho de Quinet (1991), e afirma nesse tempo diagnóstico - denominado por Freud tratamento de ensaio, renomeado por Lacan como entrevistas preliminares-, está em questão a transformação da queixa em demanda direcionada a aquele analista, o que determina o estabelecimento da dinâmica da transferência, e, também, a questão diagnóstica propriamente dita que é determinante da direção do tratamento. A partir da leitura de Quinet, Arantes diz: “O diagnóstico só tem sentido se servir de **orientação** para a análise. Para isso é preciso ultrapassar o plano das estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) para chegar, ainda que de forma provisória, ao plano dos tipos clínicos (obsessivo, histérico etc.)” (p:82).

Passemos agora à Clínica de Linguagem com crianças, nela as entrevistas com os pais e avaliação de linguagem compõem a instância diagnóstica. A entrevista é, segundo Arantes (2001) um “momento inaugural do processo terapêutico”, pois é nele que se firma o início ou não do processo terapêutico, além disso, também, institui-se as bases do tratamento com a família. Nela está em questão tanto a apreensão, quanto a construção da demanda. A pesquisadora esclarece que a versão da história narrada pelos pais deve ser escutada sem que haja expectativas prévias, pois não se sabe antecipadamente aquilo que é relevante, muitas vezes é no só-depois que algo dito pelos pais pode ganhar um sentido que importe à direção do tratamento.

Mais do que isso, Arantes (2001) indica que “a escuta para a fala dos pais deve levar em conta que a criança que os pais contam é “imaginária”, que não há ali “verdade” a ser buscada, um sentido a ser fechado.” (p.90) No entanto, há um pedido a ser ouvido. Fudissaku (2009) ao tratar sobre as entrevistas de crianças na Clínica de Linguagem, sinaliza que é na entrevista que o clínico escuta um pedido de mudança, a diferença é que a clínica de crianças quem enuncia esse apelo são os pais, “são eles que dizem sobre o próprio sofrimento provocado pela fala da criança” (IDEM p.64). A autora questiona se a entrevistas com os pais seria um impedimento para o estabelecimento da “função transferencial”, mas discorda ao pontuar que ela se inicia nas entrevistas com os pais e se consolida na avaliação de linguagem. Nas palavras da autora, a “função transferencial” (expressão de Quinet, 1991): “[...] ultrapassa esse momento para o encontro com a criança, na avaliação de linguagem” (IDEM p.64).

É interessante pensar que na clínica com crianças há a presença de um terceiro, os pais. Fudissaku (2009) compara a clínica com afásicos com a clínica com crianças e alerta que são modos distintos de articulação com o tratamento, isso porque “os problemas da criança podem ser entendidos como um sintoma dos pais” (IDEM p.65). Além de entender, que a função diagnóstica se inicia nas entrevistas, mas não decide a direção do tratamento. É por isso que a avaliação de linguagem faz parte do processo diagnóstico, pois é nela que se encontra com a criança de fato.

Ainda sobre as entrevistas, não há um modelo prévio de como realizadas, visto que a Clínica de Clínica respeita a singularidade dos casos. Fudissaku (2009) esclarece os procedimentos da entrevista com Faria (2004) ao dizer que não há

estabelecimento antecipado do que ocorrerá, ou seja, não há uma implantação de um modelo de entrevistas, muito menos, os números de sessões para as entrevistas, nem uma antecipação de quem participará ou do tempo necessário. Diferente do que vemos na clínica tradicional “cada passo tomado pelo clínico é efeito da singularidade do caso, ou seja, as direções tomadas são guiadas pelo que de singular toca na escuta do terapeuta” (IDEM p.65). Tudo isso, porque não há uma busca pela causa (de ordem biológica ou psicológica) para o sintoma da criança, mas a escuta para interpretação que os pais fazem daquela criança.

Resumindo, nas entrevistas na Clínica de Linguagem não se busca e nem se chega à “causa” de um problema de fala, nem o “sentido do sintoma”. Fica-se sob efeito dessas falas e com uma direção para ações clínicas futuras.

Após as entrevistas, é tempo do clínico voltar-se para a fala e para a criança, isso se dá no momento da avaliação de linguagem, em que se fica sob efeito da fala viva no instante clínico, num diálogo que implica o terceiro – o funcionamento da língua e seus efeitos, assim provas e testes de linguagem não fazem parte de seu escopo.

Esta situação deve ser registrada e na sequência realizada a transcrição da fala da criança. Arantes (2019,) ao tratar do registro da fala, alerta para a descontinuidade entre a “fala viva” e o “registro de fala”, mas afirma que efeitos da “fala viva”, quando escuta do clínico é “teoricamente instituída “a fala viva permanece viva na escuta do clínico”. Dessa forma, ganha relevância para a composição na esfera diagnóstica do “instante vivido” e a “leitura posterior”.⁹ O clínico deve neste movimento articulado apreender o que em uma fala produz efeito de patologia, o que ali produz estranhamento e de que natureza particular seria a relação da criança com a linguagem com a própria fala e a fala do outro.

Em crianças que não falam, há uma certa dificuldade na composição dessa transcrição, mas ainda assim podemos observar os modos de circulação de linguagem. Arantes (2019) exemplifica os modos de presença na linguagem de crianças que não falam. O primeiro caso -LB deixa ver que há uma afetação pela fala

⁹ A avaliação em cena e fora da cena foi proposto por Lier-DeVitto & Arantes, em artigo de 1998.

do outro e que a criança está presente no diálogo, mesmo que isso não seja evidente todo o tempo, nesses casos a interpretação e a escuta do clínico operam. Vejamos:

1. 1 T: (abre o armário de brinquedos)
 2 LB: (olha para os brinquedos e aponta para duas caixas)
 3 T: Você quer esses?
 4 LB: [a: a: a:] (fazendo movimento de cabeça interpretado como “sim”)
 5 T: Esse aqui? (dá a caixa para P1)

2. 1 T: Olha! tem duas espadinhas no chão, uma azul, debaixo da mesa e uma verde, embaixo das almofadas. Pega a verde para mim!
 2 LB: (olha embaixo da mesa)
 3 T: Eu quero a outra, que está embaixo da almofada.
 4 LB: (vai até a almofada e pega a espada verde)

No entanto, os movimentos que são interpretados como uma resposta da criança para a terapeuta, num primeiro momento, mudam de sentido, tornam-se indiferenciados, o que nas palavras da autora:

Embora a menina aparentemente responda ao terapeuta, suas respostas são, de fato, indiferenciadas, o que afasta a possibilidade de se afirmar que ela “compreende” o que o outro diz ou, ainda, que seus movimentos veiculem qualquer intenção. De todo modo e apesar disso, um contraponto interacional se desenvolve sem partilha intenções entre os interlocutores. (IDEM, p 43)

3. 1 T: Tem que escolher um só, tá?
 2 LB: (meneio de cabeça interpretado como “sim”)
 3 T: Você quer este ou este?
 4 LB: (meneio de cabeça interpretado como “sim”)
 5 T: Qual você quer?
 6 LB: (meneio de cabeça interpretado como “sim”)

4. 1 T: Que bonito, quem desenhou esse relógio no seu braço?
 2 LB: [a: a:] (com meneio de cabeça interpretado como “sim”)

3 T: Foi a mamãe?

4 LB: com meneio de cabeça interpretado como “sim”)

5 T: Ou foi o papai?

6 LB: (com meneio de cabeça interpretado como “sim”)

7 T: Ou será que foi o tio Roberto?

8 LB: (com meneio de cabeça interpretado como “sim”)

Há algo que enlaça essa criança ao outro, e isso, vale destacar, a linguagem movimenta o corpo dessa criança. Assim como Arantes (2019) aponta, é importante que isso seja interrogado pelo clínico, isso porque, apesar da ausência de fala, essa criança é “enlaçada pela via do olhar, mas suas condutas são indiscriminadas” (IDEM, p.44). Essa aparência de dialogia se dá pela interpretação do clínico que “atribui sentido aos gestos e ao olhar da criança”. (IDEM p 44). Notemos a seguir:

5. 1 T: Do que você quer brincar? De boneca?

2 LB: (sorri, mexendo no saco de brinquedos, pega uma panelinha)

3 T: Já entendi, vamos fazer comida pra ela?

4 LB: (ela entrega a panela para a T.)

5 T: Oba! Vou fazer arroz, feijão, batata e macarrão!!! (mexendo uma panela no fogão de plástico)

6 Você pode mexer a panela?

7 LB: (meneio de cabeça interpretado como “sim”).

8 (Em seguida, ela se volta para o saco de brinquedos e pega um encaixe)

9 T: Mudou de ideia? Tudo bem, já entendi, você prefere o encaixe

A questão posta por Arantes (2019) é de que “é necessário suportar o enigma que essas crianças presentificam” (IDEM p.44) isso porque há um risco de uma “projeção imaginária” (IDEM p. 44) por parte do clínico. Logo, fica implícito a necessidade de um tempo diagnóstico, tempo que se possa “construir uma hipótese. A autora, como vimos, apresenta uma criança que não fala, mas se faz presente por gestos ou olhares, mas expõe, também, um caso de uma criança de 4 anos – B- que não mantém contato ocular, não se direciona ao outro, mas apresenta falas, “produz enunciados audíveis e bem estruturados” (ARANTES, 2019, p.45), mas que não permitem sustentar nem mesmo uma “ilusão de diálogo”.

6. 1 T: Olha o carrinho! Você vai passear? Olha tem um postinho. Vamos por gasolina?
2 B: (continua a andar com o carrinho sem olhar para T.) (Volta para a caixa, pega uma boneca, tira outros objetos, manipula-os rapidamente e os deixa de lado)
3 T: Olha, tem um nenê, vamos fazer uma comidinha pra ele?
4 B: (pega carrinhos e os coloca em fila. Logo se afasta deles)
5 T: Você quer brincar de carrinho? Então vamos! Aqui, o postinho, vem por gasolina! Ó, assim. (pego um carrinho aproximado da bomba e começo "a encher o tanque").
6 B: (Anda pela sala, aproxima-se da mesa pega lápis e joga no chão.

7 T: Acho que por hoje tá bom. Vamos embora! Quarta- feira você volta, tá?
8 B: Bruno, Bruno! [nome do próprio paciente] Óia lá a pipa. Vamo vê a pipa, Bruno?
9 T: Pipa? Quem te mostrou a pipa?
10 B: Bruno! Chama o Fábio prá ver a pipa.
11 T: Foi seu pai que te mostrou a pipa? Foi?
12 B: (sai da sala e vai em direção à mãe para ir embora).
7. 1 T: Nossa Bruno, dois carrinhos?
2 B: (continua a andar com um carrinho em cada mão sem olhar para T.)
3 T: Olha, tem um postinho...vai descer um, dois e já...
4 B: (olha pra T., pega carrinhos e olha pra porta)
5 T: Você quer brincar de carrinho? Vem vamos colocar na rampa!
6 B: (olha pra T. e pra porta, de costas pra T.)
7 T: Olha vou jogar, um, dois e ...
8 B: ...na rampa (tenta abrir a porta)
9 T: Não! Ainda não acabou, vem pra cá!
10 B: Um, dois e já (com a mesma entonação da T.)

A autora apresenta nesses fragmentos de sessão, diferente do que vimos no primeiro caso, segmentos marcados pela ausência de diálogo, em que sua fala não parece afetar a criança, mas o que ela destaca é a presença de falas sem

endereçamento, mas bem estruturadas, bem estruturadas porque são espelhamentos da fala do terapeuta. Há um estranhamento, porque “há de se perguntar: ‘quem diz’ e ‘para quem diz’” (ARANTES, 2019, p. 45), importa o apontamento de que essa fala indica uma posição subjetiva, a qual a criança está alienada à fala do outro.

Arantes (2019) discute que o “não falar” inclui a heterogeneidade da linguagem- como a autora demonstra com esses casos apresentados, ou seja, há outros modos de falar, esses modos podem ser observados em falas vazias e alienadas, ou em gestos, mas que ainda são falas da criança. Ela reitera a importância do olhar para a singularidade da fala da criança e, também para o modo como a fala do outro incide no corpo da criança.

Com isso, a autora discute os diferentes modos de presença na linguagem e aponta que há formas particulares de se relacionar com a língua e com o outro, e que a leitura que se faz do acontecimento clínico é determinada pela posição teórica que o terapeuta assume. O fato é que não falar não impede que a criança ouça e esteja sob efeito da linguagem e a Clínica de Linguagem, conforme aqui apresentada, mantém compromisso com o sujeito, a linguagem, e toma distância da perspectiva descritivista, e, também, das abordagens pragmáticas, privilegiando o modo singular do sujeito na linguagem.

Pretendo ter indicado neste capítulo que a instância diagnóstica envolve o objeto em questão, mais que isso tentei apontar para a diferença entre a Fonoaudiologia e a Clínica de Linguagem. No próximo capítulo, apresento o caso de uma criança atendida por mim, em que deixo ver o modo como encaminhei esses atendimentos, a partir de minha formação na Clínica de Linguagem.

CAPÍTULO 4: DAVI

Conforme anunciei na introdução, meu objetivo neste trabalho é empreender uma discussão sobre como um clínico de linguagem procede diante de casos de crianças que não falam, privilégio crianças na primeira infância, por ter sido interrogada pela complexidade envolvida na instância diagnóstica.

Para que haja um deslocamento em relação ao que se faz na Fonoaudiologia, é necessário outro modo de conceber os sintomas na fala, isto é, considera-se fundamental que o clínico de linguagem assuma uma escuta para a densidade significativa da fala, que lhe permita pensar como o sintoma está articulado na fala e que efeitos ele produz/não produz na escuta do paciente, da família e do terapeuta (Arantes, 2001). Trata-se de indagar qual a natureza da relação que o sujeito estabelece com a língua, com a fala própria e do outro.

Dessa forma, passo a discussão do atendimento de uma criança, ainda na primeira infância, em que o diagnóstico de linguagem sofria forte pressão do diagnóstico médico, o impasse consistia em suspender esse olhar causalista e olhar para a possibilidade de fala da criança. Trago esse caso que me interrogou, no que diz respeito ao modo de balizar o diagnóstico na clínica de linguagem. De início dois impasses se colocaram: o primeiro relativo ao como avaliar uma criança tão pequena; o segundo sobre como avaliar a fala de crianças que não falam.

4.1. Davi

Acompanho o tratamento de Davi (nome fictício) desde o início de 2021, uma criança que não falava e que os pais questionavam o porquê da ausência de fala do filho, entretanto a fala deles, como veremos, trazia dúvidas e implicitamente uma hipótese diagnóstica que indicava a necessidade de olhar para a criança e em como ela circulava na linguagem, mas, também, indicava a necessidade de trabalhar com o olhar desses pais para o filho.

Antecipo que durante o tratamento, vários momentos de escuta para a fala dos pais foram necessários, principalmente porque a busca por uma causa, pelo fechamento de um diagnóstico classificatório, que explicasse a ausência de fala fazia presença constante. Percebia, no relato dos pais, muita angústia, e, desde o início do

tratamento, já nas entrevistas iniciais, observei a importância de movimentar essas questões – no sentido de possibilitar uma outra leitura de Davi, que pudesse ampliar o investimento naquela criança.

As entrevistas

Davi chegou para atendimento fonoaudiológico, em janeiro de 2021, quando tinha aproximadamente 1 ano e 8 meses. Seus pais relatavam que Davi “não falava”, mas percebi durante a entrevista que um possível diagnóstico de autismo e de apraxia faziam presença velada suas falas. Durante a entrevista, eles disseram que Davi se comunicava através de “balbucio”, mas notei que a ausência de fala gerava angústia nos pais. Contaram que para solicitar algo que desejasse, Davi conduzia os pais, levando-os pelas mãos, e apontando para o objeto e quando era questionado pelos pais, no intuito de que respondesse oralmente, ele ficava visivelmente bravo.

Nesta entrevista, os pais se afirmavam que, aparentemente, não havia nada de natureza orgânica que justificasse a ausência de fala, diziam que Davi não teve nenhuma complicação ao nascer, mesmo tendo nascido de 36 semanas, nunca ficou doente e que o teste da orelhinha não apresentou nenhuma alteração. No entanto, havia uma desconfiança, o autismo era uma suspeita que rondava esses pais. Eles questionavam o porquê dele não falar, comparavam com outras crianças que tinham suspeita/diagnóstico de autismo, mas ao mesmo tempo negavam essa hipótese.

Sobre o relato dos pais, em uma clínica fonoaudiológica tradicional, sinais de um quadro de autismo seriam destacados, Davi não falava e conduzia o outro pelas mãos até o objeto, no entanto, chamava minha atenção o fato de Davi se apresentar, também de outra maneira em relação à linguagem, pela produção sonora - havia a presença de uma criança que “falava” por meio de fragmentos sonoros, mesmo que estes não fossem reconhecidos pelos pais como sendo fala, uma vez que não correspondiam a unidades da língua constituída.

Ainda na entrevista, a mãe relatou com preocupação o fato de ter observado um retrocesso na fala de seu filho, dizia que anteriormente ele falava “tetê” para solicitar o peito, mas que passou a falar “te”, ao mesmo tempo dizia que Davi estava brincando, por exemplo, de se esconder, fazendo o jogo com o outro de “sumir e aparecer” e acrescentou, como se estivesse justificando a ausência de fala, o fato de

Davi ser o único filho, neto e sobrinho de ambas as partes parentais, sugerindo que ele não “precisava falar” porque era sempre atendido.

Percebi, durante a entrevista, um movimento na fala da mãe que ora relacionava as manifestações de seu filho com o diagnóstico de autismo, ora justificava a ausência de fala com o contexto em que ele vivia. Ela destacava, por exemplo, o fato dele conviver intensamente com ela devido à pandemia. Fato que me chamou atenção, a mãe parecia dizer que a relação com seu filho era um impedimento para o desenvolvimento da fala de Davi.

Tal movimento, acima mencionado, atravessa quase toda a entrevista inicial, o uso do tablete por Davi é mais um exemplo; Maria (nome fictício da mãe) dizia que Davi já fazia uso de tablet, porque foi o jeito que ela encontrou para poder “fazer suas coisas”, mas ao mesmo tempo comenta que ele solicitava a presença do outro para compartilhar a tela, queria que o outro visse com ele, além disso, ele imitava as dancinhas que via, mostrava, apontava, chamando a atenção para o que estava vendo. Nota-se que, mais uma vez, o tablet aparece como algo que ela entende “inadequado”, no sentido de que não seria um brinquedo indicado para uma criança tão pequena, principalmente, por eventualmente “atrapalhar o desenvolvimento de linguagem”, mas em contrapartida ele era apresentado como algo que possibilitava a interação com o outro.

Destaco para eles, já na entrevista, a importância da interação e desse chamado para compartilhar a atividade, mas também comento que é necessário limitar o tempo com as telas. Busco apontar que eles falam que Davi, mesmo sem falar parece encontrar uma forma de se comunicar e de se relacionar com o outro, que não se trata de uma criança fechada para o outro, como se vê no que os próprios pais relatavam na entrevista.

Avaliação de Linguagem

Iniciamos o processo de avaliação de linguagem e o que se destaca é a dificuldade que Davi tem de se separar dos pais, Davi tem dificuldade de entrar na sala de atendimento sem eles, assim, foi necessário que um deles permanecesse dentro da sala de atendimento e, aos poucos, fomos negociando a saída deles. E mesmo após a permanência de Davi na sala de atendimento, foi negociado o tempo que ele conseguia ficar sem a presença deles. Era difícil para Davi engajar-se em uma brincadeira, ele escalava os móveis e explorava todos os brinquedos, mas nem sempre compartilhava a brincadeira comigo, o que me deixava intrigada. Mas, apesar de não haver fala, havia expressões, jogos sonoros, demandas:

Pude observar que D. se dirigia ao outro quando queria algum brinquedo:

1. 1D: (Davi me puxa, aponta para os brinquedos na estante)

2T: O que você quer?

3D: Ah, ah

4T: O lápis de cor? (entrego o pote com os lápis)

5D: (Davi pega o pote e joga todos no chão)

Apesar de ausência de fala, havia momentos em que eu tinha a impressão de um diálogo que se montava a partir de fragmentos sonoros que ele produzia, marcado por variação entoacional e, também, por gestos, que eu interpretava como uma resposta, vejamos a seguir:

2.1 D: (se direciona para a cadeira giratória e tenta girá-la)

2 T: Vai rodar a cadeira?

3 D: Éeeh

4 T: Rodou, essa cadeira. (ao rodar a cadeira)

5 D: Ahaah. (Em seguida Davi tenta rodar a cadeira, mas não consegue)

6 T: Força.

7 D: (Davi roda a cadeira)

8 T: liii... chegou (a terapeuta fala quando a cadeira dá a volta completa)

9 D: Íiii, iiiii. (Davi balbucia quando gira a cadeira)

10 T: Íiii, rodou

Comi se vê minha vocalização em (8) retorna na voz de D. em (9), o que indica que D. não estava alheio ao outro e nem à sua fala.

Em outro momento, Davi observa que a sua mãe saiu da sala e vai em direção a porta e diz:

3.1 D: Hã, hã, aí. Hã, hã, aí. (Davi balança a mão para a porta).

2 T: Cadê a mamãe? Tá lá fora esperando.

3 D: (Davi se mantém a porta)

4 T: Cê quer ver? Já já ela volta.

5 D: (Davi não responde)

6 T: Tá bom?

7 D: liim

8 T: Tá bom.

Como se vê, o jogo de alternância se estabelece entre terapeuta e paciente, alternância marcada pela por um jogo vocal.

Em outras ocasiões, entretanto, notava em Davi uma brincadeira exploratória, com poucas trocas comigo, às vezes parecia que eu nem estava presente. Esses momentos contrastavam com aqueles em que era possível ver a presença de uma criança que falava a seu modo, por meio de vocalizações e apoiado a fala do outro. Assim, pude entender a oscilação da família ao apresentar Davi, uma criança que permitia que eles suspeitassem de algo mais sério, pois muitas vezes não respondia, mas que ao mesmo tempo voltava-se para o outro.

O fato dele não sustentar o olhar, não atender quando chamado, a natureza da brincadeira, mais exploratória do que simbólica fazia mesmo suspeitar de algo no campo das psicopatologias, mas entendi ser necessário ampliar o tempo do diagnóstico, para ver como ele respondia ao atendimento. Dessa forma, tentava aos poucos estabelecer trocas com Davi. Vejamos:

4. 1 D: (Davi mexe na cadeira e se vira de costas a mim)

2 T: Ah, vou brincar de carrinho. Um, dois, três e já (jogando os carrinhos em direção ao Davi).

3 D: (Davi não liga para o jogo dos carrinhos e se vira)

É necessário destacar que esse fechamento para o outro foi sendo superado ao longo das sessões e Davi mostrava-se “mais presente” na brincadeira.

5. 1 D: (Davi brincando com o carrinho, andando com ele de um lado para o outro)

2 T: Subiuu. (Ao subir com o carrinho na parede) Desceu (ao descer com o carrinho na parede)

3 D: (Davi, inicialmente, apenas observa, mas depois ele pega o outro carrinho e espelha o mesmo movimento de subir e descer com o carrinho).

É importante levar em consideração que grande parte da vida de Davi se passou durante o período de reclusão social, devido à pandemia da Covid 19, período este que afetou a vida de muitas crianças. Com o início do atendimento, foi possível observar mudanças e uma abertura maior para o outro; foi necessário um tempo de investimento e ele ganhou movimentos importantes para o estabelecimento de um diálogo, ele passou a se dirigir diretamente a mim.

6.1 D: Eh, eh, ei (Davi pega a caixa com legos e traz até a mim)

2 T: Cê vai fazer? (A terapeuta questiona, enquanto Davi coloca a caixa no chão)

3 D: É, é, é! (Davi levanta-se e se apoia em mim balbuciando após a minha pergunta e me puxa)

4 T: Vai abrir?

5 D: Uhum (Davi se agacha tentando abrir a caixa e olha para mim)

6 T: Abre, Kaká, Abre! Abriu (Terapeuta abre a caixa)

Em uma outra sessão Davi mostra um objeto dizendo “oh, oh, oh”. Com isso, a minha aposta ganhava mais força e, assim, busquei ampliar esse fio condutor, que

acoplava a leitura de seus gestos às produções sonoras. No decorrer dos atendimentos, Davi passou a conseguir ficar dentro da sala por mais tempo e sua fala foi aparecendo por meio da incorporação da sonoridade da fala do outro. Na brincadeira rotineira de girar a cadeira, por exemplo, pude observar mudanças e ampliação dessa fala, como observamos a seguir:

7.1 D: (Davi vai em direção a cadeira e senta-se)

2 T: Girou (diz a terapeuta ao girar a cadeira)

3 D: loou.

Essas mudanças na fala de Davi foram percebidas por seus pais e eles pareciam entender que Davi poderia se movimentar na linguagem, eles perceberam que Davi incorporava a fala do outros, nas palavras da mãe: “ele entra pelos sons das falas do outro”.

A cada sessão era possível observar as mudanças de Davi no enlaçamento com o outro pela via da fala. Ele já podia dizer “**não, não**”, balançando a cabeça em negativa, quando não queria algo, pedia para jogar os “legos” (peça de encaixe) em sua cabeça, por meio de gestos, aponta para a sua cabeça e quando eu o fazia, ele sorria para mim. Sua brincadeira não ficava em um único lugar, ele passava por todos os brinquedos e eu entendia que essa a sua forma de explorar os brinquedos, mas agora de forma partilhada.

8.1D: vrum (Davi faz o barulho do carro ao mover o brinquedo)

2T: Ah, o carrinho faz: - vruum, bibi.

9.1T: Ah, estou com fome. Vamos fazer comida?

2D: tchii (Davi mexe na panela para fazer a comida e faz o gesto de queimar a mão).

3T: Ah, está quente. Cuidado, pega a colher.

Ao explorar os brinquedos, Davi incorporava fragmentos da fala da terapeuta: o barulho do carro, o de queimar a mão. E cada sessão era marcada por novidades, ou seja, novos movimentos do corpo e da fala de Davi.

A sua entrada na sala de terapia passou a ser sem dificuldades, ele chegou até a ignorar a mãe - não responde para a mãe, quando ela pergunta se ele iria querer levar o brinquedo que trouxe e entra sozinho comigo. O espelho e o retorno das cenas vividas com o próprio clínico passaram a ser recorrente nas sessões: Davi fazia a cena de comer, beber o suco, bater o suco - ações que a terapeuta fazia nas sessões anteriores, há como se vê, maior extensão simbólica nas brincadeiras, que inicialmente eram principalmente exploratórias e solitárias. Até mesmo o modo escalar objetos foi ampliado e incluiu a terapeuta num jogo corporal:

1D: (sobe na cadeira, abre os seus braços)

2T: Você quer que eu te segure? (fico em posição para segurá-lo)

3D: (Davi não fala, mas sorri e joga o corpo em minha direção).

A posição de Davi vai se modificando, aos poucos ele ganha autonomia, ele resiste à fala de fato, apesar de usar gestos, das produções sonoras ainda escassa. Houve durante o atendimento, um período de férias e, com isso, a angústia dos pais retornou.

Novas conversas com os pais

Após o período de férias - apesar de todas as mudanças na linguagem e na interação de Davi, reconhecida pelos próprios pais -, eles voltaram a comparar Davi com outras crianças que apresentam diagnósticos de autismo e me questionaram, pelo fato de Davi não falar de fato. Eles buscavam uma causa para isso e perguntam se há algum indício de TEA. Digo que não apostava nisso, destaco a interação e trocas com os outros, retomo acontecimentos que os próprios pais haviam relatado, além da mudança no modo de estabelecer interação com o outro, também observadas em terapia. No entanto, a fala de Davi era ainda de um incômodo profundo para os pais, o que também me intrigava inicialmente, mas tento explicar que isso foi superado e que Davi está movimentando, que houve mudanças importantes. No entanto, apesar de reconhecerem mudanças na fala e no comportamento de Davi, eles diziam que havia uma “falta de fluidez de fala” e, por isso, os pais que eram profissionais da área saúde e tinham um contato próximo com fonoaudiólogos, questionavam se o que o filho deles não poderia ter, se não autismo, uma Apraxia de fala.

É interessante essa nova perspectiva, antes a queixa era a ausência de fala e depois era a dificuldade de falar. Aos olhos dos pais, apesar das mudanças, Davi não era visto como falante competente, o que os angustiava muito.

Discordei da hipótese diagnóstica trazida por eles, por mais que tenha ficado na minha escuta. A mãe de Davi questionava se está deixando de fazer algo e ficava cada vez mais clara a inquietação dos pais. Afirmei que estávamos investindo em Davi, retomei os movimentos dele na terapia, e os relatos que eles traziam de cenas vividas em casa para destacar todas as mudanças já apresentadas por Davi. No entanto, ainda havia uma inquietação do casal que não se dissipava. Note-se que a possibilidade de um diagnóstico relativo a algo mais grave, ainda assombrava os pais, por isso achei importante voltar minha escuta para eles, afinal eles recorriam a mim e era preciso acolher sua angústia. Acolhi suas hipóteses e fiz apontamentos, mas não foi suficiente.

A procura por uma causa permaneceu, o que resultou na busca dos pais por um pediatra “mais aberto às questões da infância”, que, segundo eles, brincava com a criança e depois conversava com os pais. Na fala do médico, conforme narrado pelos pais, ele não chamou a atenção para a questão de fala, disse que “é algo mais dos pais do que do Davi” e, novamente, a questão do autismo foi introduzida pelos pais, mas descartada pelo pediatra, o que os deixou mais tranquilos.

Os pais, mais aliviados, consideraram importante a introdução de atividades diversas para a sociabilidade de Davi, o que eu já tinha indicado em conversas anteriores, assim, decidiram matricular Davi na escola. Eu concordei com o que o médico havia aos pais e retomei as mudanças importantes de Davi no pouco período de investimento. Saliento que os pais ainda sentem diferenças do filho, mas a angústia do diagnóstico de autismo ou de apraxia caiu por terra, e a voz do médico contribui para isso e deu lugar aos novos investimentos em relação a Davi. No que diz respeito aos atendimentos, Davi apresentava-se a cada dia mais aberto aos movimentos da fala e mais presentes na brincadeira.

Com esse caso, tentei mostrar como foi delicado o tempo diagnóstico de uma criança pequena que apresentava uma questão muito importante para os pais: não falar. Com isso, as questões que eles trouxeram mobilizaram a minha escuta, mas

como tentei mostrar, foi necessário um olhar singular para os movimentos da criança na linguagem e para as mudanças na relação com a fala do outro após um tempo de investimento clínico. Além disso, tive a intenção de demonstrar a importância das entrevistas e da avaliação de linguagem, em contraponto ao uso de provas e testes, visando subverter um olhar biologizante ou a busca incessante de uma causa.

Espero ter indicado que o diagnóstico de crianças pequenas demanda tempo, para que mudanças possam ser observadas. Em uma sessão, seja de observação, ou por meio de provas, a chance de uma leitura precipitada pode ser avassaladora, chego mesmo a pensar qual teria sido a história de Davi, se eu tivesse aventado a hipótese de TEA ou de Apraxia. A Clínica de Linguagem possibilitou que eu tomasse uma posição frente aos excessos dos diagnósticos de TEA. A partir dela pude abrir minha escuta para os pais e para a leitura que eles faziam de Davi, pude, também, investir em sua fala, direcionar a minha escuta para a linguagem e para as mudanças na posição de Davi. Entendo que essa seja a posição de um clínico, fazer uma aposta, operar mudanças e não apenas descrever o que a criança não faz, procurando indícios de transtornos nomeados em manuais de classificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita deste trabalho responde às seguintes questões suscitadas em meu percurso clínico, a saber: como se dá o diagnóstico de linguagem de crianças pequenas na primeira infância? Como avaliar a linguagem de crianças que não falam ou fazem de maneira particular?

Assumi a Clínica de Linguagem como subsídio teórico de minhas ações clínicas conforme expus no atendimento do caso de Davi. Entendi que era necessário conhecer o que se tem produzido no campo da Fonoaudiologia, no que diz respeito à avaliação de linguagem de crianças pequenas, considerei que era necessário para estabelecer as diferenças no modo de lidar com a linguagem na esfera diagnóstica e no modo de conduzir o tratamento.

A revisão narrativa selou o que Arantes (2001) já constatava em sua tese de doutorado, o uso de testes e provas para avaliar a linguagem de crianças foi consolidado na Fonoaudiologia, especialmente, a partir da noção de uma clínica baseada em evidências. Chama atenção a presença intensa do raciocínio da clínica médica e o uso inadvertido da Linguística. Destaque para o afastamento da observação da criança, ou seja, a singularidade dos casos e deixado a margem em favor da padronização das provas. Já a Clínica de Linguagem aparece como contraponto a esse apagamento da heterogeneidade da fala e do sujeito, uma vez que desloca a noção de sintoma e inclui uma reflexão sobre a fala e o falante. A partir dela, foi possível indagar os modos de circulação da criança na linguagem. Com o caso de Davi pretendi mostrar como o olhar sobre a presença da criança na fala e na relação com o outro, bem como a escuta para os pais se entrelaçam na composição do diagnóstico, assim como na direção do tratamento.

A Clínica de Linguagem oferece a possibilidade de entender os impasses das crianças que sucumbem na trajetória de *infans* a falante, focalizando o sofrimento de um sujeito e de uma família que chega à clínica. A escuta do clínico se volta para o modo de presença do sujeito na linguagem, mas, também, para a angústia dos pais. Ponto importante a ser considerado, como vimos com Davi, e fundamental para a evolução do tratamento da criança. Assim, o tratamento inclui a presença dos pais

que, muitas vezes, precisam fazer uma aposta na criança, deslocar suas expectativas, A Clínica de Linguagem inclui, também, uma intervenção junto aos pais. No caso de Davi a questão da escuta dos pais para a fala da criança, foi determinante no atendimento, pois enquanto a suspeita de autismo não foi enfrentada, Davi não era visto a partir de suas potencialidades. Nesse sentido destaco o trabalho de Fudissaku (2009) que afirma:

os pais têm, na maior parte das vezes, “um Saber que não se sabe”. É esse Saber que, nas entrevistas, pode retornar aos pais, a partir de uma intervenção do clínico de linguagem. Isso significa que muitas vezes, escutamos aquilo que os próprios pais não escutam na própria fala, e podemos tentar fazer com que eles se escutem, que se mobilizem pelo que disseram, uma vez que não se pode apagar o que foi lido. (p.56)

A posição teórica aqui apresentada, como tentei mostrar com o caso Davi, vai em uma direção distinta da fonoaudiologia tradicional, que apresentei nos capítulos 1 e 3. A vigência de protocolos e testes para que se possa identificar ainda na primeira infância uma questão de linguagem não movimentam a possibilidades da heterogeneidade dos casos que pertencem à classe de “crianças que não falam”. Como observamos no capítulo 3, na perspectiva organicista, faz eco as palavras de Marcolino-Galli (2013): a terapêutica médica “incide sobre a doença” (idem, p.26), incidência que se dá por meio da procura de sinais e sintomas que são retirados da queixa, ou mesmo, do “relato conduzido e retalhado para a coleta de sinais da doença” (idem p.26). A autora busca demonstrar que a medicina detém autoridade, até mesmo, no discurso das outras ciências

aprofundaram-se certezas médicas, já que foram referendadas pelas “ciências humanas”, que passam, nessa composição com a Medicina, a “fazer complemento” a ela - as “humanas” aderem a Medicina, seus objetivos e causa; respondem inteiramente à sua demanda. (IDEM p.28)

concordo com autora e acrescento que a tal autoridade do discurso médico também aparece na fala dos pais, buscando na causa uma possibilidade de nomear seu sintoma. No entanto, ainda com Marcolino-Galli (2013) acompanho quando a autora traz a queixa como “manifestação de um sujeito sobre o seu sintoma” (p.26) ao falar da clínica com afásicos, a diferença é que na clínica com crianças quem enuncia esse incômodo são os pais.

Como vimos, com os testes a heterogeneidade da fala não é considerada na fonoaudiologia tradicional, nela fica em destaque a procura por indícios de transtornos nomeados em manuais de classificação (como analisado na revisão narrativa). E, então, tentei chamar a atenção que na Clínica de Linguagem o viés classificatório não movimenta e nem direciona o tratamento, o que importa é a escuta dos pais e o trabalho com a leitura que eles fazem do seu filho e a escuta para a linguagem e para as possíveis mudanças de posição dessa criança. Foi isso que tentei indicar com o caso de Davi, um outro modo de encaminhar a clínica. Nele observamos que foi necessário um tempo de investimento e de trabalho de escuta para a fala dos pais para, enfim, afastá-los da hipótese de autismo e para que eles pudessem sustentar o tratamento sem que fosse nomeado um transtorno específico, mas para isso, também, aqui a presença de um médico foi importante para corroborar minha hipótese.

O atraso de linguagem, talvez, parta do pensamento cronológico, no qual há um tempo para o início da fala, no entanto, como, Lier-DeVitto (2006) alerta, essa ideia traz uma tentativa de demarcar o “normal” e o “patológico” baseando-se em atraso no tempo de fala, assim, assume-se o sintoma na linguagem como “algo que não é mais esperado ocorrer numa certa idade” (idem p186). Para a autora o sintoma apresenta um tempo lógico, em suas palavras, o sintoma:

[...]ele inscreve e se inscreve num tempo outro: tempo da insistência, da repetição. É isso que a escuta dos “ouvintes” capta: um falante que repete um mesmo (na diferença manifesta de suas falas). [...] É isso que os clínicos de linguagem enfrentam: uma **fala resistente**. (Lier-DeVitto, p186, grifos meus)

Seja na resistência da fala ou na resistência a falar, as intervenções não seguem um padrão, pois são direcionadas a cada caso. No entanto, podem ser de diferentes modalidades, tratei nesta dissertação de um atendimento individual, mas há atendimentos em grupo. Em todos esses meios de intervenção, desde que seja compromissada com a linguagem e o sujeito, pode-se observar mudanças e o nascimento de um sujeito: seja ele falante ou não, mas que está na linguagem.

Espero ter indicado com o caso de Davi, que um diagnóstico se dá ao longo do atendimento, que é preciso investir na fala da criança, na leitura que os pais fazem da fala de seu filho. Nomear um transtorno não oferece uma direção para o tratamento, ao contrário, encapsula a criança em um rótulo que muitas vezes impede uma aposta

na potência da criança. É preciso sustentar um tempo em que se busca lugares de abertura da criança para o clínico, é preciso observar se há mudanças e convidar os pais para essa “aposta”, o foco do diagnóstico é um sujeito que sofre e não apenas a nomeação de sinais que caracterizam uma doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association [APA]. (2014). **Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V (5a ed.)**. Porto Alegre: Artmed.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Technical report: **Childhood apraxia of speech** [internet] 2007. Available from: <http://www.asha.org/policy/TR2007-00278.htm>.

ANDRADE, C.R.F.; BEFI-LOPES, D.M.; FERNANDES, F. D.M.; WERTZNER, H.F. **ABFW- Teste de Linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática**. Pro-Fono.Segunda Edição em 2011.ISBN:978-85-85491-98-

ANDRADE, F.R. **Reeducar ou clinicar? Perspectivas teóricas e direções clínicas da atuação fonoaudiológica voltada para as dificuldades de leitura e escrita**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP,2021.

ANDRADE, Lourdes. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. Diagnóstico na Clínica de Linguagem: escuta e interpretação. **Linguística**.Vol. 35-2, p.39-48, dez, 2019.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. In: LIER-De VITTO, M.F.; ARANTES, L. (org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: Educ, Fapesp, 2006.

ARANTES, L.M.G. A clínica psicanalítica e a fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, 15(1):59-69, dez.,2003.

ARANTES, L.M.G. Diagnóstico de linguagem: sobre os efeitos das falas sintomáticas. **Anais do SILEL**. Volume 1. Uberlândia: EDUFU, 2009.

ARANTES, L.M.G. O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro. In: LIER-DEVITTO, M.F. (org.). **Fonoaudiologia no sentido da linguagem**. Editora Cortez, São Paulo, 1994, p. 23- 37.

ARANTES, L.M.G. **Diagnóstico e clínica de linguagem** 2001. Tese de doutorado (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo

BOSA, C. A., & TEIXEIRA, M. C. T. V. **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica** (1 ed). São Paulo: Hogrefe.2017

BRAZ, H.A; PELLICCIOTTI, T.H.F. **Exame de linguagem Tipiti**. São Paulo: MNJ LTDA; 1988.

CÁCERES-ASSENÇO, A.M.; GIUSTI, E.; GÂNDARA, J.P. et al. Por que devemos falar sobre transtorno do desenvolvimento da linguagem? **Audiol Commun Res**. 2020;25:e2342.

CAPOVILLA, F.C; CAPOVILLA, A.G.S.; NUNES, L.; ARAÚJO, I.; NUNES, D.; NOGUEIRA, D.; BERNAT, A.B. Versão brasileira do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody. Versão brasileira do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody. **Distúrbios da Comunicação**. Dezembro de 1997 8(2):151-162.

CARBONIERI, J. & LÚCIO, P.A. Avaliação do vocabulário em crianças brasileiras: revisão sistemática de estudos com três instrumentos. **CoDAS** 2020;32(3):e20180245 DOI: 10.1590/2317-1782/20202018245.

CATRINI, M & LIER-DEVITTO. Apraxia de fala e atraso de linguagem: a complexidade do diagnóstico e tratamento em quadros sintomáticos de crianças. **CoDAS** 2019;31(5):e20180121

Cunha, M. C.; Silva, M.F.F.; ICHITANI, T.; MACHADO, F. P. Estudo descritivo sobre instrumentos de avaliação de linguagem oral publicados nos periódicos fonoaudiológicos brasileiros. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 33, p. 195-203, 2021

DI CIACCIA, A. **A prática entre vários**. In S. Altoé & M.M de (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.34-54,2005.

DÖR, J. (1991) **Estrutura e Perversão**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

DRUCE, A. **Bruxa, Bruxa, venha à minha festa**. Brinque Book, São Paulo, 2009.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. **A crítica psicanalítica do DSM-IV - breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria**. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011a.

Em busca de uma alternativa à noção de desenvolvimento na interpretação do processo de Aquisição de Linguagem. **Relatório de produtividade em pesquisa (CNPq)**. Campinas: UNICAMP: IEL (inédito)1999.

FERREIRA, C. M. B. Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 65, n. 4, p. 16-17, 2013.

FONSECA, S.C. **Afasia: a fala em sofrimento**. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 1995.

FONSECA, S.C. **O Afásico na Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2002.

FORTUNATO-TAVARES, T. et al. Processamento linguístico e processamento auditivo temporal em crianças com distúrbio específico de linguagem. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 2009, v. 21, n. 4, pp. 279-284.

FOUCAULT, M. (1963) **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977.

FUDISSAKU, F. **Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP,2009.

Giusti, E. & Beffi-Lopes, D. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o português brasileiro. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 2008 jul-set;20(3)

GONÇALVES, T.M. & PEDRUZZI, C.M. Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura. **Rev.CEFAC**. 2013 jul-ago;15(4):1011-1018.

GUIMARÃES CF & ODA AL. Instrumentos de avaliação de linguagem infantil: aplicabilidade em deficientes. **Rev. CEFAC**. 2013 Nov-Dez; 15(6):1690-1702

HAGE S.R.V.; PEREIRA, T.C.; ZORZI, J.L. Protocolo de observação Comportamental – PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**. 2012 Jul-Ago; 14(4):677-690.

HAGE, S.V.R.; YUMI, L.; SAWASAKI, L.Y. et al. Comunicação social e habilidades pragmáticas em crianças com transtornos do espectro do autismo e distúrbio do desenvolvimento da linguagem. **CoDAS** 2022;34(2):e20210075.

HAGUETTE, C.R.B. Linguagem na primeiríssima infância: uma proposta de avaliação clínica fonoaudiológica. In: GIACHETI, C.M. **Avaliação da fala e da linguagem: perspectivas interdisciplinares em fonoaudiologia**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica,2020. p.251-272.

JERUSALINSKY, A.; KUPFER, M.C.; BERNARDINO, L. F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.; MOLINA, S.; SALES, L.; STELLIN, R.; PESARO, M. E.; LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **ProSaúde** disponível em: (https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor_preditivo_de_indicador_2009_inedito.pdf)

LACAN, J. **A família**. Assíro & Alvim 1ª ed nov 1978/ 2ª ed dez 1981

LEITE, M. P. S. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. Pulsional - **Revista de Psicanálise**. São Paulo, v. 7, n. 120, p. 36-40, 1999.

LIER-DeVITTO, M.F. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: LIER-De VITTO, M.F.; ARANTES, L. (org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: Educ, Fapesp, 2006.

LIER-DeVITTO, M.F. Sobre a interpretação. **Cadernos de Estudos Linguísticos** (UNICAMP), Campinas, v.29. 1995. p. 9-15.

LIER-DeVITTO, M.F. Sobre o sintoma: efeito da fala no outro, déficit de linguagem, ou ainda? **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 36, n.3, p. 245-252, 2001.

LIER-DEVITTO, M.F. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N.V.A.(Org). **Corpo linguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado de Letras, 2003.p. 233-245.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 3, p. 221, 2008.

MACHADO, F.P.; LERNER, R.; NOVAES, B.C.A.C.; PALLADINO, R.R.R.; CUNHA, M.C. Questionário de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiol Commun Res**. 2014;19(4):345-51.

MARCOLINO-GALLI, J.F. **A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora**. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP,2013.

MARTINS, F. C. R. M., MACHADO, F. P., SILVA, C. S. R., & PALLADINO, R. R. R. (2021). Childhood apraxia of speech evaluation in autism spectrum disorders: three clinical cases report. **ABCS Health Sciences**, 46, e021401. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2019165.1434>

MILLER, A. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. (Campo Freudiano no Brasil).

MILLER, J.A. **A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan.** *Curinga*. Belo Horizonte, n. 23, p. 15-60933, 2006. Publicação semestral da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais.

MONTEIRO, A. A. F. **Discurso médico e diagnósticos online.** 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

MOTA, A.P.; LERNER, R.; ESCOBAR, A.M.U.; KUPFER, M.C.M. et al. Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. **Psicol. USP** 26 (3) • Sep-Dec 2015 <https://doi.org/10.1590/0103-656420130043>.

OLIVEIRA, A.M.; NUNES, I; CRUZ, G.S.; GURGEL, L.G. Métodos de avaliação da apraxia de fala na infância: revisão sistemática. **Audiol Commun Res.** 2021;26:e2524

OLIVEIRA, L.D.; FLORES, M.R.; SOUZA, A.P.R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**, March-April, 2012, Vol.14(2), p.333(10)

PRISCO C. **Sobre a complexidade envolvida no diagnóstico precoce de autismo: uma questão de linguagem.** Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP,2019.

QUINET, A. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. (Bacamarte, 3).

REES, N.S. Auditory processing factors in language disorders: the view from Procrustes' bed. **J. Speech and Hear. Dis.** 38:304-15.1973

RIBEIRO, A. A. G. & MURAD, C. R. R. O. Revisão de literatura sobre instrumentos de avaliação para rastreamento de sinais precoces de autismo: tipos e resultados alcançados. **Revista Iniciação & Formação Docente.** V. 7 n. 3 – 2020 ISSN: 2359-1069.

SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

SANTOS, J. A. T.; AYUPE, K. M. A.; LIMA, A. L. O. et al. Propriedades psicometricas da versao brasileira do Denver II: teste de triagem do desenvolvimento /Psychometric properties of the Brazilian version of the Denver II: developmental screening test. **Ciência & Saúde coletiva**, 2022-03-01, Vol.27 (3), p.1097

SANTOS, T. D.; SOUZA, A.P.R.; LONDERO, A. D.; MACHADO, F. P.; CUNHA, M.C. Psiquismo e linguagem na clínica interdisciplinar com crianças pequenas. **Distúrbios da Comunicação**, v. 31, p. 54-68, 2019.

SILVA, C. C., & ELIAS, L. C. S. Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. **Avaliação Psicológica**, 2020, 19(2), pp. 189-197

SOHSTEN, P.V. & MEDEIROS, C.P. **O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise**. Reverso, Belo Horizonte, ano 38, n. 72, p. 59 – 66, dez, 2016.

VORCARO, A.M.R. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, 15(2):265-287, dez.,2003.

VORCARO, A.M.R. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

VORCARO, A.M.R. **Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social**. - Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.208 p.; 23 cm. ISBN 85-85717 - 34-3.