

QUESTÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO EM CRIANÇAS*

Ruth Ramalho Ruivo Palladino **

Introdução

A intenção fundamental deste artigo é traçar algumas considerações sobre a avaliação de linguagem. Realizado quando há hipótese de alteração, o diagnóstico fonoaudiológico pode compor a avaliação do funcionamento de linguagem, voz, sistema sensorio-motor oral e audição. Embora seja considerado o momento inicial do processo terapêutico e, portanto, fundante deste porque se propõe à identificação de uma demanda e a um conhecimento mínimo sobre o funcionamento da linguagem do paciente, muitos profissionais não realizam a avaliação de linguagem de forma específica ou, mesmo, acabam por abolir tal procedimento do processo clínico-terapêutico. Assim, diante desta constatação que, embora oficiosa, é importante, é possível já anunciar que a intenção secundária desta reflexão

* Este artigo faz parte de um conjunto de atividades realizadas pelo Grupo de Estudos Teórico-Práticos – Programa de Avaliação de Linguagem em Crianças Pequenas, do GT de Avaliação de Linguagem do Núcleo Teorias e Técnicas de Processos Terapêuticos da Faculdade de Fonoaudiologia PUC-SP. O artigo foi coordenado pela professora Ruth Ramalho Ruivo Palladino e produzido por Kátia Aguiar, Renata Barros, Flávia Cusin, Sheila Dela Marta, Cinthia Della Via, Maria Fernanda Ferreira, Fátima Martins, Claudia Monezi, Paula Monteiro, Livia Oliveira, Carolina Pedro, Graziela Pessuto, Viviane Silva, Mariana Trenche, Milena Trigo e Mirian Winick.

** Professora do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, doutoranda no Programa de estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.

é, sem dúvida, a de sugerir uma prática clínica que implica necessariamente a avaliação de linguagem.

A avaliação de linguagem em crianças é uma parte bastante controversa da prática fonoaudiológica, pois as crianças pequenas acabam por compor um universo singular, que apresenta questões interessantes e complexas, em virtude de seu quadro sintomatológico e de sua inserção no âmbito terapêutico.

E é aqui que se delimitam as duas problemáticas principais que encontramos durante o diagnóstico das crianças. Uma delas se refere ao campo dos sintomas, e, a outra, ao campo da demanda.

Os sintomas, nas crianças pequenas, apresentam-se como pouco definidos, isto é, vagos, com uma plástica ainda de muita movência, uma vez que não só estão em processo de aquisição de linguagem, como de estruturação do psiquismo. Assim, a instalação de um quadro patológico de linguagem, por exemplo, ocorre concomitantemente ao processo de sua aquisição, dificultando a delimitação da alteração de linguagem. Além disso, outra problemática é representada pela questão da definição de “sintoma”. Uma ocorrência é “sintomática” de uma alteração, fundamentalmente, porque se repete. No caso de crianças muito pequenas, ocorrências “sintomáticas” podem não se repetir com extrema frequência, daí a dificuldade em levantar material para análise.

A presença de sintomas que motivam os pais a buscarem terapia fonoaudiológica – geralmente o “não falar” ou o “falar errado” – pedem do fonoaudiólogo um esforço para a compreensão do que aquele quadro de linguagem representa. Há, porém, diversas formas de “olhar” os sintomas, e, para tanto, o fonoaudiólogo pode apostar ou na singularidade do sujeito e opacidade do dizer ou na universalidade do indivíduo e na transparência do dizer, proposições implícitas no conceito de *pathos* (patologia¹).

No caso da patologia concebida como desvio da norma, o sintoma do paciente é tomado pelo fonoaudiólogo como um “exemplo” dos sintomas que se repetem nos indivíduos portadores de uma determinada doença. A noção de patologia acaba por remeter ao conceito de norma, já que o que se faz é trabalhar

1. A questão sobre as possíveis concepções de patologia aqui discutidas tem sua fundamentação no trabalho de G. Canguilhem (1995).

com o conjunto de sintomas apresentados de antemão pela doença, como se houvesse absoluta homogeneidade entre os doentes, como se eles fossem meramente exemplares de uma patologia. Este tipo de trabalho não dispensa, de modo algum, a utilização dos manuais, já que o sentido do sintoma é único, é fixo, é literal.

Por outro lado, quando se toma a doença como sofrimento, o sintoma do doente não é visto mais como “exemplo”, mas como uma “ocorrência”. Privilegia-se assim a singularidade do sujeito. Isto significa que a terapêutica se propõe a um trabalho com o que é produzido por aquele paciente específico (único, singular) e não com o que é produção de todos os doentes de tal patologia (sintomas em comum). O terapeuta toma como questão a heterogeneidade dos sujeitos e, assim, de suas produções, abrindo espaço para a polissemia, para os múltiplos sentidos a serem atribuídos aos sintomas. E no caso das crianças, em virtude do seu perfil sintomatológico, parece importante elaborar uma “leitura” de todo e qualquer dado.

Já no que se refere a outra problemática, a questão da demanda pode, assim como a noção de sintoma, tomar sentidos diferentes. Aqui, se tomarmos o sentido da fala dos pais como literal, com sentido fixo, a demanda pode ser traduzida como queixa, já que o que os pais dizem é tomado como verdade absoluta. Por outro lado, se o discurso dos pais é tomado como efeito de sentido, abre-se espaço para a polissemia. A demanda não coincide com vontade ou disponibilidade dos pais, mas, ao contrário, é um discurso sobre a dor, lembrando-se que a noção de patologia que aqui permeia é a de “sofrimento”.

Além disso, o discurso dos pais e dos pacientes freqüentemente sugere ao terapeuta (que está submetido ao pedido deles) a necessidade de uma leitura imediata e conclusiva. Certamente, esperam do fonoaudiólogo respostas e saídas para o problema em questão. Ora, se é o sintoma a motivação desses sujeitos em busca da “cura” (traduzida aqui como a eliminação dos sintomas aparentes), é absolutamente indispensável que eles estejam de fato interessados na sua extinção, certo? Nem sempre... A “cura” da criança pode representar para os pais um momento de “perigo” (os sintomas e a doença garantem uma certa estabilidade, ainda que ilusória), uma vez que há uma mudança na situação. Mannoni (1980) aponta para o fato de que “a queixa parental encobre com freqüência

sintomas mais sérios ou, pelo menos, diferentes daqueles que motivam a consulta” (p. 69).

Ao se tratar de crianças pequenas, a questão da demanda sofre um agravante. Se a demanda é o discurso sobre a dor, e se a criança pequena não fala, logo, há um problema aí. É preciso discernir o que, no discurso dos pais, pode estar representando o sofrimento da criança e o que é trazido, nesse discurso, dos conteúdos representativos do sofrimento dos pais diante do quadro apresentado pelo filho.

O diagnóstico das crianças compõe ainda um desafio. E foi este desafio que o Grupo de Estudos Teóricos/Práticos tentou enfrentar, estudando esta questão. Inicialmente, realizamos uma retrospectiva teórica, fazendo uma análise crítica dos procedimentos tradicionalmente usados na avaliação de crianças pequenas. E, depois, desenvolvemos uma proposta de atendimento elaborada a partir de uma certa visão de linguagem, sujeito e clínica.

A técnica tradicional de diagnóstico em crianças pequenas

Diferentes modos de entender a patologia (desvio de um padrão para mais ou para menos ou um discurso sobre a dor), que, por sua vez, implicam uma aproximação ou um afastamento de diferentes hipóteses sobre clínica, linguagem e sujeito, por consequência, redundam em diferentes procedimentos técnicos: a avaliação da linguagem de crianças pequenas disto também não escapa.

Concebida como um instrumento diagnóstico responsável pela inauguração do processo terapêutico, a avaliação de linguagem consiste no reconhecimento e na compreensão de uma rede sintomatológica, quer dizer, no reconhecimento e na compreensão do engendramento de ocorrências diversas, e, para tanto, o clínico deve buscar em diferentes espaços os indícios da configuração desta rede: a família, a escola, outros profissionais, laudos médicos, além de, evidentemente, o próprio paciente. Por um lado, há um conjunto de entrevistas e, por outro, o exame do paciente propriamente dito.

Numa decisão baseada na idéia de homogeneidade e de universalidade do sujeito e na transparência do dizer, tradicionalmente busca-se, na entrevista inicial

com a família, a realização de um levantamento do histórico de desenvolvimento do indivíduo.

Durante a entrevista é realizada uma anamnese a fim de que se possa, num movimento retrospectivo, resgatar principalmente o desenvolvimento somático do indivíduo. Isto significa que há um apriorismo do dado, isto é, ele já está valorado na medida em que a referência somática é entendida como principal. A função do fonoaudiólogo é a de perseguir os dados relativos aos antecedentes familiares, à concepção, gestação, ao parto e desenvolvimento neuro-psico-motor da criança, de forma a perfilar estas informações numa seqüência cronológica, para detectar “onde” e “quando” o problema surgiu. As questões referentes ao estado psicológico, bem como as questões sociais e culturais, também interessam, mas serão sempre dados “marginais” porque irão tão-somente ajudar a compreender o desenvolvimento orgânico. Para que isto aconteça, solicita-se, então, a presença de um informante (tido como ideal), geralmente a mãe, já que o conjunto de informação será tomado como “verdade” (idéia de transparência do dizer). Por este motivo, o registro do material deve ser imediato e literal, ou seja, a anotação se apresenta como melhor forma de realizá-lo. Quem faz o histórico é o informante e não o clínico, em última instância. Ele apenas tenta disponibilizar o entrevistado para o fornecimento de informações esperadas.

Encerrado este primeiro momento, o clínico, apoiado na anamnese, realizará uma observação geral do paciente relacionando os aspectos físico, social, cognitivo e emocional, de forma a trabalhar a relação entre o sintoma de linguagem e o conjunto de sintomas de outras ordens, com a finalidade de determinar, ou não, um diagnóstico diferencial e traçar os devidos encaminhamentos a outros profissionais.

O exame de linguagem com o paciente será executado a partir da utilização de testes/provas e/ou situações informais lingüisticamente controladas que visem a realização de tarefas lingüísticas. Linguagem, aqui, está posta no interior de um conceito de língua enquanto código, em que a sua função comunicativa está maximizada. A análise é feita a partir da descrição dos sistemas fonético-fonológico, morfo-sintático, semântico e pragmático encontrados nos níveis de emissão e de recepção. Sendo assim, será apontado na fala da criança o que é desviante em relação à norma lingüística ideal (condição para uma boa comunicação). A

partir da confrontação entre os dados da anamnese, da observação geral e do estudo da linguagem, será feito um planejamento, de modo a estabelecer metas que deverão ser cumpridas durante as sessões de terapia.

Esta prática clínica, delineada no bojo de uma idéia de homogeneidade do sujeito e literalidade do dizer, foi erigida ao redor de uma idéia de patologia, como desvio da norma, e de sujeito, como indivíduo que é centro de si, porque controla suas intenções e seus dizeres. Para lidar com os dados de linguagem, a aproximação se deu em direção à “Linguística das formas”, que higieniza de seus estudos justamente o erro, o equívoco, o descontrolo.

Mas há um agravante neste método terapêutico quando nos remetemos ao diagnóstico de crianças que geralmente “não falam”. Há um certo maniqueísmo na execução do procedimento. Segundo Palladino (1986), “inexistem propostas específicas de investigação para casos de crianças pequenas ‘sem ou com pouca linguagem’” (p. 2). Como a linguagem é identificada com o falar, é testado somente o nível receptivo, já que o emissor não é passível de ser investigado, uma vez que a criança “não fala”: um modo muito curioso e pouco apropriado de resolver a questão. Até porque, no fundo, não a resolve. Adiciona-se a este procedimento uma “observação geral” (de condutas não lingüísticas) que pode ajudar na compreensão do caso. Para além disto, a tendência é de explicar tais casos como tendo obrigatoriamente uma origem somática e/ou psíquica. Da noção de aquisição de linguagem aí vigente determina-se a existência de um período anterior ao lingüístico, denominado pré-lingüístico, durante o qual o conhecimento é elaborado sem a participação da linguagem. Esta, por sua vez, só aparece quando a criança começa a falar. Ganha, assim, o estatuto de representação e a suposição de que suas alterações são sempre consequência direta de algum problema referente à instância responsável pelo período preparatório: ou a psíquica e/ou a somática. A linguagem é tida, então, como epifenômeno, porque submetido ao funcionamento de outro domínio.

Em suma, se a criança não fala ou “fala pouco”, não há exatamente o que se avaliar. Uma observação “geral” das condutas, aliada a uma qualificação de sua “competência comunicativa”, pode servir de base para uma terapêutica.

Um procedimento clínico

Quando se aposta na heterogeneidade do sujeito e na opacidade do dizer, a técnica de avaliação, bem como a terapia propriamente dita, passam a ter uma configuração completamente diferente desta que foi apresentada.

A técnica diagnóstica utilizada durante os atendimentos pelos participantes do PALC – Programa de Avaliação de Linguagem de Crianças Pequenas, esteve sedimentada sobre um método derivado de teorias incorporadas ao paradigma que privilegia o acontecimento singular em detrimento dos processos gerais e homogêneos a todos os indivíduos. Neste paradigma, a noção de patologia está concebida como sofrimento, isto é, como um fenômeno que tem como referencial o próprio doente e não a sua exterioridade, e, assim, seu parâmetro não é a norma social, mas o discurso de sofrimento do sujeito.

Ao repensar a noção de patologia desta forma, vimo-nos obrigados, conceitual e metodologicamente, a nos aproximar de teorias que pudessem dar conta da singularidade do sujeito e da opacidade de seu dizer. Para tanto, três campos, em específico, apresentaram-se como lugares profícuos para o diálogo sobre as questões de linguagem, de sujeito e de clínica: o Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem; a Análise do Discurso de linha francesa; e, é claro, a Psicanálise.

Para nos referirmos às questões de linguagem, dialogamos, impulsionadas por nossas inquietações clínicas, com duas teorias que tornam viável a possibilidade de se pensar a linguagem como funcionamento simbólico, isto é, como efeito de sentidos. Para isso, a idéia de linguagem como função de outro domínio, com um papel meramente acessório de representar conteúdos cognitivos, psíquicos ou mesmo referentes ao funcionamento cerebral, é abandonada aqui em favor de uma concepção que faz jus a uma certa autonomia. Portanto, ela é teorizada, pelo Interacionismo e também pela Análise do Discurso, como uma instância que independe de outros domínios, porque funciona pelas suas próprias leis.

A teoria da Análise do Discurso, de linhagem francesa, por exemplo, pode nos fazer repensar o procedimento utilizado em entrevista fonoaudiológica, bem como subsidiar instrumentos (“reinventados” a partir de uma reflexão clínica) para analisar os dados aí levantados. Como já foi dito, em uma metodologia

tradicional, o que se fala, em entrevista, é tido como informação, porque se considera aquilo que o outro fala uma verdade absoluta, já que o sentido deste dizer é fixo, literal e transparente. Na teoria de linguagem concebida pela ADF², por oposição, esta é abordada como um lugar para a significação, uma vez que há abertura para a polissemia, para as interpretações, para os múltiplos sentidos. É o lugar também em que o indivíduo advém sujeito: “sujeito que só o é porque da e na linguagem [...], submisso e inerente à palavra” (Sobrinho, 1996, p. 27). Uma vez considerado discurso, o sentido deste só se dá quando os dizeres entram em relação. Para tanto, há necessidade de um espaço neutro, que não pertença nem a um nem a outro interlocutor, mas aos dois: trata-se do espaço discursivo. Nesta medida, a linguagem é tida como incompleta, porque só encontra sua unidade quando em relação com a linguagem do outro. Ela precisa de outra coisa, além dela mesma, para produzir sentido. E a incompletude³ da linguagem aponta ainda para a incompletude do sujeito, já que este está constituído nela e por ela. Por isso, a idéia de opacidade toma vultosa importância e traz conseqüências para o nosso fazer. *Se o sentido do dizer não é único e literal, mas efeito do que se produz no espaço discursivo e vulnerável a qualquer interpretação, o texto familiar não pode ser tomado como informação. Há uma dispersão de sentidos no que se refere ao sintoma e, portanto, cada componente do núcleo familiar faz uma leitura diferente deste sintoma no sujeito, o que implica em uma mudança metodológica no modo de proceder à coleta de dados. Cada um destes componentes deve ser convidado a dar seu depoimento, a dizer sobre a sua versão, de forma que o terapeuta se imponha a tarefa de interpretar esse texto e refletir sobre qual lugar (na estrutura parental e na própria linguagem) o paciente é colocado por esta família. Para isto, todos os integrantes devem ser escutados e suas falas devem ser analisadas a posteriori, já que não há valoração prévia do dado. Isto justifica a gravação como forma recomendada de registro. A análise do texto familiar deve ser operada por “recortes” que se referem às posições discursivas: quem fala, para quem fala, do que se fala.*

2. Análise do Discurso de linha francesa.

3. As noções de incompletude da linguagem e de incompletude do sujeito são introduzidas por Orlandi (1983).

Portanto, um registro para trabalhar com o material no interior de uma análise discursiva.

Desta forma, há mudança no método de entrevista, que acaba por inaugurar, simultaneamente, o processo terapêutico. Para sua realização, o terapeuta solicita a presença de toda a família do paciente e, nos vários encontros, serão realizadas sessões com todos integrantes da família, bem como sessões apenas com alguns deles, já que pode haver novos arranjos nas posições da estrutura parental, dependendo de quem se faz presente. Julga-se que não há um informante ideal, mas que todas estas pessoas têm algo a dizer sobre o paciente, pois fazem diferentes leituras do mesmo, já que a suposição é a de que todo dizer deriva da posição ocupada pelo sujeito. O terapeuta deverá, durante esta situação, solicitar que as pessoas se ponham a falar sobre o motivo da procura pelo atendimento fonoaudiológico e sobre o paciente em si. Deverá cuidar para que, de alguma forma, todas as temáticas (social, psicológica, orgânica, cultural) sejam abordadas, uma vez que não há valoração inicial do dado e, portanto, tudo o que for dito será tomado como importante/relevante. A gravação do "texto" familiar mostra-se como a forma mais adequada de registro neste caso, porque há de se utilizar o dito para análise discursiva.

Já no que diz respeito à teoria interacionista em aquisição de linguagem, ela traz pressupostos pertinentes a uma reflexão sobre o diagnóstico, no que se refere à análise da própria linguagem da criança.

Numa primeira instância, ao se falar do processo de aquisição de linguagem, refuta-se a noção de aprendizagem e adota-se a de captura. O sujeito, nesta abordagem, é quem não controla os sentidos que produz, porque sujeito do inconsciente, da não-intenção, que nem se apresenta empiricamente⁴ como fonte produtora de suas condutas nem tampouco está constituído fora da linguagem e antes dela. Nesta concepção, não há espaço para a aprendizagem mas somente para o assujeitamento do "organismo" humano pela linguagem de um outro (onde ela já funciona). Portanto, durante esse processo, o outro – como sujeito atravessado pelo simbólico – interpreta as produções da criança, de modo a atribuir

4. A noção de "sujeito empírico" é empregada por Rubino (1994).

forma e sentido, a colocá-las em movimento, em redes de significação. A criança fica aprisionada no dizer do outro, fica imersa na linguagem.

A aquisição de linguagem é um processo que se dá pela mudança de posição na estrutura. E é a partir da “interação” de uma estrutura de linguagem com outra que isto acontece. Através da reposição de significantes, isto é, da incorporação de fragmentos da fala do outro, a criança tem a “sua” fala – ou seja, estas reposições – alienada, colocada em um lugar vazio: esta fala nem é mais do adulto, nem tampouco da criança – é uma fala em alienação. Somente depois é que estes “dizeres” tornar-se-ão a própria fala da criança. Deste modo, na estrutura da linguagem, há três posições possíveis de serem ocupadas: 1) a posição em que se tem a ilusão de autoria; 2) a posição em que o erro prevalece, e esta é, de fato, a fala da criança; 3) a posição de alienação, em que o que está na fala da criança é uma reposição da fala do adulto. Isto significa que, para que a criança possa se fazer sujeito daquele/naquele dizer, é preciso que a fala do adulto seja posta em alienação, ou seja, que ela seja destituída do sujeito. Aí está a condição para advir a fala da criança.

O saber sobre a língua, deste modo, não é aqui tomado como condição para seu uso. Não se pode atribuir à fala da criança o estatuto categorial que se atribuiria a uma língua já constituída, uma vez que no processo de aquisição de linguagem não se parte de unidades prévias. Logo, há uso sem conhecimento categorial. Nesse sentido, as produções são entendidas não como desvios em relação à linguagem adulta, e, sim, como indícios de um processo de “organização” de procedimentos usados sem “saber”. Nesta perspectiva, a idéia de desenvolvimento teleológico, em que a criança deve “caminhar” da “estaca zero” à “meta ideal” (norma – linguagem adulta), é abandonada. Não se admitem fases ou estágios (hierarquizados cronologicamente e em níveis de complexidade) na aquisição de linguagem da criança: o mergulho no simbólico é sem volta. Desde o momento em que essa criança é concebida (e até mesmo antes disso), ela já é falada, já é alvo de significação pela linguagem do outro. Por isso podemos dizer que não há um período que antecede o lingüístico e que responde pela aquisição do conhecimento antes e sem a linguagem. Na verdade, é pela linguagem que a criança tem acesso ao real, isto é, a realidade só existe para o sujeito porque a linguagem pode “recortá-la”, dando sentido às “coisas do mundo”.

A opacidade entra aqui como característica determinante da linguagem. Nada há de transparente nela ou mesmo nos interlocutores: o sentido do dizer jamais é literal. Como funcionamento simbólico, a linguagem, por ser regida por leis próprias, não se submete a nenhum outro domínio. Tais leis são apresentadas como operações entre os processos metafórico e metonímico⁵ que respondem pelo funcionamento simbólico. Acredita-se (como já delineado por Saussure (1969) no *Curso de Lingüística Geral*), então, que a língua é um jogo de relações, no qual o valor de um elemento se dá pela sua posição em relação aos outros. No eixo metafórico, as relações acontecem “em ausência”, enquanto que no metonímico elas acontecem “em presença”. O metonímico desliza, e o metafórico faz contenção.

Interpelados por esta teoria, vemo-nos obrigados a fazer novas considerações acerca do diagnóstico fonoaudiológico (e, conseqüentemente, acerca de toda terapêutica). Primeiro porque não há mais lugar para provas ou testes no exame de linguagem, uma vez anulada a noção de desenvolvimento teleológico (e uma vez ressaltada a singularidade do sujeito). Segundo, esse tipo de tarefa (metalingüística) se confronta com a idéia de que as categorias não são dadas a priori e com o fato de a criança fazer um uso da língua que não implica um saber sobre ela. *Por isto, o método de avaliação muda, e o que se põe em foco é o funcionamento da linguagem do paciente, descrita a partir dos processos dialógicos e analisados pelo modo como os princípios metafórico e metonímico se articulam nos atos enunciativos. A gravação é recomendada, já que a unidade mínima de análise deve ser o diálogo (ou, mais especificamente, o espaço discursivo): a fala do outro interpretando as produções da criança. Assim, será possível vislumbrar como a criança, como sujeito da linguagem (que opera movimentos na estrutura da linguagem), assume posições discursivas e, portanto, como se engendram as redes de significação e os efeitos de sentido que daí germinam.*

5. A idéia dos processos foi formulada por De Lemos a partir de um retorno ao estruturalismo europeu que propiciaram reflexões e discussões a respeito das relações sintagmáticas e paradigmáticas teorizadas no trabalho de Saussure e dos processos metafóricos e metonímicos trabalhados por Jakobson.

A observação geral da criança (suas possibilidades motoras, perceptuais, sociais, etc.) aqui também se faz imprescindível, não só porque indispensável ao diagnóstico diferencial (como já foi dito), mas também porque possibilita a discussão entre a relação do sintoma de linguagem e o conjunto sintomático do paciente. Diferentemente de outro procedimento, a observação é um dado a mais, e não um dado que entra no lugar daquele que não se pode ter, qual seja, o referente à linguagem.

A brincadeira vem como o principal instrumento para a coleta dos dados. Há uma tendência em tomar as atividades com brinquedos e jogos como uma forma de “distração” ou de “descanso” nas sessões fonoaudiológicas. Não raro elas tornam-se “facilitadoras de tarefas objetivadas pelo terapeuta” (Pisaneschi, 1994, p. 49). Entretanto, a atividade lúdica, por sua natureza essencialmente simbólica, permite à criança apropriar-se de papéis e atribuir sentido aos objetos (qualquer objeto) – que aqui podem ser revestidos do sentido de ser brinquedo – da maneira que quiser. Dessa forma, não é a brincadeira que constrói a linguagem e, sim, a partir da linguagem, que se constrói a brincadeira. Ela é um “espaço” simbólico onde a produção de novos sentidos é permanente, dá o valor do brincar como lugar de interpretação.

Podemos concluir, portanto, que a técnica utilizada se mostra bastante adequada porque, via de regra, contempla a questão da criança. O tipo de lida com a linguagem implica um olhar mais extenso, o que permite uma compreensão mais totalizante da criança. Além disso, o suporte teórico propicia a realização de uma observação necessariamente mais cuidadosa no caso das crianças, germinando no terapeuta um olhar genuinamente mais atencioso, mais reflexivo, uma operação lógica toda vez que se apresenta sempre absolutamente inédita.

Resumo

Esse artigo tem como objetivo propor uma reflexão acerca da questão da avaliação de linguagem em crianças pequenas. Há nele apresentação e discussão de dois procedimentos possíveis de diagnóstico: a técnica tradicional de testes e a técnica utilizada pelos integrantes do PALCP (Programa de Avaliação de Linguagem em Crianças Pequenas), realizado na Derdic (set/97 a set/98). Dis-

cute-se, então, as vantagens que a última apresenta sobre a primeira, principalmente quando se trata da clínica infantil e de sua especificidade (crianças que geralmente “não falam” ou “falam pouco”).

Palavras-chave: linguagem na infância, avaliação de linguagem.

Abstract

This paper is a reflection on childhood language diagnosis. The aim is to present and discuss two diagnosis procedures deriving from some issues of pathology. The article discusses how these different ideas can contribute to the clinical method. It also presents the technique used by the group Small Children's Language Diagnosis Program, developed at Derdic (September/97 to September/98), which offers advantages compared with others used in childhood clinic (for children who often “don't talk” or “talk very little”).

Key-words: language in childhood, language diagnosis.

Referências bibliográficas

- CANGUILHEM, G. (1995). *O normal e o patológico*. 4a. ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- DE LEMOS, C. T. G. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, vol. I, n. 1.
- MANNONI, M. (1980). *A primeira entrevista em Psicanálise*. 4a. ed., Rio de Janeiro, Campus.
- ORLANDI, E. P. (1983). A incompletude do sujeito – e quando o outro somos nós? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, Folha da Manhã, 27/11/1987. Folhetim, pp. 4-5.
- PALLADINO, R. R. R. (1986). Reflexões sobre a investigação de linguagem em crianças pequenas. *Revista Distúrbios da Comunicação*, vol. I, n. 1. São Paulo, Educ.
- _____. (1990). *A cena clínica: leituras possíveis*. (Manuscrito inédito.)
- PISANESCHI, E. (1994). “O jogo: a teoria e a prática”. In: *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez.

Ruth Ramalho Ruivo Palladino

RUBINO, R. (1994). "Entre o ver e o ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão".

In: *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez.

SAUSSURE, F. (1969). *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo, Cultrix.

SOBRINO, A. (1995). Dizer o dito: a questão da interpretação na fonoaudiologia.

Revista Distúrbios da Comunicação, vol. 8, n. 1. São Paulo, Educ.

Recebido em set/98; aprovado em mar/99