

CARMEN AGNES DA SILVA RODRIGUES

**INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E
PSICOLOGIA**

**CAMPINAS
2001**

CARMEN AGNES DA SILVA RODRIGUES

**INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E
PSICOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Psicologia Escolar.

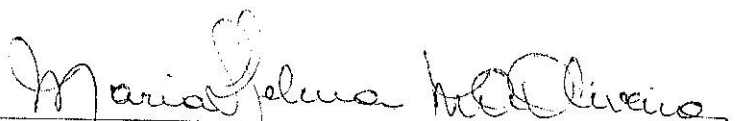
Orientadora: Prof^ª. Dra. Geraldina Porto Witter

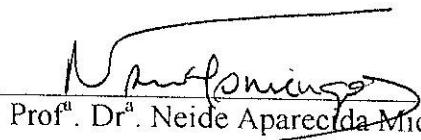
**CAMPINAS
2001**

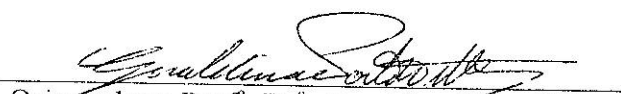
CARMEN AGNES DA SILVA RODRIGUES

INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E
PSICOLOGIA

COMISSÃO EXAMINADORA
Campinas, 21 de Agosto de 2001


Prof.^a. Dr.^a. Maria Helena Mourão Alves Oliveira


Prof.^a. Dr.^a. Neide Aparecida Micelli Domingos


Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Geraldina Porto Witter

CAMPINAS
2001

CARMEN AGNES DA SILVA RODRIGUES

**INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E
PSICOLOGIA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Campinas, 21 de Agosto de 2001

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Mourão Alves Oliveira

Prof^a. Dr^a. Neide Aparecida Micelli DomingOS

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Geraldina Porto Witter

**CAMPINAS
2001**

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Cleber, pelo companheirismo demonstrado em todos esses anos, durante os quais estive envolvida com a realização desse trabalho. Devo a ele o estímulo e as condições que me permitiram finalizá-lo. Sou-lhe grata pelo apoio, pelo carinho e compreensão.

Aos meus pais, Sebastião e Carmem, por eles existirem e não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. A eles, meu eterno amor e agradecimento.

Não existiria som, se não houvesse o silêncio

Não haveria luz, se não fosse a escuridão

A vida é mesmo assim

Dia e noite, não e sim

(...)

Eu te amo calado

Como quem ouve uma sinfonia

De silêncio e de luz

Nós somos medo e desejo

Somos feitos de silêncio e som

Tem certas coisas que eu não sei dizer

Lulu Santos / Nelson Motta

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Geraldina Porto Witter,

que com carinho e muita paciência, mostrou-me que o conhecimento científico se constrói a cada dia. Conhecê-la e ser sua orientanda foi um grande privilégio. Meu agradecimento, meu carinho e profunda admiração.

À Neide A. Micelli Domingos,

pela amizade, apoio, incentivo constante e pelo carinho com que sempre me ouviu, meus sinceros agradecimentos.

Ao Gustavo Rodrigues Ramos,

por me fazer rir nos momentos mais críticos e minha gratidão pela preciosa ajuda na digitação desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos do CERDAP, Ana Maria, Ângelo, Jandira, Silvana, Alessandra, Clarissa, Zezé e Antonio Humberto, pelo incentivo, pelos conselhos, pelas críticas e por suportarem minhas crises de mau humor. Sem vocês, o caminho teria sido mais difícil.

Às minhas secretárias, Maria e Janete pelo auxílio na procura dos prontuários e na digitação.

À Psicóloga Maria Cristina O. S. Miyazaki, pelo incentivo e importantes sugestões.

Às Psicólogas Nilza e Cláudia Ruiz, pelos bons e maus momentos, pelos risos e choros que compartilhamos. Conhecê-las foi muito bom. Para vocês todo o meu carinho.

À tia Lourdinha, pela revisão da Língua Portuguesa e por estar sempre por perto, nos momentos de grande aflição, aconselhando e apoiando. A você, minha profunda admiração.

À Sônia e Clarissa pelo auxílio na elaboração do abstract.

À Lise, Waldner e Fábio, irmãos queridos, pelo carinho, compreensão e apoio.

À minha cunhada Luciana que sempre se interessou pelo meu trabalho e que acreditou que eu seria capaz de realizá-lo.

À Mercedes Pradela, pelo seu carinho, compreensão e pela amizade.

À tia Luzia, por ela existir e pelo seu apoio incondicional.

À Lourdinha Beltran pela energia, pela amizade e por me substituir em tarefas de que precisei afastar-me.

Ao senhor Luiz Galera, companheiro de inúmeras viagens, por me fazer perder o medo de dirigir em rodovias.

À dona Maria e senhor Antônio pela acolhida carinhosa e pelo apoio.

À dona Aparecida Cardoso pelo incentivo ao estudo e à aprendizagem constante.

Aos Professores e Secretárias do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Campinas, toda minha gratidão.

ÍNDICE

Índice de Tabelas.....	viii
Índice de Anexos.....	ix
Resumos.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
Apresentação.....	xiii
Capítulo 1. Introdução.....	1
Fonoaudiologia.....	2
Formação do Fonoaudiólogo.....	10
Clínica.....	18
Objetivo Geral.....	23
Objetivo Específico.....	23
Capítulo 2. Método.....	24
Instituição.....	25
Material.....	25
Procedimento.....	28
Tabulação e Categorização.....	31
Capítulo 3. Resultados e Discussão.....	34
Capítulo 4. Conclusões e Sugestões.....	90
Referências.....	99
Anexos.....	112

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos Sujeitos da Clínica.....	35
Tabela 2. Caracterização da Família dos Sujeitos da Clínica.....	43
Tabela 3. Origem do encaminhamento dos Pacientes.....	46
Tabela 4. Tipos de Avaliações Realizadas.....	49
Tabela 5. Queixa Inicial de Fonoaudiologia.....	53
Tabela 6. Hipóteses Diagnósticas de Fonoaudiologia.....	58
Tabela 7. Hipóteses Diagnósticas Fonoaudiológicas – CID-10.....	61
Tabela 8. Queixa Inicial de Psicologia.....	72
Tabela 9. Hipóteses Diagnósticas de Psicologia.....	74
Tabela 10. Hipóteses Diagnósticas de Psicologia – CID-10.....	75
Tabela 11. Tempo de Atendimento Médio em Meses - Fonoaudiologia.....	81
Tabela 12. Tempo de Atendimento Médio em Meses – Psicologia	84
Tabela 13. Interrupção do tratamento – Fonoaudiologia.....	85
Tabela 14. Interrupção do Tratamento – Psicologia.....	86

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Ficha de Anamnese da Clínica.....	113
Anexo B. Protocolo de Registro de Dados.....	116
Anexo C. CID-10 – Resumo Fonoaudiológico.....	118

RESUMOS

RESUMO

Rodrigues, C.A.S.(2001). *Interdisciplinaridade entre Fonoaudiologia e Psicologia*
Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia
Universidade Católica de Campinas, Campinas, xxi + 123 p.

Este estudo caracteriza a clientela de uma clínica particular de Fonoaudiologia e Psicologia, do interior de São Paulo, por meio da análise de 288 prontuários de clientes atendidos em 1998. Analisa sexo, idade, posição na constelação familiar, escolaridade e profissão do cliente, além da escolaridade e profissão dos pais. Verifica origem do encaminhamento, tipo de avaliação, queixas, hipóteses, duração e interrupção do tratamento. Utiliza os testes qui-quadrado e correlação de Spearman na análise estatística. Os resultados mostram que, no geral, não há diferença significativa entre os sexos, mas o sexo masculino é maioria entre as crianças. O grau de escolaridade predominante é o fundamental. Pais têm, na maioria, nível superior e profissões relacionadas ao comércio/indústria. A procura espontânea pelos serviços prevalece. As principais queixas fonoaudiológicas são relativas à linguagem oral, escrita e motricidade oral. Queixa de problemas de comportamento e relacionamento são as principais na área de Psicologia. Há correlação significativa entre queixas e hipóteses. A duração do tratamento fonoaudiológico é longa e o índice de abandono é maior em Psicologia. Conclui que o atendimento parece adequado, mas não é interdisciplinar e que novas estratégias de intervenção, visando agilizar o tempo de atendimento, devem ser elaboradas.

ABSTRACT

Rodrigues, C. A. S.(2001). *The Interdisciplinary Treatment: Speech Therapy and Psychology*. Master Degree Dissertation. Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. xxi + 123 p.

This study involves the patients of a private clinic of Speech Therapy and Psychology, from São Paulo State, through analysis of 288 files from treated patients in 1998. The analysis is based on sex, age, position on family group, school level and client profession, and also parents' school level and occupation. The research verifies the origin of the referral, type of evaluation, complaints, hypotheses, duration and treatment interruption. It uses the tests of "Chi Square and Spearman Correlation Coefficient" on the statistic analysis. Results show that in general there isn't any difference between sex but males are greater than females children. The majority school level is primary school. Most parents have college grade and occupations related with commerce/factory. The spontaneous search for the clinic is the most common. The main complaints showed to the Speech Therapy are related to oral and written language and the oral sensory motor system alterations. Complaints such as behavior and relationships are the most common in Psychology. There are significant relations between problems and hypotheses. The period of speech treatment is long and the average of given up is higher in Psychology. It is possible to conclude that the treatment can be considered efficient, but not interdisciplinary and that new strategies of interventions should be elaborated to make it faster the period of treatment.

APRESENTAÇÃO

A linguagem é um sistema de comunicação natural ou artificial, humano ou não humano. Para o ser humano é o mais importante, sofisticado e evoluído traço, exigindo alguns anos para ser plenamente dominada.

Como as pessoas falam aparentemente com tanta facilidade, há dificuldade para a maioria compreender a natureza da fala, pois ela parece ser tão natural e fácil como respirar. Foram necessários milênios para que esta evolução ocorresse. Pela aparente simplicidade, ignora-se todo o valor que a linguagem tem na integração social e na organização do pensamento.

A linguagem pode apresentar-se de muitas maneiras (linguagem oral, escrita e gestual), mas é por meio da recepção e emissão de mensagens faladas que mais freqüentemente os pensamentos são compartilhados e se estabelece o relacionamento entre as pessoas.

A linguagem é um atributo simples e natural, a que todos têm direito e que nunca poderá ser perdido, mas nem sempre isso ocorre. Quando se entra em contato com pessoas que apresentam dificuldade em comunicar-se por meio da linguagem falada, evidencia-se a importância deste “instrumento” que é a fala.

A preocupação e o interesse pelas pessoas que apresentam dificuldade de comunicação vêm de longa data. Na Antigüidade, as pessoas surdas eram consideradas seres humanos incompetentes, pois a sociedade greco-romana partia do pressuposto de que o pensamento não podia se desenvolver sem a linguagem, que esta não se desenvolvia sem a fala e que para falar era necessário ouvir, logo quem não ouvia não falava e não poderia aprender (Moura, Lodi, Harrison, 1997).

Na Idade Média, esboçou-se um caminho para a educação dos surdos, por meio do professor que se dedicava a um aluno em particular para ensiná-lo a falar, ler e escrever, para que ele pudesse herdar os bens e títulos da família (Skliar, 1996).

Na idade Moderna, com Pedro Ponce de León, inicia-se a verdadeira educação do surdo. Seu trabalho serviu de base para muitos outros educadores de surdos. É nessa época que se reconhece a Língua de Sinais como uma língua, e os surdos passam a ser considerados humanos, apesar de não falarem (Moura, Lodi, Harrison, 1997).

Na Idade Contemporânea, travou-se uma disputa entre a educação por meio da Língua de Sinais e os métodos oralistas, principalmente nos Estados Unidos e na Alemanha (Moura, Lodi, Harrison, 1997).

Nos dias atuais, há uma tendência em se usar a Comunicação Total, ou seja, utiliza-se toda e qualquer forma para se comunicar com o surdo (libras, alfabeto digital, expressão facial), tudo acompanhado da fala, que é ouvida por meio de aparelhos auditivos individuais, cada vez mais eficientes. O objetivo é fazer com que o deficiente auditivo comunique-se de maneira fácil e livre e que sua forma de comunicação seja aceita e respeitada.

Da preocupação crescente em conhecer e compreender melhor o Homem, advinda, principalmente, do Iluminismo, nasceram e se desenvolveram a Pedagogia, a Psicologia e, mais recentemente, a Lingüística (Lacerda, Panhoca, Chun, 1998), cujos trabalhos também se voltaram para o portador de deficiência na área verbal.

Como já foi visto, a preocupação com a reabilitação de pessoas com dificuldades de comunicação é problema antigo. A Fonoaudiologia surge, no contexto dessas áreas citadas acima, há relativamente pouco tempo. Após as duas guerras mundiais, ganha força, devido à necessidade de se buscarem técnicas e recursos para ajudar os mutilados de guerra. Assim, a Fonoaudiologia nasceu como campo de atuação relacionado à saúde dos indivíduos.

No Brasil, há registros de práticas fonoaudiológicas desde o início do século XX, principalmente entre as décadas de 20 e 40. Tais práticas estavam intimamente relacionadas a movimentos histórico-sociais que defendiam, entre outras coisas, a normatização da língua

nacional, como agente importante para a modernização e a industrialização do país (Berberian, 1997).

Assim, no Brasil, a Fonoaudiologia estabeleceu-se com bases um pouco diferentes daquelas que orientaram seu aparecimento no mundo. Aqui, seu campo de atuação estava mais relacionado à educação.

Em 1956, com a preocupação em desenvolver a Foniatria no Brasil e atendendo às necessidades, fundava-se, em outubro, uma secção de Foniatria no Hospital das Clínicas, na cadeira de Otorrinolaringologia da FMUSP (Sub-Grupo de Estudos, 1975).

Com o aumento da procura dos serviços dessa secção, houve a necessidade de ampliação, acrescentando-se, ao campo inicial de assistência, o ensino e a pesquisa, recebendo-se, inclusive, solicitações para cursos e conferências.

Em 1958, realizou-se o primeiro curso sobre Logopedagogia para professores especializados na educação de cegos e, em 1959, para médicos, professores e psicólogos.

Em 1960, com a orientação do setor de Foniatria, iniciava-se a seleção para o curso de Ortofonia da Clínica de Otorrinolaringologia da FMUSP, com a colaboração do Instituto de Reabilitação da mesma faculdade.

O primeiro curso de Fonoaudiologia da PUC de São Paulo iniciou em 1961, a partir de entendimentos entre, a direção do Instituto de Psicologia, a chefe da Clínica Psicológica, professora Ana Maria Poppovic, e o professor Júlio Bernaldo Quirós, médico argentino especializado em Foniatria (Meira, 1997/1998).

Esses primeiros cursos tinham a duração de um ano, constando de seu currículo matérias relacionadas a Morfofisiologia, Psicologia e a estudos destinados a fornecer as técnicas que o fonoaudiólogo iria usar na sua vida profissional.

A partir de 1967, com base nas experiências estrangeiras e as adquiridas no próprio Brasil, surgiu a necessidade de fornecer mais subsídios aos profissionais para uma atuação criteriosa e científica. Dessa maneira, matérias como Lingüística, Neuropatologia e Audiologia foram incluídas no currículo. O que se objetivava era formar profissionais que contassem não apenas com as técnicas a aplicar, mas que conhecessem os princípios que as fundamentaram.

Em março de 1968, inicia-se o Curso de Fonoaudiologia da Escola Paulista de Medicina e, em 1971, o da PUC de Campinas.

Após muita luta e discussões, finalmente, em 1981, a Fonoaudiologia foi reconhecida no Brasil como profissão de nível superior.

Atualmente, os profissionais contam com o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) e os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia (CRFa).

O mercado de trabalho encontra-se em expansão e diversificação, mas ainda há um predomínio de atendimentos em consultórios, sendo que os profissionais são mulheres em sua maioria, segundo dados do CFFa – 2ª Região de 1997a.

De acordo com a opinião do CFFa, o Brasil encontra-se em posição de destaque frente a alguns países da Europa e da América Latina, principalmente no que se refere à organização e qualidade dos trabalhos apresentados em congressos, simpósios, cursos nacionais e internacionais (CFFa, 2000).

Há, no Brasil, aproximadamente 20 mil fonoaudiólogos e mais ou menos 60 cursos de Fonoaudiologia.

Na Argentina, a denominação do curso é licenciatura em Fonoaudiologia e a carreira é universitária. Na região de Córdoba, o curso da Escola de Fonoaudiólogos tem duração de 3 anos para título de Fonoaudiólogo e mais 2 anos para a Licenciatura. O título de graduação se

obtem com apresentação de um trabalho de pesquisa. O investimento na área de prevenção dos distúrbios fonoaudiológicos ocorre desde a graduação e está em toda a carreira.

Na região de Rosário, o curso tem, atualmente, 5 anos de duração, com perfil clínico e de pesquisa. Não existe título intermediário.

Na Bolívia, o termo usado é Lecopedia e ainda está em processo de desenvolvimento. Existem cerca de 60 “terapistas” no país. O Uruguai conta com aproximadamente 500 profissionais, a Venezuela com 3000, a maioria em Caracas, e o Chile com 600 profissionais (CFFa, 1999).

Em Portugal, a denominação para os profissionais é terapeuta da fala. Apesar de a profissão existir há quase 30 anos, somente agora estão reestruturando o curso de 4 anos, visando a incluir novas áreas de formação. Portugal conta com aproximadamente 400 terapeutas da fala, a maioria atuando em clínicas e consultórios particulares. A área forte é a da linguagem. A audiologia é tratada independentemente, num outro curso, por outros profissionais (CFFa 1999).

Na Espanha, o curso tem duração de 3 anos, sendo o forte do currículo a área da educação. O curso de diplomatura não permite que os profissionais sigam a carreira acadêmica. Para isso, o curso deveria ser de licenciatura. Em geral, o profissional precisa fazer o curso de Psicologia para poder seguir a carreira acadêmica. Portanto, há uma estreita ligação entre a Fonoaudiologia e a Psicologia mesmo no plano de profissionalização.

A Audiologia é um curso técnico profissionalizante, separado da Logopedia e os profissionais são preparados apenas para fazer testes audiométricos e treinamentos auditivos (CRFa,1999a).

Os países nórdicos são tidos como os que apresentam os mais avançados conhecimentos no contexto europeu.

Na Alemanha, o curso para formação de fonoaudiólogo é intermediário entre o técnico e o universitário. A denominação é Logopädie. As áreas de atuação são basicamente: articulação da fala, voz, leitura-escrita, alterações miofuncionais em síndromes ou alterações neurológicas, gagueira, atraso de desenvolvimento de linguagem, deficiência auditiva, fissurados, deficientes mentais, paralisia cerebral, afasia e síndromes. Os fonoaudiólogos trabalham em clínicas, consultórios, hospitais, instituições, escolas especiais (não há trabalho em escolas normais) e a domicílio em casos graves. O mercado de trabalho é excelente, os salários são bons, mas inferiores aos de quem tem nível superior (CRFa, 1999b).

Nos Estados Unidos, o curso é de nível superior, com 4 anos de duração e é oferecido por faculdades e universidades do país. Com a graduação, o fonoaudiólogo só pode trabalhar em escolas. Para trabalhar em clínica sem supervisão de outro profissional, é necessário ter, pelo menos, curso de mestrado.

A ASHA (American Speech-Language and Hearing Association) é a entidade que cuida do profissional. Este é denominado speech therapist. Todas as escolas, hospitais e instituições têm fonoaudiólogo (CRFa, 1998).

Como uma profissão relativamente nova, ainda se estruturando em muitos países, a pesquisa vem sendo bastante valorizada. A frequência de estudos e publicações na área de Fonoaudiologia tem aumentado no Brasil, muito embora uma análise destes textos ainda evidencie, muitas vezes, a necessidade de uma formação científica mais sólida.

Somente a realização de pesquisas permitirá a ampliação do conhecimento, do campo de trabalho e do aprimoramento da atuação do fonoaudiólogo.

O trabalho desenvolvido pela clínica particular do interior do Estado de São Paulo, onde a Autora atua desde a sua formatura, inspirou esta pesquisa.

A clínica foi inaugurada em 1978, antes mesmo da regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo. É pioneira na cidade, por ser uma clínica particular com equipe multidisciplinar e dedicando-se aos distúrbios de aprendizagem (prevenção, diagnóstico e tratamento precoce). O trabalho conjunto com a família e a escola, visando a conhecer melhor o cliente e seu contexto histórico e social, sempre foi importante e valorizado pelos profissionais da equipe. A equipe dizia-se multidisciplinar, mas o trabalho desenvolvido já era interdisciplinar, pois não se resumia à simples troca de informações entre os profissionais, mas existia uma integração entre os objetivos individuais para se alcançar um objetivo comum (Musolino & Rodrigues, 1994).

No início, a equipe era composta por psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatra, neuropediatra e assistente social, pois o objetivo era também atender pessoas de baixo poder aquisitivo, visto que a cidade, na época, não dispunha de nenhum serviço do tipo, apenas a APAE. Com o crescimento da cidade, a vinda de novos profissionais e a divulgação da importância deste tipo de trabalho, outros locais de atendimento foram surgindo e instituições foram assumindo a clientela mais carente. Desta forma, o assistente social deixou de fazer parte da equipe, mas o compromisso social da clínica permaneceu, através do trabalho de palestras para a comunidade, orientação às escolas, às instituições e às famílias que procuram a clínica em busca de informações e encaminhamentos, tudo isso visando à melhoria da qualidade de vida por meio da prevenção e da importância dada à pessoa, como um todo.

Resolveu-se fazer uma análise de parte dos prontuários da clínica para melhor compreensão de sua clientela, bem como das relações entre Fonoaudiologia e Psicologia no âmbito da referida clínica.

O trabalho está organizado de acordo com a seguinte seqüência: após a Apresentação, segue-se a Introdução onde são apresentados os aspectos teóricos e resultados de trabalhos

realizados, visando a caracterizar o cliente que procura o atendimento fonoaudiológico, e também como a Fonoaudiologia se relaciona com outras áreas de conhecimento, principalmente a Psicologia. No final deste capítulo, os objetivos deste estudo são apresentados.

Na seqüência, o Método descreve o percurso metodológico para se obterem os dados, incluindo material e procedimento. Finalizando o trabalho, estão descritos: Resultados e Discussão, Conclusões, Referências Bibliográficas e Anexos.

INTRODUÇÃO

FONOAUDIOLOGIA

O homem sente necessidade de expressar suas idéias e sentimentos. Assim, a comunicação é uma característica humana, observada durante toda a vida.

A comunicação não ocorre somente com o falar, ouvir, ler ou escrever, mas também com as manifestações não verbais, que estão sempre carregadas de muita significação, como as expressões faciais, gestos, hesitações e o silêncio.

A Fonoaudiologia iniciou como um conjunto de práticas e exercícios que visavam melhorar inicialmente a comunicação oral das pessoas.

No Brasil, a criação dos primeiros cursos ocorreu na década de 1960 e a formação do profissional era marcada por uma característica técnica, ora definida pela Medicina, ora definida pela Psicologia, com ênfase na reabilitação, não possuindo ainda “uma identidade própria” (Wertzner,1992).

Os primeiros fonoaudiólogos foram formados com uma visão tecnicista, ou seja, com a visão restrita de aplicador de técnicas e normas elaboradas por outrem. Empregavam-nas sem o questionamento e sem o conhecimento que antecede um fazer. Vinculados ao modelo médico, tinham como locais de trabalho, exclusivamente, consultórios particulares, com atendimentos individuais e semanais. Não havia compromisso com uma política de saúde e educação mais ampla.

À medida que as práticas foram sendo explicadas, as relações de causa/efeito começaram a ser estabelecidas e termos como ortofonia, terapia da fala, terapia da linguagem, logopedia, audiometria, correção de dislexia e de disgrafia foram sendo abarcados por um único termo – Fonoaudiologia – (Amorim, s/d).

Fonoaudiologia, segundo a etimologia da palavra, significa estudo do som e da audição, ou estudo da voz e da audição. Mas, como acontece com a maioria das ciências, à medida que elas evoluem, há a ampliação e o enriquecimento da denominação inicial. Foi o que aconteceu com a Fonoaudiologia

Amorim (s/d, p.15), na década de setenta, definiu Fonoaudiologia como sendo “o estudo integrado da linguagem humana e da audição, com a finalidade de constatar fenômenos, analisá-los, numa avaliação que conduz ao aperfeiçoamento da transmissão de conceitos através da expressão oral ou escrita”.

O autor cita ainda que, devido à visão parcial de pessoas envolvidas com o ensino e as práticas fonoaudiológicas, a Fonoaudiologia apresentava uma gama variada de definições, que não se contradiziam, mas que se completavam, e que os próprios fonoaudiólogos contribuíram pouco para esclarecer as pessoas.

Para Simões (1990), ciência e tecnologia são responsáveis pela criação da palavra e dos conceitos a ela ligados. A princípio, a compreensão dessas palavras e conceitos é delicada, instável e repleta de conflitos conceituais, mas, pela força do uso e da repetição, os conceitos vão sendo compreendidos e assimilados e novas informações, acrescentadas.

Os conceitos fundamentais de uma ciência devem ser ensinados com base em pesquisas, pois os resultados obtidos por meio de pesquisas científicas reforçam e facilitam o aprendizado.

“A pesquisa é uma atividade que fornece o substrato básico para o saber e o fazer, para o conhecimento e a atuação profissional” (Witter, 1996^a, p. 39). A Fonoaudiologia precisava alicerçar-se com dados de pesquisas, mas só lentamente isso foi ocorrendo.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia depende do equilíbrio entre o “fazer”, o “saber” e o “poder”, pois o predomínio provoca uma tecnologia dependente e uma ciência ociosa (Pais, 1988).

A Fonoaudiologia, na construção do seu saber, vem direcionando a prática no sentido do desenvolvimento tecnológico (fazer) e também na ampliação do conteúdo formal (saber), objetivando o conhecimento do homem e a melhoria de suas condições de vida, capacitando o profissional para poder atuar dentro dos parâmetros científicos e da ética.

O primeiro passo é o estabelecimento de um discurso próprio, capaz de estabelecer comunicação clara e eficaz entre seus membros e entre esses e a comunidade (Andrade, 1994).

Fonoaudiologia é a ciência que se dedica à pesquisa, prevenção, avaliação e reabilitação das alterações da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como do aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz (Lei 6965, de 09/12/1981).

Termos como pesquisa e prevenção foram acrescentados na definição de Fonoaudiologia, mostrando a busca pela afirmação como ciência e a preocupação com a promoção da saúde, o que, para Andrade (1994), significa a retomada de conceitos da Medicina preventiva, mas estruturados para a Fonoaudiologia.

O caminho a percorrer com relação à Fonoaudiologia, na saúde pública apenas está começando, cabendo aos profissionais, junto à comunidade, a responsabilidade pelas reflexões, transformações e ações futuras no sentido de mostrar que a linguagem e suas patologias são também problemas político, pedagógico, acadêmico e social (Simão & Chun, 1995).

A Fonoaudiologia sendo um campo de conhecimento que tem como objeto de estudo a comunicação humana, a sua aplicação prática abrange medidas de promoção e proteção à

saúde, diagnóstico e tratamento, como meios de evitar e/ou interromper a evolução das patologias da comunicação, auxiliando o indivíduo a se ajustar psicologicamente e socialmente na sua comunidade (Andrade, Lopes e Wertzner, 1991).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o fonoaudiólogo faz a prevenção, a identificação, a avaliação e a intervenção dos problemas de fala, de linguagem e das dificuldades relacionadas a elas.

A ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 1996) faz uma definição semelhante ao dizer que o fonoaudiólogo (speech-language pathologist) é o profissional treinado para prevenir, examinar, identificar, admitir, diagnosticar, encaminhar, fazer a intervenção e orientar pessoas com risco para incapacidades relacionadas à articulação, fluência, voz, linguagem, comunicação e deglutição. É função ainda do fonoaudiólogo aconselhar e educar familiares e profissionais sobre essas desordens e condutas.

Segundo a ASHA, o conceito de prevenção dos distúrbios da comunicação foi ampliado nesses últimos vinte anos, pois vai além da simples identificação e estimulação precoce da fala e da linguagem, visa também a fornecer informações para a manutenção da saúde geral, recomendar modificações e/ou estratégias para comportamentos de comunicação em ambientes de risco e nos problemas do período pré-natal.

A terminologia utilizada em prevenção primária, secundária e terciária foi definida no Tutorial de Prevenção das Desordens da Comunicação (ASHA, 1991).

No Brasil, a pesquisa realizada por Andrade (1994) também teve como objetivo elaborar uma terminologia adequada para a área de prevenção. O problema relacionado à terminologia ainda é grande, necessitando de mais pesquisas que promovam um consenso terminológico geral.

A identificação de pessoas com problemas de comunicação, a escolha do melhor instrumento de avaliação, a coleta dos dados e a posterior interpretação deles (Routman, 1994) são passos importantes para os encaminhamentos, as orientações e as intervenções futuras.

A análise cuidadosa dos dados da avaliação mostra as estratégias, as necessidades e as habilidades que as pessoas estão usando para se comunicar. Essa análise pode revelar as diferenças entre a recepção e a expressão da linguagem oral e escrita; entre os componentes da linguagem (sistemas fonológico, morfológico, sintático/semântico e o pragmático) e/ou as diferenças entre as áreas específicas da fala (articulação, fluência, voz e ressonância) (Riper, 1990/1997).

Alguns fatores como idade, atenção, problemas de audição periférica e central, cognição, saúde e aspectos sócio-culturais e emocionais devem ser levados em conta durante a interpretação dos dados de avaliação.

A intervenção ocorre quando a habilidade para comunicar está comprometida ou quando o diagnóstico indica riscos de comprometimentos.

Entende-se por comunicação o processo de troca de idéias, informações, sentimentos, necessidades, observadas ao longo de toda a vida por meio do falar, ouvir, ler e escrever, das expressões faciais, dos gestos, das hesitações e do silêncio.

As desordens de comunicação são os comprometimentos nas habilidades para receber, processar, para representar e/ou enviar sistemas simbólicos verbais ou não verbais, observáveis nos processos da audição, linguagem e/ou fala. As desordens variam em grau, podem ter origem no desenvolvimento ou serem adquiridas; podem resultar de um déficit primário ou serem secundárias a outros problemas (ASHA, 1993). Déficits em qualquer um

dos componentes da linguagem, da fala e/ou da audição podem interferir na competência para a comunicação.

A linguagem é um sistema, complexo e dinâmico, de símbolos convencionais que é usado para pensar e comunicar.

A linguagem desenvolve-se dentro de contextos histórico, social e cultural específicos. Pode ser descrita por meio de cinco parâmetros: fonológico, morfológico, sintático, semântico e pragmático.

Por desordens de linguagem entendem-se as dificuldades para compreender e/ou usar a fala, a escrita e/ou outros sistemas simbólicos. Elas podem estar relacionadas à forma (sistemas fonológicos, morfológicos e sintáticos da linguagem), ao conteúdo (sistema semântico) e/ou à função da linguagem na comunicação (sistema pragmático) (ASHA,1993). As desordens de fala podem ser classificadas de várias maneiras, uma delas por meio da observação do comportamento em si, podendo então, serem agrupadas em: desordens da articulação/fonológica, da fluência e da voz. Esses comprometimentos podem ocorrer isolados ou associados a outras dificuldades ou entre si, mas de uma maneira ou de outra ocasionam efeitos negativos na comunicação e/ou no progresso educacional geral.

A audição é um dos sentidos que traz grandes e importantes informações para o desenvolvimento da fala, da linguagem e de aspectos psicológicos e sociais.

A atividade fisiológica de ouvir é caracterizada pela interação de três fatores: periférico (processos do ouvido externo, médio, interno e talvez do VIII par de nervos cranianos), central (sistema nervoso central auditivo, acima do VIII par) e processos do sistema nervoso central (não são limitados aos sinais auditivos) (Schochat, 1996).

As perdas de audição podem ser classificadas de acordo com a localização topográfica, ou seja, quanto ao tipo de perda, em: condutivas, neurossensoriais, mistas, centrais e

funcionais. E, de acordo com o grau, classificam-se em: leve, moderada, severa e profunda (Frota, 1998).

Uma pessoa deve ser capaz de prestar atenção, detectar, discriminar, localizar, memorizar e integrar experiências auditivas para chegar ao reconhecimento e compreensão da fala.

Todo som importante que é ouvido deve ser processado pelo nosso Sistema Auditivo Central e todo som que escolhemos ignorar deve ser processado diferentemente, de forma a não interferir e permanecer essencialmente desaparecido. Essas são as funções auditivas vitais a serem exercidas sem esforços por aqueles que possuem função auditiva perceptual normal (Katz, 1996).

A percepção auditiva contribui de forma importante para a aquisição e desenvolvimento da compreensão e expressão da linguagem, da fala e da escrita. Se houver alteração auditiva de qualquer natureza, poderão ocorrer problemas de comunicação e aprendizagem.

O CFFa (2001), mediante a Resolução nº 269/2001, estabeleceu quatro áreas de especialização em Fonoaudiologia: Audiologia, Linguagem, Motricidade Oral e Voz, sendo definidas, cada uma, da seguinte maneira:

“- **Audiologia** é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, a avaliação e o diagnóstico funcional de problemas relacionados à audição, sendo de competência do especialista a elaboração de programas de prevenção dos problemas auditivos e de conservação da audição; o diagnóstico audiológico (funcional); a seleção, indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual e a participação nos programas de implante coclear.

- **Motricidade Oral** tem como objetivo a prevenção, avaliação, o diagnóstico funcional e tratamento de problemas relacionados ao sistema estomatognático bem como estética facial.

- **Linguagem** é a especialidade que tem por objetivo a prevenção, a avaliação, o diagnóstico funcional e o tratamento de problemas relacionados à linguagem oral e à escrita. O especialista em linguagem está apto a fazer avaliação de processos comunicativos não verbais, da linguagem oral e da linguagem escrita; habilitação e reabilitação de indivíduos que apresentem problemas que afetem o desenvolvimento ou uso da linguagem oral e da linguagem escrita; desenvolvimento de programas de prevenção das possíveis alterações da linguagem e a elaboração de programas institucionais / educacionais nas áreas da comunicação oral e escrita.

- **Voz** é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, a avaliação, o diagnóstico funcional e o tratamento de problemas relacionados às disfonias e disodias e o aperfeiçoamento dos padrões de voz. É competência do especialista a avaliação da função vocal incluindo: avaliação clínica, perceptual, instrumental (funcional) das estruturas do trato vocal e objetivo (laboratório vocal); habilitação e reabilitação vocal; desenvolvimento de programas de prevenção dos distúrbios da voz e o aprimoramento ou trabalho em estética vocal”.

Potencialmente, há um imenso campo de atuação para o fonoaudiólogo. Muitas pesquisas e estudos têm sido produzidos e publicados para ajudar a determinar a melhor maneira de trabalhar as patologias da fala e da linguagem.

A tecnologia tem contribuído muito para o avanço das áreas de avaliação e reabilitação dos distúrbios da comunicação, principalmente no que se refere à avaliação e reabilitação da audição (periférica e central) e da voz.

Esses dois temas – voz e audição – são responsáveis por 49,4% das teses de doutorado defendidas entre 1976 e 1998 (Ferreira e Russo, 1998).

FORMAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO

Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2.^a região, teve por objetivos atualizar o cadastro de dados, traçar o perfil dos fonoaudiólogos, conhecer os níveis e detalhar a forma de inserção profissional. Os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos fonoaudiólogos se concentra no município de São Paulo e região metropolitana. As mulheres representam a maioria. A formação predominante é graduação. O trabalho autônomo, em consultórios e clínicas particulares predomina, mas outros setores começam a se destacar. Há maior incidência de profissionais na área de linguagem do que em audiologia, sendo que o interior apresenta maior número de profissionais atuando em ambas as áreas.

Esses dados refletem a própria história da Fonoaudiologia, pois o primeiro currículo mínimo dos cursos de graduação em Fonoaudiologia proposto pela Resolução 54/76 e modificado pela Resolução 6/83 (CRFa 1997b), vigente até os dias de hoje, privilegia a técnica e já não atende às necessidades da Fonoaudiologia. Está em curso a renovação a partir das novas diretrizes curriculares e para implantá-la é necessário dispor de dados. Apesar das limitações do currículo mínimo, é importante dizer que ele pretende garantir uma formação uniforme e generalista, para não se correr o risco de formar profissionais com conhecimentos aquém do necessário para soluções de problemas profissionais futuros. Além disso, por ser mínimo, viabiliza às agências formadoras ampla flexibilidade nas opções curriculares.

Segundo Cavalheiro (1996), a inadequação do currículo e a urgência na realização de pesquisas que venham a alterá-lo tornaram-se evidentes, principalmente pela ampliação do campo de atuação, do mercado de trabalho e pela necessidade atual de se pensar a formação, a prática e a função social do fonoaudiólogo, colocando-o como um dos responsáveis por ajudar o indivíduo a desenvolver-se intelectualmente e a construir sua cidadania e uma sociedade mais justa e unida. Isso seria, para Capelletti (1985), o rompimento de uma barreira, em que o

profissional *reabilitador* transforma-se em *agente transformador*, com competência para prevenir, habilitar, aperfeiçoar e reabilitar a comunicação humana e suas desordens.

Witter (1977) já se referia à importância de se formar um profissional-pesquisador, pois, por meio do enriquecimento científico, o desempenho profissional e a integração entre a universidade e a sociedade seriam melhores e se estreitariam.

Gargantini (1996), ao investigar a formação do fonoaudiólogo por meio de análise curricular, observou que os cursos elaboram seus currículos baseados no currículo mínimo estabelecido em 1983, sendo, portanto, semelhantes em termos de estrutura curricular, viabilizando uma percepção global da formação do fonoaudiólogo no Brasil. Ao mesmo tempo, apresentam uma ampla variação em termos de número de disciplinas, carga horária e número de créditos, ou seja, os diferentes cursos de Fonoaudiologia acrescentam a esse currículo disciplinas que objetivam melhorar a capacitação do aluno, evitando-se, assim, a formação única e exclusiva do fonoaudiólogo reabilitador.

A mesma autora ainda cita que vários cursos fizeram referência à necessidade urgente de reestruturação curricular. Preocupação que os conselhos também vêm demonstrando ao realizar encontros e seminários com o objetivo de revisar o currículo mínimo e estágios, visando à melhoria na qualidade da formação e inserção do profissional na comunidade.

A grande diversidade entre os currículos dos cursos de graduação não impede a identificação de características comuns, tais como: a área da saúde ainda é a mais valorizada, há prevalência do enfoque clínico na maioria dos planos de curso, mas já há a tendência de focar na formação profissional o aspecto preventivo e a pesquisa (Cavalheiro, 1996).

Apesar desses esforços, a ênfase no nível terciário de atenção à saúde é predominante, mas o fato de outras áreas de conhecimento terem sido somadas e o próprio conceito de reabilitação ter sido modificado gerou mudanças. O indivíduo passou a ser visto com toda sua

realidade biográfica, familiar, profissional e social. Considera-se a “pessoa”, e não somente a “função alterada” (Casanova,1992).

Amorim (s/d), na década de setenta, já mencionava a necessidade de o fonoaudiólogo sair do seu castelo “fonoaudioterápico” e assumir seu papel de educador consciente e atuante.

Lins e Andrade (1990) enfatizaram o ônus econômico-social dos serviços de reabilitação e ressaltaram a necessidade da inserção do fonoaudiólogo nos níveis primários e secundários de prevenção, nos quais a maior parte dos distúrbios de comunicação é passível de intervenção mais rápida e eficiente.

Para que isso ocorra mais rapidamente, a formação de novos profissionais deve ir além da transmissão de conhecimentos, teorias, métodos. A capacitação teórica, técnica deve vir aliada a uma capacidade de raciocínio, de criatividade, de atuação em equipe. Uma sólida formação em metodologia científica se impõe para que sejam produzidos os conhecimentos pertinentes.

Os novos profissionais devem ser formados dentro de uma dimensão interdisciplinar, com sólido embasamento teórico-técnico, mas também com condições para uma ação política concreta, onde possam não só detectar a dimensão biopsicossocial do processo saúde/doença, mas também, intervir com sensibilidade e competência na realidade de educação e saúde da população (Lacerda, Panhoca e Chun, 1998). Isso ocorrerá se a formação desses profissionais proporcionar um conhecimento dos elementos psicológicos que envolvem o diagnóstico e o tratamento de um paciente.

Autores como Barros e Lopes (*apud* Pires, 1992) avaliam a visão do paciente como parte essencial da postura do médico e da equipe de saúde.

A interdisciplinaridade favorece o alargamento e flexibilidade do conhecimento; apenas uma área de conhecimento não consegue abranger todos os aspectos que envolvem o ser

humano, logo interdisciplinaridade pode ser compreendida como um ato de troca, de reciprocidade entre disciplinas ou ciências, ou melhor, de áreas de conhecimentos (Ferreira, 1991).

Na perspectiva interdisciplinar, nem a especificidade das profissões nem seus campos de especialidade são feridos, mas usam-se a originalidade e a diversidade dos conhecimentos para uma compreensão mais consistente de um objeto ou prática.

Segundo Etges (1993:79), "A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade".

IDEA -The Individuals with Disabilities Education Act- (ASHA, 1999) estimula a criação de equipes de avaliação e encaminhamentos, podendo elas serem multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar dependendo da filosofia dos seus membros e das propostas de trabalho. Elas são assim definidas: Equipe Multidisciplinar é aquela em que há um líder, mas cada membro fala a respeito da sua área. O conhecimento das outras áreas envolvidas é mínimo, os componentes da equipe assumem que cada um sabe bem o que faz. Assim, a avaliação integrada é mínima.

Na Equipe Interdisciplinar, os membros têm conhecimento substancial das outras áreas no que se refere à testagem e resultados. Dessa maneira, a redundância de testes é menor. Há trânsito livre entre as áreas.

A Equipe Transdisciplinar é holística e expande sua atenção para os pais e a comunidade. Esse modelo é coerente com programas de estimulação precoce; há produção e uso integrados dos vários conhecimentos e há transteorização ou unificação do conhecimento e da ação.

Musolino e Rodrigues (1994), em trabalho para estabelecer critérios para definir equipe clínica, observaram que vários aspectos ficaram pouco compreensíveis pela falta de formação ou informação dos componentes do grupo em relação ao trabalho dos outros profissionais envolvidos.

As autoras caracterizaram como sendo equipe multidisciplinar aquela em que cada profissional envolvido contribui apenas com aspectos relacionados a sua formação. A visão obtida sobre o caso é fragmentada, não integrada. Nesse tipo de atuação clínica o que se visa é chegar a um diagnóstico, mas o tratamento será feito individualmente pelos membros da equipe. Observa-se uma falta de informação sistemática sobre o trabalho exercido pelos outros profissionais, gerando falta de comunicação entre eles, não existindo integração entre os objetivos individuais para se atingir um objetivo comum.

Na equipe interdisciplinar, cada profissional é mais reconhecido pelo trabalho que a equipe solicita dele, do que pela sua formação individual. Não há perda de identidade, mas há a necessidade de que cada membro da equipe integre novos conhecimentos ao seu trabalho. O trabalho não é só troca de informações, mas fruto do espaço criado que vai além das próprias discussões, objetivando conhecer e promover o bem-estar do paciente. Há uma interdependência dos membros da equipe, sendo que as ações e eventos de um membro relacionam e afetam o restante do grupo; o contrário também ocorre, ou seja, as ações do grupo afetam o indivíduo.

Ducanis e Golin (apud Pronko, 1994) acreditam que os enfoques interdisciplinares estão se tornando senso comum por causa de: 1.º) concepção do cliente como todo (visão holística), ou seja, o indivíduo é um todo com partes que se inter-relacionam; 2.º) necessidade das organizações, que, na tentativa de evitar fragmentações prejudiciais aos próprios interesses, passam a estimular a cooperação entre disciplinas; 3.º) pressões externas, exigências

estaduais, federais e outras fontes de recursos financeiros incentivam o trabalho interdisciplinar.

Nesse mesmo artigo, Pronko (1994) enumera algumas dificuldades para se trabalhar dentro desse enfoque, tais como: terminologia a ser empregada, diferenças na conceituação dos problemas, hierarquia de importância de uma disciplina sobre a outra, provocando desentendimentos e o alto custo de uma equipe interdisciplinar. Além dessas dificuldades, Huebner e Hahn (*apud* Rosenfield & Gravois, 1999) citam a falta de colaboração e confiança entre os membros da equipe.

Apesar dessas dificuldades, as vantagens são mais significativas, viabilizando o trabalho interdisciplinar, pois nesse tipo de trabalho há um aumento considerável de possibilidades de se investigarem e solucionarem problemas.

A interdisciplinaridade aparece como possibilidade para enriquecer e ultrapassar a integração dos elementos do conhecimento, estando marcada por movimento ininterrupto, criando ou recriando pontos para discussão (Ferreira, 1991).

A característica da prática interdisciplinar é a intenção consciente, objetiva e clara, o respeito mútuo e o compromisso por parte daqueles que a praticam, objetivando alcançar respostas mais adequadas a um problema humano. A intenção não é somente ajudar os indivíduos em suas necessidades, mas também identificar macroquestões que solicitam estratégias cooperativas para prevenção, diagnóstico precoce e intervenção sistêmica ou social (Rosenfield & Gravois, 1999).

“Aprende-se com a interdisciplinaridade que um fato ou solução nunca é isolado, mas sim consequência da relação entre muitos outros” (Ferreira S.L., 1991, p.35).

Esse tipo de enfoque vem sendo muito utilizado, principalmente na área médica. Trabalhos como os de Manikan e Perman (2000) mostram a importância da equipe interdisciplinar (médicos, nutricionistas, psicólogos comportamentais e fonoaudiólogos), no tratamento de problemas de alimentação.

Essa importância também foi mostrada na pesquisa desenvolvida por Pires (1992) no Hospital de Cirurgia Plástica Crânio Facial - SOBRAPAR - enfocando a necessidade de que a formação médica e de outros profissionais da saúde seja acompanhada de uma aprendizagem integrada de aspectos multidisciplinares que envolvem o atendimento a pessoas. A autora destaca o papel da Psicologia na equipe.

Na Fonoaudiologia, também se tem dado importância ao trabalho interdisciplinar, apesar de nem sempre a equipe ocupar o mesmo espaço físico. Pode ser citada a pesquisa de Medeiros (1999), desenvolvida por profissionais da Odontologia, Fonoaudiologia e Otorrinolaringologia nos casos de desordens oclusais, salientando que, nesse tipo de trabalho conjunto, a eficácia aumenta e o número de recidivas diminui.

O mesmo trabalho, contudo, mostra a falta de precisão a respeito de quais casos necessitam intervenção fonoaudiológica e o momento ideal para que essa ocorra. Observa-se, assim, a importância da troca de informações entre profissionais, favorecendo o crescimento profissional de todos.

Alguns trabalhos, como por exemplo, o de Martins, Borges e Yazigi (1996) mostram a importância do trabalho da Psicologia junto à Fonoaudiologia. As autoras mostram que o trabalho de apoio e orientação aos pais de deficientes auditivos é de fundamental importância para todo o processo de reabilitação.

A família geralmente entra em crise diante de um diagnóstico de deficiência e isso gera diversas reações como: negação, culpa, raiva. Esses comportamentos tendem a dificultar a tarefa do fonoaudiólogo de orientar e aconselhar, pois as informações técnicas e teóricas, embora fundamentais, podem ser insuficientes. Os fonoaudiólogos deparam-se com o aspecto emocional, ou seja, reações “inadequadas” dos pais podem provocar reações da mesma ordem no profissional. Assim, a Psicologia auxilia, tanto a família quanto o profissional, na compreensão das dificuldades pelas quais ambos estão passando.

O processo terapêutico implica na tríade paciente-família-terapeuta, que funciona como um todo coeso, interdependente e inseparável, de tal forma que mudanças ocorridas em uma das partes resultarão em mudanças nas demais, e conseqüentemente, o todo também será alterado (Vasconcelos, Botelho, Chiari, 1995).

A contribuição da Psicologia na formação do fonoaudiólogo não deve, portanto, limitar-se à transmissão das teorias de desenvolvimento e aprendizagem, mas também ao trabalho com os aspectos psicológicos concernentes aos atendimentos, isto é, com os aspectos emocionais tanto de quem é atendido, quanto de quem atende.

As teorias psicológicas aprendidas nos cursos de graduação e pós-graduação norteiam, mas não restringem, as condutas terapêuticas posteriores (Lykouropoulos, Marra, Ferreira, 1995). Um exemplo pode ser o trabalho de Cunha (1997), que estabelece relações entre a clínica de Linguagem e a Psicanálise ao considerar, entre outras coisas, a Fala como reveladora do Inconsciente para a terapia analítica, ou seja, a fala é um meio para se atingir um fim. Na terapia fonoaudiológica, a Fala é o fim em si, mas é marcada pelo Inconsciente, ou seja, conteúdos dele são um meio através do qual é possível interpretar os sintomas que se manifestam na fala.

Em outro enfoque, a visão psicossocial da gagueira, ao levar em consideração não apenas o aspecto orgânico/funcional, mas também o significado afetivo / emocional da fala gaguejada estabelece outra perspectiva da uma zona fronteira entre a Fonoaudiologia e a Psicologia (Oliveira, 1999).

Mostrando a associação entre distúrbio psicológico e gagueira, Gargantini (2000) cita trabalhos de Barbosa e Chiari, dizendo que distúrbio psicológico é mais freqüentemente descrito em adultos do que em crianças, mas que os mecanismos psicológicos podem precipitar, manter ou aumentar a ocorrência da ansiedade em indivíduos que gaguejam, piorando, assim, os sintomas. A autora ainda cita outros trabalhos em que se pode observar estreita ligação entre a Fonoaudiologia e a Psicologia. São apenas alguns exemplos das múltiplas possibilidades de integração entre Psicologia e Fonoaudiologia

O comportamento dos profissionais de uma equipe é consequência de todas as vivências e experiências, formais ou informais dos mesmos, logo esse comportamento será mais satisfatório se o profissional foi preparado, desde sua formação, para tal atitude, quando teve oportunidade de entender e também de vivenciar o processo de aprendizagem e reabilitação de pessoas de classes sociais e necessidades diferentes.

CLÍNICA

Toda vez que se ouve falar em clínica, quase que automaticamente se pensa em doença e cura. A definição de clínica tem sua origem na Medicina e, assim, impõe limites bem definidos entre o normal e o patológico, entre a saúde e a doença. Logo, clínica seria o lugar de tratamento de doentes.

Na medida em que os cursos de graduação se preocuparem com a formação metodológica dos seus alunos, ou seja, com o desenvolvimento de pesquisas e divulgação do conhecimento produzido, a clínica passará também a ser lugar de pesquisas sérias e seguras.

Segundo Macedo (1994), clínica-escola é o lugar onde se tenta sintetizar teoria (escola/curso) e prática (clínica), por meio do atendimento clínico feito pelo aluno, sendo o ensino e a formação profissional (interação constante entre teoria e prática, levando a assumir postura crítica diante de idéias adquiridas), as prioridades estabelecidas.

O estágio supervisionado, na clínica escola, tem como objetivo fornecer experiências e oportunidade de avaliar o que foi transferido da teoria para a prática e verificar o nível de competência que o aluno adquiriu (Campos, 1989).

Carvalho e Térzis (1988) já afirmavam que, via de experiências práticas, o aluno formulará suas próprias idéias e condutas com respeito ao atendimento psicológico.

Para eles, clínica-escola é o espaço destinado a preparar profissionais para: atividades de pesquisa sobre a vida mental, a partir de técnicas clínicas de investigação (psicodiagnóstico), assistência psicológica individual e grupal, atividades dedicadas a contribuições interdisciplinares (psiquiatria, sociologia, psicanálise, etc...).

Trabalhos como os de Barbosa e Silvares (1994) e de Reys e Lopes (1997) visando caracterizar pacientes de clínica-escola e ambulatório de Psicologia e Fonoaudiologia, respectivamente, demonstram que clínica-escola também é espaço para atendimento da população menos favorecida sócio-economicamente; mostrando a necessidade de se trabalhar dentro de um enfoque interdisciplinar, para que orientações a esta população não sejam fragmentadas.

Lindmeier (1990) em sua pesquisa junto à Clínica-Escola de Psicologia da Universidade São Francisco enfatiza a relação de ajuda entre a clínica e a comunidade, preocupando-se em avaliar a prestação de serviço desta clínica à comunidade.

O mesmo autor cita que, no Brasil, a própria qualidade da experiência fornecida pelo estágio supervisionado fica prejudicada, pois o tipo de programação propiciada ao aluno-estagiário fica a cargo de cada instituição, muitas vezes totalmente delegada à responsabilidade e criatividade do supervisor, ou até mesmo de contingências aleatórias, caracterizando uma situação inadequada em razão do que se conhece cientificamente hoje. Além disso, os modelos não são claramente definidos nas várias instituições.

Como já se fez menção, a definição de clínica tem origem na Medicina e impõe limites bem definidos entre o normal e o patológico, entre saúde e doença. Assim, a clínica seria o lugar de tratamento de doentes. Com o decorrer do tempo, isto passou a ser contestado.

Como já foi dito, a Fonoaudiologia baseou-se no modelo médico, na medida em que oferecia tratamento para patologias da comunicação e buscava a “cura”.

Nesse modelo, a pessoa que apresenta o sintoma fica alienada de sua queixa, passando a ser importante apenas a doença e não a pessoa como um todo. É importante que o profissional clínico promova ações que permitam à pessoa pensar e analisar sobre o que a mantém doente. Ou seja, deve oferecer-lhe, além da competência científica, compreensão e apoio psicológico.

Com a ampliação do campo de trabalho, tanto do fonoaudiólogo, quanto do psicólogo, a clínica vem se modificando abrindo espaço para outras atividades, incluindo a pesquisa. Não a pesquisa montada “artificialmente”, desvinculada do fazer do dia-a-dia, mas aquela prazerosa que traz respostas às necessidades impostas pela prática clínica, ou seja, a união da teoria com a prática (Gomes, 1994).

A prática clínica basicamente assemelha-se à investigação científica, visto que a todo o momento há a necessidade de formular hipóteses, de leituras para fundamentar a ação, de testagem de procedimentos terapêuticos, de elaboração de relatórios.

Dentro do trabalho clínico, há, portanto, a possibilidade de se produzir conhecimento científico, contribuindo-se, assim, para o desenvolvimento de uma determinada área, desde que essa produção obedeça a princípios metodológicos para que a validade dos resultados obtidos seja garantida, e haja alguma segurança no uso do saber gerado (Witter, 1996b).

Estatísticas norte-americanas indicam que os distúrbios da comunicação são mais freqüentes em indivíduos com menos de 15 anos e com mais de 65 anos. Estima-se que no início do atual milênio, 10,13% daquela população terá distúrbios de linguagem e/ou audição (Fein, 1983). Dados do Comitê de Prevenção dos Problemas de Fala, Linguagem e Audição da ASHA (1984) revelaram que, entre pré-escolares com dificuldades, as alterações da comunicação ocupam o primeiro lugar e entre os escolares, o segundo lugar.

Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia em 1997 mostrou que as crianças são maioria nos serviços de Fonoaudiologia, mas adolescentes e adultos também procuram esse serviço.

A pesquisa realizada por Reys e Lopes (1997) levantou o perfil do paciente do Ambulatório de Fonoaudiologia Pediátrica do Hospital da UNICAMP. Foram atendidas nesse ano crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 17 anos, sendo que 65% dos casos eram do sexo masculino e as crianças de 0 a 6 anos foram maioria. As patologias fonoaudiológicas mais freqüentes foram os distúrbios articulatorios (30,2%) e atraso na construção da fala e da linguagem (18,3%). As menos freqüentes foram fissura palatina, deficiência auditiva e disfonia (2,1%) e deglutição atípica (1,7%). Essa pesquisa também mostrou a atuação da

Fonoaudiologia em nível de prevenção, mas o que predominou no período estudado foi a prevenção secundária (68,6%).

O levantamento de dados epidemiológico realizado por Lacerda, Perotino, Maluf & Perez (1998), a partir de dados disponíveis na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UNIMEP, visava caracterizar o perfil do cliente e a prevalência das alterações, levando-se em conta as seguintes variáveis: diagnóstico, sexo, escolaridade, idade e região.

O diagnóstico mais prevalente foi alterações de fala (36%). As alterações de fala associada às de leitura/escrita, foram o segundo diagnóstico mais prevalente (8%). As alterações somente de leitura e escrita corresponderam a 7% . O diagnóstico de gagueira representou 6% do total, assim como as alterações do sistema sensório-motor-oral (SSMO). Com relação à variável sexo, 64% eram do sexo masculino. A variável escolaridade só foi analisada em relação às alterações de fala: 53% estavam em idade pré-escolar (3-7 anos) e 47% em idade escolar (8-14 anos). De acordo com a variável região, a procura foi maior por parte da população localizada nas regiões centrais, provavelmente pela própria localização da referida clínica.

Os dados obtidos nesta pesquisa são semelhantes aos de outras, como as de Rahal e Zorzi (1996), colhidos em clínica particular, a Freire (1992), Andrade e Cols (1991).

O presente trabalho procurou conhecer o paciente que busca o serviço de Fonoaudiologia e Psicologia, suas necessidades, dificuldades e a relação entre esses dois campos de trabalho. Espera-se, com isso, contribuir para a reformulação de propostas de atuação tanto fonoaudiológica quanto psicológica e também auxiliar na formação de futuros fonoaudiólogos, ampliando-se, assim, a área de conhecimento e atuação.

OBJETIVO GERAL

Foi caracterizar os pacientes que freqüentaram uma clínica particular de Fonoaudiologia e Psicologia, durante o ano de 1998.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mais especificamente, constituíram objetivos deste trabalho:

- verificar quais os tipos de transtornos fonoaudiológicos e psicológicos registrados;
- relacionar tipo de transtorno com faixa etária dos clientes;
- relacionar a duração do tratamento com a faixa etária do cliente em Fonoaudiologia e Psicologia;
- analisar a integração da Fonoaudiologia com a Psicologia, verificando quais os tipos de transtornos que foram atendidos pelos dois setores.

MÉTODO

INSTITUIÇÃO

A Clínica, onde a pesquisa foi realizada, está em funcionamento há 22 anos em cidade do interior do Estado de São Paulo, atendendo clientes particulares ou credenciados nos seguintes convênios: Cabesp (funcionários de Banespa), Cassi (funcionários do Banco do Brasil), Fundação Cesp, Ecônomus (funcionários da Nossa Caixa Nosso Banco), Plamtel (funcionários da Telefônica), Sistema Prever, Nipomed. As sessões de terapia são individuais, com duração aproximada de 50 minutos.

No ano de 1998, atendeu 390 clientes, em Psiquiatria, Psicologia e Fonoaudiologia.

O presente trabalho é uma pesquisa documental, pois teve por base informações obtidas em momentos anteriores a ela (Witter,1990). Obedeceu-se à metodologia de pesquisa documental.

A pesquisa de levantamento usou, como suporte para coleta de dados, apenas os prontuários de clientes (crianças, adolescentes e adultos) atendidos em Fonoaudiologia e Psicologia, separadamente ou em ambas as áreas, desconsiderando os prontuários da Psiquiatria (N=90), por não estarem incluídos nos objetivos do presente trabalho.

MATERIAL

Os dados para a pesquisa foram obtidos por meio do levantamento de 300 prontuários de clientes que freqüentaram terapias fonoaudiológicas e psicológicas, no ano de 1998, independentemente de estarem iniciando o tratamento ou de estarem em processo terapêutico há algum tempo.

1- Prontuários:

Os prontuários da clínica são organizados da seguinte maneira:

- **Folha de Anamnese** que foi preenchida pelo profissional (fonoaudiólogo ou psicólogo) que manteve o 1º contato com o cliente ou familiares na clínica. Apresentam os seguintes dados: **1-** identificação do paciente: data de nascimento, número da matrícula na clínica, idade, escolaridade, nome da escola, período em que estuda, data da consulta; **2-** dados relativos ao trabalho realizado: tipos de avaliações, terapia indicada, e observações sobre valor das sessões, tipo de convênio, horário das terapias; **3-** informações familiares: dados do informante, origem do encaminhamento, dados de identificação dos pais (idade, profissão, escolaridade, estado civil, local de trabalho) e constituição familiar (nomes dos familiares, inclusive posição que ocupam na constelação familiar, sexo e idade, inclusive os dados do próprio cliente) **4-** histórico da criança, onde se encontram os seguintes itens: a) queixa principal e dados da gestação; b) dados do parto; c) informações sobre o desenvolvimento: motor, da linguagem, dados relativos à audição, visão, sono, alimentação, sociabilização, problemas de saúde, antecedentes familiares; d) dados sobre a escolaridade (escolas que frequentou, queixas); nesse mesmo item constam informações sobre exames psicológicos já realizados; e) tratamentos realizados, onde são relatados dados sobre os médicos e especialidades que o cliente consultou, resultados de exames, diagnósticos e medicamentos. Geralmente, os dados que são coletados nesse item têm alguma relação com a queixa principal ou com a história de vida do cliente, f) informações sobre o relacionamento familiar: como a família funciona na visão do informante, g) outras observações: dados que o informante ainda queira relatar e anotações do entrevistador. (Anexo A)

- **Testes e Avaliações realizados** pelos setores de Fonoaudiologia e Psicologia. Pode-se observar o desempenho do cliente nos diferentes testes, as hipóteses levantadas e os encaminhamentos externos realizados, quando necessário.

- **Relatórios** enviados e/ou recebidos

- **Registros de contatos** feitos, por telefone ou pessoalmente, com escolas, outros profissionais e familiares.

2- Protocolo de Registro:

Antes do início da coleta de dados, foi elaborado, especificamente para a pesquisa, um protocolo de registro (Anexo B) das informações necessárias para caracterizar os sujeitos atendidos, tendo por base os dados do prontuário, como se descreve a seguir:

Dados de identificação do cliente:

1- número do prontuário: número dado ao cliente, pela clínica, quando do início do tratamento. É um identificador do cliente.

2- idade

3- sexo

4- posição na constelação familiar

5- escolaridade

6- profissão do cliente

Informações sobre a família:

7- escolaridade dos pais

8- profissão dos pais

Observação: a idade, escolaridade e profissão, tanto do cliente quanto dos pais, são as da época do levantamento.

Dados relativos aos problemas

9- origem do encaminhamento

10- queixa inicial: de Fonoaudiologia e de Psicologia

11- tipos de avaliações realizadas

12- hipóteses diagnósticas de Fonoaudiologia e Psicologia

13- condutas após diagnóstico

PROCEDIMENTO

Nos prontuários dos clientes atendidos em 1998, na referida clínica, foi realizado levantamento dos dados necessários aos objetivos dessa pesquisa, fazendo-se as anotações no protocolo de registro para análise posterior. Os prontuários foram lidos tantas vezes quantas foram necessárias. Os profissionais, que atenderam ou ainda estão atendendo o caso, foram procurados para esclarecimento de eventuais dúvidas em relação ao preenchimento dos prontuários.

Segue um exemplo de registro no protocolo.

O sujeito nº. 4250 reside na cidade onde a pesquisa foi realizada e teve o registro concretizado da seguinte maneira:

Nº prontuário: 4250

Idade: 7 anos e 2 meses sexo (x) F () M

Posição na constelação familiar: caçula

Escolaridade do paciente: (x) ensino infantil

() ensino fundamental

() ensino médio

() ensino superior

() completo

(x) incompleto

() outra _____

Escolaridade dos pais:

Pai: () ensino fundamental () completo
 () ensino médio () incompleto
 () ensino superior
 () analfabeto
 (x) não há informação

Mãe: () ensino fundamental () completo
 () médio () incompleto
 () superior
 () analfabeto
 (x) não há informação

Profissão dos pais:

Pai: bancário

Mãe: prendas domésticas

Profissão do cliente: _____

Origem do encaminhamento:

() escola
 () médicos
 (x) outros clientes
 () própria família
 () psicólogos
 () outros

Queixa inicial (fonoaudiológica):

() dificuldade de fala
 (x) dificuldade de compreensão
 () dificuldade de audição
 () gagueira
 (x) dificuldade na escola
 () outras

Queixa inicial (psicológica):

() problema de comportamento
 () falta de atenção
 () dificuldades na escola
 () ansiedade
 () depressão
 () dificuldade de relacionamento
 () outros

Tipos de avaliações realizadas:

(x) Fonoaudiológica
 (x) Psicológica
 () Psiquiátrica
 () Neurológica
 () Otorrinolaringológica
 () Odontológica
 () Outras _____

Hipóteses diagnósticas:

Fonoaudiológica: Disfasia

Psicológica: Distúrbio de aprendizagem associado a distúrbio acentuado de linguagem

() Em tratamento: fonoaudiológico a _____
psicológico a _____

() Alta após _____ em Fonoaudiologia

() Alta após _____ em Psicologia

(x) Abandono após avaliação em Fonoaudiologia

(x) Abandono após 5 meses em Psicologia

Encaminhamentos externos para: _____

Observações

Trata-se de menina nascida em 01/05/91. Filha adotiva, mas a última do casal. Frequentava pela 2ª vez a pré-escola da rede municipal de ensino.

Não consta das anotações do prontuário informação sobre o nível de escolaridade dos pais. O pai é bancário, funcionário da Caixa Econômica Federal, na cidade onde a pesquisa foi realizada. A mãe não trabalha fora.

A criança chegou à clínica por meio de encaminhamento feito por outro cliente. Foi atendida em outubro de 1997 pela psicóloga, apresentando a queixa de dificuldade na escola e falta de atenção. Iniciou tratamento psicológico em julho de 1998, ou seja, 9 meses após a avaliação. Foi encaminhada para avaliação fonoaudiológica em setembro de 1998, apresentando queixa de dificuldade escolar e de compreensão da linguagem oral.

A hipótese diagnóstica levantada pela Psicologia foi Distúrbio de Aprendizagem associado a Distúrbio Acentuado de Linguagem. A hipótese fonoaudiológica foi Disfasia com possível falha no processamento auditivo central.

Abandonou o tratamento fonoaudiológico, logo após a avaliação, e o tratamento psicológico após 5 meses.

Não houve necessidade de juízes, com relação ao preenchimento do protocolo, pois as informações foram copiadas da maneira como estavam no prontuário.

TABULAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO

Após todos os protocolos terem sido preenchidos, foram separados, inicialmente por setor de atendimento: clientes de Fonoaudiologia, clientes de Psicologia e clientes atendidos pelos dois setores.

Esses protocolos foram novamente divididos por faixa etária: crianças de 0 a 11 anos; adolescentes de 12 a 21 anos e adultos dos 22 anos em diante (Pfromm Netto, apud Buriti, 1997).

Para cada faixa etária, os prontuários foram separados pelo sexo do cliente.

A partir dessas separações procederam-se às tabulações e ao tratamento dos dados

1- **Posição na Constelação familiar** - sendo feita a seguinte categorização: primogênito, caçula, filho único, 2º filho, 3º filho e não consta a informação.

2- **Escolaridade do sujeito** - ensino infantil, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e não consta informação.

3- **Escolaridade dos pais** - seguindo a mesma divisão acima

4- **Profissão dos pais** - como foram citadas 100 profissões diferentes, houve a necessidade de categorização, que foi feita tendo por base os dados publicados pela Prefeitura da cidade onde foi realizada a pesquisa (2000).

a- *Profissionais Liberais*: foram classificados nessa categoria os profissionais de nível superior, independente de estarem exercendo a profissão como autônomos ou não. São eles: engenheiros, agrônomos, administrador de empresa, economista, médico, dentista, analista de sistema, farmacêutico, assistente social, radialista, advogado, biomédica, jornalista, psicóloga, arquiteta, enfermeira, fonoaudióloga.

b- *Comércio/Indústria*: comerciante, executivo, vendedor, comerciário, funcionário de gráfica, propagandista, industrial, gerente comercial, representante comercial, balconista, assistente administrativo, gerente de vendas, usineiro, funcionário do McDonald's, promotora de vendas, gerente de cinema, empresário, feirante, funcionário do sindicato do comércio, editor, departamento pessoal, funcionário de olaria, pecuarista, lavrador, agricultor.

c- *Educação*: professora, diretora de escola, coordenadora de ensino, diretora do balé da cidade, bibliotecária, assistente pedagógico, religiosa.

d- *Funcionário Público*: delegado, juiz, funcionário público, funcionário do Fórum, fiscal de rendas, procurador do estado, carcereiro, militar, fiscal de Furnas.

e- *Serviços Gerais*: motorista, gerente de rodoviária, técnico de RX, ourives, ceramista, cozinheira, ferramenteiro, manicure, costureira, massagista, mecânico, funileiro, operador de máquinas, chefe de serviços, operador de computadores, cabeleireira, técnico eletrônico, afinador de piano, escaneador, programador, instalador de telefone, técnico de máquinas, corretor de seguros, empregada doméstica, auxiliar de enfermagem, entregador, encarregado de transporte, supervisor de segurança do trabalho, eletricitário, cabo eleitoral, cartório, escrevente, secretária, encarregado, técnico contábil, contabilista, funcionário da UNIMED.

5- **Profissão do cliente**: mesma categorização anterior.

6- **Origem do encaminhamento:** escolas, médicos (principalmente pediatras e neurologistas), outros clientes (clientes que já freqüentaram ou freqüentam a clínica), família, psicólogos, outros profissionais (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas e ortodontistas), convênios (os já citados acima), outros, não consta informação .

7- **Queixas Iniciais de Fonoaudiologia:** foram categorizadas de acordo com as áreas de atuação da Fonoaudiologia. São elas: Linguagem oral (recepção e emissão), Linguagem escrita (leitura e escrita), Motricidade oral, Audição, Voz e Fluência. Além das queixas fonoaudiológicas, acrescentaram-se as categorias: Queixas Psicológicas e Orientação (CFFa).

8- **Queixas Iniciais de Psicologia:** foram categorizadas de acordo com Sistema de Classificação de Conteúdos da APA (Walker, 1997). As queixas foram agrupadas da seguinte maneira: Problemas de Comportamento, Déficit de Atenção e Hiperatividade / Memória, Dificuldade Escolar, Desenvolvimento, Ansiedade, Depressão, Dificuldade de Relacionamento, Problema de Sexualidade, Problema alimentar, Drogas, Psicodiagnóstico, Orientação Vocacional, Orientação aos Pais, Queixas Fonoaudiológicas.

9- **Hipóteses Diagnósticas**

Tanto as hipóteses de Fonoaudiologia quanto as de Psicologia foram classificadas de duas maneiras. Primeiramente, foram classificadas usando os mesmos critérios de categorização das queixas e, em seguida, classificadas de acordo com os critérios da CID-10, por ser o critério de classificação usado pela clínica ao enviar relatórios para os convênios (Anexo C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 300 prontuários levantados foram excluídos 12, por ser impossível preencher com as informações necessárias 75% dos campos do protocolo. Dos excluídos, 16,67% (N=2) eram prontuários da Fonoaudiologia e 83,33% (N=10) eram da Psicologia.

A apresentação dos resultados e discussão seguirá a mesma ordem descrita no protocolo.

Tabela 1
Caracterização dos sujeitos da clínica (1998)

Características	F	%
Sexo do sujeito		
Masculino	143	49,65
Feminino	145	50,35
Total	288	100,00
Faixa etária		
Criança	158	54,86
Adolescente	62	21,53
Adulto	68	23,61
Total	288	100,00
Posição constelação familiar		
Primogênito	95	32,99
Caçula	93	32,29
Único	32	11,11
2° filho	16	5,56
3° filho	2	0,69
Não consta	50	17,36
Total	288	100,00
Escolaridade do sujeito		
Infantil	66	22,92
Fundamental	108	37,50
Médio	28	9,72
Superior	67	23,26
Especial	5	1,74
Sem escolaridade	13	4,51
Não consta	1	0,35
Total	288	100,00
Profissão do sujeito		
Profissão liberal	21	7,29
Comércio / indústria	4	1,39
Educação	11	3,82
Serviços	7	2,43
Bancário	6	2,08
Não trabalha	22	7,64
Não consta	217	75,35
Total	288	100,00

A Tabela 1 mostra os resultados relativos ao perfil demográfico dos 288 clientes atendidos na clínica.

Com relação ao sexo, 50,35% eram do sexo feminino e 49,65% do sexo masculino, não havendo diferença significativa entre os sexos ($\chi_o^2 = 0,01$, o nível de significância considerado foi de 0,05, $\chi_c^2 = 3,84$, n.g.l.= 1).

As crianças representaram 54,86% dos casos, os adultos 23,61%. O teste χ^2 (Siegel, 1956) foi utilizado para verificar se a diferença observada entre as faixas etárias era significativa; mostrou rejeição da H_0 ($\chi_o^2 = 60,24$, $\chi_c^2 = 5,99$), ou seja, há diferença significativa entre as faixas etárias, face a maior concentração em crianças atendidas.

Com relação ainda a essas duas variáveis, os dados mostraram que 65,19% (N =103) das crianças eram do sexo masculino e 34,81% do sexo feminino (N = 55). Essa diferença é significativa, pois o resultado obtido, para nível de significância 0,05, e $\chi_c^2 = 3,84$ (n.g.l.=1), foi $\chi_o^2 = 14,58$, ou seja, H_0 foi rejeitada. Esse resultado coincide com dados da literatura na área fonoaudiológica (Guedes, 1997; Gonçalves, Lacerda, Perotino & Mugnaine, 2000), e com dados da Psicologia (Lindmeier, 1990; Barbosa & Silvares, 1994; Yehia, 1994).

Laks e col. (1990), em seu trabalho, comentam que as mães são mais responsivas para as meninas do que para os meninos e exigem menos habilidades verbais deles, sendo esta, talvez, a causa da maior frequência de distúrbios da fala e linguagem no sexo masculino.

Panhoca (1996) justifica o predomínio de distúrbios em meninos por meio de questões emocionais e sociais, ao dizer, que em nossa cultura, ainda há diferenças na educação de meninos e meninas. O homem é educado para atuar no mercado de trabalho, cabendo a ele o sustento da família; assim a preocupação com o desenvolvimento bio-psico-social, lingüístico e emocional torna-se maior, agilizando a procura por serviços especializados. Ao mesmo tempo, as manifestações de sentimentos dele são mais fortemente reprimidas, o que poderia provocar tensões que podem se manifestar na área da linguagem.

O porquê da maioria masculina nos atendimentos de Fonoaudiologia e Psicologia deve ser melhor investigado, pois a mulher tem, cada vez mais, assumido as responsabilidades do sustento da família; dessa forma, as justificativas apresentadas pela autora citada acima, não seriam suficientes para explicar a prevalência de meninos nos referidos serviços.

Santos (1990) cita o nível de expectativa no que se refere às habilidades sociais com relação ao sexo masculino, a sociedade condicionando papéis sociais diferentes para meninos e meninas; enquanto se espera que as meninas sejam caseiras e estudiosas, os meninos são estimulados a desenvolver precocemente habilidades sociais. Assim, problemas de ajustamento e sociabilização tenderiam aparecer mais nos meninos que nas meninas.

Com relação à queixa de problemas escolares, que também é alta em meninos, o autor, argumenta que elas encobrem queixa de ordem emocional e social e que essas seriam, de fato, as responsáveis pela ida à clínica.

Com relação aos adolescentes, as mulheres representaram 58,06% e os homens 41,94%. Apesar das mulheres serem maioria, a diferença não foi significativa estatisticamente, $\chi_o^2 = 1,61$ para $\chi_c^2 = 3,84$, nível de significância 0,05, n.g.l. = 1. Os adultos de sexo feminino representaram 79,41% dos casos, enquanto os do sexo masculino, 20,59%. Nesse caso, a diferença é estatisticamente significativa ($\chi_o^2 = 23,52$, $\chi_c^2 = 3,84$).

A outra característica estudada que aparece descrita na Tabela 1 foi à posição na constelação familiar: 32,99% são primogênitos, 32,29% são filhos caçulas, 11,11% são filhos únicos, 5,56% segundo filho e apenas 0,69%, terceiro filho. Observou-se também que, em 17,36% dos prontuários analisados, essa informação não constava, principalmente nos prontuários de adultos.

Esses dados, talvez, decorram da tendência atual de formação de famílias menores. No município onde a pesquisa foi realizada houve redução da taxa de natalidade da população de acordo com levantamento feito em 1999 (Conjuntura econômica, 2000).

Santos (1990) já havia observado em sua pesquisa uma média de cinco pessoas por família, sendo que a concentração maior era de família composta por quatro pessoas.

Há diferença significativa entre as posições ($\chi_o^2 = 85,23$, $\chi_c^2 = 7,82$), ocasionada pela baixa ocorrência de filhos únicos e intermediários. Não há entre primogênito e caçula que obtiveram as maiores ocorrências.

Algumas considerações devem ser feitas a esse respeito. A expectativa dos pais com relação ao 1º filho é muito elevada. Eles relatam, na consulta, que, por falta da experiência e conhecimento, muitas vezes não sabem como agir frente a dificuldades que observam nos filhos. Algumas são problemas de fato, outras são geradas pela ansiedade deles que, assim, acabam procurando ajuda de um profissional. Nestes casos, programas educacionais de orientação poderiam evitar estes problemas.

De acordo com essas proposições, Eisenmam (1992) relata que os pais são extremamente ansiosos com o seu primeiro filho e podem ser também mais “restritivos” com esses do que com os demais filhos. Como o primogênito passa mais tempo com os pais, há uma tendência a ser mais orientado intelectualmente, em decorrência da aprendizagem do estilo adulto de vida, mas, ao mesmo tempo, podem ser mais medrosos e tímidos.

Laks e cols. (1990) enfatizam que a interação vocal-social da mãe com o filho favorece a competência da criança, promovendo habilidades cognitivas.

A atenção e a estimulação excessivas, e a super proteção, ao mesmo tempo em que podem contribuir para o desenvolvimento, podem também ocasionar prejuízos.

Pesquisa de Gates, Lineberger, Crockett & Hubbard (1988) com crianças entre 7 e 12 anos, mostrou que primogênitos são menos depressivos, com menos traços de ansiedade e com níveis significativamente mais altos de auto-estima do que os outros irmãos. Talvez isso explique o sentimento de inveja que os irmãos mais novos têm do primogênito(Lindmeier,1990).

Tessler (1980) cita que o filho caçula e os outros irmãos vão menos ao médico que o primogênito, pelo fato do aumento do conhecimento e entendimento, pelos pais, acerca dos cuidados com a criança, limitando a frequência das consultas médicas.

Esses dados diferem um pouco do encontrado nesse estudo, pois a procura de ajuda para o filho caçula também foi grande.

Abram & Coie (1981) ao pesquisarem mães de primogênitos, em comparação com mães que já têm mais filhos, observaram que as primeiras relatam que, provavelmente, procuram mais ajuda profissional para resolver os problemas do que as outras mães. Enfatizam que isso ocorre com problemas de gravidade moderada, mas não com problemas graves.

As mães de primogênitos tendem a atribuir a causa dos problemas dos filhos aos pais, enquanto que mães de mais filhos tendem a focalizar a causa das dificuldades no próprio filho.

Lindmeier (1990), ao mostrar que o primogênito das classes sociais mais carentes também é o que mais procura os atendimentos gratuitos, comenta sobre a necessidade desse primogênito trabalhar e ajudar no sustento da casa, enquanto os mais novos têm o privilégio de brincar. Essas circunstâncias podem provocar sentimentos de raiva, inveja e ódio, que podem ser transferidos para outros ambientes, como por exemplo, a escola. Assim, nessa camada social, o primogênito torna-se mais facilmente aluno-problema.

Quanto ao caçula, a família geralmente o coloca como centro das atenções, posição que ele procura conservar a qualquer preço na casa e também na escola. Ele entra em crise existencial ao perceber que está se tornando independente e autônomo. Logo, sem o apoio e a compreensão necessária, poderá vir a ter problemas de relacionamento e apresentar várias dificuldades na escola, sendo esse o motivo pelo qual é freqüentemente encaminhado para atendimento psicológico (Lindmeier, 1990).

Com relação ao filho único, o que foi falado sobre o filho primogênito vale para ele (Eisenmam, 1992), com a agravante de que não será tirado do “trono”. Assim, ele é menos preparado para estabelecer contato com crianças da mesma idade, relacionando-se melhor com adultos.

Ao iniciar a vida escolar, o filho único fica exposto a enormes conflitos relacionais com professores e colegas, que poderão marcar sua vida se não receber acompanhamento adequado nessa fase (Lindmeier, 1990).

A autora dessa pesquisa observou que a maioria dos trabalhos encontrados acerca desse assunto data das décadas de 60/80, e poucos foram os trabalhos encontrados na década de 90.

Com relação à escolaridade do paciente, 37,50% freqüentavam o ensino fundamental, 23,26%, o ensino superior; 22,92%, o ensino infantil; 9,72%, o ensino médio; 1,74%, o ensino especial e 4,51% ainda não freqüentavam a escola. Apenas em um prontuário não constava essa informação.

Esses dados podem ser integrados à distribuição etária dos clientes. Apesar de não ter sido feita subdivisão entre as crianças, os dados mostraram uma concentração maior de clientes entre os 6 e 9 anos, ou seja, freqüentando o ensino fundamental, época em que a maioria das alterações de linguagem é encontrada, provavelmente por ser o início da idade escolar (Panhoca, 1996).

Segundo dados do levantamento epidemiológico realizado por Lacerda, Perotino, Maluf & Perez (1998), em clínica-escola de Fonoaudiologia, a escolaridade predominante foi pré-escolar (3 a 7 anos de idade); as autoras levantam a hipótese de que as alterações desse grupo etário tenham caráter, predominantemente, evolutivo, característica do processo de aquisição e construção da linguagem.

A segunda maior concentração de clientes da clínica estudada nesse trabalho compreende a faixa de idade acima de 18 anos; são clientes que freqüentam faculdades ou já são formados, daí a escolaridade superior estar em segundo lugar, podendo isto estar ocorrendo nessa pesquisa, por tratar-se de clínica particular.

Esse dado difere bastante da média da população que freqüenta clínica-escola, mas coincide com os achados de Santos (1993), que também mostram um predomínio do nível universitário (33% entre os adolescentes e adultos pesquisados).

O teste χ^2 foi usado novamente para verificar se a diferença observada entre os seis níveis de escolaridade era significativa. O nível de significância considerado foi de 0,05, sendo $\chi_c^2 = 11,67$ (n.g.l. =5). O resultado apresenta o valor $\chi_o^2 = 162,20$ correspondendo à rejeição da hipótese nula, ou seja, a diferença na distribuição nos níveis de escolaridade é significativa, em decorrência da baixa ocorrência de pessoas com ensino médio, especial e fora da escola, mas não há diferença entre os demais níveis.

No item profissão do sujeito, o que se destaca é a categoria “não consta informação”, pois 75,35% dos prontuários apresentavam esse item não preenchido. Isso porque 220 prontuários eram de criança e adolescentes, o que representa 76,39% dos prontuários, não sendo esperada esta característica. As profissões que se destacaram foram profissional liberal com 6,94% e educação com 3,82%; 7,64% dos clientes (todos adultos) informaram para esse item que eram

estudantes. As análises indicaram rejeição da H_0 ($\chi_o^2 = 25,91$, $\chi_c^2 = 11,07$), isto é, há diferença significativa entre as profissões.

A Tabela 2 caracteriza a família do paciente nos aspectos escolaridade e profissão dos pais.

Ao analisar os resultados, observou-se que o item “não consta informação”, tanto para escolaridade quanto para profissão, é o que se destaca. A escolaridade do pai não foi registrada em 51,39% dos prontuários, enquanto a escolaridade da mãe não consta em 48,96%. Da mesma forma, a profissão do pai não consta em 32,09% dos prontuários e a da mãe não consta em 28,82%. Isto prejudicou a análise, recomendando-se aos profissionais mais atenção no registro destas informações. Nos protocolos aproveitados, quanto aos níveis de escolaridade do pai, observou-se que 31,25% dos pais tinham nível superior; 12,85%, nível médio e 4,51% com ensino fundamental. O teste χ^2 mostrou que a diferença observada entre os 3 níveis de escolaridade foi significativa, face à baixa ocorrência de pessoas só com ensino fundamental. Isso pode estar ocorrendo por se tratar de clínica particular, estando os menos favorecidos, possivelmente, buscando clínicas públicas de atendimento gratuito ($\chi_o^2 = 66,52$ e $\chi_c^2 = 5,99$).

Com relação à escolaridade da mãe, 31,94% apresentavam nível superior; 15,97%, nível médio e 3,13% com ensino fundamental, sendo a diferença significativa, considerando-se $\chi_c^2 = 5,99$ e n. sig. = 0,05 ($\chi_o^2 = 70,56$), possivelmente pela razão já explicitada.

As profissões dos pais que mais se destacaram foram Comércio/Indústria com 22,92%, Profissional Liberal com 17,01% e Serviços Gerais com 14,24%. Elas são seguidas por Bancários com 8,33% e Funcionário Público com 5,21%. Ao realizar a análise estatística, observou-se que há diferença significativa entre as profissões considerando $\chi_c^2 = 9,49$ e

n.sig.=0,05, sendo $\chi_o^2 = 41,87$. Isso ocorreu em decorrência da baixa incidência de profissões de menor remuneração, possivelmente também pelo fato de ser uma clínica particular.

Tabela 2
Caracterização da família dos sujeitos da clínica (1998)

Características	F	%
Escolaridade do Pai		
Fundamental	13	4,51
Médio	37	12,85
Superior	90	31,25
Não consta	148	51,39
Total	288	100,00
Escolaridade da Mãe		
Fundamental	9	3,13
Médio	46	15,97
Superior	92	31,94
Não consta	141	48,96
Total	288	100,00
Profissão do Pai		
Profissão liberal	49	17,01
Comércio / industria	66	22,92
Func. Público	15	5,21
Serviços	41	14,24
Banco	24	8,33
Não consta	93	32,29
Total	288	100,00
Profissão da Mãe		
Profissão liberal	30	10,42
Comércio / industria	25	8,68
Educação	42	14,58
Func. Público	15	5,21
Serviços	20	6,94
Banco	15	5,21
Prendas domésticas	58	20,14
Não consta	83	28,82
Total	288	100,00

Observou-se com relação às profissões da mãe que 20,14% não trabalham fora de casa, sendo categorizadas como exercendo a atividade de prendas domésticas; 14,58% trabalham na área de Educação; 10,42% são Profissionais Liberais; 8,68% trabalham na Indústria/Comércio e 6,94% em Serviços Gerais. Seguem-se Bancários e Funcionários Públicos com 5,21%. Há

diferença significativa entre a distribuição das profissões, considerando-se $\chi^2 = 12,59$ e $n.sig.=0,05$ ($\chi^2 = 51,18$). Vale aqui a mesma consideração feita em relação aos pais.

Nesse levantamento observou-se que algumas profissões são eminentemente femininas, como é o caso da área de educação e algumas profissões liberais como Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Observa-se na Tabela 3, sobre origem dos encaminhamentos, que 32,64% dos clientes receberam indicação dos próprios familiares; 20,14%, de clientes que já freqüentaram ou ainda freqüentam a clínica; 17,36% foram encaminhados por médicos de várias especialidades, sendo a pediatria e a neurologia as áreas que mais encaminharam e 13,54% foram indicações de escolas. Os psicólogos foram responsáveis por 5,21% dos encaminhamentos e 3,82% receberam indicação de outros profissionais (dentistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais). 2,08% vieram encaminhados pelos convênios, e, em 4,86% dos prontuários, essa informação não foi registrada.

Esses dados não coincidem com os obtidos em trabalhos de caracterização de sujeitos de clínicas-escolas e instituições, onde as principais fontes de encaminhamento são as escolas e a área médica (Carvalho e Terzis, 1988; Barbosa e Silvares, 1994, Lindmeier,1990).

Yehia (1994), ao caracterizar a clientela que procura o serviço de identificação de superdotados em clínica de psicologia, mostrou semelhança com os dados dessa pesquisa no que se refere a nível sócio-econômico e cultural dos pais, mas a maioria dos encaminhamentos também foi feita por escolas e área da saúde, respectivamente 22% e 16% das indicações.

Outra explicação para essa diferença seria o fato de que a maioria das escolas particulares da cidade conta com equipe multidisciplinar (principalmente psicólogos e fonoaudiólogos) sugerindo a idéia de que esses profissionais tentam resolver os problemas na própria escola, apenas encaminhando para clínicas os casos que, realmente, necessitam reabilitação ou quando não há o profissional disponível ou com condições ou competência para fazer o atendimento na escola.

Esse é o modelo de trabalho realizado pelo fonoaudiólogo escolar nos Estados Unidos da América, onde cada vez mais se tenta resolver as dificuldades da criança na própria escola, por meio de trabalho em sala de aula, sala de recursos e trabalho com outros profissionais e professores (Yoder e Crais, 1992).

Da mesma forma, esse dado mostra que a atuação do psicólogo não está restrita apenas à própria clínica, como era a preocupação de Barbosa & Silvaes (1994), quando fizeram levantamento em uma clínica-escola e observaram o grande número de encaminhamentos feitos por escolas.

Cabe aqui um alerta, tanto o fonoaudiólogo quanto o psicólogo não devem transferir o trabalho clínico para dentro da escola. Como já foi dito acima, nem todos os casos podem ou devem ser trabalhados na escola.

Santos (1993) cita em seu trabalho sobre a caracterização de clínica- escola que há predomínio de procura espontânea (53%) sobre a procura por indicação profissional (28%) para serviços psicológicos. Os clientes são encaminhados principalmente por médicos e psicólogos. Esses dados sugerem que a própria clientela é quem divulga os serviços oferecidos. Nesse trabalho, também o autor comenta que o predomínio da procura espontânea ocorre em todas as faixas etárias, mas que na adolescência e na faixa dos 28 a 42 anos, procura espontânea e por indicação equivalem-se.

Esses dados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, em que a família foi responsável pela maior parte das indicações.

Não foi registrado nos prontuários como a família tomou conhecimento do trabalho realizado na clínica estudada, mas esse é um dado importante a ser questionado e registrado durante a anamnese, pois desta forma saber-se-á qual o veículo mais eficaz para a divulgação dos serviços prestados. Além disso, pode fornecer informações complementares sobre a razão do encaminhamento. Recomenda-se que os profissionais cuidem melhor deste aspecto especialmente quando o encaminhamento é feito por outro profissional.

Outra categoria importante, que pode estar relacionada com a anterior, foi a de encaminhamentos realizados por outros clientes, mostrando desta forma que valorizam as características do trabalho realizado na clínica.

Deve-se também ressaltar que pais com nível melhor de escolaridade, como é o caso da clínica estudada, reconhecem-se como a origem do encaminhamento mais do que pais com menor grau de escolaridade. Pais mais escolarizados também são responsáveis por encaminhamentos precoces (Silvares, 1993).

Tabela 3
**Origem do encaminhamento dos
pacientes**

Origem	F	%
Escola	39	13,54
Médico	50	17,36
Outros clientes	58	20,14
Família	94	32,64
Psicólogos	15	5,21
Outros profissionais	11	3,82
Convênios	6	2,08
Outros	1	0,35
Não consta informação	14	4,86
Total	288	100,00

Foram realizadas 364 avaliações (Tabela 4), 19,98% (N=72) foram feitas por profissionais que não pertenciam à clínica estudada. Avaliações neurológicas e otorrinolaringológicas foram feitas nas três faixas etárias, respectivamente 7,97% e 6,59% do total das avaliações.

Algumas avaliações foram feitas apenas em crianças, sendo elas: oftalmológicas (1,65%), outros médicos (foniatrias, endocrinologistas e geneticistas) com 1,65%; outros profissionais da saúde (terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) com 1,10% e avaliações odontológicas (0,82%).

As avaliações realizadas na clínica corresponderam a 80,22% (N=292) do total. O setor de Psicologia foi o que mais atendeu com 37,09%, seguidos pelo setor de Fonoaudiologia com 24,72% e as avaliações realizadas por ambos os setores corresponderam a 17,31%. As avaliações da psiquiatria representaram apenas 1,10% do total de avaliações.

Apenas os casos em que havia necessidade de medicação foram encaminhados para o psiquiatra (psicoses e quadros de depressão e ansiedade). Observou-se grande resistência por parte dos clientes em passar pela Psiquiatria, pois a crença de que esta especialidade trabalha apenas com “loucos” parece que ainda é grande.

Alguns aspectos devem ser considerados em relação ao maior número de avaliações realizadas pelo setor de Psicologia.

Primeiro, há mais profissionais nesse setor: quatro psicólogas e duas fonoaudiólogas.

Segundo, a Psicologia tem seu campo de trabalho melhor definido, o que não ocorre com a Fonoaudiologia, onde a própria definição da profissão e do campo de trabalho é difícil para alguns fonoaudiólogos e profissionais de áreas afins, como foi demonstrado no trabalho de Souza, Pagnossim, Casarin, Marchett, Barros & Moraes (1999), ao investigarem o que os estudantes da área da saúde sabem a respeito da Fonoaudiologia. As autoras concluíram que

78,33% dos entrevistados souberam conceituar Fonoaudiologia, mas observou-se que o exigido para ser pontuado como certo mostrava uma visão fragmentada da Fonoaudiologia, pois eram consideradas certas as respostas que apresentassem, no mínimo, duas das palavras-chave estabelecidas.

O terceiro aspecto a ser considerado é que muitas queixas fonoaudiológicas vieram acompanhadas de queixas psicológicas. A família percebe que o comportamento e o desenvolvimento emocional interferem na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e da escrita nas crianças, e pacientes adultos percebem que a ansiedade e o estresse, entre outros, interferem nos seus problemas de comunicação. No caso dessa pesquisa mais precisamente nos problemas de voz.

O quarto aspecto a ser considerado e que, ainda, tem a ver com a falta de conhecimento do campo de atuação do fonoaudiólogo, é a faixa etária em que esse profissional predominantemente atua, pois, para a grande maioria das pessoas, ele trabalha exclusivamente com crianças, e isso não é verdadeiro, face aos inúmeros trabalhos publicados acerca da atuação do fonoaudiólogo junto aos adultos e idosos. Esse dado sugere que há falta de trabalho de divulgação da profissão junto à comunidade. O psicólogo, por sua vez, é requisitado independentemente da faixa etária.

As avaliações conjuntas realizadas por Fonoaudiologia e Psicologia indicam que os adultos avaliados apresentavam queixas relacionadas à deficiência mental, disfonia e falta de habilidade social. As pessoas que apresentam dificuldade em lidar com determinadas situações acabam comprometendo a voz por mau uso. Distúrbios de relacionamento familiar, após seqüela de A.V.C. (Acidente Vascular Cerebral), também foi observado. O psicólogo é, nesses casos, especialmente importante, pois esse acontecimento é catastrófico tanto para a pessoa quanto para a família, e necessita de grande dose de apoio e compreensão.

Oportunidades para expressar os sentimentos são particularmente importantes (Limongi, 1997).

Entre os adolescentes, as avaliações mais frequentes feitas por ambos os setores foram os casos de dificuldades escolares, disfasias associadas ao déficit de atenção, distúrbio psicomotor e disfluência. Entre as crianças, os casos mais frequentes foram: dificuldades escolares associadas a problemas psicomotores, atraso na aquisição e desenvolvimento de fala e linguagem e nos quadros de deficiência mental e autismo.

As crianças que apresentavam queixas de Atraso de Desenvolvimento, de Dificuldades de Aprendizagem da Leitura e Escrita, principalmente quando associadas a problemas psicomotores, e Distúrbio de Fala e Linguagem, associado a problemas emocionais (fobias e dificuldades de Relacionamento), foram avaliadas pelo setor de Fonoaudiologia e Psicologia.

Tipo de avaliações realizadas 4

Especialidades	Faixa etária		Crianças		Adolescentes		Adultos		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fonoaudiologia	67	30,45	9	12,33	14	19,72	90	24,72		
Psicologia	46	20,91	39	53,42	50	70,42	135	37,09		
Fono + psico	45	20,45	14	19,18	4	5,63	63	17,31		
Psiquiatria	3	1,36	1	1,37	0	0,00	4	1,10		
Neurologia	21	9,55	6	8,22	2	2,82	29	7,97		
ORL	19	8,64	4	5,48	1	1,41	24	6,59		
Odontologia	3	1,36	0	0,00	0	0,00	3	0,82		
Oftalmologia	6	2,73	0	0,00	0	0,00	6	1,65		
Outros médicos	6	2,73	0	0,00	0	0,00	6	1,65		
Outros profissionais	4	1,82	0	0,00	0	0,00	4	1,10		
Total	220	100,00	73	100,00	71	100,00	364	100,00		

Analisando a Tabela 4, de acordo com a faixa etária, foram feitas 220 avaliações em crianças, dessas 26,83% (N =59) realizadas externamente. Destacam-se avaliações neurológicas e otorrinolaringológicas com 9,55% e 8,64%, respectivamente. Das avaliações realizadas na clínica, 30,45% (N=67) foram feitas pelo setor de Fonoaudiologia; 20,91%

(N=46), pela Psicologia; por ambos os setores, 20,45% (N=45) e apenas 1,36% (N=4), pela Psiquiatria.

Foram 73 as avaliações dos adolescentes, sendo que 13,70% (N=10) foram realizadas fora da clínica. O setor de Psicologia destacou-se com 53,42% das avaliações, sendo seguido pelas avaliações realizadas por ambos os setores com 19,18% e o setor de fonoaudiologia realizou 12,33% do total das avaliações. A Psiquiatria fez apenas uma avaliação.

Foram realizadas 71 avaliações na faixa etária dos adultos, 4,23% feitas externamente à clínica. Novamente o setor de Psicologia fez a maioria das avaliações, 70,42%, sendo seguido pelo setor de Fonoaudiologia com 19,72% e ambos os setores com 5,63% das avaliações.

Com a finalidade de estabelecer-se possível correlação entre todas as avaliações realizadas nas diferentes faixas etárias, utilizou-se o Teste de Correlação por postos (Siegel, 1956).

Houve correlação significativa entre as diferentes faixas etárias. A correlação entre as crianças e os adolescentes para 10 tipos de avaliações realizadas foi de $r_o = 0,83$ ($r_c = 0,57$); entre as crianças e os adultos, a correlação foi de $r_o = 0,93$ ($r_c = 0,57$); entre os adolescentes e os adultos a correlação foi de $r_o = 0,95$ ($r_c = 0,57$). Portanto, todas as correlações indicam que significativamente a distribuição das avaliações é similar nas três faixas etárias estudadas.

Como houve avaliações realizadas na clínica e externamente a essa, o teste de correlação foi novamente empregado, sendo que não houve correlação significativa para os 4 tipos de avaliação realizados na clínica. Para um $r_c = 0,81$, a correlação entre crianças e adolescente foi de $r_o = 0,40$; entre crianças e adultos $r_o = 0,80$ e entre adolescentes e adultos foi de $r_o = 0,80$

Para os 6 tipos de avaliações realizadas externamente houve correlação significativa, sendo que a correlação entre crianças e adolescente foi $r_o = 0,87$ ($r_c = 0,70$); entre crianças e adultos $r_o = 0,87$ e entre adolescentes e adultos $r_o = 1,00$.

Esses dados coincidem com os da literatura, ao mostrar um predomínio do trabalho do fonoaudiólogo junto à criança. Primeiro, por ser uma profissão definida pelos leigos, e mesmo por profissionais, como a que trabalha com criança que fala errado e/ou não escuta. Segundo, é entre o fim do primeiro ano e o fim do segundo ano que a criança amplia rapidamente sua compreensão da linguagem falada ao seu redor e inicia a emissão de palavras propriamente ditas (Launay,1986). Esse período se estende até aproximadamente os 4 anos. É na faixa etária de 4 a 6 anos que a maioria das alterações de linguagem ocorrem (Panhoca, 1996).

Nessa época, a família e a escola preocupam-se com o desenvolvimento da fala e da linguagem, pois partem da crença de que alterações da fala podem desencadear problemas de aprendizagem da leitura e escrita, apesar de não se poder estabelecer uma relação de causa e efeito entre produção de fala e aquisição de linguagem escrita (Lacerda,1995). Essa preocupação faz com que a procura por serviço de Fonoaudiologia aumente, nessa faixa etária (Freire, 1992; Bernardis e Lopes,1999;Gonçalves, Lacerda, Perotino, Mugnaine,2000).

A Psicologia também é muito procurada, principalmente para diagnósticos de atraso no desenvolvimento, pois também se acredita que uma criança ouvinte pode não falar corretamente por apresentar déficits cognitivos, carência de estimulação, modelos inadequados.

Observa-se, principalmente, na Psicologia que a procura por tratamento para os adolescentes tem sido grande, talvez por ser essa época marcada por transformações físicas bastante acentuadas que, por sua vez, provocam modificações cognitivas, afetivas, sexuais, sociais e psicológicas (Buriti, 1997).

Dependendo da maneira como o adolescente encara tais mudanças, muitas alterações no comportamento podem ocorrer. Dessa forma, o adolescente passa a necessitar de ajuda para se reestruturar e se adaptar a esse novo ciclo de vida. Nem sempre a família consegue auxiliar adequadamente; assim, a procura pelos serviços de Psicologia tende a aumentar.

As queixas fonoaudiológicas apresentadas neste estudo foram divididas em queixas relativas à: a) Linguagem Oral, envolvendo os aspectos fonológicos, morfológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos, tanto no que se refere à recepção quanto à emissão; b) Linguagem Escrita no que se refere à leitura (decodificação dos símbolos gráficos, fluência e compreensão do material lido) e escrita (coordenação motora, codificação dos símbolos gráficos, regras ortográficas e gramaticais, elaboração); c) Motricidade Oral, compreendendo atraso no desenvolvimento ou alteração das funções estomatognáticas (sucção, deglutição, respiração, mastigação e fala, enquanto articulação); d) Audição Periférica (acuidade auditiva) e Central (processamento auditivo central); e) Voz, referindo-se tanto a distúrbios, quanto ao aperfeiçoamento vocal; f) Fluência, estando agrupadas nesse item todas as queixas relacionadas ao ritmo de fala; g) Queixas Psicológicas onde foram agrupados os problemas emocionais e de comportamento que se associam aos problemas fonoaudiológicos; e) orientação aos familiares sobre o desenvolvimento dos filhos.

Para facilitar a compreensão do texto e discussão, as Queixas e Hipóteses virão em seqüência.

A Tabela 5 mostra a distribuição das queixas, tendo como variáveis a idade e o sexo. Observou-se que o número total de queixas (N=261) excedeu o número de clientes avaliados pelo setor de Fonoaudiologia (N=153), dada a existência de sujeitos com mais de uma queixa.

As queixas relacionadas às crianças foram 193, sendo que 32,64% do total de queixas foram relacionadas às dificuldades com Linguagem Oral; 21,24% à Linguagem Escrita; 19,17% à Motricidade Oral. Audição, Voz e Fluência representaram 7,77% das queixas (respectivamente 2,59%; 1,55%; 3,36%). Cabe ressaltar que foram observados 18,13% de queixas relacionadas a problemas ou dificuldades psicológicas.

Levando-se em conta o sexo, foram registradas 132 queixas para os meninos, sendo que as queixas quanto à Linguagem Oral, Linguagem Escrita e Motricidade Oral foram maioria, respectivamente 29,55%, 21,21% e 20,45%. Queixas Psicológicas também foram observadas numa percentagem alta, 19,70% do total das queixas.

Observou-se o mesmo resultado para as 61 queixas em meninas, ou seja, a Linguagem Oral representou 39,34% das queixas, seguida pela Linguagem Escrita com 21,31%, Motricidade Oral com 16,39% e 14,75% para Queixas Psicológicas.

De acordo com Teste de Correlação de Spearman há correlação significativa entre as queixas dos meninos e das meninas; o resultado obtido foi $r_o = 0,97$ (n.sig 0,05 $r_c=0,63$).

Vale dizer que a variável gênero não aparece como elemento capaz de distinguir os sexos quanto à distribuição de queixa apresentada.

O teste χ^2 mostrou que há diferença significativa entre as queixas das crianças, pois para n.sig 0.05 e $\chi_c^2 = 11,07$ o resultado obtido foi $\chi_o^2 = 71,90$, ou seja, houve rejeição da h_o .

Tabela 5

Queixa Inicial de Fonoaudiologia

Queixas	Criança		Total		Adolescente				Adulto				Total				Total							
	Faixa etária				Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Liguagem oral	39	29,55	24	39,34	63	32,64	6	30,00	3	16,67	9	23,68	3	60,00	3	12,00	6	20,00	48	30,57	30	28,85	78	29,89
Liguagem escrita	28	21,21	13	21,31	41	21,24	4	20,00	7	38,89	11	28,95	0	0,00	2	8,00	2	6,67	32	20,38	22	21,15	54	20,69
Motricidade oral	27	20,45	10	16,39	37	19,17	1	5,00	2	11,11	3	7,89	0	0,00	9	36,00	9	30,00	28	17,83	21	20,19	49	18,77
Audição	4	3,03	1	1,64	5	2,59	4	20,00	2	11,11	6	15,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	5,10	3	2,88	11	4,21
Voz	2	1,52	1	1,64	3	1,55	0	0,00	2	11,11	2	5,26	0	0,00	7	28,00	7	23,33	2	1,27	10	9,62	12	4,60
Fluência	5	3,79	2	3,28	7	3,63	2	10,00	1	5,56	3	7,89	1	20,00	3	12,00	4	13,33	8	5,10	6	5,77	14	5,36
Queixas psicológicas	26	19,70	9	14,75	35	18,13	3	15,00	1	5,56	4	10,53	1	20,00	1	4,00	2	6,67	30	19,11	11	10,58	41	15,71
Orientação	1	0,76	1	1,64	2	1,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,64	1	0,96	2	0,77
Total	132	100,00	61	100,00	193	100,00	20	100,00	18	100,00	38	100,00	5	100,00	25	100,00	30	100,00	157	100,00	104	100,00	261	100,00

A preocupação com o desenvolvimento da fala e linguagem e suas possíveis conseqüências posteriores faz com que as queixas relacionadas à Linguagem Oral e à Motricidade Oral (51,81%) sejam realmente mais relevantes nesta faixa etária. A família e a escola ficam em alerta com relação à fala da criança, uma vez que é freqüente a crença de que a criança que não fala bem vai mal na escola. Pesquisas na área não indicam relação de causa e efeito entre produção oral e problemas escolares (Lacerda, 1995). Entretanto, os trabalhos de Franco e Ávila, (2000); Wertzner, (1990); Tomé, Guedes, Silva, Cechella (1998); Lins & Andrade (1990) confirmam a preocupação dos pais e da escola com relação à linguagem e à fala.

As queixas dos adolescentes foram 38, sendo que 28,95% delas estão relacionadas à Linguagem Escrita; 23,68% à Linguagem Oral; 15,79% à Audição, e às Queixas Psicológicas, 10,53%; queixas relacionadas à Motricidade Oral e Fluência representam 7,89 e queixas de problemas de Voz 5,26%.

Esses dados coincidem com a literatura, pois o foco da atenção nessa faixa etária desloca-se para o rendimento escolar.

As queixas mais freqüentes para os meninos foram as relativas à Linguagem Oral com 30% do total de queixas (N=20) seguidas por queixas de problemas de Linguagem Escrita e Audição com 20%; Queixas Psicológicas representaram 15% e as de Fluência, 10%. Em porcentagem menor ficaram as queixas quanto à Motricidade Oral.

Diferente dos meninos, as queixas com relação à Linguagem Escrita foram maioria entre as meninas: 38,89% do total de queixas (N=18); estas foram seguidas por queixas quanto à Linguagem Oral com 16,67%; Motricidade Oral, Audição e Voz com 11,11%; Fluência e Queixas Psicológicas foram responsáveis por 5,56%.

Esses dados diferem um pouco da literatura, pois queixa de dificuldade de aprendizagem da leitura e escrita é mais freqüente entre os meninos.

Ao se realizar a análise estatística por meio de teste de correlação dos postos (Siegel, 1956), observou-se que há correlação significativa entre o sexo feminino e o masculino, $r_o = 0,63$ (n.sig. 0,05, $r_c = 0,63$). Novamente, no todo, há coincidência de distribuição em ambos os gêneros.

Usando o teste χ^2 , observou-se que não há diferença significativa entre as queixas dos adolescentes, $\chi_o^2 = 6,57$ ($\chi_c^2 = 7,82$).

As queixas dos adultos foram 30, sendo as mais freqüentes as relacionadas à Motricidade Oral com 30% do total, seguida por queixas de problemas de Voz com 23,33%, Linguagem Oral com 20%, Fluência com 13,33% e Linguagem Escrita e Queixas Psicológicas com 6,67%.

Mediante a análise estatística observou-se que não há correlação significativa entre o sexo masculino e feminino, $r_o = 0,21$ ($r_c = 0,63$). Portanto, na fase adulta a hierarquia de problemas difere por gênero.

Também não foi encontrada diferença significativa entre os diferentes tipos de queixas dos adultos, $\chi_o^2 = 0,66$ ($\chi_c^2 = 7,82$).

Esses dados mostram que a preocupação com os padrões estéticos e funcionais dos órgãos fonoarticulatórios aumentaram, pois, até bem pouco tempo, não se acreditava que correções ortodônticas e articulatórias para adultos produzissem bons resultados. O avanço tecnológico na área da Ortodontia é um dos responsáveis por essa mudança de comportamento, assim como preocupação com a estética.

Tanto os problemas de Motricidade Oral, como os de Voz, foram observados apenas nos sujeitos do sexo feminino.

Dados de pesquisa de Ramos, Correa & Luz (1992) coincidem com os desta pesquisa ao mostrarem que problemas de ATM (articulação têmporo-mandibular) ocorrem mais em mulheres na faixa etária de 21 a 30 anos. A prevalência do sexo feminino, em relação a problemas de motricidade oral, também é demonstrada em trabalhos de Figueiredo, Bianchini e Crivello Jr. (1998).

Todas as queixas de Voz eram de mulheres que usavam a voz como ferramenta de trabalho (professoras e jornalistas). Trabalhos como os de Brasolotto, Fabiano (2000), Scaldo, Pimentel e Pilz (1996), mostram que professores apresentam maior incidência de problemas vocais.

Resumindo, essa tabela confirma a tendência da Fonoaudiologia trabalhar mais com crianças e seus problemas de desenvolvimento. Com adolescentes, destaca-se o trabalho com a linguagem, principalmente a escrita. Com os adultos a preocupação principal é com os problemas de voz e motricidade oral. Nessa faixa etária, a linguagem é preocupação na medida em que haja comprometimento grave, como no caso de AVC e traumatismos cranianos.

Aplicou-se novamente o teste χ^2 para verificar se havia diferença significativa entre as queixas, independente da faixa etária, observando-se que H_0 foi rejeitada, ou seja, há diferença significativa entre as queixas, $\chi^2 = 107,02$ ($\chi_c^2 = 12,59$). Isso ocorreu por causa da alta incidência de queixas de linguagem oral e escrita e motricidade oral.

As hipóteses diagnósticas encontradas nas avaliações de Fonoaudiologia foram agrupadas segundo os mesmos critérios das queixas (Tabela 6).

Da mesma forma que as queixas, elas também foram em número superior ao dos clientes. Foram registradas 171 hipóteses para 153 avaliações realizadas pelo setor de Fonoaudiologia, sendo 102 hipóteses para o sexo masculino e 69 para o sexo feminino. As

hipóteses relacionadas à Linguagem Escrita representaram 24,56% do total, sendo seguidas por Linguagem Oral com 19,30%, Motricidade Oral com 17,54% e Atraso na Aquisição e Desenvolvimento da Fala e da Linguagem com 14,04%. Esse resultado difere um pouco do encontrado nas queixas (Tabela 5), onde o número de queixas da Linguagem escrita foi inferior ao da Linguagem Oral. Talvez isso tenha ocorrido pela necessidade de “criar” uma nova categoria chamada Atraso na Aquisição e no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, pois muitas crianças que chegaram com queixa de problemas de fala estavam apresentando apenas um atraso. As duas categorias representam 33,34% das hipóteses, superando, assim, a Linguagem Escrita.

Foi feito o Teste de Correlação entre as queixas e as hipóteses, sendo utilizados apenas os dados de Linguagem Oral e Escrita, Motricidade Oral, Audição, Voz e Fluência. Observou-se que há correlação significativa entre ambas, pois para $n.sig.$ 0,05 e $r_c = 0,70$, o resultado foi $r_o = 0,92$.

Com relação à faixa etária, levantaram-se 85 hipóteses para os meninos e destas, 29,41% eram relacionadas a dificuldades com a Linguagem Escrita; 18,82% à Linguagem Oral, sendo seguidas por Atraso na Aquisição e Desenvolvimento da Fala e da Linguagem com 16,47% e Motricidade Oral com 15,29%.

Foram levantadas 41 hipóteses para meninas. As hipóteses que se destacaram foram relacionadas ao Atraso com 24,39%; Motricidade Oral com 21,95%; Linguagem Oral com 19,51 e Linguagem Escrita com 14,63%. Apenas 5 meninos e 1 menina não apresentaram alteração. Nota-se aí uma preocupação maior com a fala. As demais áreas apresentam uma porcentagem menor, mas semelhante.

De acordo com análise estatística, houve correlação significativa entre as hipóteses levantadas para o sexo masculino e feminino, $r_o = 0,70$ ($n.sig$ 0,05, $r_c = 0,60$).

Utilizou-se o teste χ^2 para verificar diferenças significantes entre as hipóteses levantadas, observando-se que a H_0 foi rejeitada, ou seja, há diferença significativa entre as hipóteses $\chi_o^2 = 38,78$ ($\chi_c^2 = 12,59$).

Tabela 6

Hipóteses diagnósticas de Fonoaudiologia

Queixas	Faixa etária		Criança				Adolescente				Adulto				Total			
			Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Linguagem oral	16	18,82	8	19,51	1	8,33	3	23,08	2	40,00	3	20,00	19	18,63	14	20,29	33	19,3
Linguagem escrita	25	29,41	6	14,63	5	41,67	5	38,46	0	0,00	1	6,67	30	29,41	12	17,39	42	24,56
Motricidade oral	13	15,29	9	21,95	2	16,67	1	7,69	2	40,00	3	20,00	17	16,67	13	18,84	30	17,54
Audição	3	3,53	2	4,88	2	16,67	1	7,69	0	0,00	0	0,00	5	4,90	3	4,35	8	4,68
Voz	2	2,35	1	2,44	0	0,00	2	15,38	1	20,00	5	33,33	3	2,94	8	11,59	11	6,43
Fluência	3	3,53	2	4,88	2	16,67	1	7,69	0	0,00	3	20,00	5	4,90	6	8,70	11	6,45
Atraso (*)	14	16,47	10	24,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	13,73	10	14,49	24	14,04
Sem alteração	5	5,88	1	2,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	4,90	1	1,45	6	3,51
Não consta	4	4,71	2	4,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	3,92	2	2,90	6	3,51
Total	85	100,00	41	100,00	12	100,00	13	100,00	5	100,00	15	100,00	102	100,00	69	100,00	171	100

Com relação aos adolescentes, tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, houve o predomínio de hipóteses relacionadas à Linguagem Escrita. Das 12 hipóteses levantadas para os meninos, 41,67% delas foram relacionadas com problemas de Linguagem Escrita e das 13 hipóteses levantadas para as adolescentes, 38,46% também se relacionavam à Linguagem Escrita.

Observou-se que, diferentemente das crianças, hipóteses relacionadas à Audição e Fluência para os adolescentes e voz para as adolescentes receberam pontuação importante: 16,67% do total de hipóteses dos meninos foram para Audição e Fluência e 15,38% do total de hipóteses femininas foram para problemas de Voz.

Também foi encontrada correlação significativa entre as hipóteses dos adolescentes do sexo masculino e feminino, $r_o = 0,65$ ($r_c = 0,60$).

Ao analisar a diferenças entre as hipóteses por meio do teste χ^2 , verificou-se que a H_0 não foi rejeitada, ou seja, não há diferença significativa entre as hipóteses $\chi_o^2 = 0,56$ ($\chi_c^2 = 5,99$).

Observaram-se apenas 20 hipóteses para os adultos, sendo que 75% delas foram para o sexo feminino. Houve similaridade entre as queixas e as hipóteses femininas, pois, das

15 hipóteses levantadas, os problemas de Voz e Motricidade Oral juntos representaram 53,33% dos casos (33,33% e 20% respectivamente). Observaram-se também problemas de Fluência e Linguagem Oral em 20% dos casos.

Como foram atendidos poucos homens pelo setor de Fonoaudiologia, as hipóteses levantadas foram duas relacionadas a problemas de Linguagem Oral, duas relativas a Motricidade Oral e uma a problemas de Voz.

De acordo com o Teste de Correlação por postos, observou-se que há correlação significativa entre as hipóteses dos adultos do sexo masculino e feminino, $r_o = 0,77$ ($r_c=0,60$).

Observou-se que também não houve diferença significativa entre as hipóteses dos adultos, $\chi_o^2 = 1,30$ ($\chi_c^2 = 5,99$).

O teste χ^2 foi novamente utilizado para verificar se havia diferença significativa entre as hipóteses, independente da faixa etária, e nesse caso a H_o foi rejeitada, $\chi_o^2 = 61,47$ ($\chi_c^2 = 14,07$).

A CID-10 não apresenta uma categoria ou subcategoria relacionada à saúde fonoaudiológica, apesar de OMS apresentar uma definição para Fonoaudiologia. Assim o CRFa 1ª região editou uma compilação das principais categorias e subcategorias que podem ser utilizadas na área fonoaudiológica, objetivando orientar o fonoaudiólogo na utilização da CID-10. (Anexo C).

A Tabela 7 descreve as hipóteses levantadas pelo setor de Fonoaudiologia tendo por critério a CID-10.

Foram 167 hipóteses, número menor do que o descrito na Tabela 6, isso se deve ao fato de que uma ou mais hipóteses levantadas por um único sujeito, receberam apenas uma classificação de acordo com a CID. (ver categorização no Anexo C).

Segundo essa classificação, 29,94% do total das hipóteses foram agrupadas na categoria Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem; 23,95% foram Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares. Cabe ressaltar que a categoria Outros, com 17,37% das hipóteses, corresponde aos problemas de Motricidade Oral do qual a Autora não encontrou classificação na CID- 10.

O resultado obtido na faixa etária infantil mostra 121 hipóteses levantadas, sendo que Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem representou 37,19% delas, seguida por Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares com 23,97% e Outros com 15,70%. As demais categorias equivalem-se. Os meninos apresentaram mais dificuldades do que as meninas em todas as categorias.

Foram levantadas 80 hipóteses entre os meninos; destas, 32,50% foram de Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem; 27,50% foram de Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares e a categoria Outros representou 12,50% das hipóteses.

O mesmo verificou-se com as meninas, pois, das 41 hipóteses, Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem representou 46,34%, sendo seguida por Outros e Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares, com 21,95% e 17,07%, respectivamente.

De acordo com a análise estatística, houve correlação significativa entre as hipóteses dos meninos e das meninas, $r_o = 0,83$ ($r_c = 0,53$).

Pelo teste χ^2 , verificou-se que a diferença observada entre as hipóteses infantis foi significativa, pois para $\chi_c^2 = 11,07$, $\chi_o^2 = 62,86$.

Para os adolescentes, a tabela mostra que das 25 hipóteses levantadas, 40% foram categorizadas como Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades

Escolares; 16% como Outros e Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem e Surdez Congênita corresponderam a 12%.

Das 12 hipóteses dos adolescentes, 41,67% referem-se a Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares; 16,67% a Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e Linguagem e Surdez Congênita. Entre as hipóteses femininas destacam-se Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares com 38,46% e Distúrbios da Voz e Outros com 15,38%.

Houve correlação significativa entre as hipóteses do sexo masculino e feminino, $r_o = 0,74$ ($r_c = 0,53$).

Não houve diferença significativa entre as hipóteses, $\chi_o^2 = 1,00$ ($\chi_c^2 = 3,84$).

Tabela 7
Hipóteses Diagnósticas Fonofiológicas - CID-10

Hipóteses	Faixa etária				Criança				Adolescente				Adulto				Total							
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Transtorno Específico do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80.0/F80.1/F80.2)	26	32,50	19	46,34	45	37,19	2	16,67	1	7,69	3	12,00	0	0,00	2	12,50	2	9,52	28	28,87	22	31,43	50	29,94
Transtorno Específico do desenvolvimento das habilidades escolares (F81/F81.0)	22	27,50	7	17,07	29	23,97	5	41,67	5	38,46	10	40,00	0	0,00	1	6,25	1	4,76	27	27,84	13	18,57	40	23,95
Síntomas e sinais relativos a fala e a voz (F47.0/F47.1/F47.8)	2	2,50	0	0,00	2	1,65	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	40,00	1	6,25	3	14,29	4	4,12	1	1,43	5	2,99
Retardo mental (R70)	2	2,50	0	0,00	2	1,65	0	0,00	1	7,69	1	4,00	1	20,00	0	0,00	1	4,76	3	3,09	1	1,43	4	2,40
Refluxo gastroesofágico (K21)	1	1,25	1	2,44	2	1,65	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,03	1	1,43	2	1,20
Surdez congênita neurosensorial (H90.1/H90.3)	4	5,00	1	2,44	5	4,13	2	16,67	1	7,69	3	12,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	6,19	2	2,86	8	4,79
Distúrbio da voz (R49.0/R49.2/R49.8)	2	2,50	1	2,44	3	2,48	0	0,00	2	15,38	2	8,00	0	0,00	4	25,00	4	19,05	2	2,06	7	10,00	9	5,39
Outros transtornos emocionais e de comportamento com início na infância e adolescência (P98.5/P98.6)	1	1,25	0	0,00	1	0,83	1	8,33	1	7,69	2	8,00	1	20,00	3	18,75	4	19,05	3	3,09	4	5,71	7	4,19
Síndrome de Down (Q90)	1	1,25	0	0,00	1	0,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,03	0	0,00	1	0,60
Outras não especificadas no CID-10	10	12,50	9	21,95	19	15,70	2	16,67	2	15,38	4	16,00	1	20,00	5	31,25	6	28,57	13	13,40	16	22,86	29	17,37
Sem alteração	5	6,25	1	2,44	6	4,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	5,15	1	1,43	6	3,59
Não consta	4	5,00	2	4,88	6	4,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	4,12	2	2,86	6	3,59
Total	80	100,00	41	100,00	121	100,00	12	100,00	13	100,00	25	100,00	5	100,00	16	100,00	21	100,00	97	100,00	70	100,00	167	100,00

Como era esperado, tendo em vista a classificação anterior, das 21 hipóteses levantadas para os adultos, 28,57% foram agrupadas na categoria Outros; 19,05% se enquadraram em Distúrbio de Voz e Outros Transtornos Emocionais e de Comportamento com início ocorrendo usualmente na infância e adolescência, e 14,29% em Sintomas e Sinais Relativos à Fala e à Voz.

A categoria Outros representou a maioria das hipóteses, pois os problemas de Motricidade Oral observados na amostra não foram localizados na CID-10.

Foram apenas 5 hipóteses para o sexo masculino, sendo duas relacionadas a Sintomas e Sinais Relativos à Fala e à Voz e as outras 3 referentes a Retardo Mental, Outros Transtornos Emocionais e de Comportamento com início ocorrendo usualmente na infância e adolescência, e Outros.

Das 16 hipóteses levantadas para o sexo feminino, as categorias que se destacaram foram Outros com 31,25%, Distúrbios de Voz com 25% e Outros Transtornos Emocionais e de Comportamento com início ocorrendo usualmente na infância e adolescência com 18,75%.

Ao realizar-se a análise estatística, verificou-se que não houve correlação significativa entre as hipóteses masculinas e femininas, possivelmente por causa da baixa ocorrência de hipóteses masculina, $r_o = 0,50$ ($r_c = 0,53$).

Observou-se que a diferença entre as hipóteses também não foi significante, $\chi_o^2 = 0,28$ e $\chi_c^2 = 5,99$.

Ao analisar as hipóteses diagnósticas, levantadas pela Fonoaudiologia, observou-se que ainda há muitos problemas terminológicos na área, pois uma única patologia recebeu diferentes nomes, todos corretos dependendo do enfoque dado pelo terapeuta naquele momento. Isso dificultou um pouco o preenchimento dos protocolos, sendo necessário, em alguns casos, recorrer ao próprio terapeuta.

Essa diversidade terminológica provoca confusões e dificulta a identificação das patologias e dos procedimentos a serem usados na prática profissional, além de dificultar o estabelecimento de uma visão mais integrativa e holística dos conceitos fonoaudiológicos (Andrade, 1994).

A dificuldade encontrada pela Autora deste estudo em classificar os problemas fonoaudiológicos devido a confusões terminológicas, sinaliza a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto, para que todos os fonoaudiólogos do país usem a mesma terminologia, definindo as patologias e procedimentos da mesma maneira, pois, só assim, a Fonoaudiologia se fortalecerá como ciência e profissão.

Andrade (1994) já evidenciava a necessidade de estudos aprofundados sobre os conceitos básicos e o maior conhecimento sobre as “doenças” da comunicação, e alternativas de parar seu desenvolvimento, principalmente pelo fato de que somente o aspecto biológico é insuficiente para explicar os fenômenos da comunicação.

A autora ainda enfatiza que o aspecto biológico explica os distúrbios de comunicação decorrentes de outras patologias, como é o caso da Deficiência Auditiva, por exemplo, mas, para patologias que não são exclusivamente de comunicação, a “investigação e o reconhecimento do distúrbio limitam-se ao sucesso ou grau de desvio, na aquisição e desenvolvimento da audição, da linguagem e da fala” (p. 69), tomando por referência a normalidade. Em ambos, há uma visão fragmentada do todo, dificultando, assim, medidas de intervenção.

A comunicação vem sendo estudada há bastante tempo, mas não é expressa na literatura como um dos atributos do Conceito de Saúde.

A própria OMS, que tem a responsabilidade de elaborar a Classificação Internacional das Doenças (CID), não apresenta uma categoria ou subcategoria relacionando e definindo os problemas fonoaudiológicos. O profissional que necessitar da CID terá que verificar todas as categorias e subcategorias para encontrar algumas definições; por exemplo, problemas relacionados ao desenvolvimento da fala e da linguagem fazem parte de uma subcategoria dos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, facilmente encontrada, mas os problemas de motricidade oral, de fluência e de voz necessitam de uma pesquisa mais detalhada em toda a CID.

Essa falha dificulta a incorporação da Fonoaudiologia às ciências da saúde, implica na não uniformização de definições, na dificuldade em comparar dados, em recuperar informações e em avaliar a assistência às pessoas que apresentam desordem de comunicação.

A ausência de uma visão global e o desconhecimento do que são distúrbios da comunicação, deixam o portador dele à mercê de julgamentos da sociedade e de si próprios, sobre se as dificuldades apresentadas estão ou não alterando o equilíbrio e a harmonia pessoal (Andrade, 1994).

Exame detalhado dos prontuários mostrou que nem sempre a mesma terminologia é usada para um determinado distúrbio, como já foi falado, mas observa-se que as profissionais da clínica concordam nos seguintes aspectos: os problemas de linguagem oral são divididos em dois grupos: distúrbios receptivos, quando há deficiência na compreensão e/ou na formulação de mensagens (linguagem) e distúrbios de expressão, quando a produção se encontra alterada, ou seja, os problemas são de fala (distúrbios articulatorios/fonológicos). Tanto os distúrbios de recepção quanto os de expressão podem ser de desenvolvimento ou adquiridos.

Riper (1990/1997) e Andrade (1994) classificam os distúrbios de fala em quatro categorias: a articulação, a voz, a fluência e a simbolização (essa última, apenas citada por Riper).

Para Riper (1990/1997, p. 42), “a fala é anormal quando difere tanto da fala das outras pessoas, que acaba chamando a atenção, interferindo na comunicação ou fazendo com que o falante ou seus ouvintes fiquem perturbados”. O profissional tem que estar preparado para identificar com exatidão o que está acontecendo com a pessoa que chega à clínica com queixa de dificuldade para falar.

Com relação à linguagem escrita, há coincidência entre as terminologias empregadas pelas duas profissionais da referida clínica, exceto quanto ao emprego ou não do termo Dislexia.

As classificações baseadas nas áreas de atuação da Fonoaudiologia e na CID-10 são semelhantes.

Analisando os resultados dessa pesquisa, observou-se que as crianças foram maioria, e que os problemas relacionados à linguagem oral (distúrbios e atrasos) prevaleceram entre as hipóteses; esse dado está de acordo com a literatura.

Em 1984, ASHA já estimava que 22 milhões de americanos apresentavam desordens de fala, linguagem e audição e que, entre as dificuldades observadas, as desordens de fala e linguagem eram a maioria entre os pré-escolares e a segunda entre as crianças em idade escolar.

No Brasil, trabalhos com dados epidemiológicos na área de Fonoaudiologia são poucos e localizados. Os dados disponíveis não abrangem o país todo, sendo portanto difícil fazer estimativas com as referidas acima. Esses estudos, além de escassos, são apresentados, na maioria, em forma de resultados estatísticos sem uma análise qualitativa, colaborando pouco para mudanças no comportamento profissional (Servilha, 1994).

Andrade (1994), em sua tese de doutorado, cita alguns trabalhos nesse sentido.

Panhoca (1996), ao fazer uma pesquisa de levantamento na clínica-escola da PUC de Campinas, observou que mais da metade dos casos atendidos em 1992 eram de distúrbios articulatorios e desvios fonológicos, ambos alterações da produção da fala. A grande maioria dos casos era de meninos (84%).

Santos, Ávila, Cechella & Morais (1999), ao levantarem as ocorrências de alterações de fala do SSMO (Sistema Sensorio-Motor Oral) e hábitos orais em crianças pré-escolares e escolares, observaram que alterações fonoarticulatórias ocorreram mais na faixa etária pré-escolar do que na escolar. Os meninos apresentaram mais alterações que as meninas e a alteração mais freqüente foi substituição de fonemas.

A pesquisa realizada pelo CRFa – 2ª região (1997) também mostra dados semelhantes.

Franco & Ávila (2000), ao examinarem prontuários do ambulatório dos Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de São Paulo, verificaram que todos os pacientes que relatavam queixas de problemas de fala não comentavam sobre outras dificuldades observadas e confirmadas durante as avaliações. Evidencia-se, portanto, a preocupação que os pais têm com relação à produção oral, pois uma fala alterada pode gerar problemas de comunicação, de aceitação pelo grupo social e de discriminação. Assim, é esperado que a família se preocupe e procure o quanto antes atendimento terapêutico para evitar prejuízo no desenvolvimento bio-psico-social.

Na presente pesquisa, observou-se que as principais queixas eram também relativas à produção oral, mas, em 18,13% delas, problemas psicológicos foram relatados espontaneamente pelos pais. Sempre que necessário, houve encaminhamento para o setor de Psicologia.

Trabalhos de Andrade (1994) e Gargantini (2000), entre outros, falam da estreita relação entre problemas fonoaudiológicos e problemas psicológicos, pois é basicamente por meio da fala que ocorre a manifestação do pensamento e dos sentimentos.

O segundo diagnóstico mais observado foi Distúrbio da Linguagem Escrita, sendo o principal entre os adolescentes do sexo masculino (40%).

Segundo American Psychiatric Association – APA- (1994), Transtornos de Leitura são mais freqüentes em meninos (60% a 80% dos casos de transtorno), talvez porque os indivíduos do sexo masculino exibem com maior freqüência comportamentos disruptivos associados aos transtornos de aprendizagem, aumentando, assim, o número de encaminhamentos de indivíduos do sexo masculino.

Esse mesmo órgão também afirma que por meio de um diagnóstico mais cuidadoso, com critérios rígidos, observa-se que o transtorno de leitura ocorre em proporções mais equilibradas entre os sexos.

Na presente pesquisa, observou-se que, para esse transtorno, a diferença entre os sexos foi significativa para as crianças, mas não o foi entre os adolescentes (cinco casos masculinos e cinco femininos).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América por Mack e Warr-Leeper (apud Andrade 1994) mostram que, em delinquentes juvenis não institucionalizados, a incidência de problemas de aprendizagem é quatro vezes maior que na população em geral, e que 60% dos adolescentes internalizados apresentam desordens articulatórias e falhas no processamento auditivo.

A pesquisa ainda mostra que 80% dos meninos com desordem crônica de comportamento têm significativos problemas de linguagem e que adolescentes que foram diagnosticados como tendo problema de comunicação em idade pré-escolar não superaram suas dificuldades e continuaram a apresentá-las.

A Autora deste trabalho não tem informações sobre pesquisas semelhantes realizadas no Brasil, mas observou, em seus dados, que adolescentes atendidos na clínica já se encontravam em atendimento desde a infância.

Observa-se, assim, a importância de um desenvolvimento adequado de fala e linguagem, pois elas são consideradas como o principal caminho para a organização de comportamentos e aquisição de modelos sociais normais, logo problemas nessas áreas podem provocar seqüelas no desenvolvimento emocional e social.

Mais uma vez, estabelece-se uma estreita relação entre a Fonoaudiologia e a Psicologia e mostra-se a importância de um trabalho interdisciplinar.

O número de atendimentos fonoaudiológicos aos adultos e aos adolescentes foi equivalente e relativamente menor, em comparação com o número de atendimentos às crianças.

Os adultos, até pouco tempo, só procuravam tratamento fonoaudiológico quando acometidos por problemas graves que impediam a comunicação adequada e comprometiam a própria sobrevivência, como seqüelas de acidente vascular cerebral, de traumatismo craniano e de problemas oncológicos.

Atualmente, apesar da incidência ainda ser pequena, os adultos procuram tratamento também, para melhorar padrões estéticos de voz e articulação, resolver alterações de comunicação que iniciaram na infância e/ou adolescência e prevenir ou melhorar aspectos de comunicação ligados à saúde ocupacional, principalmente no que se refere à voz e audição.

O avanço tecnológico e científico proporcionou diagnóstico cada vez mais preciso das disfonias, pois a preocupação atual é tanto para as lesões orgânicas, quanto para os desvios funcionais.

Os problemas mais freqüentes na clínica foram relativos à voz, linguagem e motricidade oral.

Os problemas de voz foram mais freqüentes entre as mulheres, principalmente pelo fato de fazerem uso profissional da voz. Esses casos coincidem com os de Magalhães, Almeida & Anelli (1997/1998) que observaram um número mais elevado de mulheres na lista de espera para atendimento de pacientes disfônicos na Santa Casa de São Paulo. Apesar da pesquisa não objetivar classificar os diferentes tipos de disфония, a disфония agravada por abuso vocal era maioria.

As mulheres também foram maioria na pesquisa de Coelho, Behlau & Vasconcellos (1996), que visou estabelecer relação entre estresse e distúrbio de voz. Um dado importante

dessa pesquisa, e que contraria a expectativa dos profissionais que trabalham com pacientes disfônicos, é que não há diferença significativa entre pacientes disfônicos e não disfônicos, no que se refere ao traço de ansiedade. Em ambos os grupos, esse traço é igualmente elevado e os autores citam alguns fatores ambientais e sociais da cidade, onde a pesquisa foi realizada, como prováveis responsáveis por índices altos de ansiedade. Também não foi confirmada a hipótese de maior número de sintomas de estresse entre os disfônicos. Os autores acreditam que, como entre os disfônicos já existe um distúrbio instalado, os sintomas deixam de ser predominantemente físicos e psicossociais e passam a ser típicos da desordem vocal.

Os problemas mais frequentes entre os homens estavam relacionados ao de Linguagem e Motricidade.

No caso dos homens, a procura pelos serviços foi baseada em problemas fonoaudiológicos adquiridos, ou seja, seqüelas de A.V.C., e já comentados acima.

A procura espontânea por atendimento fonoaudiológico entre os homens refere-se à saúde ocupacional, principalmente por jornalistas de rádio e T.V., que o procuram para aprimoramento vocal.

O trabalho com pacientes disfônicos mostra, novamente, a estreita relação entre a Fonoaudiologia e a Psicologia, pois a Voz é o principal agente de transmissão de emoções, e comunicar emoções é um dos principais eventos do ser humano.

Problemas que possam alterar o padrão vocal podem ocasionar problemas emocionais, da mesma forma que problemas psicológicos podem provocar alterações da voz (Behlau & cols.1997).

Foram feitas 359 queixas psicológicas, número superior ao de clientes (N=198) e isso ocorreu devido à existência de clientes com mais de uma queixa. As queixas estão apresentadas na Tabela 8. As queixas relativas a problemas de Comportamento

representaram 24,51% do total, sendo seguidas por Dificuldade de Relacionamento com 17,37%; Dificuldades Escolares com 13,93%; TDHA com 11,42% e Ansiedade com 10,03%.

As principais queixas relacionadas a crianças (N=177) foram de Comportamento com 31,07%; Dificuldades Escolares com 17,51%; TDHA com 15,82% e Desenvolvimento com 13,56%.

Pode-se observar essa mesma ordem de distribuição nas 125 queixas dos meninos. As queixas quanto ao Comportamento foram 27,20% do total, seguidas por Dificuldades Escolares com 18,40%; TDHA com 17,60% e Desenvolvimento com 15,20%.

Com relação às queixas das meninas foram feitas 52 queixas, sendo que a referência a problemas de Comportamento foi a maioria com 40,38%, seguidos por Dificuldades Escolares com 15,38%; Dificuldade de Relacionamento com 13,46% e TDHA com 11,54%. Ao contrário do que foi observado na Tabela 5, houve apenas uma Queixa Fonoaudiológica feita por meninos relativo à Motricidade Oral.

O teste χ^2 indicou que há diferença significativa entre as queixas das crianças, $\chi_o^2 = 55,61$ ($\chi_c^2 = 12,59$), ou seja, H_o foi rejeitada. A alta incidência de problema de Comportamento, TDAH, Dificuldade Escolar e de Desenvolvimento justificam essa diferença.

Observaram-se 102 queixas entre os adolescentes sendo as de Comportamento a de maior incidência com 21,57%, seguida por queixas de Dificuldade Escolar e de Relacionamento com 17,65%, TDHA com 11,76% e Ansiedade com 10,78%. Também entre os adolescentes foi observada apenas uma Queixa Fonoaudiológica relacionada à Fluência.

Entre as queixas dos adolescentes do sexo masculino (N=39), observou-se que 23,08% delas eram relativas a Dificuldades Escolares; 17,95% a problemas de Comportamento e que Dificuldades de Relacionamento e TDHA representam 15,38%. Queixas relacionadas às Drogas, Ansiedade e Depressão também foram registradas (7,69%).

As queixas de adolescentes do sexo feminino foram 63. As principais foram: Comportamento com 23,81%, Dificuldade de Relacionamento com 19,05%, Dificuldade Escolar com 14,29% e Ansiedade com 12,70%. Apesar de ser em porcentagem menor, foram registradas 3,17% de queixas relacionadas a Drogas.

O resultado do teste χ^2 mostra que a H_0 não foi rejeitada, ou seja não há diferença significativa entre as queixas dos adolescentes, $\chi_o^2 = 11,90$ ($\chi_c^2 = 12,59$).

As queixas dos adultos foram 80, sendo que Dificuldades de Relacionamento representaram 36,25% delas, seguidas por Depressão com 23,75% , Ansiedade com 18,75% e problemas de Comportamento com 13,75%.

As queixas de Dificuldade de Relacionamento, Depressão, Ansiedade e Comportamento foram mais freqüentes nas mulheres do que nos homens.

Ao ser feita a análise estatística, utilizando o teste de correlação, observou-se que há correlação significativa entre os sexos em todas as faixas etárias estudadas.

Os resultados obtidos foram para n.sig 0,05 e $r_c = 0,49$; a correlação entre meninos e meninas foi $r_o = 0,87$; entre adolescentes do sexo masculino e feminino foi $r_o = 0,74$ e entre adultos do sexo masculino e feminino foi $r_o = 0,80$. Portanto, todas as correlações indicam que significativamente a distribuição das queixas é similar entre os sexos, nas três fases da vida aqui consideradas.

Tabela 8

Queixa Inicial de Psicologia

Queixas	Faixa etária		Criança				Adolescente				Adulto				Total		Total		Total					
			Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Total					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Comportamento	34	27,20	21	40,38	55	31,07	7	17,95	15	23,81	22	21,57	3	13,64	8	13,79	11	13,75	44	23,66	44	25,43	88	24,51
TDAH / Memória	22	17,60	6	11,54	28	15,82	6	15,38	6	9,52	12	11,76	1	4,55	0	0,00	1	1,25	29	15,59	12	6,94	41	11,42
Dif. Escolar	23	18,40	8	15,38	31	17,51	9	23,08	9	14,29	18	17,65	1	4,55	0	0,00	1	1,25	33	17,74	17	9,83	50	13,93
Desenvolvimento	19	15,20	5	9,62	24	13,56	0	0,00	3	4,76	3	2,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00	19	10,22	8	4,62	27	7,52
Ansiedade	7	5,60	3	5,77	10	5,65	3	7,69	8	12,70	11	10,78	4	18,18	11	18,97	15	18,75	14	7,53	22	12,72	36	10,03
Depressão	1	0,80	2	3,85	3	1,69	3	7,69	3	4,76	6	5,88	5	22,73	14	24,14	19	23,75	9	4,84	19	10,98	28	7,80
Dif. Relacionamento	8	6,40	7	13,46	15	8,47	6	15,38	12	19,05	18	17,65	6	27,27	23	39,66	29	36,25	20	10,75	42	24,28	62	17,27
Prob. Sexualidade	1	0,80	0	0,00	1	0,56	1	2,56	0	0,00	1	0,98	1	4,55	1	1,72	2	2,50	3	1,61	1	0,58	4	1,11
Prob. Alimentar	5	4,00	0	0,00	5	2,82	0	0,00	1	1,59	1	0,98	0	0,00	1	1,72	1	1,25	5	2,69	2	1,16	7	1,95
Drogas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	7,69	2	3,17	5	4,90	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,61	2	1,16	5	1,39
Psicodiagnóstico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,56	0	0,00	1	0,98	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	1	0,28
Or. Vocacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,17	2	1,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,16	2	0,56
Or. País	4	3,20	0	0,00	4	2,26	0	0,00	1	1,59	1	0,98	1	4,55	0	0,00	1	1,25	5	2,69	1	0,58	6	1,67
Queixa Fonound.	1	0,80	0	0,00	1	0,56	0	0,00	1	1,59	1	0,98	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	1	0,58	2	0,56
Total	125	100,00	52	100,00	177	100,00	39	100,00	63	100,00	102	100,00	22	100,00	58	100,00	80	100,00	186	100,00	173	100,00	359	100,00

Por meio do teste χ^2 observou-se que há diferença significativa entre as queixas, independente da faixa etária, pois no n.sig. 0,05 e $\chi_c^2 = 18,31$ o resultado obtido foi $\chi_o^2 = 220,33$, sendo H_0 rejeitada.

Os dados relativos às queixas obtidos nessa pesquisa são semelhantes aos de Lindmeier (1990), exceto no que se relaciona ao número de queixas por cliente; na pesquisa do autor houve em média 5,63 queixas por cliente e nessa foram 1,81 queixas por cliente. As queixas principais foram Emocionais, seguida das queixas de Relacionamento e de Problemas de Escolaridade.

O autor também encontrou diferença estatisticamente significativa entre os diversos tipos de queixa.

A Tabela 9 descreve as hipóteses diagnósticas levantadas pela Psicologia, sendo usados os mesmos critérios de classificação das queixas.

Levantaram-se 228 hipóteses, número superior ao de clientes atendidos (N= 198), devido à existência de clientes com mais de uma hipótese diagnóstica.

Do total de hipóteses, destacam-se as relacionadas a Problema de Comportamento, Dificuldades de Relacionamento, problemas quanto ao Desenvolvimento e Dificuldade Escolar, respectivamente com 17,11%, 15,35%, 14,91% e 10,53%. Esses dados estão de acordo com a população estudada, pois a Psicologia também atendeu mais crianças, o que justifica porcentagens altas em problemas do Desenvolvimento e Dificuldade Escolar.

Ao realizar o teste de correlação entre as queixas e as hipóteses, observou-se que há correlação significativa entre ambas, pois o resultado obtido foi $r_o = 0,77$ ($r_c = 0,57$).

As hipóteses diagnósticas infantis foram 103 (45,17% do total das hipóteses levantadas pelo setor), sendo que diagnósticos relacionados ao Desenvolvimento, Problemas de Comportamento e Dificuldade Escolar foram destaque, respectivamente com 27,18%, 19,42 e 14,56%.

Para os meninos foram levantadas 70 hipóteses (67,96%), sendo 28,57% relacionadas a problemas de Desenvolvimento, 15,71% para Comportamento e Dificuldade Escolar. Cabe ressaltar que 15,71% dos casos não apresentaram nenhuma alteração.

Observaram-se, com relação às meninas, 33 hipóteses, sendo que só a ordem de ocorrência das dificuldades modificou-se; assim, problemas de Comportamento aparecem em primeiro com 27,27% dos casos, seguidos por Desenvolvimento e Dificuldade Escolar com 24,24% e 12,12%, respectivamente. 12,12% dos casos não apresentaram nenhuma alteração.

O teste χ^2 foi novamente utilizado para verificar se havia diferença significativa entre as hipóteses infantis e o resultado mostrou que a H_o foi rejeitada, $\chi_o^2 = 15,26$ ($\chi_c^2 = 11,07$).

Foram levantadas 66 hipóteses para os adolescentes, ou seja, 28,94% do total. Problemas de Comportamento, de Dificuldades de Relacionamento e de Dificuldades Escolares, destacaram-se com 16,67; 15,15% e 13,64%, respectivamente.

O número de casos de Dificuldades Escolares foi maior entre os adolescentes do que entre as adolescentes (20,69% de casos masculinos e 8,11% de casos femininos).

A incidência de adolescentes do sexo masculino com dificuldade de comportamento foi ligeiramente superior à das adolescentes, respectivamente 17,24% e 16,22%. Ao

contrário, as adolescentes apresentaram mais dificuldade de Relacionamento do que os adolescentes, 16,22% e 13,79%, respectivamente.

Vale ressaltar que os casos de Problemas com Drogas foram maiores entre os adolescentes do sexo masculino (10,34%) do que entre as adolescentes (2,70%).

Ao aplicar o teste de correlação entre os sexos nas diferentes faixas etárias, observou-se que há correlação significativa entre as hipóteses levantadas para o sexo masculino e feminino, nas faixas etárias infantil e adulta, o mesmo não ocorrendo entre os adolescentes.

Observou-se por meio do teste χ^2 que não havia diferença significativa entre as hipóteses levantadas, $\chi_o^2 = 6,26$ ($\chi_c^2 = 11,07$).

Os resultados obtidos foram para um n.sig 0,05 e $r_c = 0,49$; a correlação entre meninos e meninas foi $r_o = 0,85$; entre os adultos foi $r_o = 0,65$ e entre os adolescentes foi $r_o = 0,37$, ou seja não há correlação entre a ocorrência das hipóteses levantadas quanto a gênero na adolescência.

Tabela 9

Hipóteses	Faixa etária		Criança						Adolescente						Adulto											
			Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Comportamento	11	15,71	9	27,27	20	19,42	5	17,24	6	16,22	11	16,67	0	0,00	8	17,78	8	13,56	16	14,16	23	20,00	39	17,11		
TDAH/Memória	2	2,86	1	3,03	3	2,91	1	3,45	0	0,00	1	1,52	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,65	1	0,87	4	1,75		
Distúrbio de leitura/escrit	11	15,71	4	12,12	15	14,56	6	20,69	3	8,11	9	13,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	15,04	7	6,09	24	10,53		
Desenvolvimento	20	28,57	8	24,24	28	27,18	2	6,90	3	8,11	5	7,58	1	7,14	0	0,00	1	1,69	23	20,35	11	9,57	34	14,91		
Ansiedade	1	1,43	1	3,03	2	1,94	1	3,45	4	10,81	5	7,58	3	21,43	8	17,78	11	18,64	5	4,42	13	11,30	18	7,89		
Depressão	0	0,00	1	3,03	1	0,97	0	0,00	2	5,41	2	3,03	4	28,57	9	20,00	13	22,03	4	3,54	12	10,43	16	7,02		
Dificuldade de relacionar	6	8,57	4	12,12	10	9,71	4	13,79	6	16,22	10	15,15	2	14,29	13	28,89	15	25,42	12	10,62	23	20,00	35	15,35		
Problema sexual	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,90	0	0,00	2	3,03	1	7,14	0	0,00	1	1,69	3	2,65	0	0,00	3	1,32		
Problema alimentar	1	1,43	0	0,00	1	0,97	0	0,00	1	2,70	1	1,52	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,88	1	0,87	2	0,88		
Drogas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	10,34	1	2,70	4	6,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,65	1	0,87	4	1,75		
Orientação	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,70	1	1,52	1	7,14	0	0,00	1	1,69	1	0,88	1	0,87	2	0,88		
Outros	2	2,86	0	0,00	2	1,94	1	3,45	3	8,11	4	6,06	0	0,00	2	4,44	2	3,39	3	2,65	5	4,35	8	3,51		
Não Consta	5	7,14	1	3,03	6	5,83	2	6,90	7	18,92	9	13,64	2	14,29	5	11,11	7	11,86	9	7,96	13	11,30	22	9,65		
Sem Alteração	11	15,71	4	12,12	15	14,56	2	6,90	0	0,00	2	3,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	11,50	4	3,48	17	7,46		
Total	70	100,00	33	100,00	103	100,00	29	100,00	37	100,00	66	100,00	14	100,00	45	100,00	59	100,00	113	100,00	115	100,00	228	100,00		

Foram levantadas 59 hipóteses entre os adultos, estando relacionadas à Dificuldade de Relacionamento, Depressão, Ansiedade e Comportamento, respectivamente 25,42%, 22,03%, 18,64% e 13,56%. Os problemas de Depressão e Ansiedade foram mais frequentes entre os homens, 28,57% e 21,43%. Entre as mulheres, observaram-se mais Dificuldades de Relacionamento e Depressão, respectivamente 28,89% e 20%.

Aplicando-se o teste χ^2 , verificou-se que a diferença entre as hipóteses não era significativa, $\chi_o^2 = 6,07$ ($\chi_c^2 = 9,49$).

As hipóteses do setor de Psicologia também foram reclassificadas de acordo com CID-10; nesse aspecto, não houve dificuldades, pois esse manual traz categorias específicas para doenças, mentais e psicológicas.

Observa-se pela Tabela 10 que, pelo fato do número de crianças atendidas pela clínica ter sido maioria, a categoria Transtorno do Desenvolvimento Psicológico correspondeu a 20% das hipóteses; estas foram seguidas por Fatores Influenciando o Estado de Saúde e Contato com Serviços de Saúde com 18,64% e Transtornos Neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes com 12,73%.

As hipóteses levantadas para as crianças totalizaram 96, sendo que 33,33% estão relacionadas a Transtorno do Desenvolvimento Psicológico; 12,50% a Transtornos Emocionais e de Comportamento com início usualmente ocorrendo na infância.

Das 64 hipóteses levantadas para os meninos, destacou-se Transtorno do Desenvolvimento Psicológico com 37,50% dos casos.

É interessante notar que 15 crianças avaliadas não apresentaram nenhum comprometimento; destas 11 eram meninos e 4 meninas.

Por meio do Teste χ^2 verificou-se que houve diferença significativa entre as hipóteses, $\chi_o^2 = 25,86$ ($\chi_c^2 = 11,07$).

Tabela 10

Hipóteses	Pais e mães						Adolescentes						Adultos											
	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total				
	F	%	F	%	F	F	%	F	%	F	F	%	F	%	F	F	%	F	%	F				
Transtorno do humor (afetivo) F30-F39	0	0,00	1	3,13	1	1,04	0	0,00	2	5,26	2	3,13	4	30,77	9	19,15	13	21,67	4	3,88	12	10,26	16	7,27
Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes F40-F48	1	1,56	3	9,38	4	4,17	2	7,69	6	15,79	8	12,50	3	23,08	13	27,66	16	26,67	6	5,83	22	18,80	28	12,73
Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos F50-F59	1	1,56	0	0,00	1	1,04	2	7,69	1	2,63	3	4,49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,91	1	0,85	4	1,82
Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos F60-F69	1	1,56	3	9,38	4	4,17	4	15,38	1	2,63	5	7,81	1	7,69	5	10,64	6	10,00	6	5,83	9	7,69	15	6,82
Retardo mental F70-F79	5	7,81	2	6,25	7	7,29	1	3,85	1	2,63	2	3,13	1	7,69	0	0,00	1	1,67	7	6,80	3	2,56	10	4,55
Transtorno do desenvolvimento psicológico F80-F89	24	37,50	8	24,00	32	33,33	6	23,08	6	15,79	12	18,75	0	0,00	0	0,00	0	0,00	30	29,13	14	11,97	44	20,00
Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente na infância e adolescência F90-F98	7	10,94	5	15,63	12	12,50	1	3,85	2	5,26	3	4,49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	7,77	7	5,98	15	6,82
Síndromes congênitas neuro sensoriais F99.3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,63	1	1,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,85	1	0,45
S. Down Q90	1	1,56	1	3,13	2	2,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,97	1	0,85	2	0,91
Fatores influenciando o estado de saúde e contato com serviços de saúde Z60-Z73	6	9,38	4	12,50	10	10,42	6	23,08	10	26,32	16	25,00	2	15,38	13	27,66	15	25,00	14	13,39	27	23,08	41	18,64
Outras	2	3,13	0	0,00	2	2,08	0	0,00	1	2,63	1	1,56	0	0,00	2	4,26	2	3,33	2	1,94	3	2,56	5	2,27
Sem alteração	11	17,19	4	12,50	15	15,63	2	7,69	0	0,00	2	3,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	12,62	4	3,42	17	7,73
Não consta	5	7,81	1	3,13	6	6,25	2	7,69	7	18,42	9	14,06	2	15,38	5	10,64	7	11,67	9	8,74	13	11,11	22	10,00
Total	64	100,00	37	100,00	96	100,00	26	100,00	38	100,00	64	100,00	13	100,00	47	100,00	40	100,00	103	100,00	117	100,00	220	100,00

Ao realizar a análise estatística, observou-se que houve correlação significativa entre as hipóteses dos meninos e das meninas, $r_o = 0,74$ ($r_c = 0,51$).

A tabela mostra que foram levantadas 64 hipóteses para os adolescentes, sendo que 25% foram agrupados na categoria Fatores Influenciando o Estado de Saúde e Contato com Serviços de Saúde; 18,75%, na categoria Transtorno de Desenvolvimento Psicológico (principalmente Transtorno Específico do Desenvolvimento das Habilidades Escolares) e 12,50% em Transtornos Neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes.

Foram levantadas 26 hipóteses masculinas e 38 femininas, sendo que, em ambos os sexos, as categorias “Transtornos do Desenvolvimento Psicológico” e “Fatores Influenciando o Estado de Saúde e Contato com Serviços de Saúde” foram as de maior incidência, ambas com 23,08% no caso dos adolescentes do sexo masculino e, respectivamente 15,79% e 26,32% no caso das adolescentes.

A diferença entre as hipóteses não foi estatisticamente significativa, pois para $\chi_c^2 = 9,40$, o resultado obtido foi $\chi_o^2 = 7,27$. Por meio do teste de correlação, verificou-se que houve correlação significativa entre as hipóteses de ambos os sexos, $r_o = 0,51$ ($r_c = 0,51$).

Notou-se que das 60 hipóteses levantadas para os adultos, os Transtornos Neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes foram maioria com 26,67%, seguidos pelas categorias Fatores Influenciando o Estado de Saúde e Contato com Serviços de Saúde com 25% e Transtornos do Humor com 21,67%.

As mulheres foram responsáveis pela maioria das hipóteses (N=47) dos adultos.

O teste constatou correlação significativa entre as hipóteses previstas para os sujeitos masculinos e femininos, $r_o = 0,87$ ($r = 0,51$).

Não houve diferença significativa entre as hipóteses, ou seja, a H_o não foi rejeitada, $\chi_o^2 = 2,16$ ($\chi_c^2 = 7,82$).

Com relação às hipóteses e queixas da Psicologia, observou-se que as queixas relativas ao comportamento, dificuldade de relacionamento, dificuldades escolares e ao desenvolvimento prevaleceram e que a maior parte das queixas foram comprovadas, como mostra a tabela 8/9 referente às hipóteses levantadas.

Lindmeier (1990), ao fazer levantamentos em clínica-escola, encontrou dado semelhante. Na pesquisa desse autor, problemas emocionais corresponderam a 27% dos casos seguido de queixas de distúrbios de relacionamento (22,7%) e de problemas de escolaridade (20,8%). Barbosa e Silveiras (1994) ao caracterizar clínica-escola em Fortaleza, também mostram dados semelhantes.

As crianças, assim como no setor de Fonoaudiologia, também foram maioria, o que se verifica em grande parte das pesquisas de levantamento em clínica-escola.

A criança, nas últimas décadas, deixou de ser vista como se fosse um adulto em miniatura e essa modificação de enfoque pede a inclusão de formas alternativas de atendimento, que devem iniciar pela análise do encaminhamento das crianças às clínicas.

A família e algumas pessoas mais próximas à criança, como a escola e comunidade, devem ser incluídas como parte da solução dos problemas apresentados pelas crianças (Marinho & Silveiras, 1996; Vasconcellos, 1997).

Pesquisadores têm demonstrado que outros fatores, além do próprio comportamento dos filhos, têm contribuído para que as crianças sejam vistas pelos pais como problemáticas ou não. Estudos observacionais mostram que muitas crianças levadas para atendimento psicológico pelos pais não apresentavam problemas de comportamento merecedores de terapia (Marinho & Silveiras, 1996).

Observou-se esse dado nos resultados da presente pesquisa em que 14,56% dos casos encaminhados não apresentavam nenhuma alteração. Os meninos foram maioria, notando-se, novamente, uma preocupação maior com o sexo masculino, como já comentado.

Maggi & Piccinini (1998), também se preocuparam com a interação mãe-criança e o aparecimento de quadros psicopatológicos, especialmente problemas de comportamento, ou seja, fatores além da própria criança contribuindo para o aparecimento ou permanência de problemas psicológicos.

As fases pré-escolar e escolar levam a família e a escola a uma situação de alerta, pois, problemas de desenvolvimento e de comportamento, que antes passavam despercebidos, agora são realçados e às vezes supervalorizados, fazendo com que as crianças sejam conduzidas às clínicas psicológicas.

Ao mesmo tempo, o aumento do nível de exigência com relação às crianças, o processo de sociabilização e a necessidade de corresponder às expectativas familiares e sociais podem desencadear comportamentos inexistentes em fases anteriores, como agressividade, medo, insegurança, desejo de dominar, etc. “O processo de sociabilização gera geralmente fantasias ambivalentes. De um lado, (a criança) deseja ficar em casa com a mãe, mas, por outro quer estar presente na escola” (Lindmeier, 1990, p.144).

Muitos problemas categorizados como dificuldades escolares podem estar relacionados a problemas de comportamento, desenvolvimento e relacionamento. Para tanto, um diagnóstico diferencial deve ser feito e, nesses casos, a Fonoaudiologia é um auxiliar importante, pois como já foi dito, ao analisar os achados fonoaudiológicos, os problemas de aprendizagem da leitura e escrita podem desencadear problemas emocionais e vice-versa, mas, para que ocorra a intervenção mais adequada, é importante estabelecer o que é causa e o que é efeito.

A segunda maior incidência de hipóteses foram as levantadas para os adolescentes.

Segundo Carvalho e Terzis (1989), essa procura dos adolescentes por serviços de Psicologia talvez esteja associada a uma crise de identidade de maior ou menor gravidade, pois é nessa fase da vida que o indivíduo tem que redefinir sua identidade principalmente com relação aos pais, à sociedade e em relação a si próprio, que está se transformando.

A adolescência é a fase das dúvidas, das contradições, dos questionamentos. É a passagem do mundo infantil para o mundo dos adultos e se caracteriza pela transição e transformação.

As transformações físicas acentuadas provocam mudanças cognitivas, afetivas, sexuais, sociais e psicológicas no comportamento do adolescente, o que provoca a necessidade de reestruturação e adaptação da personalidade a essa nova fase (Buriti, 1997). A maneira como o adolescente encara o seu novo corpo pode ter profundas implicações em sua conduta, sendo que os defeitos observados nesse pode provocar depressão, baixa estima, ansiedade e isolamento social.

Na adolescência, a qualidade dos relacionamentos é diferente daqueles feitos na infância. As habilidades sociais individuais são testadas o tempo todo, pois o adolescente se vê obrigado a fazer amigos do mesmo sexo e sexo oposto, a participar de atividades dentro e fora da escola, a namorar. Assim, o desenvolvimento de repertórios novos de relacionamento é uma das principais tarefas da adolescência, pois para o indivíduo apresentar relações interpessoais adequadas necessita de um repertório de respostas sociais verbais e não verbais que foram adquiridas ao longo da vida (Amaral, Bravo & Messias, 1996).

A inabilidade para expressar sentimentos e idéias, ou apresentar-se adequadamente em determinadas situações ou ambientes, prejudica consideravelmente a qualidade de vida das pessoas.

As hipóteses mais freqüentemente levantadas entre os adolescentes, na clínica estudada, estão relacionadas a problemas de comportamentos, dificuldades de relacionamento e dificuldades escolares.

Observando o comportamento do adolescente, independente do gênero, os achados diferem em pouco dos dados das pesquisas de Silves (1993) e Santos (1990) em que dificuldades escolares foram a de maior incidência, mas coincidem com a de Lindmeier (1990) já mencionado.

Ao analisar apenas os adolescentes do sexo masculino, a hipótese de dificuldade escolar foi maioria, confirmando os dados das referidas pesquisas. A incidência maior de problemas escolares, entre os indivíduos do sexo masculino, já foi comentada.

Apesar da baixa incidência registrada de casos relacionados a drogas, estas merecem ser discutidas, pois a região onde a pesquisa foi realizada apresenta um alto índice de tráfico e consumo de drogas.

Os adolescentes tornam-se alvos relativamente fáceis, tendo em vista a fase de perturbação em que se encontram.

Segundo Kalina (1997, p. 86) “... para viver como Popeye, Super-Homem, Mulher Maravilha, aprendem a utilizar a química e, tal como os alquimistas da Idade Média, buscam a forma de ter acesso à onipotência e à imortalidade...”

Dessa maneira, a preocupação com os problemas emocionais e escolares dos adolescentes deve ser examinada com atenção e compreensão.

Com relação aos adultos, as mulheres foram maioria.

De acordo com a American Psychiatric Association (1994), a prevalência de quadros de depressão e transtornos de ansiedade é maior entre as mulheres. Esse dado difere um pouco

do encontrado nesta pesquisa em que as mulheres, apesar de maioria, apresentaram uma incidência ligeiramente menor, com relação a esses dois quadros, que os homens.

Ao observar esse dado, a Autora da pesquisa reexaminou os prontuários e observou que a maioria dos adultos do sexo masculino, atendida pelo setor de Psicologia, tinha em comum o local de trabalho e passavam por uma grande instabilidade profissional, o que poderia ser um dos motivos do número elevado de problemas de depressão e ansiedade entre os homens.

As mulheres apresentavam mais dificuldades em se relacionar, principalmente com parceiros. Na pesquisa de Lindmeier (1990), problemas com os parceiros também foram maioria; ainda nessa mesma pesquisa o autor relata que 100% dos clientes se queixaram de problemas de relacionamento, independente do sexo e idade.

Notou-se que o tempo de atendimento fonoaudiológico ainda é muito longo e isso, às vezes, provoca queixas, cansaço e, em casos mais extremos, o abandono do tratamento. Daí a necessidade de se buscar sempre aprimoramento teórico e técnico para se diminuir esse tempo.

Tabela 11
Tempo de Atendimento Médio em Meses - Fonoaudiologia

Patologias	Faixa				
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Total	Tempo médio
Linguagem oral	15,85	88	6,25	110,1	36,70
Motricidade oral	16,28	6,5	12,6	35,38	11,79
Linguagem escrita	20,44	18,88	6	45,32	15,11
Audição	46	78	0	124	41,33
Voz	19,66	5	8,33	32,99	11,00
Fluência	3	9	11	23	7,67
Atraso	43	0	0	43	14,33
Total	164,23	205,38	44,18	413,79	137,93

A Tabela 11 descreve o tempo médio em meses de atendimento pelo setor de Fonoaudiologia da clínica, levando-se em consideração as áreas em que as patologias fonoaudiológicas foram agrupadas em faixa etária.

Houve dificuldade para se obterem dados precisos, pois em muitos prontuários só constavam à data de início do tratamento; em outros só a do término. Em alguns casos, não foram registradas as altas relativas e o reinício do tratamento, “inflacionando”, desta maneira, o tempo gasto no tratamento.

Cabe um alerta aos profissionais para que façam anotações desse tipo no prontuário para que eles mesmos tenham noção do tempo do tratamento e estudem maneiras de encurtá-lo.

O trabalho com problemas auditivos demandou mais tempo, em média 124 meses. Isso ocorre porque as crianças chegam pequenas à clínica e permanecem até a adolescência. O trabalho com deficiente auditivo envolve muitos aspectos, desde o estabelecimento de uma comunicação, passando pela estimulação, pela aquisição e desenvolvimento da linguagem oral (nem sempre é possível) e, mais tarde, o trabalho com a linguagem escrita. Assim se justifica o tempo elevado de tratamento dos adolescentes, (média de 78 meses). O tempo das crianças foi de 46 meses.

O trabalho com Linguagem Oral também tende a ser longo, aproximadamente 110 meses. Essa média altíssima deve-se ao fato de que dois casos graves de Difasia foram atendidos durante 13 e 9 anos (um menino e uma menina), havendo inclusive problemas quanto ao diagnóstico. O garoto chegou à clínica com um ano, aproximadamente, com suspeita de deficiência auditiva, mas que foi descartada após muita observação e exames mais detalhados. Este adolescente ainda estava em tratamento quando os dados foram coletados. Observou-se que o tempo em que ficaram em orientação domiciliar; as interrupções de tratamento ocorridas e quantas vezes por semana foram atendidos não foram registradas.

O tempo médio gasto com os transtornos fonológicos foi em média 6 meses. Para a obtenção desse dado, levou-se em consideração apenas os clientes que receberam alta.

Quando os problemas de Linguagem Oral estão associados a problemas de Linguagem Escrita, o tempo aumenta para, aproximadamente, 18 meses.

O atendimento das crianças nas patologias de Linguagem durou em média 15,85 meses; o dos adolescentes, 88 meses (pelo motivo já justificado acima foi computado o tempo total de atendimento, até a data da coleta de dados). A duração do trabalho com adultos foi 6,25 meses.

Outro trabalho com tempo longo de duração foi com as Patologias da Linguagem Escrita; a média de 45,32 meses foi registrada. O trabalho com crianças e adolescentes variou entre 20,44 meses e 18,88 meses.

O atendimento médio dos Atrasos de Desenvolvimento foi de 43 meses, levando-se em conta trabalho de orientação familiar, trabalho clínico propriamente dito e acompanhamento após alta até, aproximadamente, idade escolar em alguns casos.

Tempo de duração de terapias nas demais patologias variou de 23 a 35 meses.

Cabe aqui salientar que o tempo gasto com Motricidade Oral (mais ou menos 2 anos e 9 meses) deveu-se ao fato de que os casos com acompanhamento ortodôntico permanecem até o fim desse tratamento ou retornam à clínica quando ocorre a alta do ortodontista. Como já foi explicado, o intervalo sem atendimento não foi registrado. Observaram-se também casos em que problema de Motricidade Oral estava associado a problema de Linguagem Escrita. O menor tempo de atendimento foi o trabalho com a Fluência infantil, 3 meses. Esse dado levanta a hipótese de que apesar do diagnóstico dado ser gagueira, possivelmente tratava-se de disfluência normal do desenvolvimento, pois trabalho com gogos demanda mais tempo. As mesmas dificuldades foram observadas com relação ao tempo de atendimento psicológico. Nos prontuários de Psicologia, estava registrada a quantidade de vezes que os clientes foram atendidos. Basicamente o atendimento foi semanal (Tabela 12). Os problemas relacionados ao

Desenvolvimento tiveram maior duração de tratamento, pois eles iniciaram na infância e continuaram até a adolescência, em média 73,71 meses. O trabalho com as crianças durou em média 22,46 meses e com os adolescentes 51, 25 meses. Problema de Relacionamento também demandou bastante tempo, 18,50 meses para as crianças e 12,44 para os adolescentes; neste item problemas de relacionamento familiar prevaleceram. A menor duração registrada foi 4 meses para trabalho com Transtorno Alimentar.

Tabela 12

Tempo de Atendimento Médio em Meses - Psicologia

Patologias	Faixa			Total	Tempo médio
	Crianças	Adolescentes	Adultos		
Comportamento	8,70	8,88	14,00	31,58	10,53
TDHA	6,33	0,00	0,00	6,33	2,11
Dificuldade escolar	11,00	10,33	0,00	21,33	7,11
Desenvolvimento	22,46	51,25	0,00	73,71	24,57
Ansiedade	4,00	12,75	14,00	30,75	10,25
Depressão	6,00	11,00	16,00	33,00	11,00
Dificuldade de relacionamento	18,50	12,44	10,91	41,85	13,95
Problema de sexualidade	0,00	0,00	24,00	24,00	8,00
Problema alimentar	4,00	0,00	0,00	4,00	1,33
Drogas	0,00	11,00	0,00	11,00	3,67
Não Consta	1,00	2,00	7,66	10,66	3,55
Outros	1,00	7,66	0,00	8,66	2,89
Total	82,99	127,31	86,57	238,55	98,96

Entre os adultos, a duração do trabalho com Depressão, Ansiedade e Comportamento, esse último no que se refere à baixa alta estima, falta de assertividade e introversão, foi em média de 16 e 14 meses, respectivamente (Ansiedade e Comportamento duraram o mesmo tempo).

A Tabela 13 descreve a situação dos sujeitos no momento da coleta de dados com relação ao tratamento Fonoaudiológico. Observou-se que ocorreram mais altas (41,83%) do que abandono (19,61%) e que 16,34% dos casos ainda se encontravam em atendimento.

Tabela 13

Situação do sujeito no momento da coleta - Fonoaudiologia

Interrupção por	Faixa etária		Criança						Adolescente						Adulto											
			Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alta	25	34,25	15	38,46	40	35,71	6	54,55	8	66,67	14	60,87	2	50,00	8	57,14	10	55,56	33	37,50	31	47,69	64	41,83		
Abandono	12	16,44	9	23,08	21	18,75	3	27,27	1	8,33	4	17,39	0	0,00	5	35,71	5	27,78	15	17,05	15	23,08	30	19,61		
Orientação	5	6,85	4	10,26	9	8,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	5,68	4	6,15	9	5,88		
Em tratamento	13	17,81	6	15,38	19	16,96	2	18,18	2	16,67	4	17,39	2	50,00	0	0,00	2	11,11	17	19,32	8	12,31	25	16,34		
Encaminhamento	10	13,70	4	10,26	14	12,50	0	0,00	1	8,33	1	4,35	0	0,00	1	7,14	1	5,56	10	11,36	6	9,23	16	10,46		
Sem alteração	5	6,85	1	2,56	6	5,36	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	5,68	1	1,54	6	3,92		
Não consta	3	4,11	0	0,00	3	2,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,41	0	0,00	3	1,96		
Total	73	100,00	39	100,00	112	100,00	11	100,00	12	100,00	23	100,00	4	100,00	14	100,00	18	100,00	88	100,00	65	100,00	153	100,00		

Por meio do teste χ^2 , observou-se que para as crianças houve diferença significativa entre os tipos de interrupção de tratamento ($\chi_o^2 = 27,04$ $\chi_c^2 = 9,49$), mas não há para adolescente e adultos, pois para $\chi_c^2 = 3,84$, $\chi_o^2 = 1,08$ para os adolescentes e $\chi_o^2 = 0,22$ para os adultos.

As altas foram maioria em todas as faixas etárias, sendo de 35,71% nas crianças; 60,87% nos adolescentes e de 55,56% nos adultos. Levando-se em consideração as altas entre as faixas etárias, observou-se que há diferença significativa, pois $\chi_c^2 = 5,99$ e $\chi_o^2 = 24,87$.

Foi aplicado o teste de correlação para verificar se havia correlação significativa entre os sexos, no que se referia à interrupção de tratamento, nas diferentes faixas etárias. Observou-se que há correlação significativa entre os sexos para crianças e adolescentes mas não há entre os adultos. Os resultados foram para n.sig 0,05 e $r_c = 0,66$ para as crianças $r_o = 0,93$; para os adolescentes $r_o = 0,85$ e para os adultos $r_o = 0,46$.

Com relação ao tratamento psicológico, a situação dos sujeitos no momento da coleta de dados (Tabela 14), mostrou que a porcentagem de abandono foi ligeiramente mais elevada do que a de alta, respectivamente, 34,34% e 25,76% e que 9,60% estavam em tratamento.

O teste χ^2 mostrou que houve diferença significativa entre os tipos de interrupção de tratamento psicológico para as crianças ($\chi_c^2 = 9,49$ $\chi_o^2 = 31,18$) e para os adultos ($\chi_c^2 = 7,82$; $\chi_o^2 = 14,69$), mas não houve para os adolescentes ($\chi_c^2 = 7,82$; $\chi_o^2 = 4,24$).

Entre as crianças, a porcentagem de abandono foi maior que a de alta, sendo de 36,26% e 18,68%, respectivamente. Com relação aos adolescentes, o abandono de terapia também foi maior, 32,08% dos casos. No caso dos adultos a porcentagem de alta foi maior (40,74%) do que a de abandono.

Levando-se em consideração as altas entre as faixas etárias, observou-se que não houve diferença significativa, pois $\chi_c^2 = 5,99$ e $\chi_o^2 = 2,94$. Ao considerar apenas o abandono entre as três faixas etárias observou-se diferença significativa $\chi_c^2 = 5,99$ e $\chi_o^2 = 7,08$.

Analisando as diferenças entre alta e abandono nas diferentes faixas etárias, constatou-se que houve diferença significativa entre as crianças ($\chi_c^2 = 3,84$ e $\chi_o^2 = 5,12$), mas não houve entre adolescentes ($\chi_c^2 = 3,84$ e $\chi_o^2 = 0,86$) e entre os adultos ($\chi_c^2 = 3,84$ e $\chi_o^2 = 0,40$).

Tabela 14

Situação do sujeito no momento da cdcta - Psicologia

Interrupção por	Faixa etária		Criança				Adolescente				Adulto				Total									
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total							
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%						
Alta	11	17,74	6	20,69	17	18,68	2	10,00	10	30,30	12	22,64	5	41,67	17	40,48	22	40,74	18	19,15	33	31,73	51	25,76
Abandono	22	35,48	11	37,93	33	36,26	7	35,00	10	30,30	17	32,08	4	33,33	14	33,33	18	33,33	33	35,11	35	33,65	68	34,34
Orientação	6	9,68	1	3,45	7	7,69	0	0,00	1	3,03	1	1,89	1	8,33	0	0,00	1	1,85	7	7,45	2	1,92	9	4,55
Em tratamento	3	4,84	2	6,90	5	5,49	1	5,00	5	15,15	6	11,32	0	0,00	8	19,05	8	14,81	4	4,26	15	14,42	19	9,60
Encaminhamento	11	17,74	6	20,69	17	18,68	8	40,00	6	18,18	14	26,42	2	16,67	2	4,76	4	7,41	21	22,34	14	13,46	35	17,68
Sem alteração	9	14,52	3	10,34	12	13,19	2	10,00	0	0,00	2	3,77	0	0,00	0	0,00	0	0,00	11	11,70	3	2,88	14	7,07
Não consta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,03	1	1,89	0	0,00	1	2,38	1	1,85	0	0,00	2	1,92	2	1,01
Total	62	100,00	29	100,00	91	100,00	20	100,00	33	100,00	53	100,00	12	100,00	42	100,00	54	100,00	94	100,00	104	100,00	198	100,00

Por meio do teste de correlação observou-se que há correlação significativa entre as crianças ($r_o = 0,89$) e entre os adultos ($r_o = 0,68$), mas não há entre os adolescentes ($r_o = 0,58$), isso para um n.sig.0,05 e $r_c = 0,66$.

Em Fonoaudiologia, o índice de alta é maior que o de abandono, mas, mesmo assim, cabe aqui alguma consideração quanto à desistência do tratamento.

Os profissionais da saúde não conseguem relacionar a saúde fonoaudiológica à saúde global. Para eles, e mesmo para alguns fonoaudiólogos, os transtornos fonoaudiológicos causam danos “reparáveis” à saúde, por não afetarem a saúde global, e sim partes dela, em graus variáveis, ou seja, vêem as alterações fonoaudiológicas como episódios isolados na vida do indivíduo (Andrade, 1994, Souza e cols. 1999).

O cliente e os familiares, que freqüentam atendimento fonoaudiológico, não sentem como “doença” ou não acham significativos os efeitos biopsicossociais das alterações de comunicação, e, dessa forma, podem ter atitudes e comportamentos frente à terapia, que comprometerão a qualidade e eficácia da recuperação.

Na clínica onde a pesquisa foi realizada, observou-se que 55% dos casos de abandono (23,08% do total de clientes) ocorreram durante o processo de avaliação e de orientação iniciais. Em alguns casos, foram relatadas dificuldades financeiras para continuar o tratamento. Esses pacientes foram encaminhados para atendimentos gratuitos.

Nota-se também que, na medida em que há o envolvimento da família com o trabalho fonoaudiológico, e esta passa a compreender melhor o que é a alteração fonoaudiológica e a dimensionar o prejuízo que acarreta ao indivíduo, há melhor adesão ao tratamento.

Funck, Machado, Borges & Toniolo (1998) destacam a importância de um atendimento eficaz às necessidades da criança e de atividades com os pais que lhes possibilitem esclarecer dúvidas e elaborar sentimentos.

Cabe, portanto, ao fonoaudiólogo, mostrar a importância do trabalho, explicando de maneira clara e com base teórica firme o que está acontecendo e dar espaço para que o cliente e familiares expressem sentimentos e sugestões.

Não foi possível nessa pesquisa relacionar adesão ao tratamento com nível de escolaridade dos pais, pois, em muitos prontuários, esta informação não foi registrada e

observou-se abandono ou não adesão ao tratamento, tanto em pais com nível superior de escolaridade quanto com nível fundamental.

A expectativa é que os pais com bom nível de escolaridade tenham melhores condições de elaborar situações, compreender e colocar em prática as orientações do terapeuta (Harrison 1994; Marinho & Silvaes, 1996), mas nem sempre é o que se observa na prática clínica.

Em especial, os adultos que abandonaram o atendimento receberam as informações de que necessitavam na própria consulta, como é o caso de alguns pacientes com problemas de voz, que, ao tomarem conhecimento sobre a produção da voz e higiene vocal, não sentiram necessidade de continuar o tratamento.

Com relação ao abandono em Psicologia, observou-se que 33,65% dos pacientes abandonaram a terapia e que aproximadamente 48% desses o fizeram após a consulta e/ou no período de avaliação. Dados semelhantes foram observados nos estudos de Lindmeier (1990) em que 68,9% dos clientes abandonaram o tratamento em alguma etapa do mesmo; a pesquisa de Ancona-Lopes (apud Lindmeier, 1990) revela que 54,1% dos clientes também abandonaram. Pesquisas de Santos (1993) e Santos (1990) também revelaram altos índices de abandono.

Nas pesquisas citadas acima, os autores relatam que, em muitos casos, não foi registrado o motivo do abandono ou desistência do tratamento e enumeram algumas variáveis importantes para que ocorra a desistência do tratamento, tais como: a impossibilidade da família ou do próprio paciente de freqüentar regularmente a clínica, a não adaptação às regras do serviço, a dificuldade para fazer abstrações, o nível de escolaridade e a idade dos pacientes e familiares.

No caso da clínica estudada, falta a informação dos motivos do abandono na maioria dos prontuários, mas problemas financeiros e mudanças da família para outras cidades foram registrados.

Dessa forma, cabe novamente um alerta aos profissionais da clínica para que façam anotações a respeito do abandono, pois assim as falhas no atendimento e/ou nas orientações poderão ser corrigidas.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao realizar uma pesquisa documental, analisa-se o produto (no caso, os prontuários de uma clínica) e não o processo que o produziu; assim, nem sempre é possível, a partir dele, conseguir todos os aspectos considerados importantes para um determinado estudo (Witter, 1990). Entretanto, fornecem elementos muito úteis para conhecimento da realidade clínica, para planejamento de atendimento e de atualizações do pessoal para atuar na área.

Tendo em vista a natureza descritiva da pesquisa documental, algumas limitações e dificuldades foram observadas e chamaram a atenção da Autora.

Uma das principais dificuldades observadas está relacionada ao preenchimento dos prontuários de maneira adequada.

A falta de preenchimento contribuiu para a eliminação de prontuários e impediu que análises mais detalhadas fossem feitas no sentido de se conhecer melhor a população atendida. Por exemplo, foi impossível a comparação de dados entre o nível de escolaridade dos pais e adesão ao tratamento, pois a grande maioria dos prontuários não continha essa informação.

Também se observou que, após as avaliações iniciais, os profissionais não retornam aos prontuários para anotarem evolução, interrupções definitivas, como altas, abandono, ou interrupções temporárias, como férias, período em que o cliente permaneceu apenas em orientação familiar, etc. Da mesma forma que informações sobre o número de sessões realizadas por semana, encaminhamentos realizados durante o trabalho também não foram encontrados. A ausência dessas informações inviabilizou que dados mais precisos fossem obtidos e analisados. Perde-se desta forma a possibilidade de conhecer as possíveis relações

entre estas e outras variáveis e de se poder contribuir significativamente para o saber científico.

A ausência dessas informações, talvez, se deva ao fato do profissional estar muito mais ligado com o *fazer* do que com o *saber*. Isso é esperado tendo em vista a formação que a maioria dos profissionais recebe, ou seja, a preocupação maior em uma clínica é a “cura” do paciente; por esse motivo, pouco tempo é dedicado ao preenchimento de prontuários. Mas a falta de registro pode ser também um prejuízo para o sujeito em atendimento, não garantindo uma adequada evolução de seu problema.

Essa visão do papel da clínica poderá ser mudada, na medida em que os cursos de formação enfatizarem e envolverem seus alunos em atividades de pesquisa, pois os princípios metodológicos da pesquisa (incluindo a ética) poderão transformar o espaço da clínica em local onde outras atividades, inclusive a pesquisa, poderão ser realizadas. A clínica moderna não pode ser, apenas, o lugar onde se aplicam técnicas terapêuticas, mas também lugar para se produzirem conhecimentos. Há a necessidade, portanto, de o profissional clínico não apenas consumir ciência, mas colaborar para que a sua área de conhecimento se desenvolva e ele seja um usuário do próprio conhecimento gerado para atualizar e melhorar seu desempenho.

A integração dos discursos científico e tecnológico, numa produtividade responsável, permitirá que ambos se desenvolvam, evitando, assim, uma ciência ociosa, uma tecnologia dependente e prática profissional irresponsável (Andrade, 1994).

Outra hipótese que também pode ser levantada, e que ainda está vinculada à formação profissional, é a necessidade de mostrar aos alunos a importância de uma anamnese bem feita, em que se dá espaço para o cliente se colocar e perceber que está sendo atendido com atenção. Muitos dados relatados e devidamente registrados poderão facilitar o processo de avaliação, intervenção e de orientação, principalmente porque, como se pode observar nesse

estudo, muitas famílias abandonam o tratamento nas primeiras sessões. Dessa maneira, o profissional da clínica poderá, em alguns casos, realizar um trabalho de prevenção ao abandono, dentro da própria clínica. O conhecimento das variáveis que caracterizam esta clientela de risco seria muito útil na elaboração de programas de prevenção.

Ainda com relação ao preenchimento dos prontuários, cabe uma sugestão aos profissionais da clínica estudada. Observou-se a necessidade de se realizar uma reformulação das fichas de identificação, para que dados realmente relevantes e significativos para o acompanhamento do caso sejam registrados. Assim, talvez fosse interessante a elaboração de roteiros de anamnese diferenciados, para as diferentes faixas etárias. Por exemplo, a ficha de identificação de adulto deve conter informações pertinentes ao tipo de sujeito estudado e não seguir modelo padronizado. A partir dessa reformulação, os profissionais devem estar atentos ao preenchimento correto e completo dos vários campos, principalmente quando se trata de clientes atendidos por ambos os setores. Fichas incompletas também dificultam a comunicação e o trabalho interdisciplinar, pois, na hipótese de se pretender trabalhar em equipe interdisciplinar, os dados de uma área são muito importantes para a outra.

A partir dessas considerações e pensando em equipe multi ou interdisciplinar, há também a questão terminológica, que foi outra importante dificuldade encontrada no presente estudo.

Muitos prontuários apresentavam terminologias diferentes para descrever o mesmo quadro, o que dificultou o preenchimento do protocolo, sendo necessário recorrer ao profissional que realizou o tratamento para que dúvidas fossem esclarecidas. Face à natureza deste documento ele deve ser auto-explicável.

A inexatidão conceitual pode gerar discursos casuais, incompletos e fragmentados, produzindo assim uma visão restrita tanto da Fonoaudiologia, como da Psicologia, que poderá limitar atividades de pesquisa e prática.

Na prática clínica, essa dificuldade terminológica e conceitual poderá dificultar o diálogo com a família e clientes, pois, muitas vezes, o próprio profissional sente dificuldade para explicar e justificar uma determinada conduta, passando uma visão defeituosa, imprecisa da profissão e do campo de atuação. Isso permite ao cliente enxergar seu terapeuta, apenas como especialista em aplicar determinadas técnicas e procedimentos, para sanar suas dificuldades. Essa visão fracionada da área pode, em alguns casos, levar ao abandono do tratamento e até mesmo descrédito da profissão.

A inclusão cada vez maior da Fonoaudiologia no sistema de saúde oculta a inexatidão terminológica, pois faz com que exista uma familiaridade com os termos empregados pelos fonoaudiólogos, mesmo não estando eles bem definidos e uniformizados. A falta de precisão terminológica dificulta a transmissão de informação e a qualidade da ciência, como lembra Staats (1983).

Há necessidade urgente, portanto, de que os profissionais da área, assim como os órgãos de classe e as instituições formadoras intensifiquem a busca pela padronização da terminologia e dos conceitos a ela ligados. Isso só será possível por meio de pesquisas, pois os resultados obtidos por meio de pesquisas científicas reforçam e facilitam o aprendizado.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES FACE AOS DADOS

As principais conclusões advindas das análises realizadas serão consideradas a seguir.

A clínica, em 1998, atendeu, tanto no setor de Fonoaudiologia quanto no setor de Psicologia, mais crianças. Talvez, em decorrência da própria história da clínica que iniciou trabalhando essencialmente com crianças com dificuldades de aprendizagem, mas tem observado um aumento da procura por adolescentes e, principalmente, por adultos.

Essa pequena, mas importante mudança na população que procura atendimento pode estar relacionada, para a Psicologia, à ajuda que as pessoas buscam para aprender a lidar com as dificuldades e exigências do trabalho e relacionamentos; a procura por uma melhor qualidade de vida motiva a busca de ajuda.

Em Fonoaudiologia, a mudança de atendimento foi menor, mas principalmente as mulheres promoveram essa pequena mudança, especialmente motivada pelas exigências estéticas, como no caso de ajuda para a correção de problemas ortodônticos e também pela inclusão delas num mercado de trabalho em que a postura e a qualidade vocal são decisivas para a permanência e o sucesso, como é o caso da televisão.

Essa mudança de população também pode ser observada por meio do nível de escolaridade, pois o segundo nível de escolaridade que prevaleceu na clínica foi o universitário. Talvez isso tenha ocorrido por se tratar de clínica particular, supostamente freqüentada por indivíduos com poder aquisitivo maior, mas também pela abertura de vários cursos universitários na própria cidade, o que facilitou o ingresso de mais pessoas na faculdade. Isto pode estar refletindo um aumento geral da escolaridade no Brasil.

Outro dado interessante é a procura espontânea pelo atendimento ou por meio da indicação de outros clientes, mostrando que são os próprios clientes que fazem a propaganda da clínica. Isso aumenta a responsabilidade dos profissionais em buscar formas cada vez mais eficazes para a intervenção e orientação, com o cuidado de estarem em atualização permanente. Novamente se mostra a necessidade de se realizarem pesquisas dentro do próprio espaço da clínica, pois quanto mais e melhor se conhecer a população que procura atendimento, mais fácil se tornará a busca por alternativas mais rápidas e eficientes de tratamento, bem como em que sub-áreas os profissionais deve buscar seu aperfeiçoamento profissional.

A procura espontânea também pode ser explicada pelo bom nível de escolaridade dos pais, pois se supõe que pais informados e com melhores condições de compreender as dificuldades dos filhos procure mais precocemente ajuda, não esperando encaminhamento de outrem (Silvares, 1993). Isto pede também campanhas de esclarecimento e de prevenção junto aos pais.

As principais queixas do setor de Fonoaudiologia estiveram mais relacionadas aos problemas de fala e linguagem tanto oral quanto escrita e menos aos de audição, isso se devendo à própria tradição da clínica; outros locais na cidade trabalham mais com a testagem e a intervenção dos problemas auditivos.

Um dado que chamou atenção é que, durante a entrevista fonoaudiológica, queixas de problemas emocionais ou de comportamento também foram relatadas, ou seja, a família e/ou o próprio cliente estabelecem uma relação entre distúrbios de comunicação e problemas emocionais.

Daí a necessidade do trabalho interdisciplinar ou, melhor dizendo a necessidade de formar profissionais dentro de uma visão interdisciplinar, em que eles sem perder a especificidade de sua profissão têm conhecimento substancial de outras áreas e melhor compreensão do ser humano com um todo.

No setor de Psicologia as principais queixas em todas as faixas etárias foram de relacionamento e/ou de comportamento. Talvez essa prevalência se deva à formação teórica das profissionais da clínica e o fato de estarem há bastante tempo no mercado, atuando com sucesso com estes problemas.

Outro dado que chamou a atenção é a duração do tratamento: mesmo sabendo da dificuldade encontrada com relação ao registro de datas, não se pode explicar, apenas por esse dado, a duração longa do tratamento fonoaudiológico e psicológico, cabendo aos profissionais

reavaliar seus instrumentos de diagnósticos e as técnicas de intervenções, para abreviar de maneira eficaz o tempo de recuperação do cliente. O fator tempo é especialmente relevante em se tratando de criança que se encontra em processo de desenvolvimento e que não pode ser prejudicado por sua falha em comunicação.

Numa clínica particular o lado financeiro não pode ser esquecido, pois tratamentos longos podem provocar abandono por onerarem muito a família ou o cliente, ou ainda não estarem consoantes com a necessidade e exigência externa (exemplo: levar dois anos para resolver um problema de leitura).

Deve-se alertar aos profissionais de ambos os setores para não se esquecerem de registrar nos prontuários o início do tratamento, número de sessões semanais, possíveis interrupções parciais de tratamento e a interrupção definitiva, por alta, abandono ou encaminhamento, pois dessa maneira será possível precisar o tempo de tratamento das diferentes patologias e, dessa maneira, buscar alternativas para encurtá-los.

Observou-se que ocorreram mais altas do que abandono do tratamento fonoaudiológico o que é um bom indício da eficiência dos serviços oferecidos. O abandono ocorreu mais após a consulta e a avaliação. Esse dado pode sugerir, no mínimo, duas situações contraditórias. Numa situação, o profissional necessita organizar-se melhor, para passar as informações, obtidas durante as avaliações, de maneira clara e precisa, mostrando realmente a necessidade de intervenção. Nesse aspecto, as dificuldades terminológicas e a própria crença do paciente com relação à profissão podem contribuir para o abandono. Em uma outra situação, o profissional esclarece as dúvidas do próprio cliente ou da família, mostra as diferentes possibilidades de estimulação e de recursos oferecidos no próprio ambiente do cliente e isso pode levar família e/ou o cliente a desistirem do trabalho, por se sentirem satisfeitos e capazes de caminharem sozinhos.

A Fonoaudiologia recebeu forte influência da Medicina e da Psicologia no período inicial de estruturação dos cursos de formação e no perfil do profissional. A Medicina exerceu influência no que se refere à “doença” e à “cura” e no modelo clínico de atendimento. A Psicologia influenciou com as teorias de aprendizagem (Gargantini, 1996) e observa-se também, na atuação dos fonoaudiólogos, que as diferentes linhas teóricas exercem importante papel, na maneira como eles conduzem seu trabalho (Lykouropoulos; Marra & Ferreira, 1995). Isto deve ser considerado na análise tanto da atuação como da formação profissional.

Observou-se na presente pesquisa que a relação da Fonoaudiologia com a Psicologia vai além do modelo teórico adotado. Em muitas doenças, como por exemplo, as relacionadas às Dificuldades Escolares, Problemas de Voz, Dificuldade de Relacionamento, Problemas de Comportamento e Disfluências, a atuação conjunta (ação interdisciplinar) é decisiva para que se faça um diagnóstico mais preciso e uma intervenção mais eficaz.

A fala e a voz são termômetros importantes dos estados emocionais, ao mesmo tempo em que estes influenciam marcadamente a comunicação oral, gestual e a audição. Saber determinar o que é causa e o que é efeito é importante para o bom desenvolvimento tanto de terapias fonoaudiológicas quanto das psicológicas.

O trabalho interdisciplinar é uma alternativa para superar a visão parcial, fragmentada, do saber e do próprio indivíduo. Ele “não descarta as especializações, mas as transcende” (Gargantini, 1996, p.135). Ao aproveitarem, com critério e seriedade, as contribuições de outras áreas de conhecimento, os profissionais terão mais condições de desempenhar com competência suas funções, deixando de lado o trabalho realizado de forma parcelada, para enxergá-lo por meio de uma perspectiva de totalidade.

REFERÊNCIAS

- Abram, R.S; Coie, J.D. (1981). Maternal reactions to problem behaviors and ordinal of child. *J. Pers.*, 49 (4): 450 – 67.
- Amaral, V.L.AR; Bravo, M. C. M.; Messias, T. S. C. (1996). Desenvolvimento de habilidades sociais em adolescentes portadores de deformidades faciais. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 31-47.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Speech-Language-Hearing Association (1984). Prevention: a challenge for the profession. *Asha*, (26), 35.
- American Speech-Language-Hearing Association.(1991).The prevention of communication disorders tutorial. *Asha*, (33) (Suppl. 6), 15–42.
- American Speech-Language-Hearing Association.(1993). Definitions of communication disorders and variations. *Asha*, (35) (Suppl. 10), 40–41.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1996). Scope of practice in speech-language pathology. *Asha*, (38) (Suppl. 16), 16–20.
- American Speech-Language-Hearing Association.(1999).*National outcomes measurement system (NOMS): Pre-Kindergarten speech-language pathology training anual*. Rockville, MD: Author.
- Amorim, A. (s/d). *Fundamentos científicos da fonoaudiologia*. São Paulo: Grafik.
- Andrade, C.R.F;Lopes, D.M.B. & Wertzner,H.F. (1991).Estudo Epidemiológico das Desordens da Comunicação. *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e Desigualdade Social: os desafios do final do século*, UNICAMP, Campinas, São Paulo.

- Andrade, C.R.F.(1994).*Fonoaudiologia Preventiva: Discursos Científico-Pedagógico, Modelo Teórico e Vocabulário Técnico- Científico*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Barbosa, J.I.C. & Silveira,E.F.M. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia, 11* (3), 50-56.
- Behlau, M; Rodrigues, S; Azevedo, R; Gonçalves, M.I. & Pontes, P. (1997). Avaliação e Terapia de Voz In: O. Lopes Filho (editor). *Tratado de Fonoaudiologia* (pp. 607 – 58). São Paulo: Roca.
- Berberian, A. P. (1997). Fonoaudiologia e história. *Fono Atual, (1)*, 15-16.
- Bernardis, K. & Lopez, D.B. (1999) Clínica/Escola: perfil da demanda populacional. *Anais do IV Congresso Internacional de Fonoaudiologia*. São Paulo.
- Brasolatto, A.G. & Fabiano, S.R.R (2000). Uso Profissional de Voz pelo Professor – Análise Acústica. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, (6)*, 6 – 11.
- Buriti, M S. L. (1997). *Esporte e Adolescência: Agressividade no Futebol*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas, Campinas.
- Campos, L.F.L. (1989). *Supervisão clínica: um instrumento de avaliação do desempenho clínico*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas, Campinas
- Cappelletti, I. F. (1985).*A Fonoaudiologia no Brasil*. São Paulo: Cortez.
- Carvalho,R.M.L. & Térzis, A. (1988). Caracterização da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia – PUCCAMP. *Estudos de Psicologia, 5* (1), 112-125.
- Carvalho, R.M.L & Terziz, A.(1989) Caracterização da clientela atendida na clínica psicológica do Instituto de Psicologia da PUCCAMP. *Estudos de Psicologia, 6* (1), 94–110.

- Casanova, J. P. (1992). Dados de introdução à patologia e terapêutica da linguagem. In: J.P.Casanova. *Manual de Fonoaudiologia* (pp.1-15). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavalheiro, M. T. P. (1996). *Formação do fonoaudiólogo no Brasil: estrutura curricular e enfoque preventivo*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas.
- Coelho, M.A; Behlay M. & Vasconcellos, E.G (1996) Da relação entre Stress e Distúrbios da Voz. In: I.Q. Marchesan; J.L. Zorzi & I.C.D. Gomes (org). *Tópicos em Fonoaudiologia III* (pp. 361 – 88). São Paulo: Lovise.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa (1999). Brasil encontra-se em estágio mais avançado. *Jornal do CFFa*, (3),13.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa (2000). Presidente da ASHA elogia estágio da Fonoaudiologia no Brasil. *Jornal do CFFa*, (4),19.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa (2001). Resolução CFFa nº 269, de março de 2001. Brasília: CFFa.
- Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa – 2.^a Região (1997a). Perfil do fonoaudiólogo no Estado de São Paulo. *Revista do Conselho*.
- Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa – 2.^a Região (1997b). Diretrizes curriculares em fonoaudiologia. Comissão de Educação. *Jornal do CRFa*, (18).
- Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa – 2.^a região (1998). A Fonoaudiologia em outros Países. *Jornal do CRFa* (27), 6-7.
- Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa 2.^a Região (1999a). A Fonoaudiologia em outros países. *Jornal do CRFa*, (28),5.

- Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa 2.^a Região (1999b). A Fonoaudiologia na Alemanha. *Jornal do CRFa*, (31), 6-7.
- Cunha, M. C. (1997). Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território. São Paulo: Plexus.
- Eisenman, R. (1992). Birth order, development and personality. *Acta Paedopsychiatr.*,55 (1), 25 – 7.
- Etges, N. J. (1993). Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. *Educação e Realidade*, 18 (2), 73-82.
- Fein, D. J. (1983) – Projections of speech and hearing impairments to 2050, *ASHA*, (25),31.
- Ferreira, L. P. & Russo, I. C. P. (1998). O Perfil das Teses de Doutorado Defendidas por Fonoaudiólogos Brasileiros, *Pró-Fono*,10 (2), 64-70.
- Ferreira, M.E.M.P. (1991). Ciência e interdisciplinaridade. In : I. Fazenda (org). *Práticas interdisciplinares na escola* (pp.19-22). São Paulo: Cortez.
- Ferreira, S.L. (1991). Introduzindo a noção de interdisciplinaridade. In : I. Fazenda (org). *Práticas interdisciplinares na escola* (pp.33- 35). São Paulo: Cortez.
- Figueiredo, ES; Bianchini, E.M. & Crivello Jr., O (1997/1998). Hábitos Parafuncionais em Pacientes Portadores de Disfunção Dolorosa da Articulação Temporomandibular (ATM) In: I.Q. Marchesan; J.L. Zorzi & I.C.D. Gomes (orgs). *Tópicos em Fonoaudiologia IV* (pp. 213 – 232). S. Paulo: Lovise.
- Franco, D.P. & Ávila, C.R.B. (2000). Achados Fonoaudiológicos de crianças com queixa de distúrbio de fala *Pró-Fono*, 12 (1), 40 –47.
- Freire,R.M. (1992). Fonoaudiologia em Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública* 26 (3),179-184.

- Frota, S. (1998). Avaliação Básica da Audição. In: S. Frota. *Fundamentos em Fonoaudiologia-Audiologia*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Funck, M. A. O.; Machado, D. M. Z.; Borges, A. C. L. C. & Toniolo, I. M. F. (1998). Acompanhamento a familiares de crianças portadoras de perda auditiva: características a considerar. *Pró-Fono*, 10 (2), 51-58.
- Gargantini, M. B. M. (1996). Formação do Fonoaudiólogo: Análise Curricular. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas.
- Gargantini, M. B. M (2000). Produção Científica: Gagueira (1994-1998). Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Gates, L; Lineberger, M.R.; Crockett J & Hubbard J. (1988) Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *J.Genet. Psychol.*, 149 (1), 29-34.
- Gomes, I.C.D. (1994). A pesquisa-ação na clínica fonoaudiológica. In: I.Q. Marchesan; C. Bolaffi; I.C.D. Gomes & J.L. Zorzi (org). *Tópicos de fonoaudiologia* (pp.199-205). São Paulo: Lovise.
- Gonçalves, C.G.O.; Lacerda, C.B.F; Perotino, S. & Mugnaine A.M.M. (2000). Demanda pelos Serviços de Fonoaudiologia no Município de Piracicaba: Estudo Comparativo entre a Clínica-Escola e o Atendimento na Prefeitura Municipal. *Pró Fono*, 12 (2), 61-66.
- Guedes, Z.C.F. (1997) atuação Fonoaudiológica nos distúrbios articulatorios. In: O. Lopes. *Tratado de Fonoaudiologia* (pp. 861-76). São Paulo: Roca.
- Harrison, K (1994). *A surdez na família: uma análise de depoimentos de pais e mães*. Dissertação de Mestrado. PUC – São Paulo, São Paulo.
- Jakubovicz, R. (2000). A Fonoaudiologia como Ciência. *Fonoaudiologia Brasil*, (3), 24-29.

- Kalina, E. (1997). Drogadição: “Projeto de Morte versus Projeto de Vida”. Cura: ‘Transformar esse Projeto de Morte num Projeto de Vida’. In: N. Fichtner. *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência – Um enfoque Desenvolvimental* (pp. 86-91). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Katz (1996). Apresentação. In: E. Schochat. *Processamento Auditivo, II*. São Paulo: Lovise.
- Lacerda, C.B.F. (1995). *A inter relação oralidade desenho- escrita*. São Paulo: Cabral / Robe.
- Lacerda, C.B.F.; Panhoca, I. & Chun, R.Y.S. (1998). Formação em Fonoaudiologia- A constituição de um caminhar. In: C.B.F. Lacerda & I. Panhoca (org). *Tempo de Fonoaudiologia II* (pp.09-28). Taubaté: Cabral Ed. Universitária.
- Lacerda, C.B.F.; Perotino,S.; Maluf, L. & Perez, V. (1998). Prevalência de alterações fonoaudiológicas em uma clínica escola. In: C.B.F. Lacerda & I. Panhoca (org). *Tempo de Fonoaudiologia II*.(pp.39-60). Taubaté: Cabral Ed. Universitária.
- Laks, D.R.; Beckwith, L & Cohen, S.E. (1990). Mother’s use of personal pronouns when talking with toddlers. *J.Genet Psychol.15* (1), 25-32.
- Launay, Cl (1986). Desenvolvimento normal da linguagem In: Cl. Launay & S. Borel – Maissonny. *Distúrbios da Linguagem, da Fala e da Voz na Infância* (p.17 – 33). São Paulo: Roca.
- Limongi, F.P., (1997). Orientação à Família de um Adulto Afásico. *Fono Atual*, (1), 19-21.
- Lindmeier, K. (1990). *Avaliação de uma “relação de ajuda” entre uma clinica-escola de psicologia e sua clientela*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas, Campinas.
- Lins, L. & Andrade, C. R. F. (1990). O campo de atuação do fonoaudiólogo. In: A. M. Kudo (coord.). *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*,23 (pp. 73–75). São Paulo: Sarvier.

- Lykouropoulos, C. B.; Marra, S. C. & Ferreira, L. P. (1995). Os Pressupostos Teóricos em Fonoaudiologia e sua relação com a prática clínica. *Pró-Fono*, 7 (2), 40-49.
- Macedo, H.O.(1994). *A clínica-escola de fonoaudiologia - um estudo preliminar*. Dissertação (Mestrado). PUC-S.P, São Paulo.
- Magalhães, C.; Almeida; C.M & Anelli, W (1997/1998). A percepção do indivíduo em relação à sua Disfonia sob o enfoque Social da Voz In: In: I.Q. Marchesan; J.L. Zorzi; I.C.D. Gomes (org). *Tópicos em Fonoaudiologia IV* (pp.295-305). São Paulo: Lovise.
- Maggi A. & Piccinini (1998). Interação Mãe-Criança envolvendo criança que apresentam problemas de comportamento. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 14 (3): 259-265.
- Manikan, R. & Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *J. Clin. Gastroenterol.*, 30 (1), 34-46.
- Marinho, M. L. & Silveiras, E. F. M. (1996). Solução de conflitos e percepção de ajustamento infantil em pais de crianças com e sem encaminhamento psicoterápico. *Estudos de Psicologia*, 13 (3), 23-30.
- Martins, M. C. F. N.; Borges, A. C. L. C. & Yazigi, L. (1996). Aconselhamento de Pais de Crianças Deficientes Auditivas: Aspectos Psicológicos. *Pró-Fono*, 8 (1),19-24.
- Medeiros, S.P. (1999). A interdisciplinaridade entre ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares e a fonoaudiologia: existe esta relação nos dias de hoje? *Fono Atual*, (8), 8-13.
- Meira, I. (1997/1998). Breve Relato da História da Fonoaudiologia no Brasil. In: I. Q. Marchesan; J. L. Zorzi & I. C. D. Gomes (org.). *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise.

- Moura, M.C.; Lodi, A.C.B. & Harrison, K.M.P.(1997). História e Educação: o surdo, a oralidade e o uso de sinais. In: O. Lopes Filho (editor). *Tratado de Fonoaudiologia* (pp.327-357). São Paulo: Editora Roca Ltda.
- Musolino, C.V. & Rodrigues, P.(1994). Equipe clínica: uma reflexão sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. In: I.Q. Marchesan; C. Bolaffi; I.C.D. Gomes & J.L. Zorzi (org). *Tópicos de fonoaudiologia* (pp.207-210). São Paulo: Lovise.
- Oliveira, P. (1999). A abordagem fonoaudiológica da gagueira e a interface com a psicologia. *Anais do II Encontro sobre Psicologia Clínica*. Universidade Presbiteriana Mackenzie – Faculdade de Psicologia Departamento de Psicologia Clínica.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10; Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pais, C.T. (1988). A Investigação Semiótica: Proposições Epistemológicas. In: Da Semiótica. *Acta do II Colóquio Luso-Brasileiro*. Lisboa, Veja.
- Panhoca I. L. (1.996) Sobre o distúrbio articulatorio e o vozeamento de consoantes obstruintes. In: I.Q. Marchesan; J.L. Zorzi & I.C.D. Gomes (orgs). *Tópicos em Fonoaudiologia III* (pp.295-309). S. Paulo: Lovise.
- Pires, D.C.H. (1992). *Análise de pacientes e reuniões ambulatoriais interdisciplinares*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas, Campinas.
- Prefeitura Municipal de S. J. Rio Preto (2000). *Conjuntura Econômica 2000* (15ª ed.). [brochura]. São José do Rio Preto: Prefeitura
- Pronko, N.H. (1994). Interdisciplinary Treatment. In: R,J. Corsini (Ed.). *Encyclopedia of psychology*, 2 (pp. 271-272), 2ª ed. USA: Wiley.

- Rahal, A. & Zorzi, J. L. (1996). Perfil dos pacientes atendidos pelos fonoaudiólogos/alunos do CEFAC. *Anais do VI Congresso Brasileiro e X Encontro Nacional de Fonoaudiologia*. Goiânia.
- Ramos, H.A.D; Correia F.A.S & Luz J.G.C (1992). Sinais e sintomas das disfunções dolorosas da articulação temporomandibular. *Odonto* 8, *Caderno Documento*, 2 (2), 252– 55.
- Reys, N. M. N. & Lopes, T. C. (1997). Levantamento do perfil do paciente do ambulatório de fonoaudiologia pediátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP – 1996. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, (2), 30 – 31.
- Riper, C. V. & Lon Emerick (1990/1997). *Correção da Linguagem: Uma introdução à patologia da fala e à audiologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosenfield, S. & Gravois, H. (1999). Working with teams in the school. In: C.R.Reynolds & T.B. Gutkin. *The handbook of school psychology*. 3ª ed. New York: Wiley.
- Routman, R. (1994). *Invitations: Changing as teachers and learners K-12*. Portsmouth, NH: Heinemann.
- Staats, A. W. (1983). *Psychology's crisis of disunity: phylosophy and method for a unified science*. New York: Praeger.
- Santos, L.K; Ávilla; CR.B; Cechella; C. & Morais, Z.R (2000). Ocorrência de alterações de fala, no sistema sensorimotor oral e de hábitos orais em crianças pré-escolares e escolares da 1ª série do 1º grau. *Pró-Fono*, 12 (2), 93 – 101.
- Santos, M. A. (1990). Características da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 42 (2), 79/94
- Santos, M.A. (1993). Caracterização da clientela de Adolescentes e Adultos de uma Clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9 ,123-144 .

- Scaldo, M.A.G; Pimentel, R.M & Pilz, W (1996). A Saúde Vocal do Professor: Levantamento Junto a Escolas Particulares de Porto Alegre. *Pró-Fono*, 8 (2), 25 – 30.
- Schochat, E. (1996). Percepção de Fala. In: E. Schochat. *Processamento Auditivo II* (pp.15-42). São Paulo: Lovise.
- Servilha, E.A.M. (1994) Fonoaudiologia em Serviço Público: Relato de Experiências. Carapicuíba: Pró-Fono.
- Siegel, S. (1956). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: Mac Gran Hill.
- Silvares, E. F. M. (1993). O Papel Preventivo das Clínicas-Escola de Psicologia em seu atendimento à crianças. *Temas em Psicologia*, (2), 87-97.
- Simão, A. L. F. & Chun, R. Y. S. (1995). Ação Fonoaudiológica em uma Unidade Básica de Saúde. In: I. Q. Marchesan; C. Bolaffi; I. C. D. Gomes; J. L. Zorzi (org.). *Tópicos de Fonoaudiologia* (pp.415-420). São Paulo: Lovise.
- Simões, I.C. (1990). Da metalinguagem profissional: À elaboração de um vocabulário técnico-científico na área da enfermagem. *Cadernos de Divulgação Cultural*. Bauru, Universidade Sagrado Coração.
- Skliar, C. (1996). La Historia de Los Sordos: Una Cronologia de Malos Entendidos y Malas Intenciones. Trabalho apresentado no *III Congresso Latino-americano de Educación Bilíngüe para los Sordos*. Merida, Venezuela .
- Souza, M.A.; Pagnossim,D.F.; Casarin, M.T.; Marchet, S.C.E.; Barros, T.N. & Moraes, Z.R. (1999). Fonoaudiologia: O que os Estudantes da Área de Saúde sabem a respeito? *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, (5), 37-41.

- Sub-grupo de Estudos (1975). *Plano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia*. Resumo. São Paulo. Manuscrito não publicado.
- Tessler, R. (1980). Birth order, family sizes, and children's use of physician services. *Health Serv. Res.*, 15 (1), 55-62.
- Tomé, M.C; Guedes, Z.C.F; Silva, AMT & Cechella, C (1998) Estudo de Ocorrência de alterações da deglutição e da oclusão dentária em crianças com queixas de falar errado. *Pró-Fono*, 10 (1), 61 – 65.
- Vasconcellos, A.T.M. (1997). A relação Família, Escola, Comunidade. In: N. Fichtner (org). *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência – enfoque desenvolvimental* (pp.58-68). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcelos, L. G. E.; Botelho, A. C. M. M. & Chiari, B. M. (1995). Orientação a pais de crianças com distúrbio de comunicação – relato de experiência. *Pró-Fono*, 12 (1), 6-20.
- Walker, A. Jr. (1997). *Thesaurus of psychological index terms*. (8th ed.). Washington, APA
- Wertzner, H.F. (1990) Articulação e suas alterações In: A.M. Kudo; E.Marcondes; L.Lins; L.T.Moriyama; M.L.L.G. Guimarães; R.C.T.P. Juliani & S.A. Pierri (coord.). *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria* (pp.91-100). São Paulo: Savier.
- Wertzner, H. F. (1992). *Articulação: aquisição do sistema fonológico dos três aos sete anos*. Tese (Doutorado). FFLCH/USP, São Paulo.
- Witter, G. P. (1977). *O Psicólogo Escolar: Pesquisa e Ensino*. Tese de Livre Docência em Psicologia, São Paulo: IP/USP.
- Witter, G. P. (1990). Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e busca de informação. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 5-30.

- Witter, G. P. (1996a). A Pesquisa em Psicologia Escolar. In: S. M. Weschsler (org). *Psicologia Escolar: pesquisa, formação e prática* (pp.39-60). Campinas: Alínea.
- Witter, G. P. (1996b). Pesquisa científica e nível de significância. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 55-64.
- Yehia, G.Y.(1.994). Caracterização da clientela que procura o serviço de identificação de superdotados numa clínica psicológica. *Estudos de Psicologia* 11 (3), 3 – 9.
- Yoder, D.E & Crais E.R. (1992) Speech Language Sevices. In: M.C. Alkin (ed). *Encyclopedia of Educational Research*, 4 (pp.1248-1252). Macmillan Publishing Company: New York.

ANEXOS

ANEXO A

Folha de Anamnese

Nome: _____ Matrícula: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Telefone: _____
 Data de nascimento: __/__/__ Idade: ___/a ___/m ___d/_____
 Escolaridade: _____ Escola: _____
 Período: _____
 Data: __/__/__
 Avaliação fonoaudiológica: _____
 Avaliação psicológica: _____
 Terapia: _____
 Observação: _____

Informações familiares

Informante: _____
 Encaminhamento: _____

A) Nome do pai: _____
 Idade: _____ Profissão: _____
 Escolaridade: _____
 Estado civil: _____ Local de trabalho: _____
 Telefone comercial: _____

B) Nome da mãe: _____
 Idade: _____ Profissão: _____
 Escolaridade: _____
 Estado civil: _____ Local de trabalho: _____
 Telefone comercial: _____

C) Constituição familiar:

Nome	posição	sexo	idade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Histórico

A) Motivo do encaminhamento: _____
 Idade da mãe: _____ fez transfusão de sangue: _____
 Fez pré-natal: _____ houve queda: _____ fez raio x _____
 Teve hemorragia: _____ Teve convulsão: _____ Febres: _____
 Teve alguma outra doença: _____ Quais: _____
 Outras informações: _____

B) Dados do parto

Local: _____ Tipo: _____
 Peso: _____ Altura _____ Duração: _____ Chorou logo: _____
 Preciou de oxigênio: _____ Nasceu roxinho ou preto: _____
 Ficou em encubadora: _____ Tempo no hospital: _____
 Parecer médico sobre a criança: _____

C) Desenvolvimento da criança após nascimento

Sustentou a cabeça com: _____ Engatinhou com: _____
 Ficou de pé com: _____ Começou andar com: _____
 Balbuciou as primeiras palavras com: _____
 Falou com: _____ Falou corretamente com: _____
 Começou a comer sozinho com: _____
 Controle dos esfíncteres: Vesical _____ Anal: _____
 Vestiu-se sozinho (a) a primeira vez com: _____
 Ouve bem: _____ Tem problemas de visão: _____
 Outras deficiências: _____ Dorme bem: _____
 Sono: _____ Alimentação: _____
 Sociabilidade: _____ Toilete e higiene: _____
 Convulsão: _____ Quando: _____ Está em tratamento: _____
 Doenças infantis: _____ Quais: _____

Antecedentes: Pai _____
 Mãe _____

D) Escolaridade

Já frequentou escola: _____ Qual: _____
 Queixa da professora: _____

Teste psicológico: _____ Há quanto tempo: _____
Resultado: _____

E) Tratamento realizado

Médico ou técnico especialista: _____

Nome do especialista: _____

Exames realizados: _____

Diagnóstico: _____

Medicamentos: _____

F) Relacionamento familiar

G) Outras observações:

ANEXO B

Protocolo de registro

Pacientes atendidos no ano de 1.998.

Nº prontuário

Idade: _____ sexo () f () M

Posição na constelação familiar: _____.

Escolaridade do paciente: () ensino infantil
 () ensino fundamental () completo
 () ensino médio () incompleto
 () ensino superior
 () outra _____

Escolaridade dos pais:

Pai: () ensino fundamental () completo
 () ensino médio () incompleto
 () ensino superior
 () analfabeto
 () não há informação

Mãe: () ensino fundamental () completo
 () médio () incompleto
 () superior
 () analfabeto
 () não há informação

Profissão dos pais:

Pai: _____

Mãe: _____

Profissão do cliente: _____

Origem do encaminhamento:

() escola
 () médicos
 () outros clientes
 () própria família
 () psicólogos
 () outros _____

Queixa inicial (fonoaudiológica):

() dificuldade de fala

Queixa inicial (psicológica):

() problema de comportamento

ANEXO C

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CID-10
RESUMO FONOAUDIOLÓGICO - 1999

Visando orientar o profissional Fonoaudiólogo na utilização correta da **CID - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**, o CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 1ª REGIÃO resolveu editar esta compilação das principais categorias e subcategorias que podem ser utilizadas na área fonoaudiológica.

Realizado pelas fonoaudiólogas

SHEILA W. CRUZ (CRFa-0479-RJ) e REJANE V. CRUZ PEREIRA (CRFa-8377-RJ), que foram as responsáveis pela seleção das principais categorias e subcategorias.

Editada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a **CID-10** - Edição 1997.

Observações pertinentes ao uso deste resumo:

1ª) Não contamos com um capítulo específico destinado a CID-Fonoaudiológico, quer seja como categoria ou subcategoria. Os códigos foram extraídos após pesquisa nas diferentes classificações por categorias.

2ª) Significação das siglas:

SOE – Sem Outras Especificações

NCOP – Não Classificado em Outra Parte

3ª) As causas externas, de morbidade e de mortalidade, funcionam como um código adicional que classifica a natureza da lesão. Se for necessária esta classificação suplementar, a CID-10 deverá ser consultada, pois não constam da presente seleção.

DESCRIÇÃO	CÓDIGO
Dislalia	F.80.0
Atraso de Linguagem	F.80.1 / F.80.2
Dislexia	F.81.0
Disortografia	F.81.1
Discalculia Infantil	F.81.2
Agrafia	F.81.8
Dificuldade de Aprendizagem	F.81.9
Disgrafia	F.82 / R.27.8
Transtorno Psicomotor	F.83 / F.90
Agnosia de Desenvolvimento	F.88
Disfemia	F.98.5
Paralisia de Bell	G.51
Surdez Congênita Neurosensorial	H.90
Surdez Bilateral	H.90.0

Surdez Sensoneural Mista	H.90.8
Outras Perdas de Audição	H.91
Surdo-mudez	H.91.3
Disacusia	H.93.2
Fissura Palatina	Q.35
Fissura Labial	Q.36
Fissura Lábio-palatina	Q.37
Disfagia	R.13
Afasia / Disfasia	R.47.0
Anartria / Disartria	R.47.1
Alexia / Dislexia	R.48.0
Agnosia	R.48.1
Apraxia	R.48.2
Acalculia / Agrafia / Agramatismo	R.48.8
Disfonia	R.49.0
Afonia	R.49.1
Hipernasalidade / Hiponasalidade	R.49.2
Supervisão ao Aleitamento Materno	Z.39.1
Dificuldade Neonatal na Amamentação no Peito	P.92.5
Exame de Saúde Ocupacional	Z.10.0
Exame dos Ouvidos e da Audição	Z.01.1
Colocação e Ajustamento de Aparelho Auditivo	Z.46.1
Cuidados Envolvendo o Uso de Procedimento de Reabilitação	Z.50
Aconselhamento não Especificado	Z.71.9
Consulta para Explicação de Exames	Z.71.2
Pessoa que Consulta no Interesse de um Terceiro	Z.71.0

**CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E
PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA - CID-10 /
OMS / 1997**

TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DO DESENVOLVIMENTO DA FALA E DA LINGUAGEM	F.80
Dislalia (articulação; comunicação fonológica; funcional de articulação)	F.80.0
Transtornos do desenvolvimento da linguagem da criança: expressivo	F.80.1
receptivo	F.80.2
Transtornos de desenvolvimento da fala ou da linguagem: outros	F.80.8
não especificado	F.80.9
TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES ESCOLARES	F.81
Transtorno específico de leitura	F.81.0
Transtorno específico da soletração e da escrita	F.81.1
Transtorno específico da habilidade em aritmética	F.81.2
Transtorno misto de habilidades escolares	F.81.3
Transtorno de desenvolvimento da escrita	F.81.8

Incapacidade ou transtorno na aquisição de conhecimento ou aprendizagem	F.81.9
TRANSTORNO ESPECÍFICO DE DESENVOLVIMENTO MOTOR (criança desajeitada, transtorno na aquisição da coordenação, desenvolvimento do tipo dispraxia)	F.82
TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO (alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidade de comunicação com repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo)	F.84
Autismo Infantil	F.84.0
Autismo Atípico (psicose infantil atípica, retardo mental com característica autista) Obs: Retardo mental com transtorno de fala Retardo mental não especificado com transtorno de fala	F.84.1 F.70 F.79
TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS (déficit cognitivo, atraso no desenvolvimento da motricidade e linguagem)	F.90
Distúrbio simples da atividade e atenção associado a hipercinesia	F.90.0
Transtorno hipercinético de conduta	F.90.1
Outros transtornos hipercinéticos	F.90.8
Transtorno hipercinético, não especificado (infância e adolescência)	F.90.9
MUTISMO SELETIVO	F.94.0
DISFEMIA	F.98.5
LINGUAGEM PRECIPITADA	F.98.6
PARALISIA DE BELL	G.51.0
PERDA DA AUDIÇÃO POR CERUMEM IMPACTADO	H.61.2
SURDEZ INDUZIDA POR RUÍDO	H.83.3
SURDEZ CONGÊNITA NEUROSENSORIAL (perda da audição causando transtorno da fala)	H.90
Perda da audição bilateral por problema de condução	H.90.0
Perda da audição unilateral por transtorno de condução sem restrição de audição contralateral	H.90.1
Perda não especificada de audição devido a transtorno de condução - Surdez de Condução	H.90.2
Perda da audição bilateral neurosensorial	H.90.3
Perda da audição unilateral neurosensorial sem restrição de audição contralateral	H.90.4
Perda da audição neurosensorial não especificada	H.90.5
Surdez mista bilateral	H.90.6
Surdez mista unilateral	H.90.7
Perda de audição mista, não especificada	H.90.8
OUTRAS PERDAS DE AUDIÇÃO CAUSANDO ALTERAÇÃO NA FALA	H.91
Presbiacusia	H.91.1
Perda de audição súbita, idiopática	H.91.2
Surdo-mudez	H.91.3
Outras perdas de audição especificadas (NCOP) (fadiga auditiva)	H.91.8
Perda não especificada de audição (alta e baixa frequência)	H.91.9
Surdez devida a isquemia transitória	H.93.0

Percepção auditiva anormal (alteração temporária de limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva)	H.93.2
SURDEZ EMOCIONAL	F.44.6
ANOMALIAS DENTOFACIAIS	K.07
Anomalias de tamanho da mandíbula (macrognatismo mandibular e maxilar) (micrognatismo mandibular e maxilar)	K.07.0
Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio (assimetria da mandíbula, prognatismo, retrognatismo)	K.07.1
Anomalias da relação entre as arcadas dentárias (Disto-oclusão; Méso-oclusão) (mordida aberta/cruzada, sobremordida excessiva "overjet")	K.07.2
Anomalias da posição dos dentes	K.07.3
Má oclusão não especificada	K.07.4
Anormalidades dentofaciais funcionais	K.07.5
Deglutição anormal, hábitos viciosos, respiração bucal Exclui bruxismo	(F.45.8)
Ranger dentes SOE	(F.45.8)
Transtorno da articulação temporomandibular	K.07.6
Outras anomalias dentofaciais	K.07.8
Anomalias dentofacial, sem outra especificação	K.07.9
Glossite (abcesso, ulceração traumática)	K.14.0
Língua geográfica	K.14.1
Língua saburrosa	K.14.3
Língua escrotal / fissurada	K.14.5
Língua (atrofia / hipertrofia)	K.14.8
Língua presa	Q.38.1
Língua bífida	Q.38.3
Doença da língua sem outra especificação	K.14.9
REGURGITAÇÃO E RUMINAÇÃO	P.92.1
Alimentação vagarosa do recém nato	P.92.2
Dificuldade neonatal na amamentação no peito	P.92.5
Outros problemas de alimentação do recém nato	P.92.8
Problema não especificado de alimentação do recém nato	P.92.9
Transtorno de alimentação na infância (recusa e seletividade)	F.98.2
Transtorno de alimentação não especificado	F.50.9
Dificuldade e maus hábitos alimentares	R.63.3
Refluxo gastroesofágico	K.21
FENDA PALATINA	Q.35
Fenda bilateral palato duro	Q.35.0
Fenda unilateral palato duro	Q.35.1
Fenda bilateral palato mole	Q.35.2
Fenda unilateral palato mole	Q.35.3
Fenda bilateral dos palatos duro e mole	Q.35.4
Fenda unilateral dos palatos duro e mole	Q.35.5
Fenda mediana de palato	Q.35.6
Fenda úvula	Q.35.7
Fenda palatina não especificada bilateral	Q.35.8

Fenda palatina não especificada	Q.35.9
FENDA LABIAL	Q.36
Fenda labial bilateral	Q.36.0
Fenda labial mediana	Q.36.1
Fenda labial unilateral	Q.36.9
FENDA LÁBIO PALATINA	Q.37
Fenda do palato duro c/ fenda labial bilateral	Q.37.0
Fenda do palato duro c/ fenda labial unilateral	Q.37.1
Fenda do palato mole c/ fenda labial bilateral	Q.37.2
Fenda do palato mole c/ fenda labial unilateral	Q.37.3
Fenda do palato duro e mole c/ fenda labial bilateral	Q.37.4
Fenda do palato duro e mole c/ fenda labial unilateral	Q.37.5
Fenda do palato duro c/ fenda labial bilateral não especificada	Q.37.8
Fenda do palato c/ fenda labial unilateral não especificada	Q.37.9
DISFAGIA	R.13
OUTROS SINAIS E SINTOMAS RELATIVOS A FUNÇÃO COGNITIVA	
Amnésia anterógrada	R.41.1
Amnésia retrógrada	R.41.2
DISTÚRBIOS DO OLFATO E PALADAR	
Anosmia	R.43.0
Parosmia	R.43.1
Parageusia	R.43.2
Distúrbio misto de Olfato e Paladar	R.43.8
SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS À FALA E À VOZ	
Afasia e Disfasia	R.47.0
Anartria e disartria	R.47.1
Outros distúrbios da fala e os não especificados	R.47.8
DISLEXIA E OUTRAS DISFUNÇÕES SIMBÓLICAS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	
Alexia	R.48.0
Agnosia verbal / auditiva	R.48.1
Apraxia	R.48.2
Acalculia e agrafia	R.48.8
Outros distúrbios da coordenação e os não especificados	R.27.8
Afasia progressiva isolada (doença de Pick)	G.31.0
DISTÚRBIOS DA VOZ	
Disfonia	R.49.0
Afonia	R.49.1
Hiper e hiponasalidade	R.49.2
Outros distúrbios da voz (mudança vocal)	R.49.8
PESSOAS EM CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA EXAME E INVESTIGAÇÃO	
Exame de Saúde Ocupacional	Z.10.0
Assistência e exame da mãe nutriz (supervisão ao aleitamento materno)	Z.39.1
Cuidados envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação (exclui aconselhamento)	Z.50

Reabilitação da linguagem	Z.50.5
Cuidados envolvendo o uso não especificado de procedimentos de reabilitação	Z.50.9
Pessoa que consulta no interesse de um terceiro	Z.71.0
Pessoa que consulta para explicação de exame	Z.71.2
Aconselhamento não especificado	Z.71.9
Colocação e ajustamento de aparelho auditivo	Z.46.1
Exame dos ouvidos e da audição	Z.01.1
Transtorno de aprendizagem por ensino inadequado	Z.55.8