

## O QUE SE FALA E O QUE SE DIZ NA - E SOBRE A - TERAPIA (DE LINGUAGEM) DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

IVONE PANTHOCA LEVY  
(PUCCAMP)

As questões que tenho enfrentado no dia-a-dia profissional como fonoaudióloga clínica, produto portado de uma formação universitária paramédica preconceituosa, prescritiva e normativa, levam-me hoje a ter uma certa preocupação com a minha função de geradora de novas terapeutas, papel que desempenho como professora universitária.

Particularmente em relação aos chamados "excepcionais" - e as fronteiras entre a normalidade e a patologia ficam sempre por ser estabelecidas - parece-me que a nossa atuação terapêutica merece, nesse momento, ser no mínimo revista à luz de concepções mais recentes de uma teoria lingüística não restritiva e niveladora.

A Síndrome de Down - ou mongolismo - é conhecida desde a antiguidade e recebe esse nome por ter sido descrita pela primeira vez pelo médico inglês Langdon Down, em 1886. Os portadores dessa síndrome situam-se no grupo dos "deficientes mentais", perfazendo cerca de 15 a 20% desses casos, segundo SMITH e WILSON 1973.

É uma alteração cromossômica - genética, portanto - onde na maioria das vezes o 21º par de cromossomos seria trissômico, ou seja, teria um cromossomo a mais (sendo que este cromossomo extra é, na maioria dos casos, proveniente da mãe) e daí a Síndrome de Down ser, em sua grande porcentagem, por trissomia 21 simples.

Até hoje pouco ou nada é sabido sobre as causas de tal alteração. A idade materna é o único fator de risco aceito unanimemente, sendo que até há poucos anos atrás eram consideradas altamente propensas a gerar uma criança com tal síndrome as mulheres com mais de 35 anos; atualmente, porém, vê-se um grande número de crianças mongolóides filhos de mães jovens de menos de 20 anos.

Essas crianças tem alterações físicas gerais (de tônus, peso, pele) e específicas (de tronco, membros (superiores e inferiores) e cabeça).

Com freqüência há problemas cardíacos associados e alterações no trato intestinal; a suscetibilidade a infecções é bastante acentuada

e a leucemia é considerada mais frequente nessas crianças do que nas "normais".

STRAZZULA 1953 menciona a hipotonia dos articuladores e a relaciona aos aspectos funcionais dos órgãos articulatórios e às conseqüentes alterações da fala.

Segundo a autora acima BENDA 1949 e ENGLER 1949 consideram que a cavidade oral seria menor devido à hipoplasia da maxila e disso resultaria uma língua aparentemente muito grande para a boca: como a fala pede movimentos musculares rápidos e precisos a hipotonia da língua traria efeitos articulatórios altamente comprometidos.

STRAZZULA 1953 sugere também que a qualidade da voz seria resultante de um mixedema e de um crescimento anormal das membranas da mucosa, que são secas e espessas. Segundo a autora um tratamento à base de tiroxina traria resultados bastante favoráveis e essa possibilidade parece-me bastante animadora à medida em que a voz rouca característica da Síndrome e a não identidade do mongolóide como sujeito da própria fala parecem estar intimamente associadas.

A "condição de mongolóide" açambarca - e portanto, anula - tudo inclusive o sexo.

Sobre uma criança nascida com Síndrome de Down parece não importar muito se é menino ou menina. Aqui, o que nasceu é sempre "uma criança doente", "um excepcional", "um mongolóide".

A quebra das expectativas faz com que tudo aquilo que culturalmente seja atribuído e esperado de "meninos e meninas normais" não tenha mais importância agora.

BENDA 1960 ratifica o parecer de STRAZZULA e acrescenta a importância de uma alimentação adequada.

Também relacionado à questão da fixação de cálcio no organismo temos o trabalho de PETIT 1987, que desenvolvendo uma idéia de HEBB 1948 relaciona a aprendizagem a uma série de eventos.

A estimulação dos neurônios, pelo processo de aprendizagem, levaria a longo prazo, no indivíduo normal, a uma alteração estrutural que facilitaria a futura passagem de informações e que seria básica para a memorização.

A estimulação neural provoca um fluxo de cálcio no axônio terminal que, por sua vez, faz o disco sináptico tornar-se mais curvo e a espinha dendrítica mais grossa. Disso decorre um aumento no tamanho da sinapse e o surgimento de novas sinapses e espinhas dendríticas.

Parece, então, que o potencial individual varia de acordo com a plasticidade dos neurônios e com habilidades deles em gerar novas sinapses quando estimulados a um nível acima do "rotineiro".

A falta de plasticidade celular seria em grande parte responsável pelas limitações intelectuais do mongolóide, cujos neurônios evoluem

menos que o normal até a época do nascimento e produzem sinapses menores durante a vida.

Tais neurônios tem, ainda, dificuldade em absorver cálcio - ou em estocá-lo e liberá-lo internamente - e o cálcio, como já se disse, parece ter papel crucial na transmissão inter-neuronal, sendo o indicador de muitas alterações dendríticas e sinápticas associadas à aprendizagem.

É necessário suficiente concentração de cálcio circulando na célula para que os neurônios, por meio de filamentos protêicos interajam e transformem a forma da célula.

Ocorre que a criança com Síndrome de Down que, mais do que outras, precisaria ser frequentemente exposta a situações que impliquem em tentativas, em buscas e descobertas, tem ao contrário e desde o início, um inter-relacionamento - com objetos, com pessoas e com situações - muito comprometido, pela super-proteção, pela rejeição, pela representação, enfim, que se faz dela como sendo, sempre e em tudo, menos capaz do que as crianças "normais".

De acordo com a hipótese de PETIT, tendo menos chance de se expor, de tentar e de se desenvolver, essas crianças terão menos estimulação neurológica central, menos crescimento sináptico e uma dificuldade cada vez maior diante de situações de aprendizado.

Embora o preconceito em relação a essas crianças proceda das mais diferentes camadas da sociedade estarei voltada, aqui, para o preconceito das ciências e, mais especificamente, do terapeuta clínico.

Interessar-me-á, sobretudo, a manifestação lingüística do preconceito, manifestação esta que embora muitas vezes sutil é, como veremos, sempre devastadora.

Os dados que analisarei são de uma menina com Síndrome de Down que, segundo o cariótipo realizado, é portadora de trissomia 21 simples com cardiopatia congênita associada, e que, em decorrência disso foi submetida à cirurgia corretora aos 9 meses.

Ela foi observada e gravada em fita K-7 de 3,2; 18 a 4,2; 10 anos nas sessões terapêuticas- Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia - a que se submete desde um mês de idade, na clínica multidisciplinar da qual faço parte.

As primeiras 13 sessões - de cerca de 40 minutos - foram de Fonoaudiologia. No 14º, 15º e 16º dias de observação, - correspondentes às idades de 4,2;24 e 4,3;1 - ela foi observada nas sessões de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia, nessa ordem:

No 17º dia - 4,3;8 anos - ela foi observada apenas em Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Os 17 dias de observação perfazem um total de 24 sessões gravadas, transcritas e analisadas, sendo que em todas elas eu estive sempre presente, e recobrem um período de um ano um mês e vinte dias: de 3,2;18

a 4,3;8.

Se nas relações terapeuta - paciente há, sempre, proximidade física, quase nunca há, como veremos, uma relação lingüística consistente, construtiva e constitutiva.

Muitas vezes os pressupostos que temos sobre a Síndrome nos impede de interpretar aquilo que não venha ao encontro das nossas expectativas: ou seja, tornamos ininteligível aquilo que não esperávamos que fosse feito em determinada situação.

Não tendo um ouvinte que a interprete e, portanto, a constitua como participante da relação lingüística, a criança mongolóide é reduzida a uma "produtora de sons ininteligíveis". É anulada como sujeito.

Não construindo um "Saber entender" - decorrente necessariamente de um conhecimento partilhado - o terapeuta seguramente contribue para a lapidação dos pressupostos sobre a Síndrome e assim contradiz profundamente sua proposta inicial, uma vez que pretendendo aproximar-se da normalidade ele aproxima-se cada vez mais da patologia.

Em outras palavras, não considerando as peculiaridades físicas, sociais, emocionais, culturais e lingüísticas de cada um ele estaria anulando a "diferença" e seguramente, contribuindo para a "instauração do déficit" (LEMOS 1984; COUDRY e GEBARA 1985).

BERGER e CUNNINGHAM 1981, a partir de nove pares mães-crianças com Síndrome de Down de menos de seis meses e oito pares de mães-crianças normais, observaram longitudinalmente o desenvolvimento do contato de olho na interação mãe-criança.

Segundo eles os primeiros 2 meses de vida do mongolóide se caracterizam não apenas por atraso na emergência da habilidade em estabelecer contato de olho mas também por menores tempos de duração desses contatos, e sugerem que isso se deveria a uma maturação mais lenta da retina e/ou à hipotonia dos músculos dos olhos.

O contato de olho seria das primeiras formas de comportamento a refletir atraso maturacional e déficits cognitivos e perceptuais subjacentes à Síndrome.

As alterações verificadas tanto na qualidade como na quantidade de contato de olho parecem se relacionar a processos maturacionais e psicológicos, sugerindo uma complexa inter-relação entre esses processos e o desenvolvimento de interações sociais.

Portanto, segundo os autores, o atraso na emergência e as peculiaridades relativas a contato de olho na Síndrome de Down relacionam-se à maturação mais lenta do sistema neuro-visual e fazem com que emergjam comprometimentos cognitivos e de aprendizagem.

Lembrando que a ininteligibilidade, bem como a dispersividade e o tempo de atenção encurtado são dados como "característicos e definidores da Síndrome" a hipótese que levanto aqui - sem pretender descon-

siderar as vertentes neuro-psico-fisiológicas da Síndrome - é a de essa dificuldade em fixar e manter o olhar ser a base do pressuposto de que essas crianças tem dificuldade em manter atenção, caracterizando-se, assim, como facilmente dispersivas.

Se pensarmos no caráter que ganha uma situação rotineira de comunicação diádica quando um dos membros não responde com contato de olho às questões, propostas, dúvidas, questionamentos e afirmações feitas pelo outro, veremos o quanto esse aspecto é culturalmente relacionado à gentileza, boa educação e interesse, não só pelas propostas do outro mas, fundamentalmente, pelo outro.

O quanto o diálogo depende do contato de olho para se caracterizar e continuar existindo. Olhar é interessar-se pela fala do outro e, portanto, interessar-se pelo outro, que ao produzir essa fala está, automática e intrínsecamente nela.

Daf, certamente, as pessoas sentirem-se atingidas, em graus diversos, quando não tem suas falas ouvidas, respondidas, valorizadas, assentidas e "olhadas".

No caso da dificuldade que os portadores da Síndrome de Down teriam em fixar e manter o olhar, a questão que eu levanto é: até que ponto essa "característica" da Síndrome estaria por trás da dita "dificuldade em centrar a atenção" que levaria à dispersão?

Até que ponto o interlocutor da criança com Síndrome de Down, sentido-se atingido pela falta - ou diminuição - de contato de olho a interpretaria, por força dos valores sócio-culturais, como desinteressada pela situação por ele proposta e propiciaria, então, uma maior rotatividade de materiais e de atividades diádicas favorecendo assim o "encurtamento" do tempo de atenção?

Em outras palavras: até que ponto a necessidade de contato de olho, por parte do terapeuta, o levaria à troca constante de materiais e à exploração superficial e limitada de materiais e de situações visando a manutenção ou a re-instauração do contato visual mas conseguindo, pelo contrário, o aparecimento ou o aprimoramento da "desatenção" e da "dispersividade" que, uma vez instauradas passariam a ser mantidas pelas mesmas condições que a geraram e combatidas por esse mesmo terapeuta?

Não seria, então, o nosso despreparo para lidar com a diferença que faria com que fôssemos, ainda que parcialmente, responsáveis por aspectos que damos sempre por intrínsecos e definidores da Síndrome?

Em 4,2;17 abaixo, vemos **M.** em terapia ocupacional, sentada, com a terapeuta à sua frente, numa mesinha pequena, pintando desenhos mimeografados.

As tentativas de recontextualização e introdução de novos tópicos, feitos por ela, ao invés de serem vistas como atitudes de participação, indicativas de alguma autonomia enunciativa, são consideradas pela

T. como desatenção. Ao contrário do que ocorre com as crianças "normais" não é dado a ela o direito de não querer prosseguir, de buscar nova atividade.

Do ponto de vista da terapeuta ela, nessas situações, está sempre desatenta e dispersando.

T<sub>1</sub> - Qual que é o palhaço pequeno, Mila?

M<sub>1</sub> - (aponta certo)

T<sub>2</sub> - E esse aqui o que que é (indicando na figura)

M<sub>2</sub> - Ueia

T<sub>3</sub> - Não. Não estou falando da orelha dele, presta atenção: palhaço e palhaço (apontando). Qual que é o pequeno?

M<sub>3</sub> - (aponta)

T<sub>3</sub> - Esse. E esse aqui...?

Em T<sub>2</sub>-M<sub>2</sub> acima ocorreu, provavelmente, de a terapeuta ao apontar para uma determinada parte da figura do palhaço e dizer "E esse aqui o que que é"? ter aproximado o dedo da orelha do palhaço, decorrendo daí a resposta M<sub>2</sub> - Ueia.

Ela, no entanto, não se apercebe disso e interpreta essa "nomeação errada" (era para dizer "palhaço grande" e não "orelha") como desatenção, daí.

T<sub>3</sub> - Não. Não estou falando da orelha dele, presta atenção.

Já a fonoaudióloga, embora também bastante marcada pelo "perigo" do "tempo de atenção encurtando" não o explicita como frequentemente é feito pelo terapeuta ocupacional, ao dizer "Presta atenção", "não está prestando atenção", etc. mas o traz implícito na maneira como se dirige à criança. Em 4,3;1 abaixo, por exemplo, usando a estratégia de insistir bastante nos pedidos e ordens dadas ela parece supor, primeiro, que falar é condição suficiente para manter a criança presa à situação, e, segundo, que a não resposta não é, nunca, indício de um não querer responder, mas sim de uma não compreensão da ordem dada ou da pergunta feita, decorrente, provavelmente, da falta de atenção.

T<sub>1</sub> - E tem mais bicho aí?

M<sub>1</sub> - Apoá.

T<sub>2</sub> - Olha lá na caixa. Vê se tem mais bicho.

M<sub>2</sub> - (mexe nas frutas de plástico).

T<sub>3</sub> - Bicho. Vê se tem mais bicho aqui. Aqui dentro.

M<sub>3</sub> - Dentro.

Muia miáu

**T<sub>4</sub>** - O gato. O gato que faz "miáu".

**M<sub>4</sub>** - Na na na da, na na na na.

**T<sub>5</sub>** - Depois você põe o nenê pra mamar.

Pega primeiro os bichos pra titia.

Tem mais bicho aí?

**M<sub>5</sub>** - Icacaca.

**T<sub>6</sub>** - Rasgou

**M<sub>6</sub>** - A

**T<sub>7</sub>** - Não. Pega pra titia. Vê se tem mais bicho aí.

**M<sub>7</sub>** - Oi a.

**T<sub>8</sub>** - Depois nós vamos brincar com o nenê.

Vê se tem mais bicho. Esse daqui o que que é?

**M<sub>8</sub>** - Nenê.

**T<sub>9</sub>** - O nenê é bicho?

**M<sub>9</sub>** - Biquêdu.

**T<sub>10</sub>** - Depois nos vamos brincar com o nenê. Eu quero bicho (comenta que ela é muito dispersiva e precisa ser dirigida).

Ainda em, 4,2;1, numa atividade de nomeação de frutas plásticas, estando **T.** e **M.** sentados no chão, com as frutas entre elas, vemos o fonoaudiólogo usando estratégia a troca ou adição de material tentando mantê-la em atividade, uma vez que ela dava sinais de desinteresse.

**T** - Brinca aqui ó.

**M** - (com um cacho de uva plástica na boca, olha para a terapeuta e bate com os pés no chão).

Aí a pa (levanta-se e mexe num chiqueirinho de bebê que há na sala).

**T** - Mi, senta aqui. Senta (levanta-se e apanha o avião, a cama, a pia e o bebê).

Representando a criança com Síndrome de Down como incapaz de falar - o que até certo (mas parece que "só" até certo) ponto é real, dadas as inabilidades articulatórias decorrentes do comprometido tônus muscular, a terapeuta muitas vezes a representa, automaticamente, como incapaz de querer, de ver, de pedir, etc. e não compreende muitas emissões que a mim, mesmo via gravação - e portanto isenta de apoio contextual - soaram como bastante inteligíveis, nas circunstâncias em que ocorreram.

Em 4,2;24 numa sessão de Fisioterapia, estando **M.** e **T.** em cima de tablado coberto por um colchonete vemos que as emissões relativas ao "aqui" são mais facilmente interpretadas pela **T.** o que evidencia o seu pressuposto de que **M.** é incapaz de recontextualizar, uma vez que buscam-

se no contexto imediato as origens de suas produções lingüísticas.

A T. busca apoio no contexto imediato, o que se apreende pela pergunta feita por ela - T<sub>3</sub> - Onde? = feita diante do que é claramente um pedido de água = M<sub>2</sub> - Dá água.

T<sub>1</sub> - Fecha a perna e senta.

M<sub>1</sub> - Água.

T<sub>2</sub> - Água? Onde tem água?

M<sub>2</sub> - Dá água.

T<sub>3</sub> - Onde?

M<sub>3</sub> - Água.

Bichu tia (mostrando um besourinho sobre o tablado).

T<sub>4</sub> - Hum!

M<sub>4</sub> - A bichu.

T<sub>5</sub> - Bicho? mata o bicho. Pá.

Matou?

M<sub>5</sub> - A bichu tia.

T<sub>6</sub> - Tira ela daí, tia. Fala "sai bicho".

M<sub>6</sub> - o o o o (espantando o bicho)

Imediatamente após a não interpretação do pedido de água a terapeuta interpreta o tópico introduzido no turno M<sub>3</sub> - água. Bichu tia, certamente por ser enunciado relativo a uma situação real e concreta de haver um besourinho sobre o colchonete em que estavam, o que a mostra como realmente incapaz de representar a criança como hábil e recontextualizar, a sair do atrelamento ao concreto, e a "falar além" dos elementos presentes no aqui - e - agora.

Já no caso da Terapia Ocupacional os objetivos da terapeuta parecem ser o critério para a determinação do que é inteligível ou não, uma vez que aquilo que não venha ao encontro de suas expectativas é mais dificilmente considerado como inteligível e interpretável como vemos em 4,2;17 abaixo, onde, embora altamente provável, "ãza" não é reconhecida como emissão relativa a "laranja" apesar de a figura mimeografada mostrada a ela com desenhos de bexigas amarradas por barbantes permitir facilmente essa nomeação.

T<sub>1</sub> - E esse aqui o que é? (mostrando a figura de um "balão" (bexiga).

M<sub>1</sub> - ãza (laranja).

T<sub>2</sub> - Há?

M<sub>2</sub> - Iãza. Iamalé.

T<sub>3</sub> - Ih! E agora? Que que é isso aqui, Mila?

M<sub>3</sub> - É iãza.

T<sub>4</sub> - Não sei o que ela está falando. É bexiga ou balão?



E ainda em 4,2;24, onde **M.** pinta figuras em folha mimeografada.

**T**<sub>1</sub> - Isso! Segura o papel com força. Assim ó. Vai

**M**<sub>1</sub> - Vái.

**T**<sub>2</sub> - Vái (ouve-se o telefone tocar).

**M**<sub>2</sub> - Inha inha.

**T**<sub>3</sub> - Não é campainha. Telefone.

**M**<sub>3</sub> - Alo bi titfta.

**T**<sub>4</sub> - Aló nada. Faz isso aí. Pinta aí. Você não pintou essa maça. Pinta essa maça.

**M**<sub>4</sub> - Qui?

**T**<sub>5</sub> - Vai.

**M**<sub>5</sub> - Bitô. Tia.

**T**<sub>6</sub> - Oi.

**M**<sub>6</sub> - (Canta "Parabéns a você").

**T**<sub>7</sub> - Que? O que você falou?

**M**<sub>7</sub> - Queída queída be peda o pito.

**T**<sub>8</sub> - Esse aí. E o outro?

**M**<sub>8</sub> - Adê o memêlu? Atchei.

Vemos em **M**<sub>3</sub> acima, que após ter ouvido o telefone tocar, **M.** representa uma conversa do telefone com a mãe, cujo apelido é "chiquita". A terapeuta não só não interpreta essa participação legítima e "normal" (seja pela falta de conhecimento partilhado, que a levaria a não saber o apelido da mãe dela, seja por representá-la como incapaz de recontextualizar) como ainda - em **T**<sub>4</sub> - privilegia o que "ela crê" que **M.** "deva aprender agora", em detrimento do aproveitamento do que ela mostra "já saber".

O planejamento prévio e exterior ao sujeito prevalece sobre a capacidade de participação de **M.** Reverte, portanto, contra ela.

MANONNI (1985: 148 sintetiza como ninguém a relação da instituição com o "excepcional"):

"A pedagogia tem feito progressos no sentido da adaptação, da melhoria, do bem estar do sujeito dentro dos limites **\*que o outro crê que ele pode realizar\***".

Fato muito semelhante ocorreu numa sessão de Fonoaudiolo-

---

\* grifo meu.

gia 4,2;17 - onde a terapeuta, pela ausência de um repertório lingüístico e social comum, também não reconheceu "Titita" como Chiquita.

**T<sub>1</sub>** - Quem que pintou a unha? Quem que pintou sua unha?

**M<sub>1</sub>** - Titita.

**T<sub>2</sub>** - Quem?

**M<sub>2</sub>** - Titíta. A mão Mila (brincando com o cavalo).

**T<sub>3</sub>** - Que ~~que~~ ele vai fazer no seu dedo?

E, relacionado ao fato de **M.** estar, aqui também, sendo representada como incapaz de participar linguisticamente, vemos que muitas vezes a fonoaudióloga a representa falando, sendo que em geral isso acontece com o caráter de formas indiretas de correção, de complementação ou de ensino, isto é, ela tenta mostrar como **M.** "deveria falar", sempre revelando o pressuposto de que está diante de um parceiro limitado que precisaria emprestar a voz da terapeuta para conseguir alguma participação lingüística.

Ela revela, então, um total descrédito em relação à autonomia enunciativa de **M.**, como vemos, por exemplo, em **T<sub>4</sub>** e **T<sub>5</sub>** de 3,11;4.

**T<sub>1</sub>** - Titia vai empurrar pra você. Abre sua perna.

**M<sub>1</sub>** - (Apanha e sacode o peixe de plástico).

**T<sub>2</sub>** - Peixe. Põe o peixe aí perto de você (rindo).

**M<sub>2</sub>** - (Ri abraçada ao peixe, olhando para a T.).

**T<sub>3</sub>** - Então põe o peixe aí perto de você.

**M<sub>3</sub>** - (Fica sacudindo o peixe).

**T<sub>4</sub>** - Faz barulho. Que barulho tia. Que barulho. Então põe o peixe aí perto. Põe.

**M<sub>4</sub>** - Ai.

**T<sub>5</sub>** - Fala pro peixe: "psiu".

E mais adiante em **T<sub>7</sub>**:

**T<sub>6</sub>** - Você vai consertar?

**M<sub>6</sub>** - Abi abi.

**T<sub>7</sub>** - Conserta, titia. Pega o porco.

Ou ainda em **T<sub>2</sub>** de 4,2;17 abaixo:

**T<sub>1</sub>** - Vamor pôr a banana aqui junto com a pera?

**M<sub>1</sub>** - Vamo

**T<sub>2</sub>** - De comer. Isso daqui é de comer, titia.

Coisas de comer. E isso daqui quem que é?

M<sub>2</sub> - Mu.

T<sub>3</sub> - A vaca.

Parece, então, que a ininteligibilidade é, em grande parte, fruto de uma conjunção de fatores interdependentes e inter-relacionados, tais como: a falta de conhecimento partilhado, o apego ao planejamento, a representação da criança como sendo um parceiro lingüística e cognitivamente pouco capaz, as expectativas que a terapeuta tem em relação àquela situação, etc., o que faz com que, muitas vezes, tornemos ininteligível o que é falado como não esperávamos que fosse.

A ininteligibilidade - bem como a "dispersão" e o "tempo de atenção encurtado" - que a literatura "especializada" aponta como característica de Síndrome de Down seria, então, em grande parte, construída na relação terapeuta - "paciente".

A Síndrome - e portanto, a patologia - é colocada sempre à frente do "portador da Síndrome".

E assim a terapeuta anula, a cada passo, a participação daquele "paciente", ao mesmo tempo em que supõe estar ainda na direção certa e não conseguindo, muitas vezes, entender o porque de aquele "caso" não evoluir, uma vez que se elaborou cuidadosamente um planejamento conforme a mais recente literatura **sobre a Síndrome** e procurou-se segui-lo à risca, não valorizando fatos e dados da vida extra clínica daquele paciente (em nome de uma relação estritamente profissional e objetiva) evitando envolvimento inter-pessoais e procurando sempre fazer com que a criança fale - ou venha a falar - segundo as regras gramaticais da língua. Da língua código e independente da participação conjunta.

Indicando uma direção oposta - e que é exatamente para a qual eu, hoje, creio firmemente que devemos seguir com esses nossos "pacientes" - temos COUDRY 1986:98 falando em relação a afásicos, o que no meu entender aplica-se a todo e qualquer paciente portador de patologia de linguagem:

"Como a língua não é determinada, há um espaço para a atividade do sujeito. Se ela fosse cada nova ocorrência seria construída pela simples combinação de elementos lingüísticos mediante regras necessárias e seu "autor" seria de fato o "falante", não um sujeito, um porta-voz e não um "autor". O estudo da constituição desse sujeito na linguagem é uma das tarefas de análise do discurso. E minha proposta de avaliação e acompanhamento terapêutico torna essa tarefa como um princípio ao mesmo tempo constituidor do sujeito afásico e das alternativas de restituição de sua linguagem, construídas no processo de interlocução".

A exemplo do que SMOLKA 1988 diz sobre a escola em relação aos alunos, também a instituição parece, muitas vezes, supor que "os excepcionais" - e não só os mongolóides - já sabem o que se espera que elas deveriam saber, cabendo à terapeuta apenas o trabalho de extrair dela esses conhecimentos latentes, conforme a "necessidade" - nomeação de figura ou objeto, construção de frase-resposta, etc, etc. - seja por meio de uma fala apresentada mais lenta e repetitivamente (como se o problema fosse de compreensão) ou numa intensidade maior (como se o problema fosse auditivo ou de desatenção) ou ainda expondo-a a "pistas contextuais" ou ao "prompting" (como se o problema fosse de evocação), etc, etc.

Porque, ao contrário do que estamos fazendo, não procuramos construir não só o significado, mas também os sentidos (LURIA 1986) e, fundamentalmente, porque não construir a própria inteligibilidade - que assegurará significados e sentido - através de todos aqueles aspectos - conhecimento partilhado, aceitação e valorização das formas alternativas de dizer, das falas incompletas, das recontextualizações, etc - que se não forem convenientemente administrados contribuirão, certamente, para a instauração e cristalização de seu oposto - a ininteligibilidade - que é "um dos aspectos que caracterizam e definem a Síndrome" e contra o que deve-se lutar.

Afinal - parecem pensar as terapeutas - não é, entre outras coisas, para "aprender a falar" que essa(s) criança(s) freqüenta(m) a(s) clínica(s)?

Via preconceito a terapeuta oferece as armas ao inimigo e depois passa o tempo todo tentando combatê-lo, na certeza de que ele existe independentemente dela. Ele é da Síndrome. Independe dela como terapeuta.

Não é hora de abandonarmos essa e outras cómodas ilusões?

## BIBLIOGRAFIA

- ALBANO, E. Fazendo sentido do Som. Trabalho apresentado no II Encontro Nacional de Fonética e Fonologia, Brasília, 1986.
- ARANTES, L. e RUBINO, R. A Dimensão Patológica da Linguagem: Um Apelo à Investigação Científica na Fonoaudiologia. **Cadernos Distúrbios da Comunicação**. Série Linguagem. PUC, SP., 1985, 2, 99-108.
- BENVENISTE, E. **Problemas de Lingüística Geral**. Editora Nacional, Ed. da Universidade de São Paulo, 1976.
- BERGER, J. e CUNNINGHAM, C.C. The Development of Eye Contact Between Mother and Normal Versus Dow's Syndrome Infants. **Developmental Psychology**, 1981, 17(5), 678-689.
- BODINE, A. A Phonological Analysis of the Speech of two Mongoloid (Down's Syndrome) Boys. **Anthropological Linguistics**, 1974 16(1), 1-24.
- COUDRY, M.H.I. e POSSENTI, S. Avaliar Discursos Patológicos. IEL, Unicamp. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. 1983, 5, 99-109.
- COUDRY, M.H.I. e SCARPA, E.M. De Como a Avaliação de Linguagem Contribui para Inaugurar ou Sistematizar o Déficit. **Cadernos Distúrbios da Comunicação**. Série Linguagem, PUC, SP., 1985, 2, 117-134.
- COUDRY, M.H.I. Diário de Narciso. Avaliação e Acompanhamento Longitudinal de Sujeitos Afásicos, de uma Perspectiva Discursiva. Tese de Doutorado, IEL, Unicamp, 1986.
- CRAWLEY, S.B. e SPIKER, D. Mother-child. Interactions Involving two-years-old with Down Syndrome: A look at individual Differences. **Child Development**, 1983, 54, 1312-1323.
- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1986.
- JONES, O.H.M. Mother-child Communication with Pré-linguistic Down's Syndrome and Normal Infants. In. SCHAFFER Studies in Mother-Infant Interaction, N.Y. Academic Press, 1977.
- LEFÈVRE, B.H. Mongolismo - **Estudo Psicológico e Terapeutica Multiprofissional da Síndrome de Down**. Jarvier, SP, 1981.
- LEMOS, C.T.G. Teorias da Diferença e Teorias do Déficit: Reflexos sobre Programas de Investigação na Pré-Escola e na Alfabetização, **Anais do Seminário Multidisciplinar de Alfabetização**. Brasília: INEP, 1984.
- . Aquisição da Linguagem. Gênese e Descoberta. **Aquisição da Linguagem**. Publicação do Curso de Letras do Centro Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas de Uberaba, 1985, 45-55.

- . A Sintaxe no Espelho. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, IEL, Unicamp, 1986, 10, 5-15.
- LIER, M.F.A. A Constituição do Interlocutor Vocal. Tese de mestrado, PUC, SP., 1983.
- LÚRIA, A.R. Pensamento e Linguagem: As últimas Conferências de Lúria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- MAIA, E.A.M. Estratégia de Sustentação do Diálogo e a Concepção Adulta do Desenvolvimento Fonológico. **Trabalho apresentado no Encontro Internacional da Filosofia da Linguagem**, Campinas, 1981.
- . A Psicolingüística como Fonte de Renovação Epistemológica para a Lingüística e a Psicologia. **ABRALIN** Revista da Associação Brasileira de Lingüística. Editora Universitária, Universidade Federal de Pernambuco, 1982, 2, 128-140.
- . Por uma Psicolingüística não Reducionista. Unicamp, Artigo não publicado.
- . O Psicolinguísta Ressurreto. **Aquisição da Linguagem**. "Série Estudos". Faculdades Integradas de Uberaba, 1985.
- MANNONI, M. **A criança Retardada e a Mãe**. Martins Fontes, 1985.
- O'HARA, M.M.A. A Consciência do Terapeuta. Em Busca da Vida: da Terapia Centrada no Cliente à abordagem Centrada na Pessoa. S. ed., 1983, 97.
- PALLADINO, R.R.R.; PEREIRA, L.M.A. e ARANTES, L.M.C. Investigação Lingüística - Sua Natureza e Função. **Cadernos Distúrbios da Comunicação**. Série Linguagem, 1985, 2, 110-116.
- PETERS, A.M. The Units of Language Acquisition. Cambridge University Press, 1983.
- PETIT, L. The Shape of Intelligente. *The Sciences*, March/Abril 1987, 58-61.
- RONDAL, J.A. Patterns of correlations for various Language Measures in Mother-Child interactions for Normal and Down's Syndrome Children. **Language and Speech**, 1978, 21(3), 242-252.
- SMITH, G.F. & BERG, J.M. **Down's Anamoly**. New York, Churchill, Livingstone, 1976.
- SMITH, B.L. e OLLER, D.K.A. Comparative Study of Pre-meaningfue vocalizations Produced by Normally Developing and Down's Syndrome Infants. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, 1981, 46(1), 46-51.
- SMITH, D.W. & WILSON, A.A. **The Child with Down's Syndrome** (Mongolism). Philadelphia, Launders, 1973.
- SMOLKA, A.L.B. **A criança na fase inicial da escrita: a alfabetização como processo discursivo**. Editora da Unicamp, Campinas, SP., 1988.

STRAZZULA, M. Speech Problems of the Mongoloid Child. **Quarterly Review of Pediatrics**, 1953, 8, 268-273.

ZISK, P.K. e BIALER, J. Speech and Language Problems in Mongolism: A Review of the Literature. **Journal of Speech and Hearing disorders**, 1967, 32(3).