

CAPÍTULO 40 O FONOAUDIÓLOGO DE DUAS ORELHAS¹

Larissa Seabra Toschi

De uma forma geral, o fonoaudiólogo é aquele profissional que “cuida” da linguagem. A linguagem, por sua vez, efetiva a relação com o paciente. Paradoxalmente, a relação com o paciente nem sempre foi discutida entre os fonoaudiólogos. Apesar da facilidade em ouvir determinadas expressões do tipo: “não se pode considerar apenas um segmento do corpo” ou “o ser humano é um todo”, “seu estudo não pode ser parcial”, muitas vezes essas expressões não são compatíveis aos subsídios teóricos, ou às concepções que alicerçam algumas práticas. Felizmente, a partir da década de 80, graças à assunção de referenciais epistemológicos que possibilitam trilhar outros caminhos, vêm ocorrendo mudanças na Fonoaudiologia que começam a alterar esse quadro. Creio que posso explicitar esse trajeto realizando um retorno à história desse campo de conhecimento.

A Lei Federal nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, determinada pelo decreto nº 87.218, de 31 de março de 1982, regulamenta a profissão de fonoaudiólogo e dispõe sobre seu campo e atividade profissional. No capítulo II, o artigo 3º da mesma lei assegura ser da competência do fonoaudiólogo prevenir, diagnosticar e realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como aperfeiçoar os padrões de voz e de fala. A aparente simplicidade na determinação da atuação do fonoaudiólogo não é encontrada ao se pensar sobre as práticas fonoaudiológicas.

Ao rever a dimensão histórica da Fonoaudiologia no Brasil, Berberian (1995) realiza uma articulação dos dados do surgimento da área, que utilizarei aqui para poder traçar uma análise dos reflexos da constituição da Fonoaudiologia nas condutas atuais e na relação com o paciente.

Berberian (1995) contrapõe-se à idéia prevalente de que a Fonoaudiologia surgiu na década de 60 do século passado com a formação dos primeiros cursos universitários. Para a autora, 40 anos antes do período normalmente institucionalizado como seu surgimento, são encontrados sinais que permitem historicizar o início das práticas fonoaudiológicas no Brasil.

Berberian (*op. cit.*) atesta que a existência de pessoas com perda auditiva, fissuras, distúrbios articulatorios, gagueira e outras patologias não ocorreu apenas por volta da

¹Expressão empregada por Maria Cláudia Cunha (1997) como proposta para designar um novo profissional que, além de ouvir os sintomas da fala (aqueles ligados à “patologia”), escuta outros sentidos na fala (aqueles que dizem respeito ao sujeito).

Branco, R.F.G.Y.R. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

década de 60, quando surgiram os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil. Assim, conclui que o surgimento da área não se deve à existência da patologia em si, à necessidade de cura ou reabilitação, ou a uma demanda de profissionais que tratassem de tais patologias, mas sim ao desejo de homogeneizar a língua falada no País.

Desde a década de 20, a autora atesta poder acompanhar uma política sistemática de controle da língua, que apontou para a necessidade de criar medidas para sua padronização e normatização. Dentre essas medidas, encontram-se incluídas aquelas voltadas para o tratamento de pessoas portadoras de patologias, em nome das quais justifica-se a origem da Fonoaudiologia.

Entretanto, o principal alvo não era a patologia, mas as diferenças de linguagem decorrentes de variações dialetais, que “contaminavam” a língua oficial do Brasil. Numa época de controle da língua pátria, os bancos escolares serviram como local onde se neutralizava a influência advinda dos imigrantes. A institucionalização dos distúrbios da linguagem e sua conceituação encontram-se fortemente ligadas a esse controle da língua.

Esses conhecimentos foram sistematizados na década de 60 como diretrizes acadêmicas da formação do profissional fonoaudiólogo. Pode-se, portanto, afirmar que as primeiras práticas fonoaudiológicas no Brasil surgiram com o intuito de *atrelar práticas homogeneizadoras e disciplinadoras da língua a um discurso técnico-científico* (Berberian, 1995:14).

Para a configuração desse conhecimento, a Fonoaudiologia rebocou sabedorias de outras áreas, como Medicina e Psicologia, não apenas pelo fato de não se configurar como uma área de conhecimentos próprios, mas também porque

os pressupostos que sustentaram as formas de controle de linguagem foram, inicialmente, sistematizados por estas áreas, abrindo caminho ao processo de constituição de um ramo especializado no tratamento dos chamados distúrbios da comunicação (ibidem, p. 20).

Cunha (1997) convoca a atenção para o fato de que, desde a década de 20, as práticas iniciais (estudadas por Berberian, 1995) não foram suspensas, *aguardando pela elaboração de princípios teóricos e filosóficos fundamentais* (Cunha, 1997:14). Visto que a teoria que sustenta a Fonoaudiologia se faz por conhecimentos de diversas ciências auxiliares, a busca de uma epistemologia fonoaudiológica contém dilemas. Entretanto, foi essa busca a responsável pelas mudanças ocorridas na área.

Como o histórico da área em questão é interdisciplinar, traz, portanto, marcas com as quais, ultimamente, a Fonoaudiologia tem se confrontado. Pode-se destacar como uma marca oriunda da Medicina o conceito médico positivista da doença, habitualmente acolhido na clínica fonoaudiológica, em que normal é o comum e anormal, a patologia, a discrepância negativa em relação à média. Essa influência impregnou a Fonoaudiologia, por longa data, com a essência do método positivista, em que *a manutenção da ordem é a melhor forma de garantir a evolução adequada de qualquer fenômeno* (Cunha, 1997:15).

Essas marcas inseriram-se, de forma acentuada, tanto na concepção de linguagem como, conseqüentemente, no fazer clínico do profissional fonoaudiólogo.

De modo geral, pode-se dizer que, além do método positivista, em que parâmetros quantitativos orientavam a prática clínica, a Medicina trouxe como contribui-

ção básica o privilégio do orgânico sobre outros aspectos. Muitas condutas fonoaudiológicas centram-se ainda nessa lógica de destacar o aspecto orgânico em detrimento dos outros.

Quando retomo o contexto em que nasceram as práticas fonoaudiológicas, observo uma conjunção de busca de padronização e ordem na língua, de homogenia do desempenho dessa língua e, conseqüentemente, do falante. Pelo fato de estar imbricada à constituição do profissional, a busca do “igual”, do “perfeito”, do “não-alterado”, da “não-doença” marcou profundamente o fonoaudiólogo e suas práticas. A busca de homogeneidade da língua associada ao “ideal” positivista resulta em reflexos que ainda incidem na relação com o paciente.

É certo que os fatos presentes na constituição da Fonoaudiologia refletem de modo direto na relação estabelecida com o paciente e na prática clínica. Conforme Tassinari, enredados pela mesma lógica do referencial clínico originário da clínica fonoaudiológica,

abstráimos o sujeito da doença para nos ocuparmos da doença do sujeito, as patologias da linguagem, o que, em princípio, nos garante (...) um lugar possível de saber (2000:76).

Destaco como primeiro reflexo a cristalização de práticas (que são repetidas sem um “pensar sobre”) essencialmente marcadas pela patologia e não pelo sujeito. Assim, parte-se da condição-doença, ofuscando a estrutura da construção subjetiva. Essa concepção de clínica marca não apenas o profissional, mas também sua relação com o “paciente”, uma vez que seu olhar e sua escuta igualmente se encontrarão contaminados pela patologia. O profissional passa a notar e a escutar apenas sintomas que simbolizam a representação direta de “doença”.

Por essa perspectiva, o profissional frente a um paciente objetiva simplesmente *dar nomes*. Se o profissional estiver marcado pela doença, provavelmente seu olhar e, sobretudo, a *escuta* também estarão. Além do diagnóstico, várias condutas terapêuticas encontram-se marcadas. Diversos trabalhos partem unicamente desse “nome”, sem questionar ou sem colocar em suspensão a naturalidade da relação sintoma/doença.

Entendo que a relação sintoma/doença deve ser repensada para, inclusive, abordar a força dessa “escuta marcada” e, suas implicações no diagnóstico e terapia das nomeadas “alterações” de linguagem. Levanto o questionamento, por exemplo, do porquê de certas produções (insólitas) provocarem diferentes efeitos, de acordo com a fonte geradora. Essas emissões, advindas de um poeta, geram efeitos diferenciados em comparação a produções insólitas de um afásico ou de uma criança em aquisição de linguagem. Qual seria o fator responsável pelo estranhamento apenas a algumas dessas produções? A produção propriamente dita ou a escuta de quem está frente às emissões?

Porter (1997) relata sobre a força da palavra no discurso médico, tanto para iniciar quanto para suspender uma doença. Para ele, as palavras teriam uma “natureza contagiosa”. Sendo assim, dar um rótulo, nomear uma doença envolve mais que um simples apontar e nomear. Creio ser interessante ressaltar que, seguindo essa direção de raciocínio, também se encontram em jogo, num diagnóstico, aspectos subjetivos em um olhar ou em uma escuta do profissional.

Na clínica fonoaudiológica, quando o olhar para a doença conduz as investidas terapêuticas, trabalha-se com a idéia de que os sintomas rígidos, imutáveis, farão transparecer a patologia. Dessa forma, até mesmo a avaliação fonoaudiológica estaria com-

prometida, visto que *o exame de linguagem nada mais seria do que a busca de exemplos destes sentidos. O paciente fica sendo um elemento previsível* (Sobrinho, 1996:24).

Paralelamente ao primeiro reflexo, observo efeitos das marcas históricas na formação do profissional fonoaudiólogo. Contudo, nos últimos 15 anos houve um significativo aumento de pesquisas acadêmicas que, associadas ao comprometimento dos fonoaudiólogos em conhecer e indagar a constituição de seu campo de conhecimento, direcionaram a busca de identidade clínica. Autoras como Isis Meira, Beatriz Millan, Regina Freire, Maria Irmã Coudry, Maria Cláudia Cunha, de alguma forma (seja pelo privilégio ou pela autonomia de outras ordens) romperam com o princípio da condição doença e mudaram, de alguma maneira, seu fazer clínico.

Como exemplo de mudanças na prática clínica, destaco o trabalho de Millan (1993), que demonstrou a desconexão entre os princípios que direcionavam os procedimentos clínicos órfãos de teorização. Descreve, dentre uma série de apontamentos, a subjetividade de seus clientes fissurados. Critica a avaliação fonoaudiológica para essa patologia, que busca apenas confirmação de padrões descritos. Ilustra casos de fissuras mais anteriores que apresentavam dificuldade na emissão de fonemas posteriores, e não como o previsto na literatura sobre fissuras. Convoca atenção para o fato de lidar com sujeitos singulares portadores de fissura. A não-homogeneização é imprescindível, uma vez que a sintomatologia de uma mesma patologia pode se diversificar.

O mesmo rompimento também realizei em minha dissertação de mestrado.² Ao propor uma dissolução da relação sintoma/doença, ao resgatar o que de lingüístico pode e deve estar na clínica de autismos, um deslocamento se efetua e o sintoma deixa de ser “um nome” para ser considerado, em alguns momentos, uma demonstração explícita do funcionamento da linguagem. Ao fazer do diálogo a unidade de análise, alguns sintomas, como ecolalia e inversão pronominal, em vários momentos são desencadeados pela própria terapeuta, que objetiva “corrigir” a linguagem “alterada” de seu paciente, como efeitos do funcionamento lingüístico-discursivo. Produções “estranhas” são facilmente reconhecidas no movimento de significantes, no uso de cadeias petrificadas e num movimento predominantemente metonímico das produções desses pacientes.

Tais estudos direcionam-se para uma posição de verdadeira **relação** com o paciente, se se considera o fato de que a palavra relação encontra-se em conjunção lexical com as palavras referência, ligação, vinculação (segundo o Dicionário Aurélio, 2000), a partir do momento em que se concebe sua singularidade. Creio que, em alguns momentos, torna-se possível questionar inclusive o caráter terapêutico de um atendimento que se encontra subordinado à doença.

Compartilho com Cunha (2000) ao diferenciar instâncias clínica e clínico-terapêutica no campo fonoaudiológico. Afirma ela que, pela formação acadêmico-profissional, todo fonoaudiólogo é um clínico, porém nem todos são terapeutas, uma vez que o processo terapêutico está atrelado a um vínculo interpessoal. A autora julga como atos clínicos: assessoria a grupo de teatro na preparação vocal, avaliação audiológica, triagens escolares visando detectar problemas de linguagem, dentre outros. Segundo ela, *destes podem até brotar processos terapêuticos, caso clientes e clínicos decidam por isso* (Cunha, 2000:94).

²Maiores detalhes em *A linguagem nos autismos: uma discussão com a Lingüística* (Toschi, 2001).

Contudo, para viabilizar um processo terapêutico, faz-se necessário pensar nos métodos de clínica que possibilitam o vínculo necessário para seu estabelecimento. Algumas considerações tornam-se indispensáveis para autorizar a entrada da subjetividade do paciente, para que o vínculo interpessoal possa ser estabelecido.

Freire, ao retomar a literatura tradicional sobre retardo de linguagem, aponta três vertentes que estudam esse quadro patológico: a médica, a lingüística e a psicológica. Conclui que,

em primeiro lugar, ao deslocar o foco da unidade patológica para o sujeito da/na linguagem, abre espaço para que a fonoaudiologia reconheça seus fatos como específicos e configure sua própria forma de vê-los. Em segundo lugar, ao colocar a origem da linguagem nas interações sociais, permite ao fonoaudiólogo encontrar no diálogo o seu papel de terapeuta (...). Em terceiro lugar, ao afirmar a dimensão dita patológica como marca de subjetividade, possibilita ao fonoaudiólogo construir uma nova prática a partir da própria prática (1994:39-40).

Diante da possibilidade de discutir sobre a inclusão da subjetividade na prática clínica, sem, contudo, deixar de ser clínica, vários posicionamentos a respeito do tema surgiram. Souza (2000) esclarece que a noção de objetivo e subjetivo deriva da tradição kantiana, em que a objetividade não pode ser confundida com imaginação ou pensamento do sujeito. Por esse prisma, a objetividade só pode ser conseguida mediante o afastamento do sujeito em relação ao objeto. A subjetividade, por sua vez, corresponderia ao outro extremo: impressões e opiniões pertencentes ao sujeito.

A dicotomia entre as noções de objetividade e subjetividade resultou na distinção de divergentes perspectivas clínicas, nomeadas por Freire de “clínica da objetividade”, cujas ações se assemelham às da clínica médica do séc. XIX, e “clínica da subjetividade”, que, segundo a autora, *coloca o sujeito e a linguagem no centro do palco* (2000:115).

A autora explica que adotar a clínica da objetividade na Fonoaudiologia, tomando, por exemplo, atrasos de linguagem, significa inicialmente partir do diagnóstico, que é etiológico. Por esse paradigma, *falar sobre o sintoma do corpo exige apenas informações sobre o funcionamento desse mesmo corpo, pois os pais, a princípio, não estão envolvidos na formação desse sintoma* (Freire, 2000:108).

A criança será um corpo, e a queixa, o objeto. Os sintomas clínicos serão pesquisados com instrumentais sofisticados tecnologicamente, destinados a transparecer o corpo percebido. *Nesta clínica, o que importa da linguagem é sua corporalidade, ou seja, como a fala pode indiciar um funcionamento qualquer do corpo (idem, ibidem).*

O atendimento fonoaudiológico, pelo paradigma da clínica da subjetividade, implica significativas mudanças nos vários momentos do processo terapêutico (entrevista inicial, avaliação e terapia). O objeto passa do corpo para o psiquismo e

o que está em questão não é a criança como um vir a ser mas seu oposto: um ser desde sempre lá (...); a criança é concebida como posição que ocupa no interior da estrutura discursiva familiar, e não mais como etapa do desenvolvimento (Freire, 2000:110).

Numa articulação com a psicanálise, o ponto de partida será o sintoma, e à sua investigação estará incorporada a **escuta** do profissional. Os sintomas da voz, da fala e da linguagem não estarão mais subordinados a um funcionamento biológico.

Para ilustrar o discorrido, utilizo novamente o atraso de linguagem. Realizar um atendimento fonoaudiológico que prime pelo diagnóstico, como na clínica da objetividade, pode não permitir ao fonoaudiólogo avançar, pois em muitas situações, ele não mudará a condição do sujeito. Poderá buscar adequação de seu desenvolvimento para a idade, geralmente pensando em aspectos orgânicos e cognitivos antes de pensar sobre a linguagem propriamente dita e nas relações psíquicas envolvidas. Partir do diagnóstico, preocupar-se em dar um nome antes de tudo, permite, segundo Tassinari (2000:82), *a generalização do singular e não uma particularização dessas manifestações a partir de sua história, o que nesse caso não ajudaria em nada a intervenção terapêutica*. Entretanto, a perspectiva da subjetividade, graças aos conceitos de subjetividade, escuta e sintoma advindos da teoria psicanalítica, permite uma prática diferenciada. Em vez de centrar-se na causa do desvio, o fonoaudiólogo investigará as representações que envolvem a criança, as interações dialógicas estabelecidas, as possibilidades de interpretação por alguém da família, situações de interlocução, e tomará como ponto de partida para seu tratamento o funcionamento da linguagem manifesto nas situações dialógicas.

Souza (2000) propõe uma abordagem que pressupõe a não-existência de um limite rígido entre as dimensões objetivas e subjetivas na clínica. Segundo o autor, não são instâncias divergentes, mas sim dependentes, visto que são níveis que se complementam nos processos humanos. Observa que, embora haja diferenças no fazer clínico que segue dimensões orgânicas/biológicas ou de constituição do sujeito (respectivamente, objetiva e subjetiva), comenta que tal separação aponta também para uma *relação de exterioridade entre o psíquico e orgânico (...), permanece tributária do dualismo psicofísico cartesiano* (2000:13).

O autor convoca a atenção aos riscos da permanência em um dos pólos, pois, segundo ele,

do mesmo modo que os signos (material psíquico por excelência) incorporam o biológico, eles se encarnam no corpo, como faces ou registros de um mesmo sistema processual (Souza, 2000:14).

Assim, a objetividade não exclui a dimensão subjetiva, uma vez que deriva de processos subjetivos.

É fato que a aparente simplicidade de uma prática mais “humana” é abordada sem entrar nas tensões existentes entre o singular e o universal. É preciso cuidado para não fazer da clínica um sistema de apagamento do conhecimento universal. A prática clínica deve sustentar essa tensão para não desvanecer o singular ou o universal. Ou ainda, como propõe Souza (2000), seguir um “caminho do meio” entre a objetividade e a subjetividade, para que não se corra o risco de deixar *escapar aspectos fundamentais: o caráter imanente do psiquismo ou sua constituição no corpo* (Souza, 2000:17).

Finalizo estas reflexões com os questionamentos levantados por Vorcaro:

Por que meios a singularidade poderia ser surpreendida e acolhida? Enfim, como interrogar a experiência e deslocar questões para que a consideração do detalhe do caso sirva à reelaboração do saber clínico? Talvez, para constituir um método de abordagem do caso clínico, seja necessário considerar que, em cada caso, a dita patologia de linguagem estabelece um método, por estar regida por leis próprias de inscrição de um sujeito na língua, língua na qual um laço discursivo o aloca (2000:136).

Acredito que os questionamentos descritos aqui, embora enfoquem o objeto linguagem, não se diferenciam dos realizados em outras áreas. Ficam aqui registradas as contribuições do caminho percorrido pela Fonoaudiologia no que concerne à relação com o paciente: pensar nas implicações do olhar, da escuta, da subjetividade e da condição singular de realização de sintomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERBERIAN, A.P. *Fonoaudiologia e Educação: um encontro histórico*. São Paulo: Plexus, 1995.
- CUNHA, M.C. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.
- _____. Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 12(1):91-100. São Paulo: Educ, 2000.
- DE VITTO, M.F. (org.). *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez, 1994.
- FREIRE, R.M. *A linguagem como processo terapêutico*. São Paulo: Plexus, 1994.
- _____. O diagnóstico nas alterações da linguagem infantil. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 12(1):107-116. São Paulo: Educ, 2000.
- MILLAN, B. *A clínica fonoaudiológica: análise de um universo clínico*. São Paulo: Educ, 1993.
- PORTER, R. Expressando a enfermidade: a linguagem da doença na Inglaterra Georgiana. In: Burke & Porter (org.). *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: Ed da UNESP, 1997.
- SOBRINHO, A. Dizer o dito – a questão da interpretação na fonoaudiologia. *Distúrbios da comunicação*, São Paulo, 8(1):23-39, jun. 1996.
- SOUZA, L.A.P. Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 12(1):11-20. São Paulo: Educ, 2000.
- TASSINARI, M.I. Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 12(1):75-90. São Paulo: Educ, 2000.
- TOSCHI, L.S. *A linguagem nos autismos: uma discussão com a Lingüística*. Dissertação (Mestrado em Lingüística). Faculdade de Letras, UFG-GO, 2001.
- VORCARO, A. O estatuto do dado lingüístico como articulados de abordagens teóricas e clínicas. *Caderno de Estudos Lingüísticos*, Campinas, 38:131-137, jan./jun. 2000.