

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

JULIANA DE SOUZA MORAES MORI

**CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO CLÍNICO
TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO NA INTERFACE COM A
PSICANÁLISE**

São Paulo

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

Linha de pesquisa: Linguagem, Corpo e Psiquismo

**CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO CLÍNICO
TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO NA INTERFACE COM A
PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia sob a orientação da Prof^a Dr^a. Maria Claudia Cunha

São Paulo

2011

Titulo: Considerações acerca do método-clínico terapêutico fonoaudiológico na interface com a Psicanálise.

Palavras-chaves: Fonoaudiologia, Psicanálise, método clínico, interface, interdisciplina.

Título em inglês: Considerations regarding the Speech Therapy clinical-therapeutic method in its interface with Psychoanalysis

Área de concentração: Fonoaudiologia.

Titulação: Mestre em Fonoaudiologia.

Banca examinadora: Profa. Dra. Maria Claudia Cunha (orientadora), Profa. Dra. Julieta Jerusalinsky, Profa. Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino.

Suplentes: Prof. Dr. Lourenço Chacon Jurado Filho e Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza

Data da defesa: 01/08/2011

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia.

COMISSÃO JULGADORA

TITULARES

Prof^a. Dr^a. Maria Claudia Cunha - Orientador

Prof^a. Dr^a. Julieta Jerusalinsky - 1o examinador

Prof^a. Dr^a. Ruth Ramalho Ruivo Palladino - 2o examinador

SUPLENTES

Prof. Dr. Lourenço Chacon Jurado Filho

Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza

**CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO CLÍNICO TERAPÊUTICO
FONOAUDIOLÓGICO NA INTERFACE COM A PSICANÁLISE**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Claudia Cunha

Profa. Dra. Julieta Jerusalinsky

Profa. Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino

Aprovada em: ___ / ___ / ___

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos de fotocopiadora ou eletrônicos.

Juliana de Souza Moraes Mori
São Paulo, Agosto de 2011

***Para Ana...
... porque é por ela tudo que eu faço nessa vida...***

AGRADECIMENTOS

É sempre muito bom concluir um percurso, ou ao menos, estabelecer **um** ponto de basta. Um ponto de basta que, assim como formula Lacan, permite ressignificar uma trajetória. Neste caso, uma trajetória que percorri desde minha graduação e que, hoje, tem o seu lugar, tem seu texto. Trajetória que tem o seu contorno feito não só pelas interlocuções teóricas, mas de trabalho, de amizades, de família, pelas possibilidades e impossibilidades. E é aqui seu espaço de reconhecimento.

Agradeço:

A minha orientadora, Claudia Cunha, pelo acolhimento, pelas orientações, por ser uma interlocutora sensata e precisa. Por ajustar minhas palavras e traduzir minha proposta. Devo a ela a conversa entre meus desejos e as possibilidades reais neste percurso. Um aprendizado!

À Ruth Palladino, pelas contribuições essenciais no exame de qualificação e por, prontamente, aceitar o convite para a defesa.

À Julieta Jerusalinsky... O quanto fez diferença... O quanto pôde me escutar... E o quanto pude te ouvir! Peça chave, fundamental! Julieta, obrigada pelas palavras, obrigada pela palavra... Inspiração!

A minha filha, Ana Luíza, que foi capaz de me surpreender de novo e mais uma vez subvertendo a minha aposta sobre o impacto da minha ausência, muitas vezes física e psíquica. Ela escreve e me diz: “Mamãe, olha, estou aprendendo a escrever porque quando eu crescer, quero ser como você!” Pelos olhares sempre acolhedores, pelo suspiro que dá quando eu, tarde da noite, vou lhe dar um beijo, pelo quanto ela me admira, pelos pedidos: mãe, fica comigo só um pouquinho...ou

então: tá, não tem problema, vai mais pra lá que eu vou colocar meus bichinhos do seu lado e vamos ficar todos juntos... Mas, agora, não vale escrever, hein? Filha, obrigada por tudo... Por tudo que me diz, pelas perguntas, pelas respostas, brincadeiras, sorrisos, risadas, pela leveza e, acima de tudo, pela cumplicidade.

A minha mãe, por ser minha mãe, por ser professora e por me inserir, desde o início, nos estudos, e por me dizer, sempre, que este é o caminho.

Ao meu pai, pelos precoces exercícios de lógica, pela exigência e pela ausência, cuja saudade, desde sempre, me fez ir além.

A minha avó, por quem tenho uma extrema admiração, pelo respeito, pelo carinho, pela ajuda, por aquela semana que ficou em casa cuidando da Ana quando me sobravam poucas alternativas, por acreditar em mim e por ser meu exemplo para qualquer coisa nessa vida.

A minha tia Sandra, por estar sempre perto de mim e de toda minha família.

À Te, minha prima, por estar sempre disposta e disponível. Me ajudou muito desde o projeto à defesa!

Ao Carlos, amigo, companheiro de anos, pelas conversas, pelo trabalho, por me ouvir sempre, pelo acolhimento sem tamanho, pelo incentivo, por não me deixar desistir, por desejar em meu nome quando eu já não podia mais, pelos caminhos que trilhamos juntos, por me (re)apresentar a Psicanálise a cada dia, a cada leitura, a cada texto e por representar a Psicanálise em minha vida. Este trabalho é fruto do nosso trabalho.

À Juli querida, amiga por quem eu tenho um respeito e uma admiração imensa, pelas conversas frutíferas nos pequenos intervalos de consultório, parceira insubstituível, por compor comigo o que seria na prática a interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise.

À Fe e a Jana, parceiras de trabalho, amigas e fonoaudiólogas com quem pude partilhar as angústias e as questões que culminaram nesta dissertação.

À Dé, parceira recente, pelo quanto se importa, por quanto investe e por perguntar sempre: E aí, Ju, conseguiu? Mal sabe ela que essas perguntas, muitas vezes, me fizeram voltar ao trabalho...

À Iza, Julieta, Márcia e Edlaine, amigas e grandes parceiras. Por me escutarem há anos ... Essenciais!

À Re, amiga, pela escuta, pelos trabalhos, pelo acolhimento e pelo investimento. Pelas risadas que se passaram e pelas que ainda estão por vir... Te admiro muito!

À Tati, Lu e Ju, por serem minhas amigas-irmãs e por me darem a possibilidade de saber que onde quer que vocês estejam e o que quer que estejam fazendo, estarão vibrando junto comigo, sempre! Amo vocês!

Ao Lourenço, mestre querido e amigo, por me direcionar desde a graduação. Suas palavras sempre valeram muito!

Ao Tuto com quem pude redescobrir como é bom ser aluno e poder escutar coisas valiosas.

À Ieda, cuja falta será sempre lembrada, por acreditar em mim e por me fazer, com seu estilo, me sentir única.

A Suzana Maia, pela serenidade e seriedade com que conduziu suas aulas, um exemplo.

A todos os meus professores, por sustentarem meu desejo.

A todos meus colegas de trabalho.

Às parceiras e amigas de mestrado da PUC: Fábria, Bia, Núbria, Ju Alves, Rosi, Treyce, Chris, Gi, Kely-Helen, Marília, Thaís e, em especial, à Carol e à Tati.

Àquele que me oferece sua escuta, pela precisão, pelos tantos “pontos de basta” que me ajudaram e ainda ajudam a percorrer e a ressignificar os (des)caminhos da minha história.

Agradeço, também, àqueles que causaram impedimentos, sem estes ficaria difícil (re)conhecer e (re)descobrir o quanto vale um gesto solidário.

À Rebeca, pelas ligações e prontidão em me atender.

Aos meus pacientes.

Àqueles que me fizeram lembrar o gosto, o cheiro e o sabor das coisas simples.

E, por fim, agradeço do fundo do coração, àqueles que tentaram suprir, cada um da sua maneira, um pouco, a falta que fiz à Ana, principalmente nos momentos finais de escrita desta dissertação.

À Capes, pela bolsa de pesquisa.

MORI, Juliana de Souza Moraes. Considerações acerca do método-clínico terapêutico fonoaudiológico na interface com a Psicanálise. São Paulo, 2011.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Por meio de proposições teóricas e problemas clínicos a Fonoaudiologia, a partir da década de 90, estabelece uma interlocução com a Psicanálise e promove uma reconstrução nas suas bases teóricas e na sua perspectiva clínica. **OBJETIVO:** Esta dissertação tem por objetivo investigar que contribuições a Psicanálise produz no método clínico terapêutico fonoaudiológico. **MÉTODO:** Para cumprir este objetivo fizemos uma pesquisa quanti-qualitativa. Em um primeiro momento foi feito um levantamento nos cursos de Fonoaudiologia das universidades brasileiras na busca de professores-fonoaudiólogos que atuassem nesta interface. Para estes, foram solicitados depoimentos a respeito da interferência da Psicanálise na construção do seu método clínico terapêutico. Os dados quantitativos obtidos compuseram um mapeamento estruturado em tabelas submetidas à apreciação estatística que expõem a interface Fonoaudiologia e Psicanálise no Brasil. Os dados qualitativos, colhidos pelos depoimentos, foram sistematizados de acordo com a Análise Categorical proposta por Bardin (2002). Para análise, operou-se um recorte da clínica pela via da relação terapeuta/paciente e a discussão circunscreveu e privilegiou a literatura fonoaudiológica sustentada pela articulação com a Psicanálise e textos psicanalíticos sobre sujeito, sintoma e transferência. **RESULTADOS:** Os resultados quantitativos mostraram que esta interface está presente em 07 das 08 regiões brasileiras estabelecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e contamos com 33 professores no total de professores fonoaudiólogos no Brasil que atuam nesta interface. Os resultados qualitativos, obtidos por meio dos depoimentos, apontaram as mudanças nas concepções de sujeito, sintoma e a adoção do conceito de transferência como representação emblemática da interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise. **CONCLUSÃO:** considera-se que o fonoaudiólogo que atua a partir da interface com a Psicanálise parte de três eixos norteadores para o exercício clínico, são eles: a concepção de sujeito, de sintoma e a transferência.

PALAVRAS-CHAVES: Fonoaudiologia, Psicanálise, método-clínico, interface, interdisciplina.

MORI, Juliana de Souza Moraes. Considerations regarding the Speech Therapy clinical-therapeutic method in its interface with Psychoanalysis. São Paulo, 2011.

ABSTRACT

INTRODUCTION: From the 90's, through some theoretical propositions and clinical problems, the Speech Therapy established a dialogue with Psychoanalysis and promoted a rebuilding of its theoretical basis and clinical perspective. **AIM:** Investigate which contributions Psychoanalysis produces in the Speech Therapy clinical-therapeutic method. **METHOD:** Quantitative and qualitative research. At first a survey was made in Speech Therapy courses of Brazilian universities in search of teachers/speech pathologists who work with this interface, for which were collected depositions regarding the impact of Psychoanalysis in their clinical therapeutic procedures. The quantitative data that was obtained composed a map that was structured in tables which was submitted to a statistical examination that expose the interface between Speech Therapy and Psychoanalysis into the studied context. Concerning qualitative data extracted from the depositions, were organized according to categorical analysis proposed by Bardin (2002). For the analysis, it was used an extract from the clinic via therapist-patient relationship and the discussion was circumscribed and privileged by the Speech Therapy literature sustained by an articulation with Psychoanalysis and the psychoanalytic texts about the subject, symptom and transfer. **RESULTS:** The quantitative results shown that such interface is present in 07 of the 08 Brazilian regions determined by the Federal Council of Speech and counts with 33 teachers of the total of speech pathologists teachers in Brazil working on this interface. Qualitative results pointed out changes in the concepts of subject and symptom and use of the concept of transference as iconic theoretical-methodological representation of the interface between Speech Therapy and Psychoanalysis. **CONCLUSION:** It is considered that the speech therapist who works at the interface with Psychoanalysis bases its work on three guiding principles for clinical practice: the concept of subject, symptom and transfer.

KEY-WORDS: Speech Therapy, Psychoanalysis, Clinical Method, Interface, Interdisciplinary.

*“Eu sempre digo que a Arquitetura não é fundamental, não é importante. O importante é a vida. É o indivíduo ser solidário, compreender que não se está sozinho (...) Cada um vem, escreve a sua historinha e vai embora, de modo que a gente tem que se adaptar. A vida é um adaptar permanente. E a gente tem que fazer o que pode e saber que os outros merecem respeito”
(Niemeyer, aos 99 anos)*

“Assombramo-nos com o acúmulo de “não saberes”. Já não há culpados externos e é imprescindível nos responsabilizarmos por nossos atos, desde a forma como nos apropriamos dos saberes alheios para explicarmos o que nos é próprio, do ponto de vista do método científico, até o enfrentamento da fragilidade do saber específico, que, em nosso caso, demanda exercício profundo de reflexão e diferenciação no que se refere ao método clínico. Felizmente, já perdemos parte da ignorância. É possível saber que conhecemos sempre em parte e que esse saber que não se sabe sustenta o destino da produção de conhecimento”

(TASSINARI, 2000)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS.....	viii
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
EPÍGRAFE 1.....	xiv
EPÍGRAFE 2.....	xv
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1: UM PERCURSO SOBRE A CLÍNICA.....	13
1.1 A CLÍNICA ANTIGA E A CLÍNICA CLÁSSICA.....	13
1.2 A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA TRADICIONAL.....	20
1.3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA.....	22
CAPÍTULO 2: RESSONÂNCIAS DA PSICANÁLISE NA FONOAUDIOLOGIA.....	40
MÉTODO.....	47
CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS - mapeamento das interfaces entre Fonoaudiologia e Psicanálise nos Cursos de Fonoaudiologia de Universidades Brasileiras....	52
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS - análise de depoimentos dos fonoaudiólogos/docentes...	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

ANEXOS.....	85
Anexo 1.....	85
Anexo 2.....	86
Anexo 3.....	89
APÊNDICES.....	91
Apêndice A.....	91
Apêndice B.....	111

INTRODUÇÃO

Esta dissertação assume um compromisso com a gradativa consolidação de um campo de conhecimento articulada à práxis clínica do fonoaudiólogo. Interessa-nos, aqui, lançar uma reflexão sobre as repercussões da Psicanálise no método clínico fonoaudiológico.

Considerando que o fazer fonoaudiológico estruturou-se por meio da influência de diversas disciplinas do conhecimento, chegamos à Psicanálise a partir de problemas clínicos e proposições teóricas. Na mesma medida que o desenvolvimento das construções das nossas bases teóricas nos encaminhavam para esta interface, a complexidade dos sintomas endereçados ao fonoaudiólogo demandou do clínico a busca por princípios teóricos metodológicos que nos permitissem rever nossa atuação clínica. (FEICHTENBERGER, 2009; MACHADO, 2007, DIAS, 2008, SILVA, 2010, MATTEO, 2001; ROCHA, 2007)

Com esse intuito, iniciaremos com um resgate histórico desse processo a fim de compreender as razões de seu surgimento e situar as implicações epistemológicas.

Segundo publicação do Conselho Federal de Fonoaudiologia, o Fonoaudiólogo é um profissional da saúde, de atuação autônoma e independente que exerce suas funções nos setores público e privado, é responsável pela promoção de saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, função vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, sistema miofuncional orofacial, cervical e deglutição, podendo também exercer suas atividades

de ensino, pesquisa e administrativa, além de ter atuação clínica, empresarial, escolar (escola especial e regular), hospitalar, dentre outros.

Tal prática teve seus primeiros indícios de surgimento em meados dos anos 20. Nesta época, conhecida historicamente como o “Estado Novo”, o Brasil teve muitos imigrantes que se transportaram para as regiões que tinham maior potencial de desenvolvimento social. No entanto, com isso, começaram a surgir diferenças articulatórias na população. Diante disto e com intuito de promover a modernização, idéias igualitárias passaram a direcionar as práticas vigentes neste período. Práticas estas que abarcavam todos os setores de relações sociais. Neste contexto, portanto, a presença de uma variação dialetal começou a fazer diferença e ser marca de diferenciação social. *“Era preciso impor uma forma reconstrução social como uma forma de modernização e progresso do país, e as práticas de normalização da língua fizeram parte do projeto de construção de um Estado Nacional: o Estado Novo.”* (BERBERIAN, 1995, p. 13). Desta maneira, *“foi com o objetivo de atrelar práticas homegeneizadoras e disciplinadoras da língua a um discurso-técnico científico que os profissionais que atuavam na avaliação e tratamento dos distúrbios da comunicação passaram a ter um status de especialistas.”* (BERBERIAN, 1995, p. 14)

Na década de 30, doutores em Psicologia, sob forte influência das experiências de Skinner e das teorias de Piaget, que estudavam a comunicação humana, fundaram a primeira escola americana de Fonoaudiologia (BERBERIAN, 1995, p. 33)

Já no Brasil, os primeiros cursos de Fonoaudiologia originaram-se na década de 1950, no Rio de Janeiro/RJ e na década de 1960, em São Paulo. Os primeiros profissionais a exercerem a Fonoaudiologia nas décadas de 40 e 50 foram os “ortofonistas”, que faziam a “correção” da fala. Estes, eram professores – formados por

magistério – que faziam cursos de curta duração de aproximadamente 3 meses e se habilitavam a trabalhar com os ditos “distúrbios da comunicação”. Denominavam-se, também, Terapeutas da Palavra ou Logopedistas. A partir desse momento, os fonoaudiólogos passaram a sistematizar suas práticas, respaldados pela academia. Cabe enfatizar que, neste momento, praticamente 100% dos recursos científicos (livros, teses, artigos e dissertações) disponíveis para o fonoaudiólogo em formação e que respaldavam o raciocínio do estudante desta profissão eram livros advindos da medicina, da educação e, um pouco mais tarde, da lingüística e da psicologia.

A profissão do fonoaudiólogo nasceu ligada à atividade pedagógica do professor, a práticas disciplinadoras da linguagem. Mas, o caráter reabilitador exigiu maior aproximação da área médica. Em São Paulo/SP, os primeiros cursos de graduação em “Logopedia” foram organizados por médicos e psicólogos, na Universidade de São Paulo - USP (1960) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP (1961), cuja influência médica determinou característica eminentemente clínica aos profissionais. O primeiro curso foi criado junto à medicina, mas exigia que os candidatos tivessem formação como professor e, preferencialmente, ligada a crianças excepcionais. O segundo surgiu para auxiliar a Psicologia a dar soluções aos problemas escolares. Ambos os cursos se desenvolveram dentro da clínica.

Podemos dizer que a Fonoaudiologia teve seu início bastante ligado à Educação e a Medicina. Não por acaso, portanto, sua prática está intimamente ligada aos pressupostos destas duas ciências.

Já em meados dos anos 70, a Lingüística passa a ser nosso mais atraente interlocutor. Encontramos nesta, uma ciência que se detém aos estudos da linguagem e que prima por teorizar e descrever o seu funcionamento – artifício este que nos foi

válido e nos ajudou a construir técnicas de intervenção e a nos direcionar a uma certa compreensão sobre os problemas de linguagem, justamente o foco de ação do fonoaudiólogo. Com ciência, a Fonoaudiologia, num primeiro momento, se aproxima de estudos formalistas da linguagem e, a partir da década de 80, dos estudos sócio-interacionistas, cujo principal representante no diálogo com a Fonoaudiologia, é o trabalho e a proposta de Cláudia De Lemos.

Berberian em 2007 afirma:

“A medicina, a lingüística, a psicologia e a educação por contarem com uma ciência teórico-prático exercem uma influência direta na identidade do fonoaudiólogo. Os pressupostos que sustentaram e continuam sustentando práticas fonoaudiológicas foram, inicialmente, sistematizados por essas áreas, abrindo caminho, aliás, para o processo de constituição de um ramo especializados no tratamento dos chamados *distúrbios da comunicação*” (BERBERIAN, 2007, p.23-24)

No entanto, a falta de uma disciplina que circunscrevesse as questões singulares que emergiam durante os atendimentos nos impulsionou ao encontro com a Psicanálise. Buscamos, nesta interface, eixos que nos permitissem compreender a experiência clínica e intervir desde uma referência de base.

Com isso, a partir dos anos 90, a Psicanálise se apresenta aos estudos da linguagem, infere na Fonoaudiologia e possibilita uma revisão no método clínico terapêutico fonoaudiológico.

Desta interface emergiram transformações na identidade do fonoaudiólogo, associadas a rupturas com seus principais paradigmas teóricos; num processo em que as concepções de linguagem, sujeito e sintoma são ressignificados, justamente por serem os eixos principais desse campo interdisciplinar.

E, com isso, fez-se necessário que os fonoaudiólogos retomassem as bases teóricas e técnicas do método clínico, de maneira a reorientá-lo para novas

perspectivas terapêuticas. A esse respeito, Dunker (2000) comenta a clínica fonoaudiológica:

“De fato, quando introduzimos um elemento novo, como o sujeito, toda a estrutura clínica se altera, exigindo rearranjos no plano diagnóstico, etiológico e terapêutico”. (DUNKER, 2000, p.56)

Valemo-nos, aqui, da diferenciação entre método científico e método clínico postulada por Cunha em 1997. A autora define *método científico* como a maneira como constroem-se teorias e *método clínico* como a articulação entre as teorias e sua aplicação a um objeto, ou seja, a prática. E é a este tema, ao *método clínico* fonoaudiológico, que se debruça esta pesquisa.

Um trajeto particular na Fonoaudiologia

“O que é estático não se move, porque não tem para onde se mover.
A ação traça fronteiras.”
(Tebas)

Meu interesse em estudar o método clínico fonoaudiológico vem desde a graduação, principalmente, a partir do contato com os primeiros pacientes. Conto-lhes que, ali, era evidente o significativo descompasso entre o discurso técnico aprendido durante meus anos anteriores da graduação e as questões singulares que emergiam dos sujeitos atendidos. Utilizar este discurso, o técnico, para a aplicação clínica mostrava-se, aos poucos, uma tarefa impossível. E, mesmo exposta a supervisões, livros de técnicas e procedimentos que propunham a cura, este arcabouço não era suficiente para dar conta do que acontecia entre mim e o paciente durante o atendimento clínico.

Oliveira (2000) comentando o projeto acadêmico de um curso de Fonoaudiologia, no qual atuava como psicanalista, observa:

“A questão é que a singularidade faz “furo” nessa ilusão de uma verdade universal ou de uma totalidade que seja generalizável a todos os pacientes, tal como se aprende na teoria. A teoria só vem reforçar o gozo de uma completude que os alunos procuram sustentar a todo custo”. (OLIVEIRA, 2000, p.21)

A esse respeito, Vorcaro (1998) esclarece que:

“tomar a clínica como lugar privilegiado para a formação de especialistas e de pesquisadores engendra dificuldades, não só porque tradicionalmente, na Universidade, estas atividades ocorrem em campos distintos, mas também, porque o saber da clínica não corresponde com a elaboração científica”. (VORCARO, 1998, p.115)

Neste momento, seguindo a tradição e, talvez, por não ter fundamentação teórica para questioná-la, interessei-me pelo atendimento de pacientes que resistiam a esses procedimentos: os portadores de transtornos globais do desenvolvimento (TGD). Assim, nos estágios e nos estudos realizados durante a graduação, dediquei-me aos chamados “casos graves de linguagem”, típicos dessa condição psicopatológica.

Na época, uma das minhas mais insistentes questões era: o que é entendido como “casos de linguagem”? Sem dúvida, parecia-me uma expressão que tem como pano de fundo a classificação tradicional das especialidades fonoaudiológicas, a saber: linguagem, voz, motricidade oral e audição, as quais, inclusive, sustentando esta divisão, pressupõem áreas com relativa autonomia teórica e técnica. Ressalto que esta divisão apresentava-se de maneira coerente com as concepções e propostas teóricas vigentes na Fonoaudiologia que circunscrevia meu curso de graduação.

Nesse contexto, no segundo ano de graduação, fui incentivada pelo Prof. Dr. Lourenço Chacon a fazer parte do Grupo de Pesquisa/CNPq intitulado “Estudos sobre a

Linguagem”, no qual, com base em teorias lingüísticas, sobretudo as de natureza enunciativa, desenvolvemos atividades voltadas para um aprofundamento das questões teórico metodológicas que envolvem a linguagem. Deste modo, tive a oportunidade de realizar algumas leituras de autores, tais como Saussure (1916), Jakobson (1988), Benveniste (1989), Pêcheux (1969), Authier-Revuz (1993), Bakhtin (2003), dentre outros.

As discussões e reflexões vivenciadas nesse grupo foram muito importantes e me ajudaram a sistematizar minhas inquietações relativas à clínica fonoaudiológica.

Na sequência, já como profissional, complementei minha formação com um curso de aprimoramento – “Fonoaudiologia em Psiquiatria Infantil/ USP” - quando pude ter uma significativa experiência no atendimento de crianças com TGD.

Com o término do curso, fui buscar maior aprofundamento nessa área e ingressei no curso “Clínica Interdisciplinar com Bebês: a saúde física e psíquica na primeira infância”, na PUCSP/COGEAE, na expectativa de compreender os primórdios da constituição do sujeito e, por extensão, a formação precoce dos sintomas de linguagem na vertente biopsíquica. Ali, tive maior acesso aos referenciais teóricos e metodológicos da Psicanálise - especialmente na abordagem freudo-lacaniana - e a oportunidade de participar de discussões que procuravam sustentar uma permanente interlocução interdisciplinar entre Medicina, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicomotricidade e Psicanálise postos em causa a partir do bebê.

Nesse percurso, desenvolvia simultaneamente o meu trabalho em consultório particular, o que me possibilitava o contato com diversas patologias. Nessa época, dediquei-me ao estudo de autores fonoaudiólogos que apontavam alternativas ao

método clínico fonoaudiológico tradicional, com vistas a torná-lo mais efetivo na prática, na medida em que eram epistemologicamente melhor sustentados. (ARANTES, 1994; FREIRE, 1996; PALLADINO, 1996; CUNHA, 1997 e 1999; ORLANDI, 1998; FONSECA, 2000; OLIVEIRA, 2000, entre outros.).

Esses estudos tinham um ponto de convergência – a aproximação com a Psicanálise - e, de imediato, me encantaram pela possibilidade de inclusão de um elemento novo à clínica fonoaudiológica - a noção de sujeito do inconsciente – e suas implicações/revisões do método clínico fonoaudiológico.

A propósito, Miller (1997) aponta que:

“A psicanálise freudiana pretende delinear a singularidade do sujeito e a verdade de sua história e, por isso mesmo, inaugura para cada subjetividade uma experiência particular em que não cabem soluções normativas, isto é preestabelecidas no discurso teórico.” (MILLER, 1997, p. 115)

Esse comentário aplica-se tanto à Psicanálise freudiana, quanto às de autores subseqüentes, destacando-se que a Fonoaudiologia, atualmente, dialoga com diversas vertentes psicanalíticas.

Nessa medida, nessas interfaces disciplinares, podemos encontrar um discurso e uma prática de fonoaudiólogos que consideram como ponto central a subjetividade do paciente no contexto de sua história de vida.

Tal posicionamento do fonoaudiólogo implica a explicitação e assunção de uma concepção teórica de linguagem epistemologicamente compatível com a natureza dos procedimentos utilizados na clínica fonoaudiológica.

Vorcaro (1999) nos ajuda a entender essa posição, dizendo que:

“Os distúrbios da linguagem, mesmo quando associáveis a quadros orgânicos ou a limitações do meio social, trazem a marca da posição de um falante frente a língua, posição que implica, mas não se reduz, a ação motora articulatória, a reprodução lexical ou a aplicação de regras gramaticais. Os distúrbios da linguagem testemunham o rastro de um sujeito na sua singularidade de inscrição no laço social” (VORCARO, 1999, p.05)

E Meirelles (2008) acrescenta:

“A linguagem é um elemento que aproxima as duas clínicas [fonoaudiológica e psicanalítica], principalmente depois de Jacques Lacan haver restituído a função e o campo, da fala e da linguagem na psicanálise. O inconsciente estruturado como uma linguagem implica que a linguagem não é um instrumento para comunicação, um comportamento adquirido ou não, mas a própria instância de constituição do sujeito do inconsciente. Esta proposição oferece à fonoaudiologia uma perspectiva distinta da organicista ou comportamental, que marcam sua tradição. A psicanálise ensina a ler no distúrbio de linguagem a função de representação do sujeito.” (MEIRELLES, 2008, p. 02)

Nesse cenário, diversos estudos desenvolvidos a partir da década de 90 configuram os movimentos e as construções desta articulação interdisciplinar.

Cunha (1997) estabelece um marco nessa contínua caminhada, que se estende até os dias atuais, com o livro *“Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território”*, no qual a autora, por meio da articulação da prática clínica com a história da Fonoaudiologia, faz considerações sobre os desdobramentos teórico metodológicos desse encontro.

Palladino (2002) propõe um novo entendimento sobre as ecolalias, um dos sintomas freqüentes na clínica fonoaudiológica, a partir do referencial psicanalítico.

Rocha (2006) aborda o silêncio e a angústia na clínica fonoaudiológica, e aponta a necessidade do fonoaudiólogo saber sustentar uma posição diferenciada frente a esses fenômenos, assentada no diálogo com a Psicanálise.

Palladino, Cunha e Souza (2006) investigam as relações entre alimentação e linguagem baseados na noção freudiana de oralidade, em termos pulsionais.

Gouvea (2007) expõe, de forma muito original, os entrecruzamentos entre Lingüística e Psicanálise na compreensão dos sintomas de linguagem.

Machado (2007), também a partir de referenciais psicanalíticos, analisa a ocorrência entre distúrbios alimentares e de linguagem.

O volume “Quando a fala falta” (2008), organizado pela fonoaudióloga Carla Grãna, com a colaboração de autores fonoaudiólogos e psicanalistas, abarca questões relativas ao trabalho com os diferentes sintomas de linguagem, sinalizando a importância de discutir-se a natureza e os limites estabelecidos entre a Fonoaudiologia e as ciências com as quais ela dialoga, sem perder-se de vista as especificidades e, conseqüentemente, as delimitações entre os diferentes campos de atuação. (GRÃNA, 2008)

Como é possível observar, as investigações científicas das articulações entre Fonoaudiologia e Psicanálise vêm sendo vigorosas. Tais investigações enfocam um ponto em específico – a inclusão da subjetividade na clínica fonoaudiológica. Para além disso, é possível dizer que tal interface difundiu-se durante esses anos e, atualmente, não há corrente da Fonoaudiologia, seja ela influenciada pela medicina, psicologia, educação, lingüística ou psicanálise que não considere que a subjetividade do paciente está em cena num processo terapêutico.

Como é possível observar, as investigações científicas das articulações entre Fonoaudiologia e Psicanálise vêm sendo vigorosas. Tais investigações enfocam um

ponto em específico – a inclusão da singularidade na clínica fonoaudiológica. Para além disso, é possível dizer que tal interface difundiu-se durante esses anos e, atualmente, não há corrente da Fonoaudiologia, seja ela influenciada pela medicina, psicologia, educação, lingüística ou psicanálise que não considere que a subjetividade do paciente está em cena num processo terapêutico. No entanto, assumir a subjetividade como inerente a condição humana, não implica a compreensão de como isso acontece na Fonoaudiologia.

Temos aí uma questão clínico-epistemológica no que diz respeito à atuação clínica fonoaudiológica culminando na necessidade da produção de uma fundamentação que sustente este exercício quando atravessado pela Psicanálise.

Feitas essas considerações, o **objetivo** desta pesquisa é investigar que contribuições a Psicanálise produz no método clínico terapêutico fonoaudiológico.

Nessa direção, parte-se da hipótese de que a Psicanálise introduz sua ética na direção do tratamento clínico Fonoaudiológico produzindo uma ressignificação do seu método clínico terapêutico.

Ressalta-se que esta pesquisa situa-se numa determinada posição ética caracterizada por dois pressupostos: 1) a análise de uma das vertentes fonoaudiológicas sem valorá-la em relação às demais 2) a adoção do referencial psicanalítico sem reducionismos teóricos e/ou desconsideração das peculiaridades do campo fonoaudiológico (quanto ao objeto e técnicas de intervenção).

A dissertação articula-se em seis capítulos. O primeiro destina-se a fazer um percurso sobre a história da construção da clínica – da antiga e clássica a psicanalítica

–, na medida em que se considera necessário compreender quais os pilares que regem este exercício para, por fim, relacioná-los a Fonoaudiologia. O capítulo dois propõe-se a discorrer sobre a clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise. No terceiro capítulo apresentamos o método utilizado neste estudo. Segue, no capítulo quatro, a exposição dos dados quantitativos. No quinto capítulo, há a exposição e a discussão dos dados qualitativos e, por fim, no sexto capítulo, apresentamos as considerações finais.

CAPÍTULO 1: UM PERCURSO SOBRE A CLÍNICA

Pretendemos aqui proporcionar uma visão geral do modo pelo qual a clínica se constituiu ao longo do tempo, evidenciando as bases que sustentaram sua prática.

1.1. A clínica antiga e a clínica clássica

Os problemas do homem sempre existiram. Os cuidados dispensados a alguém que sofre pelos mais diversos motivos sempre foram alvo de investigações e investimento por parte dos pensadores e cientistas.

Desde a Grécia antiga, com a figura de Sócrates (469-399 a.C.) temos registros deste movimento. Como um prático da indagação, o autor traz uma mudança significativa no rumo das discussões filosóficas, principalmente no que diz respeito à verdade e ao conhecimento. Ele abandona a preocupação em explicar os acontecimentos e se concentra nos problemas do homem; atem-se na essência das interrogações humanas com base na relação entre as pessoas e destas com o mundo. (COTRIM, 2000)

Tomemos como exemplo a seguinte colocação que se tornou o centro de suas questões, enunciada na entrada do templo de Delfos: “Conhece-te a ti mesmo” – imperativo de cuidado, tal afirmação é reconhecida na Filosofia a partir da seguinte recomendação: conhece-se te, ocupa-se de si para, assim, saber como modificar sua relação para consigo, com os outros e com o mundo (COTRIM, 2000).

Para Sócrates (FOULCAULT, 1987), os humanos deveriam se ocupar menos com questões secundárias, tais como fama, dinheiro e poder e buscar algo que realmente fizesse um diferencial na sua vida, algo que fosse capaz de promover uma transformação do seu ser. Esses cuidados deveriam abarcar buscas espirituais e de auto-conhecimento.

Valemo-nos, neste contexto, do seguinte estudo lexical feito por Michael Foulcault em sua análise sobre *Cuidados de si*, em um seminário apresentado em 20 de Janeiro de 1982 no *College de France*.

Ali, foram apresentados diversos conceitos e expressões retiradas, principalmente, do período do Renascimento da Cultura Clássica. Dentre elas, destaco a expressão *therapeúein heautón* que tem como núcleo o verbo *therapeúein* cuja acepção é **cuidar-se**. Realço esta expressão dentre as demais, pois deste mesmo verbo *therapeuein* origina-se a palavra *therapon*, que, para o português, traz as palavras: 1) **terapia** que, por definição, exprime os cuidados com o corpo e com a alma prestados por um especialista a alguém que sofre; e 2) **terapeuta** que quer dizer a pessoa que aplica técnicas reconhecidas visando o restabelecimento da saúde, a pessoa que cura. Baseando-se nas palavras de Herrmann (1993) em sua hipótese de aproximação da figura do *therapon* da organização grega ao terapeuta, diz que ele é “um amigo que acompanha o herói na sua empresa arriscada... numa empresa muito arriscada de conquista de seu mundo, do espaço de seus possíveis” (HERRMAN, 1993, p.142)

Nesse ponto, trazemos a idéia (ao nosso ver, irrecusável) de pensar a clínica como um campo de ação fundado pelo movimento de duas posições – a do paciente e a do terapeuta.

Por isso, iniciamos agora, um percurso histórico da criação da clínica, destacando quais são as concepções de sujeito, de sintoma e a estrutura da relação terapeuta-paciente que circunscrevem este exercício.

Se recorrermos ao dicionário para definir a clínica, encontramos como uma das definições, a *prática da medicina*. Não por acaso, pois foi a Medicina, que, primeiramente, circunscreveu as práticas que visavam a cura, desde os primórdios da humanidade.

O Papiro de Ebers (1550 a. C.), um antigo livro de cirurgia proveniente das práticas de embalsamento no antigo egipto¹, descreve extraordinários detalhes sobre exames, diagnósticos e tratamentos de numerosas doenças. Nele, além de várias superstições, já há evidências de uma longa tradição empírica da prática e da observação.

Hipócrates (460 a 377 a.C.), considerado o pai da Medicina, procurava detalhes nas doenças de seus pacientes para chegar a um diagnóstico. Hipócrates considerava o homem como uma unidade organizada, passível de desorganizar-se. Tal desorganização propiciaria a emergência de uma doença. Para tratá-la, era dada a devida importância da dimensão histórica, articulando o presente, o passado da doença do sujeito. Concentrava sua atenção na singularidade dos casos, aliando uma visão

¹ No Egito antigo, este era o meio de se apreender um conhecimento do funcionamento do corpo e das doenças. Ao embalsamar seus faraós, os egípcios descreviam o que viam e baseavam-se naquilo para entender de anatomia humana.

humanista ao rigor do procedimento científico. O pensamento de hipócrates era: “Ser útil, ou pelo menos não prejudicar. Para o cientista, clinar era uma arte que se compõe de três termos: a doença, o doente e o médico. O médico é o servidor da arte.” A figura do médico era de extrema importância – ele estabelecia um diagnóstico e direcionava um tratamento baseado em observações do corpo do paciente e indícios relativos a sua história de vida. (VOLICH, 2010).

No primeiro século de era cristã, Cláudio Galeno, um médico grego, baseou-se na Medicina hipocrática² para criar um sistema de patologia e terapêutica de grande complexidade, por meio da dissecação de animais. Atitude que acarretou diversos problemas para sua legitimidade, pois a correspondência com o corpo humano não era fidedigna. (NUTTON, 1973). Com Galeno, os liames de uma medicina positiva foram sendo introduzidos nas práticas de cuidados com o corpo. Para Galeno, seu sistema patológico era dividido segundo os tipos de doenças: a dos órgãos, a dos tecidos e a dos humores.

Desde então, diversos estudos foram feitos sob esta égide – a descrição dos sintomas pela observação dos acontecimentos com o corpo. Com Galeno, abandona-se o saber e a responsabilidade do paciente sobre sua doença, características valorizadas na medicina antiga, e os sintomas “em tempo real” passam a ser o centro das ações do clínico.

“A medicina antiga assimilava o saber que o sujeito tinha sobre sua doença ao processo de cura. Agora este saber é substituído pela relação com um informante que descreve, mas não conjectura ou supõe nada sobre o mal-estar. A clínica deixa de ser uma relação agonística e retórica entre saberes e assume a atitude humilde e discreta daquele que investiga.” (DUNKER, 2007, p.222)

Após Hipócrates e Galeno, a medicina demorou a ter avanços significativos.

² Medicina advinda das idéias de Hipócrates

Na Idade Média, por exemplo, era comum que o médico curasse praticamente todas as doenças utilizando a sangria. Neste período, havia uma forte influência da Igreja Católica, que condenava as pesquisas científicas de qualquer natureza.

Já no período do Renascimento (séc. XV e XVI) a Medicina voltou a se especializar. Movidos pelo interesse em descobrir o funcionamento do corpo humano, os médicos iniciaram suas pesquisas com bases em estudos científicos e testes de laboratório.

No século XVIII, William Harvey faz uma descoberta que auxilia o homem a compreender melhor a anatomia e a fisiologia do ser humano: o sistema circulatório.

A partir daí, o estudo laboratorial ganha força e torna-se a base dos estudos e pesquisas que direcionam a prática da Medicina e da clínica denominada, agora, de clássica.

Mas, para além disso, diversos fatores contribuíram para o nascimento desta clínica.

“Ela não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas afecções, mas em resposta a demandas cuja raiz de legitimação social derivam dos sistemas jurídico, moral, religioso, por um lado, e dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina, por outro.” (DUNKER, 2007, p.220)

Início deste mesmo século, XVII, houve na Prússia, e depois em toda a Europa, um empreendimento estatal que compreendia uma política de controle de nascimentos, mortes, epidemias, endemias e da sistematização da prática médica. Tinha-se o objetivo de criar um controle administrativo da profissão responsável pela cura das doenças. Segundo as palavras de Dunker (2007) “um empreendimento de engenharia de pessoas”.

Tais formalizações, estudos, práticas e intenções compuseram a estrutura da clínica clássica.

No funcionamento desta clínica, a observação ocupa posição central. O corpo é objeto de descrição e a doença corresponde a um conjunto de signos advindos desse corpo. Há a tentativa de tornar o paciente e sua doença transparentes e previsíveis. Seu projeto, enquanto ciência, aporta-se no pressuposto de que o que é da ordem do individual não deve ser considerado por não apresentar sinais de importância num tratamento. Há busca pelo menor número de intermediários entre a observação e o corpo, numa ligação direta entre o que se vê e a doença. “Tudo o que é pessoal, relato do próprio paciente, de familiares são desvios nos próprios sintomas” (DUNKER, 2000)

Neste raciocínio só tem valor o que é empírico, ou seja, visível, concreto e mensurável, não acatando qualquer implicação do sujeito com sua doença. O paciente desta clínica tem como referencial principal as configurações anatomo-fisiológicas do corpo. Importa este funcionamento e tudo que não é isso, cai em desuso na matriz desta clínica. Daí confirma-se um olhar devidamente galileano³, em que se desfavorece a realidade e a história do sujeito – que é apagado, silenciado, aplacado. Além disso, a figura do clínico e sua experiência são totalmente dispensáveis neste funcionamento. Empresto as palavras de Dunker (2007) sobre o papel do psiquiatra para descrever a função do clínico na práxis da clínica clássica: “seria mais justo dizer que a função deste se reduz à de um técnico que protocola procedimentos”.

Na obra de Foucault (2004[1963]), “O nascimento da clínica”, destaca-se que a medicina origina suas bases nas doenças, ou seja, é a partir das doenças, da

³ Baseado nas idéias de Galileu.

observação de um conjunto de sinais e sintomas que acometem uma pessoa que a clínica médica se funda. Além disso, Dunker, em 2000, adverte que na clínica médica “o que depende da fala do paciente, do relato dos seus familiares ou da mera impressão do observador possui um valor secundário e é fonte permanente de relativização do teor dos signos envolvidos no processo mórbido” (DUNKER, 2000, p. 40)

A este respeito, Dunker (2000) comenta:

“(…) a ética que atravessa esta prática clínica tem uma estrutura bem definida. Trata-se de utilizar os meios necessários para alcançar um fim, o restabelecimento da saúde. Tais meios articulam-se em um método, o método clínico. O sujeito, no entanto, não é o paciente, mas o médico, como representante de um saber anônimo. O outro a quem a ação se dirige entra como um objeto, ou seja, seu corpo como um conjunto articulado de signos” (DUNKER, 2000, p. 43)

Este tipo de funcionamento ancorou o surgimento de diversas especialidades clínicas no século XIX. Estas se definiam pelo seu objeto de intervenção e se particularizavam pelas técnicas empregadas e sua estrutura reafirma o campo que lhe é coextensivo, o campo da medicina.

Oriundas de um modelo eminentemente cartesiano, o funcionamento destas ciências valoriza o que é empírico, ou seja, visível, concreto e mensurável. Buscam a correção ou a habilitação de funções que estejam fora do curso esperado.

Cabe esclarecer o tipo de tratamento dado às relações do paciente com o seu sintoma – em nenhum momento vemos a interrogação sobre o desejo do paciente e da implicação deste com seu próprio sintoma. Neste sistema, perde-se, como diz Foucault, o que há de mais humano no homem – sua história.

Após este breve percurso sobre a clínica antiga e a fundação da clínica clássica, avancemos para a clínica fonoaudiológica que, em seus primórdios, segue um funcionamento próximo com esses pressupostos.

1.2. A clínica fonoaudiológica tradicional

A práxis do funcionamento da clínica clássica recai sobre o sistema clínico fonoaudiológico tradicional. Como foi visto no capítulo anterior, a Fonoaudiologia teve surgimento ligado às práticas da medicina, da educação e, posteriormente, da psicologia e da lingüística e, por assim acontecer, ancora seu raciocínio clínico inicial nestas ciências.

A este respeito Paula Souza (1999) comenta:

“O método anátomo-clínico, que atravessa com sua lógica a clínica médica até os dias de hoje, está centrado no ato de isolar o corpo como objeto, agindo sobre ele no sentido de desvelar e controlar seu funcionamento, suas regularidades (FOULCAULT, 1987) e de criar estratégias terapêuticas para corrigir os desvios e disfunções que possam acometê-lo.” (PAULA SOUZA, 1999, p. 225-6)

A Fonoaudiologia, na sua tradição, é fortemente afetada por estes princípios.

Em seus primórdios, dedicou-se a desenvolver técnicas em atenção ao que lhe havia sido demandado. Fruto da necessidade de outras ciências, circunscreve-se o seguinte objetivo de sua terapêutica: restabelecer o estado de normalidade do corpo biológico (FREIRE, 2000). Busca-se alcançar as leis universais e invariáveis para os pacientes com demanda fonoaudiológica – a doença é algo exterior ao sujeito.

Neste contexto, a figura do fonoaudiólogo configura-se apenas como um portador de um saber e de um conhecimento anônimo a respeito da desordem daquele paciente.

A concepção de linguagem que circunscreve suas ações nesta clínica advém de uma idéia vinculada a lingüística, de linguagem como veículo de comunicação para transporte de idéias e sentimentos. A concepção de sujeito se aproxima da idéia de indivíduo; ser consciente e, por conseqüência, os sintomas que são endereçados ao fonoaudiólogo são baseados em uma nosografia descritiva e remetidos a quadros clínicos da medicina. Ou seja, são conceitos que, concebidos às bordas da medicina, carregam consigo a noção de patológico, como aquilo que não vai bem e que precisa ser retratado. “Nesta clínica, o que importa da linguagem é sua corporalidade, ou seja, como falar pode indiciar um funcionamento qualquer do corpo” (FREIRE, 2000, p. 108)

A partir destes conceitos, que, em geral, são o ponto de partida para o ambiente clínico, acredita-se, na terapêutica da Fonoaudiologia, que ensinar/corrigir/reabilitar são procedimentos capazes que reorientar os indivíduos desviantes da norma.

Matteo (2001) faz a seguinte construção:

“O *processo terapêutico* é entendido como *tratamento do sintoma*, o fonoaudiólogo se coloca numa postura que o autoriza determinar o diagnóstico do sintoma de linguagem, o planejamento da terapia, e o momento da alta previamente, sem a participação – escolha do paciente. Esta conduta parece ser coerente do início ao fim, por apresentar em sua base *uma mesma concepção teórica*. A visão de homem que parece estar embutida neste modelo de funcionamento clínico - terapêutico é a de um *sujeito dividido em funções*, funções estas, capazes de serem treinadas, estimuladas, e desenvolvidas pelo terapeuta. Desta forma, a singularidade de cada pessoa não pode ser reconhecida.” (MATTEO, 2001, p.02)

Exemplos deste funcionamento são representados na Fonoaudiologia por procedimentos como: a anamnese, onde objetiva-se reconstruir a história recente e progressa do sintoma daquele paciente, na terminologia diagnóstica, nas propostas terapêuticas, na prescrição exercício e orientações, no lugar dos pais no processo, no brincar, que aparece na clínica com crianças, a previsibilidade do tempo de terapia, etc.

Tais ações delineiam o exercício clínico da Fonoaudiologia tradicional que, assim como a medicina, ancora suas bases no empirismo tendo os preceitos positivos como imperativos em qualquer relação ali estabelecidas, seja entre fonoaudiólogo e paciente, entre o paciente e seu sintoma ou entre o saber fonoaudiológico e sua prática clínica.

Cunha (1997) disserta:

“A influência da medicina nos impregnou por longa data, com a essência do método positivo, o qual estabelece que a manutenção da ordem é a melhor forma de se garantir a evolução adequada de qualquer fenômeno. Assim, assumindo que, no caso do comportamento humano, a ordem é a fisiologia, a patologia se apresenta quando há uma variação quantitativa de um estado fisiológico. A esta variação atribui-se a idéia de sintoma, dado observável como um fenômeno particular, individual, mas interpretado como uma alteração indesejável em relação a leis universais, mensuráveis e invariáveis.” (CUNHA, 1997, p.15)

Com isso, a Fonoaudiologia fica numa posição impregnada pelo imaginário social e pelos ideais sócio-culturais, coloca-se no lugar de posse de um conhecimento que visam corrigir o desviante, independente das implicações dele nisso, valorizando o universal em detrimento do particular.

Com base nessas considerações concluímos que esta prática da clínica fonoaudiológica fica assentada no mesmo funcionamento que designa a clínica clássica.

1.3. A clínica psicanalítica

Freud forma-se e começa a atuar como médico neurologista no final no século XIX, mais precisamente em 1882. Médico recém formado, trabalhou primeiramente na clínica psiquiátrica de Theodor Meynert e, um ano mais tarde, com o médico francês Charcot, no Hospital Salpêtrière, na França. Com estas influências, constitui a base de

sua experiência. No entanto, apesar de estar atrelado aos avanços teóricos e as descobertas científicas que caracterizavam o auge da clínica clássica, Freud foi capturado por questões que emergiam do contato com seus pacientes, o que introduziu mudanças significativas na intervenção com os mesmos.

Freud observa o funcionamento de pacientes, posteriormente denominados de histéricos, e lança um elemento até então desconhecido à condição humana – o inconsciente⁴. Tal elemento inaugura um campo de investigação da mente humana – não explorada pela clínica clássica – que se propõe à compreensão e análise do funcionamento do homem e dos seus sintomas, a Psicanálise.

Com vistas a superar algumas impotências que existiam no tratamento médico – impotências estas vivenciadas pelo próprio Freud –, Freud fica atento para a formação dos sintomas do homem. Assim, estabelece um novo estatuto aos sintomas, considera-os como uma das formações do *inconsciente* e atribui-lhes um sentido. Desloca o significado do sintoma como algo da ordem do orgânico, observável, como feito na clínica médica, para uma metáfora de um funcionamento do inconsciente. Algo que é individual, atrelado a história de vida do sujeito e, portanto, lhe diz respeito. Nas palavras de Freud, o ponto valorizado é o conteúdo e não a forma externa do sintoma, como fazia a clínica clássica, “*os sintomas tem um sentido e se relacionam com as experiências do paciente*” (FREUD, 1916-1917, p. 305). Sendo assim, o sintoma traz consigo um significado, um dizer e, por conseguinte, é preciso escutá-lo.

⁴ O inconsciente é a hipótese de uma instância psíquica estruturalmente distinta da consciência. Não apenas o que não está presente na consciência, que, em podendo tornar-se consciente corresponderia à instância pré-consciente, mas ao que está forçosamente excluído da consciência por recalque, retornando a ela apenas de modo fragmentado e distorcido, em formações como sintomas, sonhos, atos falhos. São os impulsos sexuais que atuam como força psíquica desta instância, e os primeiros anos de vida são decisivos para sua estruturação.

O significado desta redefinição resultou numa subversão do que é a condição humana e, com isso, a concepção de sujeito também sofre um deslocamento. No entanto, este conceito aparece de modo implícito durante toda sua obra – Freud nunca investiu seus esforços em construir uma conceituação sobre a concepção de sujeito. Temos mais claramente em sua obra, noções e conceituações de sujeito advindas da filosofia de seu tempo.

Com Freud, podemos dizer que este ser é dotado de um inconsciente que lhe é próprio e que ancora seu funcionamento. Ademais, em relação à concepção de sujeito em Freud podemos dizer que esta estabelece uma irrupção acarretando numa diferenciação da noção de indivíduo, presente nas clínicas vigentes nesse período. Foi Lacan quem, no contexto de sua pesquisa, retorna a Freud e assumi a tarefa de extrair esta referência e explicitá-la.

Em Lacan, encontramos a seguinte consideração:

“O sujeito como tal, funcionando como sujeito, é algo diferente de um organismo que se adapta. É outra coisa, e para quem sabe ouvi-lo, a sua conduta toda fala a partir de um outro lugar que não o deste eixo que podemos apreender quando consideramos como função num indivíduo, ou seja, com um certo número de interesses concebidos na arété individual. (LACAN, 1954-1955/1985, p.16).”

Outra modificação verifica-se em relação ao estatuto da relação médico-paciente. Freud estabelece um conceito que é fundante e primordial para caracterizar a clínica psicanalítica: a transferência. Para Freud, a transferência seria a repetição de protótipos infantis onde haveria um deslocamento de afeto de uma representação para outra. Nesse sentido, a relação do sujeito com as figuras parentais, seria revivida com a figura do analista. Desta maneira, algo de essencial para ter importância durante o

tratamento: a relação clínico/paciente. O que antes era desconsiderado do processo, passa a sustentá-lo. A psicanálise é uma prática que se inicia com a descoberta do inconsciente e orienta-se com base na transferência.

Feitas estas considerações podemos dizer que a Psicanálise movimenta o tripé que sustenta a antiga forma de conceber clínica, a saber: a concepção de sujeito, o lugar e o sentido do sintoma e a posição do clínico – a relação clínico/paciente.

Neste momento, esclarece-nos conceituar um pouco mais: sujeito, sintoma e transferência para a Psicanálise. Estes conceitos serão desenvolvidos com base nas contribuições de Freud e Lacan.

1.3.1. Sujeito

“Eu antes tinha querido ser os outros para conhecer o que não era eu. Entendi então que eu já tinha sido os outros e isso era fácil. Minha experiência maior seria ser o outro dos outros: e o outro dos outros era eu.”

(Clarice Lispector – A experiência maior)

Se procurarmos exaustivamente na obra de Freud nada nela encontramos em relação a uma definição do termo sujeito. Curioso fato, tratando-se do homem, cuja descoberta (do inconsciente) só foi possível graças a sua aposta em escutá-lo (o sujeito). Freud jamais direcionou seus esforços para designar àquele que, logicamente, era o escopo de suas elaborações científicas.

Mas, corroborando com sua sugestão sobre o funcionamento do homem, é possível extrair de sua obra – principalmente com a ajuda da leitura de Freud feita por Lacan – operações específicas que acometem e determinam o sujeito.

Não seria exagero afirmar que, dentre as diversas marcas que incluem a dimensão do sujeito na obra de Freud, há duas objeções determinantes em relação a esta aceção: a primeira é que o bebê e o psiquismo humano são incapazes de produzir-se sozinho – eles necessitam da ação de um outro para que o sujeito venha a constituir-se e a ocupar um lugar no mundo (FREUD, 1920); a segunda objeção é o fato de que é a partir de seu funcionamento, mais especificamente por meio das formações do inconsciente, são elas: sonhos, atos falhos e sintomas que o sujeito deve dar provas de sua existência (FREUD, 1923).

Freud ainda enfatiza que estas formas de emergência do sujeito só alcançam seu estatuto se puderem ser tomadas enquanto mensagem dirigida ao outro, inseridas numa lógica da linguagem.

Para a psicanálise freudiana, o sujeito, dotado de inconsciente, se revela na e pela linguagem. A esse respeito, Lacan comenta:

“Se o que Freud descobriu (o inconsciente), e redescobre com um gume cada vez mais afiado, tem algum sentido, é que o deslocamento do significante determina os sujeitos em seus atos, seu destino, suas recusas, suas cegueiras, seu sucesso e sua sorte” (LACAN, 1998, p. 34) – parênteses meus.

É certo que uso essas palavras partindo de uma certa leitura sobre a obra de Freud. Cabe esclarecer que me distancio dos entendimentos desenvolvimentistas por muito tempo dominantes na ortodoxia psicanalítica da época sobre a obra freudiana e

me aproximo da subversão proposta por Lacan que parte da localização de uma relação do sujeito com a linguagem.

Diante disso, acompanhemos a teorização lacaniana a respeito da constituição do sujeito tendo como eixo de análise os processos de “causação do sujeito”, denominados alienação e separação.

É em 1948 com a comunicação oral o Estádio do Espelho como Formador da Função do *Je* tal como nos Revela a Experiência Psicanalítica, cujo texto escrito foi perdido, que Jacques Lacan introduz a noção de sujeito em Psicanálise. Lacan inicia seus pensamentos sobre sujeito desde uma idéia de antecipação. Para Lacan, a noção de que algo ocorre antes da maturação biológica é crucial para desenvolver sua tese sobre o sujeito. Essa idéia está presente em textos como “Formulações sobre a causalidade psíquica” (1946), “A agressividade em psicanálise” (1948) e no texto “O estádio do espelho como fundador da formação do eu” (1949). Nesta mesma época, é importante assinalar a influência que Lacan sofre das formulações de Saussure (a noção de signo lingüístico) e de Jakobson (em seu texto sobre as afasias). Tais conceitos incidiram diretamente seus estudos e uma retomada a eles faz-se necessária.

Iniciaremos com uma determinada apropriação do signo lingüístico de Ferdinand Saussure.

Para Saussure, o signo lingüístico é a união de um conceito a uma imagem acústica. Um conceito vai sempre remeter a uma imagem acústica e uma imagem acústica sempre vai remeter a um conceito. O conceito ele denominará de significado e a imagem acústica, de significante. Esses elementos são estritamente interligados e, por isso, podemos dizer que o signo é a relação de um significado com um significante.

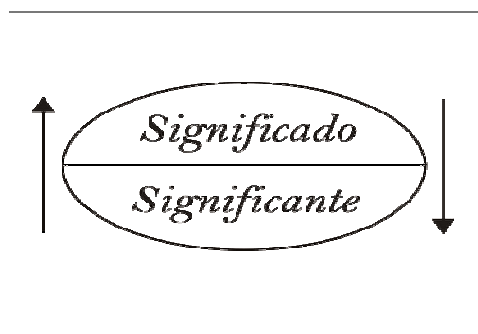
Por exemplo, a palavra árvore (significante), está ligada a imagem de uma árvore (significado).

Desta maneira, temos a seguinte equação:

SIGNO = SIGNIFICADO + SIGNIFICANTE

Destaca-se que, de acordo com Saussure (1916), a prevalência é sempre do significado sobre o significante.

Ilustra-se assim:



A figura acima representa como Saussure desenha significado sobre significante, separa-os por uma barra e os coloca dentro de uma elipse, sugerindo sua totalidade.

Num primeiro momento, o que Lacan faz é inverter esta ordem. Ele parte da lingüística saussuriana e propõe sua subversão: dando prioridade ao significante sobre o significado. Esclarece-se: Lacan atem-se, por exemplo, ao que acontece com as portas de um banheiro de um restaurante, que tem como referência homem e mulher para designá-las e distingui-las. Ali, ressalta que o que marca a diferença e confere sua exclusividade é o significante, ou seja, as portas são exatamente iguais e o que as torna diferentes, únicas é o significante que as nomeia.

Diante disso, representa a relação significante/significado da seguinte maneira:

Significante

Significado

A este respeito, Quinet (1999) aponta:

“(...) Quatro traços principais distinguem o algoritmo [do signo lingüístico]: O desaparecimento de um certo paralelismo entre os termos inscritos de um e outro lado da barra (...). O desaparecimento da elipse saussuriana, jamais ausente, sabe-se disso, da unidade estrutural do signo. A substituição da fórmula saussuriana das duas faces do signo pela designação de duas etapas do algoritmo. Por fim, o acento colocado sobre a barra que separa S de s” (QUINET, 1999, p. 43).

E adverte:

“O que é primordial (e fundador) é, de fato, a barra.” (id. ibid., p.44). “(...) Uma vez instalado o corte no signo (a barra), a operação cai essencialmente sobre o significante (...), um significante sem significação” (id. ibid., p.47).

A barra que separa as duas etapas indica a ação de “deslizamento do significado sob o significante, sempre em ação no discurso” (LACAN, 1966, p. 514). O autor propõe que esta barra nada mais seja do que uma resistência a significação.

Para Saussure, o sentido que se produz na linguagem só pode ser obtido na combinação de seus elementos. Sendo composto sempre por elementos diferenciais e sem sentido, o que os sustenta são as combinações que estabelecem entre si. O sentido advém da posição relativa que se situa na cadeia de que faz parte. É com este raciocínio que Saussure situa o valor lingüístico – a língua é “um sistema em que todos os termos são solidários e o valor de um resulta tão-somente da presença simultânea de outros (...)” (SAUSSURE, 1916, p. 133).

Lacan, seguindo esta mesma lógica, dá a dimensão de inter-relação entre os significantes em si e, para além disto, inclui a temporalidade no algoritmo saussuriano –

“Isso implica uma cadeia de significantes que corresponda, ponto por ponto, a uma cadeia de significados” (QUINET, 1999, p. 55). Em outras palavras: a significação procederia da relação dos significantes entre si, e só poderíamos aceder a um sentido pela re-significação de uma cadeia de significantes. Nessa medida, na linearidade da cadeia signifiante, a posição relativa de um termo muda a cada novo termo introduzido. Quando uma frase é interrompida antes do termo significativo (...) nem por isso ela deixa de fazer sentido” (LACAN, 1966, p.505). Esta escansão que permite concluir sobre o sentido, Lacan nomeia de signifiante ponto de basta⁵.

“É preciso verdadeiramente que tenha terminado para que se saiba de que se trata. A frase só existe acabada, e seu sentido lhe vem só depois.” (LACAN, 1955-6, p. 297).

Eis o esquema da cadeia signifiante:

S₁ → S₂ → S_n(...)

Essa cadeia signifiante é fruto da primeira relação fundamental S₁ → S₂. S₁ é o signifiante mestre – ou como também é comumente nomeado por Lacan, traço unário, que traz a marca que aliena o sujeito ao campo da linguagem e comanda o demais significantes seguintes (S₂, S₃, S_n...). Assim, a significação vem da relação entre os significantes.

Neste ponto, nos encontramos diante do axioma lacaniano para definir o sujeito: “um signifiante é o que representa um sujeito para outro signifiante” (LACAN, 1964, p.197). Podemos dizer que “o encadeamento de significantes (que simplificadamente

⁵ Esse ponto em torno do qual deve exercer-se toda análise concreta do discurso, chamá-lo-ei um ponto de basta (...). É aí o ponto em que vêm se atar o significado e o signifiante (...). Em torno desse signifiante, tudo se irradia e tudo se organiza (...). É o ponto de convergência que permite situar retroativa e prospectivamente tudo o que se passa” (LACAN, 1955, p. 302-3).

representaremos por essa matriz simples de dois significantes – S₁ e S₂) retroativamente produzirá o sujeito.

“O sujeito (...) é produzido pelo desenrolar da cadeia significante.” (QUINET, 1999, p. 56).

O matema que Lacan representa o sujeito é o seguinte:

S1 → S2

\$ (sujeito para Lacan)

Lacan vai utilizar a barra que separa o significante do significado para também barrar o sujeito \$. Esse sujeito barrado remete à falta constituinte advinda dos processos de alienação e separação.

Entre 1964 e 1968 encontramos no ensino de Lacan o uso destes dois conceitos que estabelecem formas da relação do sujeito com o campo do Outro.

A **alienação** é a primeira operação de causação do sujeito – é a inserção do sujeito no campo do Outro/campo da linguagem. O outro ao qual o sujeito se aliena é produzido pelo outro simbólico, o grande Outro⁶ (grafado com O maiúsculo). E que, no contexto do nascimento, é encarnado pelos pais, ou quem cumpre esta função. Ao nascer, o bebê, em sua impotência originária é tomado pela mãe na direção de outorgar-lhe um funcionamento. A mãe antecipa para a criança o funcionamento de seu corpo e com isso, oferece a criança um lugar no mundo Ela investe na criança com sua linguagem. *“As supervalorizações, as imperfeições, as suposições agem sobre o bebê e*

⁶ Outro grafado com maiúscula – assinala instância de funcionamento de linguagem, o registro do simbólico – a lei, o significante, o inconsciente, a linguagem; outro – grafado com letra minúscula – é entendido como o outro recíproco e simétrico ao eu imaginário.

é a partir dessa articulação significativa que se produz a imagem exterior com a qual o sujeito se identifica.” (MEIRELLES, 2000, p. 33)

O ser humano é prematuro, insuficiente em suas funções e se encontra, que Lacan formula como prematuração específica do nascimento do ser humano, na insuficiência da prefiguração de um objeto instintivo ao sujeito, um objeto desde o início adequado e adaptado as suas funções orgânicas, o recém nascido fica na dependência dos cuidados do Outro (Primordial, nas palavras de Lacan), na dependência da linguagem (desse Outro) delimitar seu corpo.

A mãe empresta seu corpo e suas sensações para o bebê o que permite que a criança aliene-se ao campo do Outro/campo da linguagem/campo do simbólico. Ao sentir frio, a mãe agasalha seu bebê, supondo que algo das suas sensações também afete o bebê. Ao sentir fome, oferece de comer ao seu bebê. O bebê chora e ela supõe que seja fome, ou dor. Ela fala com seu bebê e por seu bebê. O bebê que mama é mais do que alimentado por leite. Ele é alimentado por gestos e palavras. O Outro “desenhará com seu olhar, seu gesto, com as palavras, o mapa libidinal que recobrirá o corpo do bebê, cuja carne sumirá para sempre sob a rede que ela lhe tecer (KUPFER, 1999, p.54).

No entanto, nem sempre isso encaixa, por vezes, a mãe o agasalha e o bebê se incomoda com as roupas postas e reclama. Ao tentar dar de mamar diante de um pedido do bebê, este não aceita e continua a chorar. Esta falta de “encaixe” que, por vezes, acontece, é essencial e permite que este bebê diferencie-se desta mãe e, aos poucos, vá conquistando seu próprio funcionamento, sua maneira de sentir, comer, de falar. Este é o processo denominado de **separação**.

Temos aí um sujeito.

Este é o sujeito que a psicanálise propõe:

“O sujeito do inconsciente, subvertido pela linguagem e capturado na dialética do desejo, é, na verdade, um assujeitado da estrutura do Outro. Assujeitado, mas não escravo, pois que desse Outro ele deve separar-se, parir-se, engendrar-se, criar-se, enfim” (PRATES, 2006, p.140)

E, sobretudo, “o sujeito é aquele que fala... Fala de um lugar designado, representado” (SILVESTRE, 1987, p.94), construído.

1.3.2. Sintoma

Desde Freud, o sintoma é tomado como uma formação do inconsciente que se apresenta (ao sujeito e ao mundo) na forma de enigma que pede uma decifração. O ato fundador de Freud diz respeito à introdução de um novo estatuto do sintoma diferenciando-o da tradição médica hipocrática de um signo do funcionamento fisiológico ou comportamental para uma marca dotada de sentido. O sintoma é uma marca individual, uma mensagem do sujeito, desconhecida por ele, que se presta a interpretação. Gouvêa (2007) disserta que:

“a obra freudiana introduz uma subversão à noção de sintoma médico, uma vez que a relação entre a manifestação sintomática e sua significação, se ordena a uma sobredeterminação psíquica.” (GOUVÊA, 2007, p. 30)

E ainda, postula que o sintoma:

“possui um sentido e uma conexão com as experiências do sujeito, no entanto, o sentido do sintoma é desconhecido pelo sujeito, pois as formações do sintoma se justificam diante da necessidade de substituir algo que foi

*recalcado*⁷, que emerge deslocado para o sujeito, por este viés, o sintoma é da ordem das formações do inconsciente.” (GOUVÊA, 2007, p. 31)

Cunha (1997) baseada em Freud diz que os sintomas são uma manifestação do inconsciente, uma linguagem que precisa ser compreendida. Por meio desta afirmação, atribuímos o *valor simbólico* dos sintomas. *“Todo sintoma tem uma dupla missa: a de realizar o desejo inconsciente de forma mascarada e a de dificultar que o sujeito o identifique”* (CUNHA, 1997, p. 57).

Segundo dicionário Laplanche “o sintoma é uma das formas que o recalcado assume para ser admitido no consciente”. Para Freud, consciente é uma instância psíquica que se difere do inconsciente⁸ e do pré-consciente⁹ numa divisão topológica do psiquismo humano e recalque é uma operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente, representações ligadas a uma pulsão. Entende-se por pulsão, um processo dinâmico que consiste numa pressão (carga energética, fator de motricidade) que faz um organismo tender para um objetivo. A pulsão constrói-se em cima da função orgânica, manifesta-se por uma tensão corporal que surge da descontinuidade do nascimento. E, desde o início as necessidades e funções são regidas pela demanda do Outro que direciona progressivamente as respostas do bebê. *“O corpo e suas funções são progressivamente aspirados e subordinados à demanda do Outro, o Outro que é também lugar do significante.”* (QUEIROZ, 2003, p. 02). Nesse momento a figura humana é de importância fundamental para o surgimento da

⁷ Entende-se por recalque a operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente uma representação (pensamentos, imagens, recordações) ligada a uma pulsão. (LAPLANCHE E PONTALIS, 1997, p. 430)

⁸ Ver nota de rodapé 4.

⁹ Entendemos, aqui, pré consciente no quadro da segunda tópica freudiana: o termo pré-consciente (...) e o que escapa a consciência atual sem ser inconsciente no sentido estrito. Do ponto de vista sistemático, qualifica conteúdos e processos ligados ao ego quanto ao essencial, e também ao superego. (LAPLANCHE E PONTALIS, 1997, p. 350)

representação. Essas primeiras experiências de satisfação são recalçadas e retornam na forma de sintomas com vistas à significação. Desde o início, estas necessidades e as funções são regidas pelo significante. “O sintoma (na acepção freudiana) é essencialmente significante, tem a estrutura significante e se apresenta como uma metáfora.” (VANIÉR, 2002, p.04) – (parênteses meus). Queiroz (2003) descreve o seguinte exemplo:

“A tensão pulsional, a fome, faz reproduzir no imaginário do bebê, as imagens dos encontros precedentes com a lembrança dos sons desses encontros. A voz da mãe é, portanto, reproduzida na simultaneidade da imagem. Uma das percepções, entre a simultaneidade, uma cor, um som que se repete, a imitação de um movimento, a alucinação de um odor, uma palavra que acompanha a imagem do corpo restabelece imaginariamente o cenário do encontro com o objeto primordial que está ausente. Uma palavra pode assim reativar o traço mnésico inconsciente inscrito no aparelho psíquico e reproduzir imaginariamente a experiência de satisfação não somente do seio, mas também da voz, do olhar e do cheiro. Pela introdução do imaginário, a lembrança da experiência passada toma corpo. Esse imaginário é, de saída, marcado pelo simbólico, pois a reprodução compreende as imagens sonoras das palavras. É a própria voz, ou as imagens sonoras reproduzidas que vão permitir à criança esperar o momento da satisfação e renunciar ao objeto, o que, por sua vez, o levará a fazer lalações, a pensar e a falar. Por seus sons, ela acredita ouvir novamente sua mãe, ela a vê em imagens, reproduzindo ativamente assim a experiência de satisfação.” (QUEIROZ, 2003, p.03)

É partir deste funcionamento que chegamos à Lacan. Lacan admite esta concepção e vai mais além ao dizer que o sintoma é possuidor de uma verdade, uma verdade sobre o sujeito. No texto “Duas notas sobre a criança”, Lacan (1969) afirma que a criança pode ocupar o lugar de sintoma do casal parental ou pode realizar a presença do objeto a no fantasma materno. No primeiro caso, houve a articulação do par conjugal, com a presença de uma mãe, que, pela via de suas próprias faltas, abriu um lugar para a mediação paterna, para a presença de um pai que pode vetorizar a transmissão de um desejo, que não seja anônimo. No segundo caso, a função do pai não operou e não houve substituição metafórica, e a criança, como correlato do

fantasma da mãe, vem saturar o “modo de falta em que se especifica o desejo (da mãe), qual quer que seja sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica” (Lacan, 1969, p. 5). Na leitura feita por Jerusalinsky, em seu texto “Sintomas de Infância”, do texto do Lacan, o autor aponta uma terceira verdade: a verdade do desejo da mãe, quando, de fato, seu filho encarna o objeto.

Após esta breve construção sobre o sintoma na Psicanálise e admitindo que outros desdobramentos são necessários para uma mais rigorosa compreensão deste termo, ficaremos, nesta dissertação, com o fato do sintoma aparecer como enigma, marca do sujeito, traço próprio, singular e inegociável que se apresenta ao clínico como uma metáfora do funcionamento do sujeito que pede decifração.

1.3.3. Transferência

O termo “transferência” não pertence exclusivamente ao campo da Psicanálise. No uso corrente, transferência implica transporte, deslocamento e, segundo Laplanche e Pontalis no vocabulário da Psicanálise, tal origem, chega a causar problemas de compreensão e entendimento para numerosos autores, quando estes admitem este termo numa acepção muito vasta, destituindo seu real significado.

Recorremos, então, a definição descrita por Laplanche e Pontalis (1997) para iniciar nossa construção do conceito de transferência: *“Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada.”* (LAPLANCHE e PONTALIS, 1997, p. 514). Neste sentido, a relação do sujeito com as figuras parentais seria revivida na relação com o analista.

Inicialmente, Freud não atribui à transferência um papel essencial no tratamento, chega a esta construção, principalmente após o caso Dora¹⁰, em que o papel desta surge como primordial no tratamento. *“A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico.”* (LAPLANCHE e PONTALIS, 1997, p. 514).

Silvestre (1983) aponta que *“a prática psicanalítica resulta de um estranho encontro, o do psicanalista e seu psicanalisando. Bastam esses dois para definir a experiência”* (SILVESTRE, 1983, p. 92). A transferência já está no começo desta relação, *“nasce da confiança outorgada pelo analisando e do sofrimento que motiva sua palavra. A transferência é o que, de início, dá a consistência do processo todo inteiro, o alfa e o ômega do tratamento, o terreno, como chamava Freud.”* (SILVESTRE, 1983, p. 92).

Lacan afirma que a transferência é um fenômeno que atualiza a realidade inconsciente. E ressalta que, na transferência, a relação é dispare entre os sujeitos em presença, um exemplo disto é quando o autor afirma que o sujeito neurótico coloca-se na posição daquele que não sabe e situa o analista no lugar de quem tem um saber, ou seja, o coloca num lugar que Lacan denominou de Sujeito Suposto Saber. O autor ainda ressalta que este lugar não é especificamente a figura do analista, mas um lugar inconsciente que o analista é chamado a ocupar. (DICIONÁRIO DE PSICANÁLISE FREUD & LACAN, 1997).

Em análise, sob efeito da transferência, o analisando é convocado a falar.

¹⁰ “caso Dora” diz do caso de tratamento empreendido por Freud, cujo acesso se faz pela sua narrativa.

Neste ponto, valho-me da colocação de Silvestre (1993) par explicar a transferência.

“Pode-se até dizer que é num mesmo movimento que Freud, por uma parte, verificou em seus pacientes os surgimentos de lembranças e de palavras deslocadas, a que denominou suspensão de recalçamento, e, por outra parte, a hipótese do inconsciente se impõe.” (SILVESTRE, 1983, p. 95)

A transferência, desta maneira, situa-se como um movimento pelo qual as determinações do sujeito são reveladas pela palavra e o inconsciente pode ser definido, aqui, como o lugar onde são guardadas as determinações que regem a vida de um sujeito, um lugar de saber, mas um saber que escapa ao sujeito. Dito de outra forma, pela transferência é possível o saber inconsciente (que determina o sujeito) manifestar-se.

Vê-se, portanto, que *“a transferência é o que oferece ao analista o lugar de onde ele pode ouvir aquele que nele confia, e de onde ele pode responder-lhe”* (SILVESTRE, 1983, p.97)

Apesar, de a transferência acontecer e circunscrever o tratamento analítico e caracterizar a relação ali estabelecida entre paciente e terapeuta, de acordo com o Vocabulário de Psicanálise – Laplanche e Pontalis (1997), alguns autores procuraram completar a teoria de Freud outorgando à transferência, um fator próprio do sujeito, como se houvesse uma disposição para a transferência no sujeito.

Assim sendo, ainda temos que clarear que a situação analítica acentua esta disposição. Nela o sujeito é levado a falar – e neste falar, fala sobre um saber que ele não tem domínio, um saber que é inconsciente. O inconsciente, nessa medida, vem nos

dizer que o ser falante não é livre. Ele fala, no terreno da transferência, sobre o sujeito de sua própria verdade e suas conseqüências. (SILVESTRE, 1983)

Com estas breves construções, podemos dizer que a descoberta do inconsciente e a invenção da Psicanálise modificam a estrutura clínica clássica e os fundamentos teóricos e clínicos que passaram a representar a base material das operações que integraram o exercício analítico na direção da cura.

Vejamos, então, as ressonâncias disto no campo fonoaudiológico.

CAPÍTULO 2: A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA ATRAVESSADA PELA PSICANÁLISE

Em 1997, Cunha publica um livro intitulado “Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território”, fruto de sua tese de doutorado. Nele, descreve sobre a “recente” aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise e, lá, encontramos a seguinte colocação:

“Esse momento, ainda um tanto especulativo, precisa orientar-se, a meu ver, pela noção, de que os resultados desse investimento deverão refletir as transformações que, através dele, possam vir a ser operadas na configuração teórico-metodológica do campo fonoaudiológico. Sendo assim, elimina-se qualquer compromisso com a antecipação do futuro imediato: quer pela busca de aplicabilidade direta e imediata dos conceitos psicanalíticos na clínica (o que reeditaria o questionável modo de aproximação com outras áreas como a Medicina e a Lingüística) quer pela desconsideração de que será necessário um tempo histórico que permita aos fonoaudiólogos aprofundarem os seus conhecimentos em Psicanálise. Neste último caso, indissociável do primeiro, é importante lembrar que, de forma genérica na área, estamos atualmente ainda numa fase de aquisição, mais que de aprofundamento.” (CUNHA, 1997, p. 143)

Passaram-se quase 20 anos e, neste tempo, quase que a totalidade das produções apresentadas cientificamente por fonoaudiólogos que assumem a interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise, aconteceram por meio de estudos de caso. São exemplo, as dissertações de SILVA, 2010; TELLES, 2009; POMBO, 2008; MACHADO, 2007; GARRIDO, 2007 e DIAS, 2009. Estes estudos inserem-se numa problematização do contexto clínico fonoaudiológico suscitando uma constante reflexão sobre sua atividade terapêutica com a interferência da Psicanálise. Este fato nos diz que, no decorrer da história da Fonoaudiologia, os fonoaudiólogos se deixaram afetar por questões que emergiam dos atendimentos construindo relatos e exposições clínicas que interrogaram a teoria fonoaudiológica permitindo reconstruí-la. Jerusalinsky nos alerta ao dizer que *“permitir que o caso clínico opere como um furo no saber possibilita*

que ele, como germen, torne-se frutífero para o campo da pesquisa” (JERUSALINSKY, 2009, p. 238). Dar destaque às interrogações clínicas também no âmbito da pesquisa e da construção do conhecimento é dar a elas um lugar emergente de uma cientificidade. Jerusalinsky (2009) também nos diz que *“a psicanálise não é uma teoria que busca seus exemplos na clínica. Seu corpo teórico se constitui a partir de uma práxis.”* (JERUSALINSKY, 2009, p. 235).

“Há uma condição ética fundamental da Psicanálise quanto à posição em que fica situado o saber: cada caso produz no analista a experiência de colocar o corpo teórico em suspenso e se interrogar pelo enigma que o sintoma (...) coloca em cena.” (JERUSALINSKY, 2009, p. 235)

Assim também acontece na Fonoaudiologia atravessada pela Psicanálise. Ela busca nos impasses clínicos, os princípios da construção do seu arcabouço teórico.

A Psicanálise incide sobre a Fonoaudiologia e, esta incidência promove uma ruptura que lhe é constitutiva – ao se referenciar na Psicanálise, a Fonoaudiologia revê suas bases e procura outras estratégias de intervenção.

E a clínica é o que move esta interface, ou seja, é o *“material clínico (que) se impõe como base para as teorizações e, sistematicamente, permanece resistindo a elas”* (CUNHA, 1997, p 143).

Meirelles (2008) explana que *“Uma vez reconhecido o lugar do sujeito do inconsciente na linguagem, a prática fonoaudiológica não pode mais ser a mesma.”* (MEIRELLES, 2008, p.03).

Cunha (1997), em seu livro “Fonoaudiologia e Psicanálise, faz uma reflexão sobre os conceitos da teoria psicanalítica dos quais a Fonoaudiologia deve fazer uso. Propõe uma relação de contigüidade entre as duas áreas e se utiliza da metapsicologia

freudiana para definir as noções de aparelho psíquico, linguagem, sintoma, escuta e interpretação incidindo no contexto clínico fonoaudiológico.

Trois (2009) no volume “Quando a Fala Falta” propõe um raciocínio sobre a clínica fonoaudiológica articulada com a Psicanálise que nos é válido. Eis sua proposta: (1) se a clínica é uma modalidade de saber-fazer-com-a-linguagem, que não pode existir sem um sujeito e (2) se este sujeito somente pode emergir no campo da linguagem; (3) então, uma clínica será sempre uma clínica-de-linguagem e implicará sempre um sujeito que seja efeito desta linguagem.

Dunker (2000) nos lembra que:

“A linguagem entra aqui não apenas como estrutura, mas como mediação fundamental na dialética com o Outro. Não é a linguagem como meio de comunicação, veículo neutro para o transporte de idéias e sentimentos, ou a linguagem como nomenclatura inerte para referir-se aos fenômenos, nem mesmo a linguagem como produto motor da emissão articulada de sons. É a linguagem como alteridade, como campo simbólico que o sujeito, que submete o sujeito, que o constrange e onde ele não é mais senhor em sua própria morada.” (DUNKER, 2000, p.225)

“A linguagem é algo mais que um instrumento do pensamento, é um lugar onde o sujeito habita” (YAÑES, 1990, p.48) Assim, descreve Yañes em 1990, sobre a mudança na concepção de linguagem ao relatar a maneira de se pensar a atividade clínica interdisciplinar em um centro atravessado por referenciais psicanalíticos em Porto Alegre¹¹ que atua com estimulação precoce. E dá continuidade dizendo que:

“O fundamental do nosso trabalho está centrado na emergência do sujeito e seu desejo, na criação de um espaço lingüístico e na compreensão dos fenômenos transferenciais. Se isto não acontecer, tudo o que se fizer, será no campo da fala e não da linguagem, fala no seu sentido mais elementar e primitivo, sem conseqüências e sem efeitos no campo da subjetividade, que é o que, em última instância, mais importa no campo do sujeito, desde qualquer ato clínico que nos proponhamos a fazer” (YAÑES, 1990, p. 48)

¹¹ Refiro-me ao Centro Lydia Coriat em Porto Alegre.

Disserta também sobre o desdobramento em outras clínicas, considerando-se que neste centro há esta interface entre todas as disciplinas que atuam em estimulação precoce. A psicopedagogia diz:

“É fundamental escutar além da disfunção corporal, além da dificuldade de aprendizagem específica. É fundamental escutar a verdade do sujeito em questão, a palavra emitida no discurso da criança e seus pais. Trata-se de escutar sem marcar, sem etiquetar. Deixar espaço para que os significantes circulem e abrir uma escuta em relação a eles, no espaço aberto, para que a lógica da criança se manifeste. Trata-se de poder segui-la e deduzi-la nas hipóteses implícitas no seu dizer e/ou fazer” (YANES, 1990, p.48)

Paula Souza (1999) diz:

“A psicanálise produz um descentramento do sujeito, isto é não será mais o sujeito do conhecimento o referencial privilegiado para o desvelamento da verdade e, sim, o sujeito do desejo. Ou seja, o enunciado se desloca do sujeito da verdade para recair sobre a verdade do sujeito.” (PAULA SOUZA, 1999, p.228)

Este raciocínio impõe uma inversão na atuação clínica do Fonoaudiólogo.

Segundo Castellano (2010), a terapia fonoaudiológica “inspirada na teoria psicanalítica, tem a oportunidade de considerar que o sujeito é constituído pela linguagem e em relação ao Outro, tomado como efeito do significante e dotado de inconsciente.” (CASTELLANO, 2010, p. 54)

Matteo em 2001 pontua diante desta interface:

“O espaço terapêutico nesta clínica, *não é um lugar de treinamento*, mas sim um lugar de *constituição de pessoas*. O terapeuta poderia estar devotadamente atento às experiências de vivências que fundamentaram a subjetividade de seu paciente e poder escutá-lo como alguém que presentifica ali toda sua *história de vida*. Sendo assim, o terapeuta tem a possibilidade de apreender como determinado sintoma está se manifestando naquela pessoa e através deste reconhecimento ajudá-la no seu *vir-à-ser* na relação com o mundo.” (MATTEO, 2001, p.4)

Essa perspectiva permite colocar o olhar na singularidade do sujeito e retira o enfoque da doença, admitindo-se uma reorganização radical em suas bases. A

Psicanálise se afasta de uma lógica linear dos acontecimentos da clínica fonoaudiológica e a coloca no bojo de outra regra, a da sobredeterminação. Considera-se que o sujeito só se constitui na e pela linguagem, ou seja, existe algo o funda, o determina – seus atos, suas produções posteriores (a sua fundação) carregam a marca original que lhe confere a singularidade. *“A subjetividade é fundada exatamente na linguagem”* (PALLADINO, 2000, p. 62). Esta é a proposta da Psicanálise.

Jerusalinsky situa que *“o que justifica a introdução da psicanálise na prática clínica geral, é precisamente o reconhecimento de que a significação ressitua o resto”*. (Jerusalinsky, 1990, p.41)

No entanto, o modo como isto acontece faz toda diferença. Em primeiro lugar, devemos excluir a idéia de aplicar a Psicanálise na Fonoaudiologia. Não se trata de aplicar a Psicanálise a nada – ela não tem esse objetivo e se assim acontece, perde sua função.

Rocha (2007) escreve:

“A clínica fonoaudiológica atua sobre os sintomas da na fala, e nessa prática a relação com a Psicanálise é extremamente importante, não para nos instrumentalizar em relação ao desvendamento dos enigmas da fala do paciente, mas para nos manter atentos aos nossos impossíveis em relação ao nosso trabalho e atuação.” (ROCHA, 1997, p. 115)

Yañes nos dá uma dimensão desta interface ao relatar sobre o tipo de atendimento que acontece no já referido centro Lydia Coriat:

“(...) seja qual for a especificidade, existe dentro das equipes do centro uma prática atravessada pela Psicanálise, que permite que a transferência funcione na relação com o paciente, produzindo questionamentos no discurso técnico.” (YAÑES, 1990, p.49)

E ainda que:

“Esta prática clínica, que se preocupa com a emergência do sujeito, está atravessada por uma reflexão psicanalítica; nem por isso, deixamos de ocupar o lugar ao qual a nossa especificidade nos convoca.” (YAÑES, 1990, p.49)

Jerusalinsky (1990) adverte ao escrever sobre a incidência da Psicanálise no campo da medicina:

“A operação médica e a operação psicanalítica não se substituem uma à outra. Em vez disso, embora sejam metodologicamente contrárias, quando são chamadas a cobrir o mesmo campo clínico, modificam-se reciprocamente no ato da cura.” (JERUSALINSKY, 1990, p. 41)

Assim também acontece na Fonoaudiologia diante da interface com a Psicanálise. Temos aí a formação de um campo interdisciplinar que se funda a serviço de uma demanda clínica e coloca ambas as ciências a funcionar em função do sujeito e seus sintomas.

Tomemos, aqui, o que escreve Jerusalinsky (1990) a respeito do trabalho interdisciplinar:

“Diferente da multiplicidade, a interdisciplina propõe uma recíproca integração dos pontos de vista que explicam um problema infantil e das diferentes estratégias clínicas que tal diversidade coloca. A interdisciplina não se pratica sem perturbações dos corpos teóricos e técnicos, nem dos profissionais que se encontram envolvidos na tarefa.” (JERUSALINSKY, 1990, p. 44)

Cunha, 1997, faz o seguinte comentário:

“Acredito que essa relação, sendo distinta daquelas estabelecidas com outras áreas do conhecimento, possibilita uma revisão de pressupostos do método clínico fonoaudiológico, tanto no âmbito do processo quanto das técnicas terapêuticas.” (CUNHA, 1997, p.36)

Com essa proposta, presume-se que o fonoaudiólogo saia de uma posição engessada pela clínica clássica e que se coloque ante seu paciente no intuito de comportar toda a subjetividade que ali existe, ou seja, a relação terapeuta - paciente passa a ser motivada pelo sujeito patológico que se manifesta na clínica. É preciso que

este sujeito da clínica interpele, com seu sintoma, o fonoaudiólogo, e o faça produzir um saber sobre ele, sobre seu sintoma, mesmo sabendo que este saber não dará conta de tudo que está em jogo na verdade de sofrimento subjetivo. Aqui não há o que se ensinar e/ou aprender, há um jogo de subjetividades, um jogo de linguagem.

Almeja-se:

“(…) não reduzi-la à sua dimensão técnica estrita; e ao mesmo tempo, romper com uma certa tradição pedagógica da clínica fonoaudiológica, e reafirmar o seu caráter essencialmente terapêutico. Trata-se, então, de buscar o deslocamento de uma relação do tipo ensino-aprendizagem para uma relação intersubjetiva” (CUNHA, 1997, p. 117)

Yañes nos alerta:

“Se o terapeuta se sente completo no seu saber técnico, exprime um poder que submete e aliena, na criança e seus pais, a possibilidade de vir a construir seu próprio saber anulando o principal objetivo, o surgimento do sujeito e seus desejos, seja qual for a especialidade do terapeuta.” (Yañes, 1990, p.53)

Certamente, há outros desdobramentos que emergem desse encontro entre Psicanálise e Fonoaudiologia. É possível e preciso, também, uma revisão de sua clínica em termos de semiologia, etiologia, diagnóstica e terapêutica. Mas, isso só faz sentido e se torna um dispositivo para a Fonoaudiologia se ela desloca-se do seu lugar de detentora de um saber universalizante para uma clínica do particular, que inclua o sujeito.

MÉTODO

*“A clínica psicanalítica deve consistir não somente em interrogar a análise, mas, em interrogar os analistas, a fim de que eles dêem conta do que a prática deles tem de acaso, o que justifica que Freud tenha existido.”
(Lacan, 1977)*

Façamos esta proposta, também, aos fonoaudiólogos...

Para cumprir a proposta desta dissertação, foi realizado um estudo exploratório-descritivo por meio de um estudo de caso em um grupo de fonoaudiólogos.

Fizemos uma busca nos cursos de Fonoaudiologia das universidades brasileiras a procura de professores fonoaudiólogos que trabalhassem na interface Fonoaudiologia e Psicanálise para que pudéssemos questioná-los a respeito do seu método clínico terapêutico fonoaudiológico.

1. Casuística

96 faculdades/universidades brasileiras cadastradas nos seus respectivos conselhos regionais de Fonoaudiologia, obtidas por pesquisa no site <http://www.sbfa.org.br/> (em 13/11/09).

Critérios de inclusão:

Foram selecionados todos os Cursos de Fonoaudiologia de Faculdades e Universidades cadastrados no Conselho Federal de Fonoaudiologia.

2. Procedimento

Etapa 1: Mapeamento dos Cursos de Fonoaudiologia de todas as Faculdades e Universidades Brasileiras, obtidos em pesquisa no site <http://www.sbfa.org.br/>.

Etapa 2: Contato com os respectivos Coordenadores dos Cursos de Fonoaudiologia (via email e/ou por telefone), solicitando aos mesmos que identificassem, no quadro de docentes de suas respectivas Unidades, aqueles que atuam na interface Fonoaudiologia e Psicanálise, bem como disponibilizando email e/ou telefone desses docentes para futuro contato.

Etapa 3: Encaminhamento de roteiro (anexo1) aos docentes selecionados na Etapa 2 para coleta de dados relativos à formação e atuação acadêmico-profissional dos mesmos na interface Fonoaudiologia e Psicanálise, e o termo de consentimento livre-esclarecido (anexo II) para assinatura de cada um dos participantes.

3. Critérios de interpretação dos resultados

3.1. Análise quantitativa

Realizada a partir de mapeamento estruturado em tabela, contendo dados da instituição e formação e atuação acadêmico-profissional dos sujeitos.

População

Cursos de Fonoaudiologia de Instituições de Ensino Superior (IES) em funcionamento no Brasil. Total: 87 cursos.

Amostra

Foi realizado o cálculo amostral da população estudada. Os parâmetros incluíram, intervalo de confiança de 95%, poder de 80% e prevalência de presença da interface

entre Fonoaudiologia e Psicanálise estimada de 29,6%, a partir do estudo piloto (± 3 pontos percentuais). Com base nesses parâmetros estatísticos, estimou-se a necessidade de coleta de dados em 51 IES. Em função dos objetivos da pesquisa, e prevendo-se eventuais perdas e recusas, acrescentou-se 10% na amostragem, portanto a amostra final é composta de 57 IES.

A amostra foi obtida de maneira **aleatória**, estratificada (por região) e ponderada de acordo com a representatividade das IES (unidade amostral primária) em cada região na população total. No entanto, com objetivo de obter resultados de todas as Faculdades/Universidades brasileiras, também foi feita a coleta baseada na amostra **por conveniência**, ou seja, houve a tentativa de contato foi feita com todas as faculdades de Fonoaudiologia do Brasil.

Os resultados serão apresentados em valores percentuais. O teste qui-quadrado Mantel-Haenzel foi aplicado para verificar as diferenças de presença/ausência da interface Fonoaudiologia e Psicanálise entre as regiões. Para comparação de retorno de resposta entre os dois métodos de amostragem, aplicamos o teste de qui-quadrado (com correção de Yates). A significância estatística estabelecida foi de $p < 0,05$. O pacote estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, TX, E.U.A.) foi utilizado em todos os cálculos estatísticos.

3.2. Análise qualitativa

Fase 1:

De posse das respostas fornecidas pelos docentes à questão proposta (“Quais as suas considerações sobre as influências da aproximação entre Fonoaudiologia e

Psicanálise no método clínico terapêutico fonoaudiológico?”) foi utilizada a técnica de Bardin (2002) para a análise do material.

Esta técnica baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades a fim de identificar os diferentes núcleos de sentido que o constituem e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento dos mesmos em classes ou categorias. Para que houvesse o reconhecimento das categorias criadas como significativas e fiéis, foi requisitado o serviço de um analista que, tendo a sua disposição os resultados e a pré-análise, validaram as categorias no qual os requisitos foram (1) a exclusão mútua, (2) a homogeneidade, (3) a pertinência, (4) a objetividade, (5) a fidelidade e (6) a produtividade. Cumpre notar que deter-nos-emos apenas nas marcas que evidenciaram a interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise, em função do objetivo da pesquisa.

Fase 2:

Descrição das categorias legitimadas a partir dos discursos de todos os sujeitos.

Fase 3:

Análise do material obtido.

Fase 4:

Discussão do material obtido por meio de referenciais teóricos trazidos da literatura fonoaudiológica sustentada pela articulação com a Psicanálise, textos psicanalíticos embasados pelo funcionamento de uma clínica interdisciplinar e textos de Freud e Lacan a respeito dos conceitos de sujeito, sintoma e transferência.

Ética

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e obteve aprovação mediante protocolo número 252/2010. (Anexo III)

Os sujeitos da pesquisa tiveram suas identidades preservadas e assinaram um termo de consentimento.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

Segue a exposição do mapeamento estruturado em tabela dos Cursos de Fonoaudiologia de Faculdades/Universidade brasileiras, cujo eixo de análise é a presença/ausência da interface com a Psicanálise. Os dados foram submetidos à apreciação estatística.

Para facilitar a compreensão das tabelas e dos resultados, adverte-se que os Cursos de Fonoaudiologia são subdivididos em oito regiões, são elas:

1ª Região: Rio de Janeiro/RJ

2ª Região: São Paulo/SP

3ª Região: Curitiba/PR

4ª Região: Recife/PE

5ª Região: Goiânia/GO

6ª Região: Belo Horizonte/MG

7ª Região: Porto Alegre/RS

8ª Região: Fortaleza/CE

Ao realizar o contato com todas as IES pode-se constatar que 09 dos 96 cursos de Fonoaudiologia cadastrados na Sociedade Brasileira da Fonoaudiologia estão inativos (vide tabela 1), o que altera o total de Cursos existentes. Portanto, doravante, o número de Cursos de Fonoaudiologia no Brasil considerado para análise será de **87**.

Tabela 1 – Número de faculdades brasileiras

Número de Instituições consultadas	Número de faculdades que não oferecem mais curso de Fonoaudiologia	Número de faculdades ativas
96	09	87

Em primeiro lugar, cumpre assinalar que o retorno obtido das IES foi bastante significativo. De acordo a tabela 2, podemos constatar que 81 das 87 instituições consultadas deram retorno (93,1 %), índice estatisticamente significativo de acordo com os testes aplicados pelo estatístico.

Tabela 2 – Número do retorno do contato obtido pelas faculdades.

Número de Instituições	Número de Faculdades que retornaram	Porcentagem (%)
87	81	93,1

Conforme dito anteriormente, no Método, foram utilizadas dois tipos de amostragem: a aleatória e por conveniência. A amostragem aleatória nos dá o valor estatístico necessário para garantir a representatividade da amostra e a por conveniência (validada pela amostra aleatória) nos dá maiores informações sobre a dinâmica das IES brasileiras a este respeito. A amostra aleatória foi feita pelo seu valor estatístico e a por conveniência foi feita pois este é um estudo pioneiro na área e estas informações são de extrema importância para termos um parâmetro desta interface no

Brasil. Na tabela 3, verifica-se que o retorno obtido das IES dividido em regiões de acordo com os dois tipos de amostra citadas.

Tabela 3 – Retorno do contato obtido pelas faculdades por região de acordo com o tipo de amostragem

Região	Tipo de Amostragem		p-valor*
	Conveniência (%)	Aleatória (%)	
1ª região (06)	06 (100,0)	04 (100,0)	
2ª região (21)	21 (100,0)	14 (100,0)	
3ª região (10)	10 (100,0)	06 (100,0)	
4ª região (12)	13 (92,3)	07 (87,5)	
5ª região (06)	07 (85,7)	04 (80,0)	
6ª região (14)	15 (93,3)	07 (100,0)	
7ª região (06)	07 (85,7)	04 (80,0)	
8ª região (06)	08 (75,0)	04 (80,0)	
Total (81)	87	57	0.883

*Teste de qui-quadrado de Mantel-Haenzel.

De acordo com o valor obtido de $p = 0,883$ pudemos verificar que não há diferença entre os dois tipos de amostra no total de IES que retornaram. Este resultado é um indicativo de que a amostragem por conveniência representa a população total.

Nesse contexto, pode-se observar (vide tabela 4) a presença da interface Fonoaudiologia e Psicanálise em 25 das 81 IES que retornaram. Cabe advertir que,

ainda que este número represente apenas 30,9% das instituições, ele é historicamente relevante, visto que, embora não haja trabalhos científicos anteriores sobre o tema, até (pelo menos) o início dos anos 2000 esta interface era escassa e concentrava-se quase que exclusivamente na 2ª região¹². Com os dados obtidos nesta pesquisa, é possível constatar que a presença da interface expandiu-se significativa e proporcionalmente, estando presente em 07 das 08 regiões estudadas (vide tabela 5).

Tabela 4 – Número de faculdades brasileiras com e sem interface com a Psicanálise

Tipo de Amostragem	N total de retornos	Número de faculdades que apresentam esta interface (%)
Conveniência	81	25 (30,9)
Aleatória	57	15 (28,3)
p-valor*		0.882

*Teste de qui-quadrado com correção de Yates.

Tabela 5 – Distribuição da presença da interface da Fonoaudiologia com a Psicanálise nas regiões estabelecidas pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia entre as IES que retornaram.

Região (n total)	Número de faculdades com interface	Número de faculdades sem interface	p-valor*
1ª região (06)	00	06	0,101

¹² De acordo com depoimentos informais colhidos com alguns dos fonoaudiólogos pioneiros dessa abordagem.

2 ^a região (21)	04	17
3 ^a região (10)	04	06
4 ^a região (12)	05	07
5 ^a região (06)	01	05
6 ^a região (14)	04	10
7 ^a região (06)	04	02
8 ^a região (06)	03	03
Total (81)	24	57

*Teste de qui-quadrado de Mantel-Haenzel.

Portanto, de acordo com a tabela acima, pode-se verificar que não há diferença em relação à presença da interface entre as IES de acordo com as regiões, ou seja, o número de IES presentes em cada região não altera, proporcionalmente, o número de IES que apresentam a interface. Em todas as regiões (excluindo a 1^a) há uma média de 03 Cursos de Fonoaudiologia. Vale destacar que, nesta análise, não consideramos a 1^o região, uma vez que não apresenta instituições com interface, de maneira a validar os cálculos estatísticos.

A seguir, serão apresentados os resultados relativos aos profissionais fonoaudiólogos selecionados na primeira etapa do procedimento de coleta de dados.

Das 25 IES que retornaram ao contato positivamente (isto é, que tem docentes representantes da interface), identificou-se que 33 destes docentes que atuam nesta área, ou seja, há IES que possuem mais de um professor desta tendência em sua instituição. Vide tabela 6.

Tabela 6 – Número de docentes/fonoaudiólogos indicados pelas IES que apresentam a interface com a Psicanálise em sua atuação acadêmico-profissional.

Número de IES com interface	Número de professores que apresentam a interface
24	33

Em relação ao retorno dos questionários enviados aos docentes, obteve-se retorno de 41%, ou seja, dos 33 enviados, 13 retornaram com os dados preenchidos. Importa dizer que dos 33 docentes indicados pelos coordenadores, 02 solicitaram a própria exclusão da pesquisa por não se julgarem aptos a participar. Ambos enviaram email para a pesquisadora, esclarecendo suas posições. Desta maneira tivemos para esta fase, 31 sujeitos participantes.

Tabela 7 – Retorno dos questionários enviados aos docentes indicados pelos coordenadores

Total	Retorno	Não Retorno
31	14	17
100 %	45,2 %	54,8 %

A propósito, para Gaskell (In: BAUER; GASKELL, 2002), não existe uma fórmula que indique o número ideal de entrevistados. Segundo o autor, essa decisão irá

dependem da natureza do tópico pesquisado, do número dos diferentes ambientes que forem considerados relevantes e dos recursos disponíveis para o projeto. Entretanto considera-se que havendo um número limitado de interpretações, ou versões da realidade, em um determinado momento há uma tendência de saturação das percepções. Este é o momento de interromper a coleta de dados. Ainda de acordo com o autor, há uma tendência de saturação, em média, após 14/15 até 25 entrevistas individuais. Por conta disso, consideramos o número obtido de respostas, pertinente para a análise.

Os dados até aqui apresentados permitem a identificação das seguintes tendências:

1. A presença da interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise em 07 das 08 regiões estabelecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, configura indícios da expansão desta interface proporcionalmente nas regiões citadas;
2. A maior concentração desta interface está, proporcionalmente, nas sétima e oitava, seguidas da terceira e sexta região – ainda que, estatisticamente, a distribuição seja equivalente;
3. A primeira região é a única que não apresenta representantes desta interface;
4. A segunda região é a que mais apresenta esta interface em número absoluto.
5. O retorno à solicitação de contato feita pela pesquisadora foi significativo, evidenciando a disponibilidade das IES para participarem deste estudo, o que favoreceu a fidedignidade do traçado dos perfis dos sujeitos estudados.

Ressalta-se que, de acordo com os resultados obtidos, a interface Fonoaudiologia e Psicanálise está presente na maior parte das regiões brasileiras e em número

significativo das IES do Brasil – o que nos convida a pensar que, embora não haja pesquisas anteriores que nos dêem parâmetros de como esta interface era mapeada há alguns anos, ela tem se difundido nos Cursos de Fonoaudiologia e, por conseqüência, na formação clínica dos fonoaudiólogos.

Prosseguindo, exporemos, agora, o perfil dos fonoaudiólogos estudados em termos de atuação acadêmico-profissional, observa-se (tabela 7) que a maioria dos docentes que participaram do estudo são doutores (79,2%), seguidos dos mestres (12,5%); apenas 8% possuem pós-doutorado .

Tabela 7 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação a sua graduação.

Titulação	Número de professores	Porcentagem (%)
Mestrado	01	20
Doutorado	11	66,6
Pós-doutorado	02	13,3

Em relação à área de atuação (vide tabela 8), a maioria dos docentes atua na área de linguagem, seguidos por fluência, voz, motricidade orofacial e audição. A maior prevalência desta interface entre os docentes na área de linguagem, nos remete ao fato de que é exatamente a linguagem o eixo que aproxima a Fonoaudiologia e a Psicanálise. Tanto a clínica com esses pacientes (me refiro aqui aos pacientes, tradicionalmente, encaixados na divisão de áreas da Fonoaudiologia como pacientes “de linguagem”) como a investigação teórica na Fonoaudiologia dos liames que circunscrevem “a linguagem” fizeram com que esta interface se produzisse culminando

no surgimento de uma clínica interdisciplinar entre Fonoaudiologia e Psicanálise. Cunha, 1997, aponta para o fato de que o inconsciente imprime suas marcas na linguagem. Viderman (1990 in Cunha, 1997) nos diz que:

“a linguagem não nos dá uma versão mais ou menos aproximada da realidade inconsciente: o que ela diz do inconsciente é o inconsciente – uma criação original. A linguagem é uma estrutura matricial que vaza o inconsciente num molde imaginário onde se fundem e não se distinguem mais.” (VIDERMAN, 1990, p. 61)

No entanto, outra informação de extrema importância que temos nesta tabela é o fato desta relação – entre Fonoaudiologia e Psicanálise – não se restringir apenas aos profissionais da área de linguagem na Fonoaudiologia. Esta informação corrobora com o fato de que, cada vez mais, a interface Psicanálise e Fonoaudiologia vem crescendo, abrangendo outras áreas de atuação do Fonoaudiólogo, ganhando relevância e garantindo sua importância para a Fonoaudiologia.

Tabela 8 – Caracterização dos sujeitos por área de atuação

Área	Número de professores	Porcentagem (%)
Linguagem	9	64,3
Fluência	2	14,3
Voz	1	7,1
Motricidade Orofacial	1	7,1
Audição	1	7,1

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS QUALITATIVOS

Nesse capítulo será descrito e analisado o material obtido (vide anexo 3) por meio dos depoimentos dos fonoaudiólogos a partir de roteiro prévio.

Elegeram-se três categorias como balizadoras da análise do material, a saber, as concepções de:

- Sujeito
- Sintoma
- Transferência

Tais categorias expressam os temas recorrentes nos textos enviados pelos entrevistados e a seleção das citações literais foi feita com base na técnica de Análise de Conteúdo Categórica (BARDIN, 2002). Os quadros 1, 2, e 3 abaixo sistematizam esses conteúdos.

Quadro 1 – Definição da categoria “Sujeito”, temas e conteúdos relacionados e exemplos de citações.

Sujeito

Definição: é o produto de uma cadeia discursiva que se constitui na relação com os outros e com o mundo¹³.

¹³ A construção desta definição foi trabalhada no capítulo 1 nesta dissertação.

Temas/conteúdos citados relacionados: *subjetividade, constituição subjetiva, constituição simbólica.*

Exemplos: “a história do sujeito e das suas relações; possibilita uma concepção de sujeito que mostra, na e pela linguagem, sua constituição heterogênea, descentrada – constituição que os sintomas de linguagem; processo de individuação e de subjetivação da criança; sobre a produção do sujeito na alteridade, sobretudo em relação à constituição simbólica do psiquismo.”

Quadro 2 – Definição da categoria “Sintoma”, temas e conteúdos relacionados e exemplos de citações.

Sintoma

Definição: é uma formação do inconsciente, uma resposta do sujeito diante do outro, vinculada a sua história de vida¹⁴.

Temas/conteúdos citados relacionados: manifestações, produções do sujeito, sintomas, sintoma de linguagem, alterações fonoaudiológicas.

Exemplos: “o significado do sintoma; ver os sintomas de/na linguagem como efeito do funcionamento psíquico, mesmo quando (os sintomas) estão plasmados por marcas orgânicas; para justificar o funcionamento dos sintomas de linguagem do sujeito; Também destaco o fato do Fonoaudiólogo poder considerar a presença do inconsciente na constituição das alterações no campo da linguagem; a linguagem é o lugar da humanização e nesta condição está antes de e proporciona o sujeito, o que lhe subtrai qualquer traço de comportamento ou habilidade a ser adquirida ou

¹⁴ A construção desta definição foi trabalhada no capítulo 1 nesta dissertação.

revelada; o sujeito é a revelação singular de um processo universal de humanização.”

Quadro 3 – Definição da categoria “Transferência”, temas e conteúdos relacionados e exemplos de citações.

Transferência

Definição: são conteúdos psíquicos do paciente que são transferidos para a figura do terapeuta. É a relação que se estabelece entre paciente e terapeuta que rege a atuação de ambos na cena clínica.¹⁵

Temas/conteúdos citados relacionados: posição do clínico, posição do terapeuta, relação terapeuta-paciente, demanda.

Exemplos: “contribuiu para a minha construção como terapeuta, assim como para minhas reflexões a respeito do meu objeto de estudo; Mas eu sempre digo que a psicanálise me ensinou muito mais a não fazer coisas do que a fazer alguma coisa; interferiu na minha constituição enquanto terapeuta; a transferência, a contratransferência, o *setting* e a implicação da dinâmica familiar; Utilizar a teoria psicanalítica ou adotar uma orientação psicanalítica necessariamente coloca o terapeuta, seja ele fonoaudiólogo, psicopedagogo, médico ou psicólogo em outro lugar; acolhimento e manejo de elementos transferenciais ou conteúdos psíquicos que os pacientes atualizam na cena clínica fonoaudiológica; transferência, sendo esta um dos alicerces para todo e qualquer ato clínico, sendo portanto, de suma

¹⁵ A construção desta definição foi trabalhada no capítulo 1 nesta dissertação.

importância para a Fonoaudiologia; O tema da transferência arrasta outro, de imediato, o da demanda; posição do clínico na condução do tratamento”

Salienta-se que todos os entrevistados referiram, pelo menos, uma das três categorias expostas, sendo que dos 14 roteiros respondidos, todos apresentaram a categoria sujeito e sintoma, e 13 apresentaram a categoria transferência.

Os dados sugerem que sujeito, sintoma e transferência são os conceitos psicanalíticos privilegiados pelos fonoaudiólogos estudados, os quais afetam a prática clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise.

Cunha (1997) analisando os desdobramentos teóricos e clínicos decorrentes da aproximação da Fonoaudiologia com a Psicanálise, destaca que esses mesmos conceitos configuram os pontos de intersecção fundamentais entre ambas as áreas. E explicita que, nesta clínica que configura-se interdisciplinar: o **sujeito** passa a ser dotado de inconsciente e, portanto, submetido a uma determinada organização simbólica que o situa na sua relação com ou outros e com o mundo; o **sintoma** é tomado como uma produção particular, vinculado a história do paciente; e, a **transferência**, é um dispositivo que opera na atividade clínica, caracterizando as possibilidades relacionais ali presentes.

Seguimos agora, com a análise das categorias, acompanhadas de comentários sobre suas articulações com o método clínico fonoaudiológico e de referências teóricas que fundamentem os dados encontrados:

1. Sujeito

Esta categoria foi pontuada em 100% dos depoimentos, ou seja, todos os textos elegeram a mudança de concepção de sujeito, como um produto da articulação com a Psicanálise, como um fator diferencial que interfere nas práticas terapêuticas fonoaudiológicas. Com os textos, é possível traçar um caminho que parte de uma concepção de sujeito aprendiz¹⁶ para, quando em contato com conceitos advindos da Psicanálise, um sujeito que dotado de inconsciente é efeito de sua relação com o mundo. (MACHADO, 2007, CASTELLANO, 2010)

Cunha (1997) fala deste tema com as seguintes palavras: *“A intenção é de fazer penetrar no campo fonoaudiológico um sujeito que não seja reduzido a sede da consciência.”* (CUNHA, 1997, p. 46)

Neste textos, foi possível distinguir estes dois momentos da Fonoaudiologia que retratam estas duas maneiras diferentes de conceber o sujeito afetando a prática clínica:

- O primeiro momento comporta um sujeito dotado de intenções e ações conscientes, um sujeito que é um organismo em funcionamento e que está (ou deve estar) apto para receber informações.

Observemos um exemplo deste aspecto amplamente descrito pelo entrevistado 13:

“Aqui há um conceito de “sujeito” enquanto um aprendiz, de “outro” enquanto fonte e modelo de um dado comportamento ou habilidade, de linguagem enquanto algo que se faz presente no homem apenas em momento posterior, num processo ordenado, graduado e universal, resultado de um conjunto de condições essenciais, quais sejam:

¹⁶Termo utilizado pelo entrevistado 13.

um organismo bem posto, fonte incessante e repetida e modelo apropriado do comportamento ou habilidade verbal, cognição e/ou comunicação bem desenvolvidas, pois que condições “naturais” do homem, pré-requisito da fala.”

Conforme expusemos nos capítulos anteriores, esta é uma praxis que marca a Fonoaudiologia que chamamos aqui de tradicional, em que as alianças mais evidentes foram com a medicina e a pedagogia. Cunha e Pinheiro em 1994, no artigo “Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise” inferem que “esta concepção dicotomizada (entre corpo e psiquê) de sujeito conduz a uma aborgagem fonoaudiológica cujo objetivo se restringe à eliminação do sintoma corporal observável” (CUNHA E PINHEIRO, 1994, p. 3) – parênteses meus.

- Num segundo momento temos a Fonoaudiologia em interface com a Psicanálise desfrutando de uma outra possibilidade de compreender o sujeito de sua clínica, modificando sua atuação.

No texto do entrevistado 13 encontramos a seguinte exposição:

“A Psicanálise postula, perfilada a outras teorizações sobre a humanidade, que o homem só o é porque nascido na e pela linguagem. Isso faz pensar que a linguagem é o lugar em que o sujeito se constitui e, portanto, não se trata nem de aprender nem de disparar um saber. Trata-se, diferentemente, de um processo de natureza simbólica que está em cena desde sempre, envergando a constituição de um sujeito, um que está numa tensão permanente entre ser sujeito de e estar sujeito a, em outras palavras, entre o desejo e a lei.”

Nesta concepção, o sujeito é efeito de um funcionamento; ele se constitui em sua relação com a linguagem e as vicissitudes dessa constituição revelam-se na forma de sintoma, apontando para a verdade do sujeito (REIS, 2011). Com esta interface, a

Fonoaudiologia abandona as práticas educativas e corretivas e busca outras estratégias de intervenção.

Cunha (1997) aponta que diante desta interface o fonoaudiólogo abre mão “dos diagnósticos baseados estritamente no estabelecimento de relações causais entre fatores orgânicos e sintomas de linguagem.” (CUNHA, 1997, p. 37)

O mesmo entrevistado 13 aponta que:

“Esta postulação traz dois efeitos: 1) a linguagem é o lugar da humanização e nesta condição está antes de e proporciona o sujeito, o que lhe subtrai qualquer traço de comportamento ou habilidade a ser adquirida ou revelada, e 2) o sujeito é a revelação singular de um processo universal de humanização. Esses conceitos de linguagem e sujeito, que estão imbricados, já que constitutivos, apontam para outro caminho técnico à Fonoaudiologia.”

Visualizamos, também, esta mudança de concepção com o entrevistado 2, que, ao apontar esta articulação com a Psicanálise, diz que esta “possibilita uma concepção de sujeito que mostra, na e pela linguagem, sua constituição heterogênea, descentrada”.

O entrevistado 4, cita Cunha (1997) para falar da posição do sujeito nesta clínica – considerando-o com efeito de um processo:

“a aproximação teórica feita pelo fonoaudiólogo com a psicanálise deverá abranger teorias que tratem dos aspectos referentes ao processo de individuação e de subjetivação da criança.”

O entrevistado 7 coloca que a Fonoaudiologia “tira proveito de formulações psicanalíticas sobre a produção do sujeito na alteridade, sobretudo em relação à constituição simbólica do psiquismo.”

O entrevistado 8 aponta para a importância da “história do sujeito e das suas relações”.

Finalizando esse item, cumpre ressaltar que a mudança na concepção de sujeito na clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise altera a maneira de atuar do fonoaudiólogo e, embora, em nenhum dos trabalhos pesquisados na revisão bibliográfica desta dissertação encontrou-se uma definição do que seria o sujeito da Fonoaudiologia (que vigora nesta clínica, dita interdisciplinar), diversos estudos relatam a admissão do sujeito do inconsciente (conceito da Psicanálise) e expõe pesquisas que propõe a articulação das manifestações clínicas com conteúdos relativos à subjetividade dos pacientes. (SILVA, 2010; TELLES, 2009; POMBO, 2008; MACHADO, 2007; GARRIDO, 2007). Tais investigações vêm construindo uma base bibliográfica importante para a orientação de uma atuação clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise.

2. Sintoma

A concepção de sintoma e seu lugar na clínica fonoaudiológica também foram apontados em todos os depoimentos como uma marca de distinção da Fonoaudiologia atravessada pela Psicanálise e, da mesma maneira que foi observado com a categoria sujeito, na categoria sintoma, puderam ser demarcados dois momentos distintos:

Um primeiro, marcado histórico e classicamente por sintomas fonoaudiológicos classificados e descritos com base na clínica médica. Tal prática é ancorada na doença, ou seja, é por meio dela ou a partir dela que são construídos os liames sua clínica. Esta Fonoaudiologia reduz a doença a descrições empírico-pragmáticas, classificando seus sintomas partindo daquilo que é observável no corpo daquele que o procura e muitas vezes, baseado em diagnósticos médicos. Nos textos obtidos, de todos os sujeitos,

poucas são as palavras destinadas a descrever a compreensão e o lugar do sintoma na clínica fonoaudiológica tradicional. As descrições apontam para as mudanças sofridas e para o estatuto do sintoma já em interface com a Psicanálise. O entrevistado 13 é o único que nos dá uma dimensão do que seria este aspecto do sintoma na clínica fonoaudiológica sob esta ótica:

“A clínica fonoaudiológica tradicional lida com a idéia de queixa, ou seja, de que há uma denúncia inicial de um mal-estar que detona todo o trabalho. Uma das maiores discussões da área recai exatamente sobre esta questão porque já se sabe que as “queixas” são transitórias, maleáveis, sujeitas a modificações de toda espécie.”

Nas considerações de Cunha (1997) *“Tradicionalmente, a Fonoaudiologia toma o sintoma como aquilo que se vê porque altera o corpo, restringindo-se a algo como a dimensão visual da fala”* (CUNHA, 1997, p. 38).

Estudos como o de Gouvêa (2007) apontam para dificuldades em assumir esta posição:

“Acredita-se que a via pedagógica do ensinar/corriger a norma da língua, que não ultrapassa uma ordenação direta entre o biológico e o ser consciente, é capaz de ensinar um modo correto em direção ao bem dizer. Dessa maneira, pode-se dizer que a fala e a escrita dos sujeitos em sua heterogeneidade, são homogeneizadas.” (GOUVÊA, 2007, p. 18)

Na sequência, este mesmo entrevistado (13), também nos oferece uma leitura da concepção de sintoma a partir da interface com a Psicanálise:

“Os sintomas encenam um jogo de defesas, denunciam e escondem ao mesmo tempo, que não é senão um jogo transferencial. Os sintomas se movimentam ou se paralisam num jogo discursivo, entre terapeuta e paciente, tecendo uma possibilidade de subjetivação. Se a natureza e função dos sintomas são estas, também são outros os

lugares do terapeuta e do paciente neste jogo de subjetividade. Aqui não há modelo nem aprendiz, há um jogo de linguagem.”

Outra maneira de descrever o sintoma a partir deste entrecruzamento, observamos com o entrevistado 2:

“o sintoma, na maioria das vezes, é apenas a superficialidade de que algo está acontecendo internamente”

E, também, com entrevistado 7:

“permite (entre outros aspectos) ver os sintomas de/na linguagem como efeito do funcionamento psíquico, mesmo quando (os sintomas) estão plasmados por marcas orgânicas (...) tais marcas são sobredeterminadas pela dinâmica psíquica e pelas representações simbólicas que sustentam seus sentidos na história do sujeito.”

Cunha (1997) cita Mezan (1993): *“o fato do sintoma ter eventualmente alguma relação com uma disfunção corporal não modifica em nada o seu sentido e sua função”*

E, em seguida adverte: “Isto é, um sintoma precisa ser compreendido além de sua aparência, sob pena de, inadvertidamente, destituirmos nossos clientes de seus aparelhos psíquicos”

O sintoma tomado como uma manifestação do sujeito, articulado a sua constituição é uma mudança que traz modificações radicais no método clínico terapêutico fonoaudiológico. Considerar os conteúdos subjetivos presentes nas manifestações aparentes do sujeito mudam a lógica da intervenção com os pacientes que procuram a clínica fonoaudiológica. Cunha (1997) ainda nos lembra que “tanto na presença como na ausência de disfunções somáticas, a dimensão psíquica não pode ser desprezada, isto é o sintoma precisa ser também considerado como linguagem.” E,

“dessa forma, parte-se para a superação das interpretações fonoaudiológicas tradicionais, pautadas no estabelecimento de relações causais.” (CUNHA, 1997, p.49)

Em 2007, temos um amplo trabalho de dissertação de mestrado de Gouvêa, que nos permite visualizar a mudança de concepção de sintoma ancorada na Psicanálise e sua pertinência para a clínica fonoaudiológica. A autora propõe e o faz com rigor redimensionar as descrições e noções acerca do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica na interface com a Psicanálise chegando a uma clínica inversa àquela sustentada por princípios médicos.

Como pudemos constatar nos depoimentos, a mudança na concepção de sintoma é mais um eixo de intersecção proveniente desta interface. Estes dados corroboram com dados expressos na literatura fonoaudiológica em teses, dissertações e artigos que direcionam seus estudos e elaborações embasados neste paradigma (SPINELLI, 1986; PINHEIRO E CUNHA, 1994; FREIRE, 2000; AMOROSO, 2000; TASSINARI, 2000; ARANTES, 2003; PASSOS, 2003; MASSI, 2004, FERAZ, 2006, RANGEL, 2006, FERNANDES, 2007, MACHADO, 2007; DIAS, 2009)

3. Transferência

Esta categoria foi citada por 13 dos 14 sujeitos da pesquisa. Em todas as citações, este aspecto mostrou-se como condição para o trabalho clínico terapêutico fonoaudiológico admitido em consequência de uma tomada de posição do fonoaudiólogo diante do encontro com a Psicanálise. Dado também sugerido por Cunha em 1997. Explicitamo-nos: uma clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise reconstrói suas bases teóricas e, com isso, modifica sua postura clínica diante do saber,

do paciente e do seu sintoma. Introduce uma ética – a ética da Psicanálise – e atua sob efeito da **transferência**.

Vejamos de que maneira isto aparece nos textos:

“aprendemos a importância do vínculo, do afeto (...) aprendemos também a entender melhor a nós mesmos e que muitas vezes não nos identificamos com determinado paciente, que às vezes o melhor é trocar de terapeuta” **(entrevistado 1)**

“sem dúvida melhora muito a nossa forma de atender nossa clínica.”
(entrevistado 2)

“permite expandir a reflexão sobre/a ação da própria clínica fonoaudiológica (...). Mas eu sempre digo que a psicanálise me ensinou muito mais a *não fazer coisas* do que a *fazer* alguma coisa” **(entrevistado 3)**

“O fonoaudiólogo começa agora a considerar na clínica fonoaudiológica fenômenos antes descritos somente por psicólogos e psicanalistas: o significado do sintoma, a transferência, a contratransferência, o *setting* e a implicação da dinâmica familiar. Estes aspectos mais sutis da interação começam a ganhar relevância na clínica fonoaudiológica, que anteriormente ocupava-se simplesmente com a aplicação de exercícios e técnicas específicas e não com o sentido mais amplo da relação terapeuta-cliente.” **(entrevistado 5)**

“Utilizar a teoria psicanalítica ou adotar uma orientação psicanalítica necessariamente coloca o terapeuta, seja ele fonoaudiólogo, psicopedagogo, médico ou psicólogo em outro lugar.” **(entrevistado 6)**

“acolhimento e manejo de elementos transferenciais ou conteúdos psíquicos que os pacientes atualizam na cena clínica fonoaudiológica, como meio para entrar em contato e para operar com sentidos que calcificam sintomas e com aqueles que os deslocam ou transformam.” **(entrevistado 8)**

“Nas maneiras de se compreender e lidar com a relação intersubjetiva que se dá no espaço terapêutico e os movimentos e repercussões desta no sujeito e na linguagem...” **(entrevistado 9)**

“destaco a questão da transferência, sendo esta um dos alicerces para todo e qualquer ato clínico, sendo portanto, de suma importância para a Fonoaudiologia. Se a natureza e função dos sintomas são estas, também são outros os lugares do terapeuta e do paciente neste jogo de subjetividade. Aqui não há modelo nem aprendiz, há um jogo de linguagem.”**(entrevistado 13)**

“impôs a necessidade de interrogar a posição do clínico na condução do tratamento.” **(entrevistado 14)**

Cumprir notar que esta categoria representa a parte central dos depoimentos. Em todos eles, a adoção do fenômeno transferencial mostrou-se como eixo central da

atuação clínica nesta interface. É possível estabelecer a seguinte ordenação lógica diante dos dados apresentados: a interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise trouxe para a Fonoaudiologia dois conceitos operantes em sua clínica – a concepção de sujeito e de sintoma – e, diante do compromisso que a adoção destes dois conceitos implica, há uma modificação na relação fonoaudiólogo-paciente originária da clínica fonoaudiológica e, constata-se isto, a partir da transferência. (VIEIRA, 1997; GOMES, 1999; STEINBERG, 2000; CUNHA, 2002; FERNANDES, 2007)

Desta maneira, acordo com o que foi descrito, foi possível destacar que as mudanças nas concepções de **sujeito, sintoma e** a adoção do conceito de **transferência** predominam nos depoimentos dos entrevistados analisados como representação emblemática da interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Toda ciência começa em filosofia e termina em arte”

Will Durant

Ao longo deste trabalho destacamos a penetração e as contribuições da Psicanálise para o método clínico fonoaudiológico.

A interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise vem afetando o exercício clínico fonoaudiológico e explicitar os pilares que sustentam a direção do tratamento fonoaudiológico atravessado pela Psicanálise mostrou-se possível, e fundamental. Depois de quase vinte desse diálogo interdisciplinar.

Em um primeiro momento, traçamos um percurso histórico da construção da clínica e situamos de que maneira a Fonoaudiologia foi afetada pelos diferentes cortes epistemológicos ao longo do tempo. E, buscamos depoimentos de fonoaudiólogos/professores de universidades brasileiras que assumem esta vertente teórica, para que pudéssemos delinear um panorama sobre como os profissionais da área estão, efetivamente, fazendo uso clínico desta interface.

Diante dos depoimentos dos sujeitos estudados pudemos constatar que o clínico que exerce sua função a partir dessa interface, reconhece: a interdisciplinaridade como essencial; atribui de caráter transferencial ao vínculo terapêutico; e, valoriza a subjetividade do paciente.

Ao sustentar-se na transferência, oferece ao paciente a possibilidade de produzir um saber a respeito de si, o que inclui seus sintomas.

É neste sentido que podemos dizer que a mudança na concepção de sujeito, de sintoma e a transferência são os eixos que circunscrevem a prática clínica fonoaudiológica orientada por referenciais psicanalíticos.

Trata-se de orientar o tratamento fonoaudiológico no sentido de responsabilizar o sujeito pelo seu sintoma e considerar a importância da posição do terapeuta neste processo. E, desta maneira, afastar-se dos preceitos empíricos-positivistas que embasam uma atuação clínica na qual o sintoma restringe-se ao estatuto de marca de uma determinada doença e o clínico é aquele que detém o saber em relação ao paciente e seu sintoma. Diferentemente, na atuação clínica inspirada na Psicanálise, o saber desloca-se para o sujeito em sofrimento que demanda escuta terapêutica.

A propósito, segue um trecho de diálogo entre uma fonoaudióloga, um psicanalista e um paciente que participavam de uma interconsulta:

O paciente:

- Por que vocês dois tem que vir junto? Eu não posso conversar com um só? É mais fácil

A fonoaudióloga:

- Por que eu estou aqui para ajudá-lo a dizer algumas coisas

O psicanalista:

- Isto! E eu estou aqui para ajudá-lo a entender o porquê você diz algumas coisas

O paciente:

- Mas, isso não é a mesma coisa?

Interpreto a resposta subversiva que nos dá este paciente. Ao intervir num sujeito e seu sintoma, desde o corte epistemológico da Psicanálise, sempre estaremos atuando em um campo que é interdisciplinar. O que não significa que temos que dar conta de tudo ao atuar clinicamente e nos formar enquanto fonoaudiólogos, psicanalistas, educadores, psicopedagogos, etc. ou que precisaríamos de vários profissionais de diferentes áreas para conseguir excelência em um atendimento. Nem tampouco que não possa haver a possibilidade de interconsultas e/ou encaminhamentos. Mas sim que a lógica que sustenta esta intervenção deve partir do princípio de que não encontraremos nenhum saber específico que dê conta de um sujeito na sua totalidade e que o sujeito e seu sintoma são a mola propulsora de qualquer atividade clínica.

Fica a sugestão para os fonoaudiólogos que continuem atentos às demandas, às questões, às dúvidas e angústias que emergem nos atendimentos clínicos. Assim, decerto, teremos novos trabalhos que nos permitirão ressignificar este contexto que só se sustenta pela impossibilidade de concluí-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, L. **“O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro.”** In.: Lier – De Vitto, M.F. (org.) Fonoaudiologia no sentido da Linguagem. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997, p. 23-37.

AUTHIER-REVUZ J., 1993, **"Repères dans le champ du discours rapporté (I) & (II)**

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal.** Trad. Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Escuta, 2002.

BENVENISTE, Émile. **O aparelho formal da enunciação.** In: BENVENISTE, Émile. Problemas de Lingüística Geral II. Campinas: Pontes, 1989. Cap. 5, p. 81-90.

BENVENISTE, Émile. **A linguagem e a experiência humana.** In: BENVENISTE, BENVENISTE,Émile. **Problemas de Lingüística Geral II.** Campinas: Pontes, 1989. Cap. 4, p. 68-80.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico,** Plexus, São Paulo, SP, 1995.

_____. **“Linguagem, escrita e subjetividade: implicações do trabalho grupal,** 2007.

CASTELLANO, G. B. **Adolescentes com Paralisia Cerebral: Estudo de Casos Clínicos.** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PEPG em Fonoaudiologia, PUC-SP. São Paulo, 2010.

COTRIM, Gilberto. **Fundamento da Filosofia,** 2000.

CUNHA, M. C. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

DIAS, C.E.B. **“Corpo linguagem na fala de sujeitos com doença de Parkinson”**. Dissertação (Mestrado em Lingüística) Unicamp, Campinas, 2008.

DUNKER C.I.L. **“Clínica, Linguagem e Subjetividade”**. In.: Revista dos Distúrbios da Comunicação. Vol. 12, n. 01, p. 39-60., 2000.

_____ **“Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica”**, Tese de livre-docência, departamento de psicologia clínica do instituto de psicologia da USP, 2007.

FREUD, S. (1921) **“Psicologia das massas e análise do eu”**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **“As neuropsiconeuroses de defesa”** (1894).

_____. **“Dinâmica da transferência”**, (1912) V-XIII

_____. **“Conselho aos jovens médicos sobre a prática psicanalítica**. (1912) V-VXII.

_____. **“História do movimento psicanalítico”** (1914) V-XIV

_____. **“O sentido dos sintomas”** (1916-17) XVII

_____. **“Além do princípio do prazer”** (1920) V-XVIII

FONSECA, S.C. **“A Instância Clínico-Terapêutica da Fonoaudiologia”** In.: Redina Maria Freire (org.) Fonoaudiologia – Seminário de Debates. 1 ed.: São Paulo, Roca, v. 03, p. 67-78, 2000.

FOULCAULT, M **“A Arqueologia do Saber”**. Forense. Rio de Janeiro, 1987.

_____ **“O Nascimento da Clínica”**. Forense. Rio de Janeiro, 1987.

_____ **“A Hermenêutica do Sujeito”**. Martins Fontes. São Paulo, 2004.

FREIRE, R.M.A.C. **“O Objeto da Fonoaudiologia”** In.: Congresso de Fonoaudiologia, 1996.

_____. **“O diagnóstico nas alterações de linguagem infantil.”** In.: Revista Distúrbios da Comunicação, vol. 12, número, 01, 2000, p.107-116.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GINZBURG, C **“Mitos, emblemas e sinais”**. São Paulo, Forense, Companhia das Letras, 1989.

GRAÑA, C.G. (org.) **“Quando a fala falta – Fonoaudiologia, Linguística e Psicanálise.”** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HERRMANN, S **“Psicanalisar”**. São Paulo, Perspectiva, 1986.

JACKOBSON, R. **Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia**. Em: Linguística e Comunicação. São Paulo: Cultrix, 1988.

JERUSALINSKY, A. **“Multidisciplina, interdisciplina e transdisciplina”** Escritos da criança – Centro Lydia Coriat, Porto Alegre, no. 3, 1990.

_____. **“Clínica Interdisciplinar com bebês – qual a especificidade desse campo clínico?”** Artigo publicado in: Clínica com crianças: enlaces e desenlaces, org. Mira Wajntal, Casa do Psicólogo, 2008.

JERUSALINSKY, J. **“A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo”** Teses (Doutorado em Psicologia Clínica) PUC-SP, 2009.

LACAN, J. (1997[1959–60]) O seminário, Livro 7: **“A Ética da Psicanálise”** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____. (1997[1960–61]) O seminário, Livro 8: **“A Transferência”** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____. (1998[1964]) O seminário, Livro 11: O seminário, Livro 11: **“Os quatro conceitos fundamentais em Psicanálise”** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

_____. (1997[1969–70]) O seminário, Livro 17: **“O avesso da Psicanálise”** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____. (1937) **“O estádio do espelho como formador da função do [Je] tal como nos revela a experiência psicanalítica”**, In: Escritos. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

_____. (1937) **“Agressividade em psicanálise”**, In: Escritos. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

_____. (1946) **“Formulações sobre a causalidade psíquica”** In: Escritos. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

_____. (1967) **“Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da escola”**, 2003.

LAPLANCHE e PONTALIS **“Vocabulário da Psicanálise”** Martins Fontes, São Paulo, 1997.

MACHADO, F.P. **“Problemas de linguagem oral e de alimentação: co-ocorrências na clínica fonoaudiológica”** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

MATTEO, G. **“A função terapêutica na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico”** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia), PUC, SP, 2001

MEIRELLES, C.E.F **“Método e Crítica”** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia Clínica da USP, 2004.

_____. **Psicanálise em Extensão à Fonoaudiologia** – Palestra apresentada no Seminário de Formações Clínicas do Fórum do Campo Lacaniano, São Paulo, 2007.

MILLER, J.A. **Lacan Elucidado**. Palestras no Brasil. Coleção Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

NUTTON, V. **“The Chronology of Galen's Early Career”**, 1973.

OLIVEIRA, B.S.A. **“Instituição e psicanálise: da impotência á impossibilidade”** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2000.

ORLANDI, V. **“Distúrbio Articulatorio: Um pretexto para refletir sobre a disjunção teoria e prática na clínica da linguagem.** Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A. P.; CUNHA, M. C. **“Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências?”** In.: Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri, v.19, n.02, Abril/Junho de 2006.

PALLADINO, R. R. R. **“A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia.”** In.: Revista dos Distúrbios da Comunicação, São Paulo. vol. 12, número, 01, 2000, p. 61-73.

_____. **“Encontros e desencontros da fonoaudiologia”** In.: Maria Consuelo Passos (org.) **Fonoaudiologia: recriando seus sentidos**. 1. ed. São Paulo: Plexus, p. 45-62, 2002.

PAULA SOUZA, L. A. **“Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica”** In: Revista Distúrbios da Comunicação, vol 10, no. 02, 1999.

PÊCHEUX, M. **Análise Automática do Discurso. Por uma análise automática do discurso** (Gadet, F. & T. Hak, orgs.). Campinas: Editora da Unicamp, 1990. [Original de 1969]

REIS, B.P. **“Indicadores preliminares para a constituição do sujeito leitor/escritor.”** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) PUC – SP, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, A.C.O., **“Angústia e Silêncios”** . In: Nina Virgínia de Araújo Leite (org.) **Corporinguagem – Angústia: o afeto que não engana**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2006. p. 143-156.

SAUSSURE, F. **“Curso de linguística geral”**. 25 ed. São Paulo: Cultrix, (2003[1916])

SILVA, A. L. B. P., **“Da fantasia de infância ao infantil na fantasia – a direção do tratamento na psicanálise com crianças”** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia da USP, 2006.

SILVA, G.G. **“Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem”** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

SILVA, M. F. F., **“Conteúdos Psíquicos e Efeitos Sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica.”** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) PUC – SP, 2010.

SILVESTRE, D e M. **“A transferência é amor que se dirige ao saber”** In: Lacan – (org. Gérard Milles) Jorge Zahar / Campo Freudiano do Brasil, p.92 – 101, 1999.

TASSINARI, M.I. **“Objetividade e subjetividade na clínica fonoaudiológica”** Revista Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v.12, no.01, p. 39-61, 2000.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 242.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise.** 7ª Ed. São do Psicólogo, 2010.

VORCARO, A. **“Sobre a clínica da DERDIC”** Revista Estilos da Clínica. São Paulo. P.115-119, 1998.

VORCARO, A. e SOUZA, S.P. **Lacos á deriva: relações inter-setoriais entre a Psicologia e a Fonoaudiologia.** In: Crianças na Psicanálise – clínica, instituição, laco social. Rio de Janiro: Companhia de Freud, 1997.

YAÑES, Z “**Desde o verbo de Nicolàs**”, Escritos da criança – Centro Lydia Coriat,
Porto Alegre, no. 3, 1990.

ANEXOS

Anexo I - ROTEIRO

Nome:

Faculdade:

Área de atuação:

Formação:

Graduação (instituição e data de conclusão):

Pós- graduação (tipo, instituição e ano de conclusão):

Quais as suas considerações sobre as influências da aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise no método clínico terapêutico fonoaudiológico?

Anexo II - CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Juliana de Souza Moraes Mori, fonoaudióloga, mestranda do programa de estudos pós-graduados da PUC-SP, portadora do Crfa.12.913, CIC 294945308-29 e RG 33.221.756-5, estabelecida na Rua Henrique Chaves, 291, Ap. 83, CEP 05372-050, na cidade de São Paulo, cujo telefone de contato é (11) 7414-1464, e eu, Profa. Dra. Maria Cláudia Cunha, fonoaudióloga (orientadora), estamos desenvolvendo uma pesquisa, cujo título é **CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO CLÍNICO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO NA INTERFACE COM A PSICANÁLISE**.

O objetivo desse estudo é investigar as implicações da aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise na utilização do método clínico terapêutico fonoaudiológico. Uma forma de investigar esse acontecimento é por meio de pesquisas científicas como esta. Gostaríamos de poder contar com sua participação, pois suas informações são valiosas para compor o presente estudo. Para tanto, solicito sua colaboração por meio da resposta, por email, ao anexo 1 e o envio deste termo devidamente assinado – via fax, para o número: (16) 3942-2998.

Sua participação não trará qualquer benefício direto mas proporcionará um melhor conhecimento sobre a interface entre Fonoaudiologia e Psicanálise. Não existe outra forma de obter dados que possa ser mais vantajosa.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato Juliana Mori, 11- 7414-1464.

Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Garantimos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum destes.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Nós nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação. Os dados dessa pesquisa poderão ser utilizados em estudos futuros sobre a mesma temática.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li descrevendo o estudo **CONSIDERAÇÕES ACERCA DO MÉTODO CLÍNICO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO NA INTERFACE COM A PSICANÁLISE.**

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Data ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Anexo III – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre
São Paulo, 13 de setembro de 2010.

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo de pesquisas nº 252/2010

Unidade de origem: *Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*

Curso: *Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia*

Orientador(a) Prof(a). Dr(a): *Maria Cláudia Cunha*

Autor(a): *Juliana de Souza Moraes Mori*

Título do Projeto de Pesquisa: *Considerações acerca do método clínico terapêutico fonoaudiológico na interface com a psicanálise*

Nível: *Dissertação de Mestrado*

O projeto “*Considerações acerca do método clínico terapêutico fonoaudiológico na interface com a psicanálise*”, da aluna Juliana de Souza Moraes Mori, orientanda da Profa. Dra. Maria Cláudia Cunha, tem como objetivo investigar as implicações da aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise na utilização do método clínico terapêutico fonoaudiológico. Trata-se de pesquisa de natureza quanti-qualitativa,

realizada por meio de estudo de caso de um grupo de fonoaudiólogos. Os participantes desta pesquisa serão selecionados através da indicação dos coordenadores de cursos de Graduação em Fonoaudiologia de todo o Brasil, contatados via e-mail. O contato com os participantes da pesquisa será realizado via correio eletrônico, tanto para o envio do termo de consentimento quanto para responder ao roteiro de perguntas. As respostas serão analisadas sob dois aspectos: quantitativo – análise descritiva, com tabelas de porcentagem e estatística das variáveis estabelecidas; qualitativa – baseada na Teoria dos Discursos de Lacan e na Ética da Psicanálise. Apresenta cronograma incompleto. **Conclusão:** O projeto apresentado atende todos os requisitos estabelecidos pelo CONEP e, portanto é considerado aprovado e sem risco do ponto de vista ético.

Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP

APÊNDICES

Apêndice A

Seguem as respostas completas enviadas por email pelos sujeitos da pesquisa:

Sujeito 1:

Penso que existem várias aproximações entre Fonoaudiologia e Psicanálise, que se influenciam mutuamente no método clínico quando se conhece o suficiente de cada uma das ciências, nas palavras de Maria Claudia Cunha o território como fronteira. Em primeiro lugar ambas trabalham com a Linguagem, enquanto a Fonoaudiologia tem como um de seus objetivos tratar os problemas das alterações da Linguagem oral e Escrita, a Psicanálise usa o discurso, portanto a linguagem do paciente como instrumento na sua clínica, pois é através das associações livres que o psicanalista vai aos decifrando as causas, as origens das neuroses apresentadas por seu paciente. Outro ponto em comum é que o fonoaudiólogo trata a voz e a falta da voz ou a rouquidão é um sintoma muito comum em determinadas patologias mentais. O fonoaudiólogo trata os problemas da audição, pessoas que não escutam porque perderam ou nasceram sem ouvir, ou até porque tem transtornos no processamento auditivo, distorcendo os sons. Já o psicanalista atende pacientes que mesmo sem ter nada orgânico tem dificuldade de escutar a própria razão e as evidências do que deveria ser feito para resolver seus problemas. O fonoaudiólogo tem que estar atento para escutar os erros, os vícios da fala do paciente para poder tratá-los, corrigi-los, já

o psicanalista precisa ouvir com atenção pois o discurso é uma fonte importante para orientar o tratamento . A escuta é fundamental para ambos profissionais, ainda que sejam dois tipos de escuta diferentes, um está mais atento ao que é dito e como é dito o outro principalmente precisa ouvir o que está atrás do discurso e até o que não é dito , ouvir o silêncio. Bem resumindo nos apropriamos dos conceitos e princípios da psicanálise não nos tornamos psicanalistas mas melhores fonoaudiólogos , porque aprendemos a escutar nossos pacientes , aprendemos a importância do vínculo , do afeto , aprendemos a dar importância para sintomas que antes nos passariam despercebidos, conseguimos portanto lidar muito melhor com o paciente e com sua família e a entender melhor que não é só causas orgânicas que ocasionam alterações na linguagem oral escrita e na voz de nossos pacientes , aprendemos também a entender melhor a nós mesmo e que muitas vezes não nos identificamos com determinado paciente , que as vezes o melhor é trocar de terapeuta .Em fim a clínica psicanalítica é exclusiva do psicanalista , entretanto a psicanálise é uma ciência que está disponível a qualquer profissional e sem dúvida melhora muito a nossa forma de atender nossa clínica.

Sujeito 2:

Essa aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise no método clínico é necessária para qualquer pretensão de atuação clínica pois acaba por incidir sobre o raciocínio fonoaudiológico.

Começamos admitindo que uma clínica fonoaudiológica voltada para a linguagem é uma clínica voltada para a subjetividade. Sendo assim, seus sintomas ganham um outro valor diferentemente daqueles oferecidos pela fonoaudiologia tradicional. Outro ponto importante é a transferência que, de acordo com Cunha (1997) passa a fazer parte do processo terapêutico. Nesse sentido, uma clínica fonoaudiológica que trabalha com a Psicanálise tem muito mais recursos de lidar com essa complexidade do sujeito e do seu sintoma.

Sujeito 3:

Gosto de pensar que a formação em psicanálise contribuiu para a minha construção como terapeuta, assim como para minhas reflexões a respeito do meu objeto de estudo (especialmente o autismo infantil, ou o espectro autístico). Sem dúvida a “leitura” que os conceitos psicanalíticos possibilitam a respeito desses quadros e suas manifestações parece-me mais interessante e completa. Mas eu sempre digo que a psicanálise me ensinou muito mais a *não fazer coisas* do que a *fazer* alguma coisa.

Eu estudei psicanálise de forma sistemática e acompanhada por grandes psicanalistas durante 12 anos (em grupos com psicólogos, em que frequentemente a atuação clínica e a técnica terapêutica eram abordadas); antes disso, lia os “clássicos” pois trabalhava com profissionais da área e fiz os anos iniciais do curso de psicologia. Depois, continuo essas leituras como forma de me manter atualizada e aprofundar minhas reflexões.

Não resta dúvida de que essa “formação” (ou informação???) interferiu na minha constituição enquanto terapeuta e também como professora/supervisora.

Entretanto, se, por um lado, eu procuro despertar nos alunos e orientandos, o interesse por essa área de estudos, por outro, procuro também deixar muito clara a necessidade de formação específica e aprofundada para que qualquer desses conceitos possa ser utilizado na clínica fonoaudiológica.

Considero que o princípio é válido para toda a clínica, mas especialmente com crianças, e mais especialmente ainda com crianças com distúrbios de desenvolvimento (quer isso seja entendido como o espectro autístico e as psicoses, quer como as alterações de desenvolvimento relacionadas a deficiências sensoriais, motoras ou cognitivas): há que se diferenciar muito claramente entre a compreensão psicanalítica de um determinado quadro (caso/sujeito/paciente/família) e a atuação (no sentido psicanalítico) sobre ele.

Penso que, quanto mais superficiais forem os conhecimentos sobre psicanálise (e menor a quantidade de análise pessoal do terapeuta), maiores as chances de isso acontecer. (E só a compreensão psicanalítica aprofundada permite uma perspectiva mais clara a respeito dos riscos e prejuízos resultantes).

Assim, minha posição básica é a de que a compreensão psicanalítica pode ser uma grande contribuição para o fonoaudiólogo. No sentido de que todo conhecimento acrescenta, se for mantida a posição científica em que se considera que nenhum conhecimento é definitivo e que nenhuma teoria contém a “verdade”. Por outro lado, qualquer atuação baseada na compreensão psicanalítica deve ser fundamentada em ampla formação e supervisão sistemática (não a que se faz nos cursos de graduação, nem em fonoaudiologia nem em psicologia, a supervisão clínica, de preferência por psicanalista didata,

que permite a identificação e o “descolamento” dos conteúdos pessoais do terapeuta no processo de terapia).

Sujeito 4:

Na década de 80 a Fonoaudiologia sofre mudanças significativas no que se refere às concepções sobre a aquisição da linguagem e a clínica da linguagem. Esta mudança está associada a uma maior proximidade de áreas antes não contempladas pela Fonoaudiologia, como a Lingüística, a Análise do Discurso, a Psicolingüística e a Psicanálise. O encontro com estas áreas do conhecimento propiciou à Fonoaudiologia tomar a linguagem como produto de uma atividade de interação e de intersubjetividade, (De Lemos, 1982; Lier-de Vitto, 1983). O fonoaudiólogo começa agora a considerar na clínica fonoaudiológica fenômenos antes descritos somente por psicólogos e psicanalistas: o significado do sintoma, a transferência, a contratransferência, o *setting* e a implicação da dinâmica familiar. Estes aspectos mais sutis da interação começam a ganhar relevância na clínica fonoaudiológica, que anteriormente ocupava-se simplesmente com a aplicação de exercícios e técnicas específicas e não com o sentido mais amplo da relação terapeuta-cliente.

Passaram-se já alguns anos do início desta longa e contínua caminhada, mas ainda hoje (pelo menos na região sul do Brasil) a fonoaudiologia parece padecer de uma certa “dermatite de contato” no que tange especialmente a suas relações com a psicanálise. O uso de cada teoria ou técnica pareceria ser excludente: se utilizo a psicanálise não sou mais fonoaudióloga (o), ou seja, se penso

interdisciplinarmente ou transdisciplinarmente perco a identidade. Durante o tempo em que venho divulgando o uso pessoal que faço da psicanálise em fonoaudiologia, através de cursos, publicações e palestras, tenho ainda ouvido com certa freqüência este tipo de comentário *apartheidista*. Indaguemos, porém, desde uma perspectiva epistemológica: Como surge uma ciência ou uma disciplina do conhecimento? Ela nasce límpida, imaculada, sem ascendentes, sem misturas, sem alteridade? Se pensarmos que o próprio Freud se valeu das mais diversas fontes de conhecimento e de diferentes disciplinas para construir o corpo teórico da psicanálise, como a arte, a literatura, o teatro, a filosofia, a antropologia, a medicina, como não pensar nesta miscigenação ou intertextualidade como algo produtivo e criativo?

A fonoaudiologia é uma ciência de interfaces, de interpenetrações, de junções e de pluralidades. Utilizamos também conhecimentos oriundos das mais diversas áreas, como a medicina, a pedagogia, a lingüística, a psicologia, a psicanálise, etc. Quando nos servimos, por exemplo, de saberes oriundos da área médica (otorrinolaringologia, neurologia, etc.), não temos “medo” de nos transformarmos em médicos; quando utilizamos conhecimentos derivados da pedagogia não nos tornamos pedagogos, quando utilizamos as contribuições da lingüística não estamos sendo lingüistas; o que acontece então, particularmente, com o uso possível da psicanálise pela fonoaudiologia? O que nos assusta neste encontro, nesta interface vivida como “perigosa”? Utilizar a teoria psicanalítica ou adotar uma orientação psicanalítica necessariamente coloca o terapeuta, seja ele fonoaudiólogo, psicopedagogo, médico ou psicólogo em outro lugar. É como se

os “ouvidos” passassem a escutar coisas antes “inaudíveis” e como se os “olhos” enxergassem coisas antes veladas a estes olhos. E por mais que possamos desejar voltar a não ver e ouvir o que já começamos a ver e ouvir, não conseguimos mais isto. Isso certamente nos assusta. Não se pode mais voltar atrás. Não se pode ser mais o que se era antes. Não se pode voltar a ficar “surdo” ou “cego” para certas coisas com as quais a psicanálise nos coloca em contato. Com certeza somos remetidos para um outro lugar que era antes inabitado pelo fonoaudiólogo e muitas vezes inimaginável. Mas qual é esse lugar? Como caracterizar esse lugar? Maria Cláudia Cunha (1997) propõe a *fronteira como o próprio território* que poderemos habitar. A fronteira adquire então o *status* de lugar, de querência, de *habitat* móvel e permeável para o clínico da linguagem.

A fonoaudiologia que eu realizo em meu consultório faz interface com a teoria psicanalítica winnicottiana, já que o público que eu atendo é de crianças com transtornos graves do desenvolvimento (autismo e psicose infantil). Por que escolhi a psicanálise winnicottiana para fazer fronteira com a prática clínica fonoaudiológica? Acredito que esta escolha foi primeiramente fruto do meu interesse pelo brincar infantil, já que o meu objetivo inicial era pesquisar a atividade lúdica tal como era contemplada pela fonoaudiologia no trabalho clínico com crianças. Encontrei em Winnicott uma ampla teorização sobre o brincar e também o relato de inúmeros casos atendidos pelo psicanalista em que esta atividade aparecia como o próprio e único meio de realizar a terapia infantil com seus pequenos pacientes. Deparei-me, em seus relatos, com situações bastante

semelhantes às que eu encontrava em minha clínica com pacientes graves e fui tocada principalmente por suas reflexões sobre a importância do ambiente e das peculiaridades da relação precoce entre as mães e os bebês em condições sadias e patológicas. Cunha (1997) aponta que para o tratamento fonoaudiológico de crianças diagnosticadas como psicóticas ou *borderlines*, a aproximação teórica feita pelo fonoaudiólogo com a psicanálise deverá abranger teorias que tratem dos aspectos referentes ao processo de individuação e de subjetivação da criança: “Considero ser esse um problema que merece maior investigação a partir, inclusive, de outras tendências teóricas advindas da psicanálise freudiana – que aqui foi o meu ponto de partida e também de chegada (p.150)”.

Comecei então a participar de grupos de estudos sobre a obra de Winnicott, e nestes encontros, para minha surpresa, encontrei profissionais de diferentes áreas também curiosos e interessados em ampliar o conhecimento de sua teoria, como pediatras, pedagogos, assistentes sociais, educadores, etc. Desta forma, pude certificar-me de que a obra do psicanalista inglês era, não apenas importante, mas utilizável por qualquer profissional que exercesse algum trabalho junto às crianças, tivesse este uma função terapêutica ou não.

Sujeito 5:

Considero extremamente importante, já que o sintoma, na maioria das vezes, é apenas a superficialidade de que algo está acontecendo internamente. Sabendo que mesmo as características de uma personalidade dos ditos normais implica

uma série de aspectos biológicos, psíquicos e socioculturais, pensa-se então que aquele que por algum motivo apresenta em sua fala, linguagem ou voz qualquer alteração, deve ser tratado inteiro, pois não há como separar tais aspectos. O que tais sintomas representam para ele e sua família, o que lhe trás de ônus e bônus, vai significar demais para o processo terapêutico e sua melhora, ou mudança de sintoma (isto acontece muito). Não há como trabalhar com sujeitos se não considerarmos tal aproximação. É como se fosse o “acabamento”, aquele ponto mais importante da roupa, mas o menos visível para o leigo, mas o bom entendedor, o sujeito que tem a gestalt clínica percebe e enxerga nesta aproximação o verdadeiro trabalho terapêutico.

Sujeito 6:

Acredito que é mais uma das interfaces que a Fonoaudiologia tem porque ao lidar com a comunicação e linguagem humana ela apresenta uma das faces voltada para o estudo do psiquismo humano.

Sujeito 7:

Em síntese, considero tais influências produtivas, por várias razões, entre as quais destaco: a Fonoaudiologia lida com a linguagem, cuidando das perturbações e transtornos que incidem sobre sua aquisição e seus usos, por isso tira proveito de formulações psicanalíticas sobre a produção do sujeito na alteridade, sobretudo em relação à constituição simbólica do psiquismo; o que permite (entre outros aspectos) ver os sintomas de/na linguagem como efeito do funcionamento psíquico, mesmo quando (os sintomas) estão plasmados

por marcas orgânicas. Isto porque, nesses casos, tais marcas são sobredeterminadas pela dinâmica psíquica e pelas representações simbólicas que sustentam seus sentidos na história do sujeito.

Nessa direção, a psicanálise fornece elementos a serem apropriados e singularizados na prática clínica fonoaudiológica, por exemplo: - escuta ao sujeito, ao sofrimento (demandas, para além dos conteúdos manifestos) que os sintomas de/na linguagem indiciam, abrindo à compreensão e à interpretação por parte do fonoaudiólogo, e, por essa via, à elaboração pelo paciente; - acolhimento e manejo de elementos transferenciais ou conteúdos psíquicos que os pacientes atualizam na cena clínica fonoaudiológica, como meio para entrar em contato e para operar com sentidos que calcificam sintomas e com aqueles que os deslocam ou transformam.

Sujeito 8:

As influências estão presentes em todos os momentos do processo terapêutico... Nas maneiras de significar e interpretar o sujeito, sua queixa, demandas e sintomas... Em uma compreensão ampliada dos dados de anamnese e história do sujeito e das suas relações, bem como do lugar e importância da família no processo terapêutico... No lugar e significação da fala e dos silenciamentos; dos ditos e não ditos; feitos e não feitos... Nas maneiras de se compreender e lidar com a relação intersubjetiva que se dá no espaço terapêutico e os movimentos e repercussões desta no sujeito e na linguagem...

Sujeito 10:

Eu diria que a aproximação da Fonoaudiologia à Psicanálise, em particular, a de vertente lacaniana, não foi sem conseqüências. Movimento semelhante foi realizado pela Fonoaudiologia em seus primórdios com a aproximação feita a Medicina e a seu método clínico. Mais tarde, a natureza do objeto fonoaudiológico, simbólica para alguns, levou a diálogos frutíferos com a Lingüística, tanto a discursiva quanto aquela interessada na particularidade da aquisição de linguagem. O fato de que nem a Medicina, nem a Lingüística deram conta dos enigmas que a clínica fonoaudiológica nos coloca serviu de estopim para um afastamento dos primeiros e uma aproximação do campo psicanalítico dada sua natureza clínica de um lado, e seu objeto de outro, pois para falar do inconsciente e seus efeitos, a psicanálise constrói uma base teórica sobre o sujeito e a língua. Esta clínica avança para além dos campos citados e parece mais promissora para a fundação do edifício clínico da Fonoaudiologia, aqui entendido como uma estrutura com 4 alicerces: semiologia, etiologia, diagnóstica e terapêutica. Digo isto porque não vejo como esta aproximação possa ter conseqüências para o método clínico sem levar em conta os outros elementos que formam os argumentos ou de onde saem os argumentos para justificar o funcionamento dos sintomas de linguagem do sujeito, em uma relação deste com o Outro, atravessada pela língua, fala, escrita.

Sugiro os textos publicados pela linha “Linguagem e Subjetividade “ e a coluna “Fonoaudiologia em questão”, que podem ser localizados em nosso site www.pucsp.br/linguagemesubjetividade, como espaços de concretização de estudos que aprofundam as questões apenas tocadas acima. São também

espaços que apontam para um posicionamento político e ético, advindo desta aproximação.

Sujeito 9:

Acredito que deva possa haver uma promissora aproximação entre as áreas da Psicanálise e da Fonoaudiologia, pelo fato da importância de determinados conceitos oriundos da psicanálise serem fundamentais para o processo clínico na área da linguagem. Dentre esses conceitos destaco a questão da transferência, sendo esta um dos alicerces para todo e qualquer ato clínico, sendo portanto, de suma importância para a Fonoaudiologia. Também destaco o fato do Fonoaudiólogo poder considerar a presença do inconsciente na constituição das alterações no campo da linguagem. Acredito que a psicanálise, não somente como teoria, mas como uma prática, uma técnica, necessite ancorar as ações clínicas do Fonoaudiólogo, além da necessidade da própria vivência do mesmo num processo de análise. Penso que o Fonoaudiólogo precisa estar “afetado” pela psicanálise, precisa tê-la como um atravessamento teórico e clínico e assim desta forma poderá considerar e compreender o papel destes já citados e muitos outros aportes para sua clínica.

Sujeito 10:

Estas são considerações de imediata identificação e de fácil elaboração apenas em sua aparência, ou seja, dada a extensão do tema e as ilimitadas possibilidades de verticalizações pontuais, há de se ter cuidado com o que se postula.

Portanto, me parece adequado, neste caso, trazer à cena alguns conceitos apresentados pela Psicanálise, tanto de natureza teórica quanto de natureza técnica, e tentar uma discussão inicial no interior das questões clínicas fonoaudiológicas.

Antes de tudo, vale considerar que, inspirada pela Psicanálise, a clínica fonoaudiológica sofre mudanças radicais, seu conjunto técnico deixa de ser uma abordagem principalmente pedagógica dos distúrbios da comunicação e alcança o estatuto de um método terapêutico no qual a linguagem é interrogada.

A tradição fonoaudiológica recomenda aos terapeutas uma aproximação às teorias em que a linguagem é uma condição adquirida, seja por atualizações de um saber que é inato seja por aprendizagem baseada na imitação. No primeiro caso, há um distanciamento quase que natural do fonoaudiólogo, apesar de inúmeras indicações que a literatura técnica da área insiste em apresentar, já que a idéia de atualização coloca o outro indiscriminadamente como *in put*, retirando do terapeuta um lugar decisivo no processo. No segundo, diferentemente, há uma fácil assimilação, talvez histórica das idéias, pois que o trabalho com as alterações de linguagem nasce em ambientes escolares, o que conduz a reflexão a um raciocínio baseado nas postulações de uma teoria de aprendizagem.

Aqui há um conceito de “sujeito” enquanto um aprendiz, de “outro” enquanto fonte e modelo de um dado comportamento ou habilidade, de linguagem enquanto algo que se faz presente no homem apenas em momento posterior, num processo ordenado, graduado e universal, resultado de um conjunto de condições essenciais, quais sejam: um organismo bem posto, fonte incessante e

repetida e modelo apropriado do comportamento ou habilidade verbal, cognição e/ou comunicação bem desenvolvidas, pois que condições “naturais” do homem, pré-requisito da fala. Daí o caráter pedagógico das abordagens fonoaudiológicas.

Bem, a Psicanálise abre à discussão fonoaudiológica outro horizonte. E imediatamente coloca a necessidade de uma técnica inserida num método de caráter terapêutico para a lida com a linguagem.

Há três conceitos importantes a se destacar e eles podem representar o início de uma discussão: subjetividade, transferência, demanda.

A Psicanálise postula, perfilada a outras teorizações sobre a humanidade, que o homem só o é porque nascido na e pela linguagem. Isso faz pensar que a linguagem é o lugar em que o sujeito se constitui e, portanto, não se trata nem de aprender nem de disparar um saber. Trata-se, diferentemente, de um processo de natureza simbólica que está em cena desde sempre, envergando a constituição de um sujeito, um que está numa tensão permanente entre ser sujeito de e estar sujeito a, em outras palavras, entre o desejo e a lei. Esta postulação traz dois efeitos: 1) a linguagem é o lugar da humanização e nesta condição está antes de e proporciona o sujeito, o que lhe subtrai qualquer traço de comportamento ou habilidade a ser adquirida ou revelada, e 2) o sujeito é a revelação singular de um processo universal de humanização. Esses conceitos de linguagem e sujeito, que estão imbricados, já que constitutivos, apontam para outro caminho técnico à Fonoaudiologia, longe de resoluções educacionais, pedagógicas e mais perto de um conceito histórico da terapêutica, algo que exige um método.

Além do tema da subjetividade, há o da transferência. Esse põe em questão a natureza e função dos sintomas.

A Psicanálise trata de discutir a questão dos sintomas e não dos ditos sinais. Isso porque se afasta de uma lógica linear como horizonte dos acontecimentos humanos e se coloca no bojo de uma outra, a de sobredeterminação. O que constitui um sujeito é um enredamento, exatamente porque ele existe sob duas ordens, a da consciência e a do inconsciente. Em outras palavras, o sujeito funciona sob a força das defesas, já que fica entre o desejo e a lei, e com isto, o que se dá a ver são indícios, pistas, de processos subjetivos, os ditos sintomas.

Os sintomas encenam um jogo de defesas, denunciam e escondem ao mesmo tempo, que não é senão um jogo transferencial. Os sintomas se movimentam ou se paralisam num jogo discursivo, entre terapeuta e paciente, tecendo uma possibilidade de subjetivação. Se a natureza e função dos sintomas são estas, também são outros os lugares do terapeuta e do paciente neste jogo de subjetividade. Aqui não há modelo nem aprendiz, há um jogo de linguagem.

O tema da transferência arrasta outro, de imediato, o da demanda.

A clínica fonoaudiológica tradicional lida com a idéia de queixa, ou seja, de que há uma denúncia inicial de um mal-estar que detona todo o trabalho. Uma das maiores discussões da área recai exatamente sobre esta questão porque já se sabe que as “queixas” são transitórias, maleáveis, sujeitas a modificações de toda espécie. Se pensarmos sobre a questão acima tratada, a dos sintomas, não há como colocar em relevo a idéia de queixa, e se pode entender rapidamente a causa de tal discussão, uma vez que nenhum sujeito tem como denunciar algo, pois que tudo que lhe constitui ou diz respeito corre por duas ordens

concomitantes: a consciência e o inconsciente. Por isto a idéia de demanda é apropriada.

A demanda se refere a uma condição subjetiva essencial, a de convocar o outro e a de ser convocado pelo outro, num jogo inesgotável de linguagem, que enverga qualquer existência humana. A demanda diz da questão dos sintomas na medida em que lidamos com a idéia de indícios, fios, tramas. Se o sintoma é uma contradição em si mesmo, já que ao mesmo tempo um alerta e uma solução, é transparente e opaco, a demanda não é senão efeito desta contradição, ela vem mais ou menos dissimulada, mais ou menos intensa, mais ou menos sentida ou entendida. A demanda é uma condição enunciativa, condição exclusiva do homem e, assim, ela está sempre lá, num jogo de defesas, no jogo da linguagem. Isto já impõe um redirecionamento na questão dos contatos preliminares do terapeuta com o paciente, afastando-se da idéia de que uma boa queixa é sinal de um bom tratamento, porque quando há consciência do problema, ele se faz modificável. Não há queixa bem feita ou mal feita, há demanda e isto significa reconhecer o outro como efeito de um jogo em que o inconsciente determina sem cessar.

Bem, aqui finalizo estas considerações iniciais, esperando poder ter colaborado de alguma forma.

Sujeito 11:

A aproximação entre Fonoaudiologia e Psicanálise representou um encontro fecundo para a clínica de linguagem. Tal interlocução promoveu uma reflexão sobre a natureza desta clínica, sobre o conceito de sintoma, até então concebido

com decorrente de alterações orgânicas e, conseqüentemente, impôs a necessidade de interrogar a posição do clínico na condução do tratamento. Pode-se dizer que prática e teoria foram interrogadas, pois o jogo cerrado entre teoria e clínica, circunscrito no conceito de *práxis*, é exemplar na Psicanálise.

Também interessa levar em conta que a análise é “*talking cure*”, que a fala é protagonista nessa clínica. Contudo, o “objeto” da Psicanálise é o **inconsciente** (“um questionamento da subjetividade”, Kaufmann, 1996). A **fala**, na clínica - lugar de incidência do desejo inconsciente do sujeito -, é dirigida à **escuta** de um outro “que faz advir do sujeito um saber não sabido” (idem, ibidem). Que as patologias da linguagem apontam para esta direção não há dúvidas e que a fala seja protagonista também na clínica de linguagem, não se pode questionar.

O problema está em que a fala que se oferece à escuta do fonoaudiólogo é outra (aviltada, desacreditada). É certo que se reconhece nela a presença de um sujeito que, embora afetado por essa fala, “não pode controlá-la”, a escuta ou que se demanda da escuta desse clínico é, desse modo, outra coisa. Da Psicanálise, importa, sem dúvida, noção de *práxis*, desse jogo cerrado que articula teoria e prática. Interessa, portanto, dar ouvidos ao método freudiano de produção de um campo.

Como diz Vorcaro este método vai muito além do conjunto das técnicas esboçadas “é possível afirmar que a escassez de recomendações técnicas é imanente ao método, na medida em que impede o risco de reduzir método à técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade”. Se a aplicabilidade é barrada no campo da Psicanálise, como supô-la no espaço clínico da Fonoaudiologia? Acompanho Vorcaro que assinala que a aplicação de uma técnica pressupõe um

conhecimento que universaliza o objeto e que acaba por apagar sua manifestação singular. Entende-se porque a Psicanálise faz questão: ela pode iluminar um modo de abordagem da singularidade do acontecimento clínico.

Dito de outro modo, cada caso desloca o terapeuta para a posição de ignorar e o coloca “em falta”. Pode-se dizer que a Psicanálise é reinventada a cada caso (Quinet, 1991 - a partir de Lacan).

Note-se que a Psicanálise é entendida aqui como lugar de diálogo para fazer pensar um caminho singular na constituição de um método outro. Não se pretende aplicar de modo direto e inadvertido seus conceitos e técnicas. É necessário lembrar, como diz Vorcaro, “que o método, diferentemente da técnica, só pode ser concebido de modo indissolúvel do objeto” .Assim, considero que incidência da Psicanálise não deveria travar o olhar para as especificidades de uma clínica de linguagem: para a fala do paciente, sua queixa e demanda ao terapeuta de linguagem.

É possível colocar em relevo a relação da Fonoaudiologia com o saber teórico da Psicanálise e não o “ato psicanalítico”, colocando em cena, assim, a complexa discussão sobre a possibilidade de distinguir psicanálise em intensão de psicanálise em extensão. Considero que se trata de um tema controverso, e acompanho as idéias de Pêcheux, para quem todo conceito ao migrar de campo deve ser reinventado para tornar-se instrumento no novo campo

Sujeito 12:

A trajetória da Psicanálise mostra que o método foi nascendo a partir da tentativa de Freud entender as histéricas e, sendo a Psicanálise uma questão de

demonstração e não de fé, foi o método que distinguiu a Psicanálise das outras formas de tratamento da época.

O método psicanalítico – a interpretação – se dá sob certas condições técnicas (associação livre; atenção flutuante), que a diferente de outros tipos de interpretação – xamanística; literária; estética, etc – para colocar o sujeito *em condição de análise* e daí surgir o fenômeno transferencial específico da situação analítica (não qualquer outro, já que estamos sempre em transferência).

Isso parece ser interessante quando pensamos nas influências do conhecimento/arcabouço teórico da Psicanálise na Fonoaudiologia, e se, realmente este veio a influir no método fonoaudiológico.

A aproximação entre as duas disciplinas é, conceitualmente necessária, por incluir um sujeito singular na clínica do particular, desviar o olhar para a escuta do sintoma; precisar o lugar dos pais no sintoma da criança; circunscrever a queixa e construir uma demanda. Para influir no método ainda não é suficiente. Como a clínica fga é um outro lugar, tal conhecimento veio para aprofundar e escandir a terapêutica fonoaudiológica (seria um contra-senso ?), mas o método fgo – a escuta e a interpretação (termos irrefutáveis ?) – ainda requer muita discussão e o delineamento das técnicas possíveis para instaurar um método realmente fgo. Aquele que daria conta dos endereçamentos feitos a clínica fga e as especificidades dos sintomas ali contidos.

Sujeito 13:

O fonoaudiólogo que trabalha neste sentido tem que considerar mais do que as alterações aparentes que chegam aos consultórios. Eles devem se colocar numa posição de intérprete do sintoma a fim de conseguir maior eficácia nos atendimentos clínicos. O sujeito passa a ser considerado no processo terapêutico independente do sintoma que apresenta.

Sujeito 14:

A Psicanálise ajuda muito na minha prática clínica. Percebo a maneira como conduzo meus atendimentos e minhas intervenções são mais eficientes. Esta interlocução me deixou mais atenta e mais paciente em relação ao trabalho terapêutico. Faço análise também, o que se mostrou imprescindível no decorrer da minha formação.

Apêndice B

RELAÇÃO DAS FACULDADES DE FONOAUDIOLOGIA DO BRASIL POR REGIÃO - CONTATOS FEITOS POR EMAIL E POR TELEFONE – E RESPOSTAS OBTIDAS:

1.ª REGIÃO:

- <http://www.celsolisboa.com.br/celsolisboa2/>

Centro Universitário Celso Lisboa

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.msb.br/>

Centro Universitário Moacyr Bastos

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia.

- <http://www.esea.com.br/main.html?src=/index2.html#15,3> ou
http://www.pestalozzi.org.br/asp/eseha_cursos_fono.aspx

Escola Superior Helena Antipoff

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://uvaonline.uva.br/mkt/site/curso,20,100,_fonoaudiologia.html

Universidade Veiga de Almeida

CONTATO: Sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=GRADUA_CURSOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://portal.estacio.br/cursos/graduacao.aspx>

Universidade Estácio de Sá Rebouças

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia

- <http://www.redentornews.com.br/grad/>

Faculdade Redentor

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://ibmr.br/index.php?option=com_content&view=article&id=96:fonoaudiologia&catid=84&Itemid=84

Instituto Brasileiro de Reabilitação

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

2.ª REGIÃO:

- <http://www.fcmscsp.edu.br/>

Ciências Médicas Santa Casa

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.ceunsp.edu.br/cursosgraduacao/fonoaudiologia.html>

Nossa Senhora do Patrocinio

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.lusiada.br/index.asp?categoria=Fonoaudiologia>

Centro Univ. Lusiadas

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.unorp.br/asp/principal.asp?ir=faleconosco.asp->

Centro Univ. Norte Paulista

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uniara.com.br/graduacao/fonoaudiologia/contato.php>

Centro Univ. Araraquara

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Não oferece mais curso de Fonoaudiologia.

- <http://www.pucsp.br/>

Campus Monte Alegre

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- http://www.puccampinas.edu.br/home_vest2011/home.html-

PUC Campinas

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.fef.br/home.php>

Educacional de Fernandópolis

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- www.fmu.br

Fac. Metropolitanas Unidas

CONTATO: Sim - via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uniban.br/faleconosco/index.asp>

Universidade Bandeirante

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.fm.usp.br/>

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.ung.br/-Universidade de Guarulhos>

CONTATO: sim – via email e telefone

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.fmrp.usp.br/cg/novo/>

Faculdade Medicina de Ribeirão

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unifran.br>

Universidade de Franca

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- www.saocamilo-sp.br

Centro Universitário São Camilo

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia

- www.fatea.com.br

Faculdades Integradas Teresa Dávila

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unicamp.br/unicamp/ensino-pesquisa-e-extensao/graduacao>

Instituto de Estudos da Linguagem - IEL

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unoeste.br/site/>

Universidade Oeste Paulista

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.metodista.br/-Metodista de São Paulo>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não contém mais este curso.

- www.unimep.br

Metodista de Piracicaba

CONTATO: Sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.unifesp.br/index.php>

Univ. Federal São Paulo

CONTATO: Sim – FEITO VIA TELEFONE 5576-4160/55792828

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.marilia.unesp.br/>

Universidade Estadual de Marília

CONTATO: Sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- www.fob.usp.br

Universidade de São Paulo

Contato: Sim – via telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

3.ª REGIÃO:

- <http://www.univali.br/-Vale do Itajaí>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.utp.br/cursos/faccbs/Fonoaudiologia.asp>

Universidade de Tuiuti Curitiba

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.unicentro.br/graduacao/#fonoaudiologia>

Universidade Estadual Centro Oeste

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- http://www.fgu.edu.br/cursos_graduacao.php-

Faculdade Global de Umuarama

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://portal.estacio.br/unidades/faculdade-estacio-de-sa-de-santa-catarina.aspx>

Santa Catarina

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uninga.br/index.php?pg=contato->

Faculdade Ingá - Maringá

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.fag.edu.br/>

Faculdade Assis Gurgacz Cascavel

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.fonoaudiologia.ufsc.br/>

Fonoaudiologia

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www2.unopar.br/fonoaudiologia2/index.htm?curs=01-02->

Universidade Norte Paraná

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não.

- www.iap.org.br

Inst. Adventista Paranaense

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia.

- <http://www.cesumar.br/graduacao/fonoaudiologia.php?curso=FON->

Centro Universitário Maringa

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

4.ª REGIÃO:

- <http://www.unipe.br/>

Centro Universitário de João Pessoa

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- [http://www.fan.com.br/portal/-](http://www.fan.com.br/portal/)

Faculdade Nobre Feira de Santana

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unirb.edu.br/CursosGraduacaossa.asp>

Faculdade Regional da Bahia

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.ufpb.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.ufpe.br/ufpenova/>

Universidade Federal de Pernambuco

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.ufba.br/>

Universidade Federal da Bahia

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uneb.br/prograd>

Universidade do Estado da Bahia

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uncisal.edu.br/indice.php?cat=3&grupo=12>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.unicap.br/home/graduacao/>

Universidade Católica De Pernambuco

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- União Metropolitana Educação e Cultura - Unime

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://www.jorgeamado.edu.br/q_c_fo_curso.asp

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: NÃO TIVE RETORNO AINDA

- <http://www.funeso.com.br/>

Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO.

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- http://www.ufpe.br/proacad/index.php?option=com_content&view=article&id=148&Itemid=138

Universidade Federal de Pernambuco

CONTATO: Sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.ufs.br/>

Universidade Federal de Sergipe

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- www.fir.br

Faculdades Integradas do Recife

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não contém mais este curso.

5.ª REGIÃO:

- <http://www.uniplandf.edu.br/ensino/graduacao/tradicionais/index.asp>

Uniplan Brasília

CONTATO: feito pelo site no fale conosco.

RESPOSTA: NÃO OBTIVE RETORNO.

- <http://www.unama.br/>

Universidade da Amazônia

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTAS: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://portal.seama.edu.br/index.php/graduacao/fonoaudiologia>

Faculdade Seama Macapá

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.pucgo.edu.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.saolucas.edu.br/>

Faculdade de São Lucas Porto Velho

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTAS: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.uninorte.com.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise

- http://www.graduacao.niltonlins.br/curso_coordenador.aspx?idCurso=26

Centro Universitário Nilton Lins

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

6.ª REGIÃO:

- <http://www.fumec.br/cursos/graduacao/fonoaudiologia.ph>

Fundação Mineira de Educação.

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unipac.br/ensino/index.php?tipo=g>

Presidente Antonio Carlos

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://web2.cesjf.br/node/3661>

Centro de Ensino de Juiz de Fora

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://www.uniube.br/proes/det_curso.php?cd_curso=84&cod_area=2&tipo=g

Universidade de Uberaba

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://www.pucminas.br/ensino/graduacao/graduacao_cursos.php?&pagina=17&curso=106

Pontifícia Católica de Minas Gerais.

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTAS: Sim, há interface.

- <http://www.afirmativo.com.br/fonoaudiologia.php>

Faculdade Afirmativo

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- http://www.uvv.br/ensino/info_curso.aspx?id=19

Centro Universitário Vila Velha

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.portais.unincor.br/inicial/index.php/ensino/graduacao/cursos-betim>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia

- http://www.univag.edu.br/v1/cursos/visualizar_curso.aspx?id=59#12

Centro Univ. Varzea Grande

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.unicerp.edu.br/ensino/gradua/fonoaudiologia/contato.html>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://hotsite.unec.edu.br/hotsite/2/cursos.html>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia.

- <http://www.fead.br/infocurso.asp?CC=786>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: NÃO OBTIVE RETORNO

- <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/fon/index.php>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.funorte.edu.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://corporativo.faesa.br/guia-de-cursos-faesa/index.html>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia.

- <http://www.ihendrix.br/>

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- www.unibosco.br

Universidade Católica Dom Bosco

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise

7.^a REGIÃO:

- <http://www.ufsm.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.ufcspa.edu.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não consta graduação em Fonoaudiologia.

- <http://www.upf.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não obtive retorno.

- <http://www.grupofatima.com.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.feevale.br/>

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.metodistadosul.edu.br/>

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.ufrgs.br/ufrgs/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.ulbra.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

8.ª REGIÃO:

- <http://www.unifor.br/>

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.cest.edu.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.unp.br/>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.sigaa.ufrn.br>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: NÃO OBTIVE RETORNO.

- <http://www.faespi.com.br>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: NÃO OBTIVE RETORNO.

- <http://www.extranet.ceuma.br>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Não tem interface com a Psicanálise.

- <http://www.fateci.com.br>

FATECI - Faculdade de Tecnologia Intensiva

CONTATO: sim – via email.

RESPOSTA: Sim, há interface.

- <http://www.novafapi.com.br>

CONTATO: sim – via email e telefone.

RESPOSTA: Sim, há interface.