

Patologia de linguagem e escuta fonoaudiológica permeada pela psicanálise

Amanda Schreiner Pereira
Márcia Keske-Soares

*Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria, RS, Brasil*

RESUMO

Nesta pesquisa, analisou-se como a Psicanálise pode contribuir à Escuta Clínica do Fonoaudiólogo diante da patologia de linguagem nomeada Desvio Fonológico. Utilizou-se uma metodologia qualitativa do tipo descritiva. Participaram do estudo dezoito familiares responsáveis por crianças com Desvio Fonológico encaminhadas ao Centro de Estudo de Linguagem e Fala (CELF) do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os instrumentos empregados foram: Entrevista Psicológica com os Responsáveis e a Ficha e o Relatório de Triagem Fonoaudiológica. Eles foram comparados conforme o registro da história da criança. Os resultados apontaram que a Psicanálise pode aprimorar uma Escuta Clínica voltada aos aspectos subjetivos, através da adoção de significantes que marcam a história da criança; do deslocamento da concepção de linguagem como objeto para a linguagem como função; e do olhar às questões transferenciais entre clínico e paciente, durante os atendimentos Fonoaudiológicos.

Palavras-chave: Distúrbios articulatorios; patologia da linguagem; psicanálise; fonoaudiologia; interdisciplinariedade.

ABSTRACT

Hearing and speech pathology permeated by psychoanalysis

Throughout the following research it has been analyzed the way Psychoanalysis might contribute to the Speech Therapist Clinical Listening before the language disorder named Phonological Disorder. A descriptive-qualitative methodology was used. Eighteen pairs of relative/legal responsible-child diagnosed with having Speech Disorder and sent to the Language and Speech Study Center of the Speech Therapy Service at the Federal University of Santa Maria. The used instruments were: psychological interview with the legal responsible and the Patient's Record File and Speech Therapy Screening Report. They were compared according to the child's health records. The results show that psychoanalysis might improve the Clinical Listening conveyed to subjective aspects, through the implementation of meanings which set the child's history; the switch from a conception of language as object into a conception of language as function; and the transferential issues between patient and therapist in the Speech Therapy Service.

Keywords: Articulation disorders; language pathology; psychoanalysis; speech therapy; interdisciplinarity.

RESUMEN

Patología del lenguaje y la escucha fonoaudiológica permeado por el psicoanálisis

En esta pesquisa, se puede ver como la Psicoanálisis pudo ayudar a la Escucha Clínica del Terapeuta del Habla delante de la patologia de linguagem llamado desvíos fonológicos. Se utilizó de una metodología cualitativa de tipo descriptivo. Participaron del estudio dieciocho familiares responsables por niños con desvíos fonológicos que fueron al Centro de Estudios del Lenguaje y Habla (CELF) del Servicio de Atención fonoaudiológica (SAF) de la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM). Los instrumentos empleados fueron: Entrevistas psicologica, con los responsables, el registro, y los apuntes de detección fonoaudiológica. Ellos se compararan según el registro del niño. Los resultados apuntaron que la Psicanálise pudo mejorar una Escucha Clínica frente a los aspectos subjetivos, mediante la adopción de significantes que marcaron la historia de los niños; del desplazamiento de la concepción del lenguaje como objeto a la language como función; y examinar las cuestiones de tranferencias entre el paciente y el médico, durante las citas de Atendimentos Fonoaudiologos.

Palabras clave: Trastornos de la articulación; patología del lenguaje; psicoanálisis; fonoaudiologia; interdisciplinariedad.

INTRODUÇÃO

De que forma a Psicanálise poderia contribuir à Escuta Clínica do Fonoaudiólogo durante o tratamento da patologia de linguagem? Para responder a esta questão, este trabalho vem estudar o Desvio Fonológico, patologia de linguagem definida por Wertzner (2004) como uma dificuldade de fala caracterizada pelo uso inadequado de sons, podendo envolver erros em sua produção, percepção ou organização.

Ele é diagnosticado após os 4 anos de idade, fase em que, para a Fonoaudiologia, a criança já teria capacidade de ter seu sistema fonológico completamente desenvolvido. O Desvio Fonológico tem causa desconhecida e vem sendo alvo de pesquisas quanto aos fatores associados e aos aspectos clínicos observados, incluindo a escuta do fonoaudiólogo.

Quanto aos fatores associados, o que poderia ser uma aproximação de um aspecto ambiental: a história familiar, tem enfoque no sintoma da fala, pois as pesquisas acabam por atestar uma probabilidade genética. Autores como Papp (2003); Wertzner (2004); Papp e Wertzner (2006) e Weber et. al.(2007) evidenciam a existência de outros membros da família da criança com histórico do desvio fonológico, ao que chamam: Histórico Familiar.

Quanto à Escuta Clínica, Instituições de Ensino Superior Brasileiras vêm se apropriando da troca entre Fonoaudiologia e Psicanálise de orientação Lacaniana. Dentre os estudos recentes, incluem-se os trabalhos de Trigo (2004) desenvolvido no Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL), da PUC-SP e o de Faria e Trigo (2006) no Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância (LEPSI) da USP. Nota-se que eles se restringem às universidades de São Paulo e, salienta-se, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) este tipo de estudo ainda não havia sido desenvolvido.

Tratando-se dos resultados das terapêuticas fonoaudiológicas utilizadas em casos de Desvios Fonológicos, focaliza-se a diversidade encontrada por Benine (2001). A autora diz que algumas crianças se mostram refratárias ao tratamento (não há mudança do sintoma); em outras há modificação apenas durante as sessões fonoaudiológicas, sendo que o mesmo não ocorre na fala espontânea; e, em outras, o problema de pronúncia desaparece.

Da mesma forma, Ramos (2003) aponta as variações dos sujeitos que chegam com este distúrbio, uma vez que uns aceitam a mudança e outros resistem a ela. Os porquês desta heterogeneidade de resultados são questionados. Benine (2001) diz que isto é

consequência de uma clínica em que apenas a fala é analisada, e não o falante.

Sendo assim, esta pesquisa parte, inicialmente, da premissa de que o sujeito deve ser considerado antes de qualquer sintoma, que este sujeito demanda algo mais que uma cura biológica e que o próprio sintoma é uma produção subjetiva, sendo que só pode ser considerado a partir de uma posição, ordenada através da linguagem.

Ela foi desenvolvida vinculada ao Grupo de Pesquisa “Aquisição, Desenvolvimento e Distúrbios da Linguagem”, estabelecido no Centro de Estudos de Linguagem e Fala (CELF), devidamente registrado no CNPq, da UFSM. Este Grupo trabalha com pesquisas envolvendo aquisição, desenvolvimento e distúrbios da linguagem e da fala que podem acometer bebês e crianças, tendo como uma das principais patologias estudadas o Desvio Fonológico.

Grande parte das pesquisas produzidas no CELF centra-se no sintoma do paciente, utilizando uma visão médica, trabalhando com a fala como objeto e não como função e potência comunicativa; a fala não tem sido trabalhada na relação da criança com o outro.

Segundo Borges (2004), a visão médica acerca da linguagem aproxima-se da visão da psicologia, onde linguagem é índice de funcionamento cognitivo, das formas adequadas ou patológicas deste funcionamento, assim, para medir a integridade do aparato orgânico e cognitivo, utiliza as enunciações e suas adequações ao que é ali representado.

Entre um traço e um signo, há uma distância, afirma Jerusalinsky (2004a). Para que um traço (um gesto, um toque...) se transforme em um signo, ele precisa adquirir valor representacional (representar algo), mas isto não garante a entrada na dimensão da linguagem, pois pode se transformar ou em imagem ou em significante.

Quando um traço se transforma em signo por um conceito patológico (nome da doença) adquire o valor de uma imagem. Do lado do terapeuta, ele toma o traço e o constitui como patognômico, ou seja, se subjetiva mais do lado da imagem patognômica do que do lado da polivalência semântica do significante.

O autor afirma que se isto acontece, toda significação fica resumida a este signo (doença) e as justificativas ao traço são designadas a partir dele, exemplifica-se: é assim porque tem desvio... faz assim porque tem desvio. Desta forma, instaura-se o problema: o fonoaudiólogo pode se referir a uma patognomonía diagnóstica na identificação do seu paciente.

Para Faria e Trigo (2006), há uma diferença fundamental entre a clínica Psicológica/Fonoaudiológica/Médica e a clínica Psicanalítica. Enquanto a primeira se pauta na observação/exame do corpo orgânico, a se-

gunda se ancora na fala e na escuta. Elas sugerem que o clínico deve ficar sob o efeito da fala do paciente, do modo como este se posiciona diante da fala do clínico e de sua própria fala, isto deve conduzir a avaliação.

As autoras apostam que a retirada da linguagem da categoria objeto (como é muitas vezes posta pela Fonoaudiologia) e a atribuição de uma função estruturante da linguagem na subjetividade podem ser norteadores a uma “nova” clínica fonoaudiológica. Para isto, é preciso resgatar a idéia psicanalítica de que linguagem e sujeito se corrompem mutuamente.

Conforme Trigo (2004), no diagnóstico dos desvios fonológicos o foco costuma ficar em pontos que cristalizam os sintomas. Busca-se categorizá-los, enquadrá-los em um diagnóstico, o que tem como consequência o desaparecimento da heterogeneidade. As crianças não omitem, substituem ou adicionam sons do mesmo modo, porque são sempre diferentes suas relações com suas linguagens, independente das condições fisiológicas.

A pesquisadora diz que o tratamento permanece empirista e com a idéia de instalar o que falta “corrigir”, o que está “fora do lugar”. Diz haver uma diversidade de resultados nos tratamentos, como: pacientes que aprendem a falar; outros que não produzem os sons trabalhados; outros que erram com pessoas estranhas, mas não com os pais; e outros que persistem no erro na fala espontânea apesar de produzirem os sons corretos durante os exercícios.

Ramos (2003) afirma que a fonologia clínica é fundamental no planejamento terapêutico fonoaudiológico, uma vez que oportuniza a visualização da ordem de aquisição, porém, ela não explica como a criança se movimenta através da aquisição, nem por que se apresenta motivada ou com limites em sua evolução.

Ela observa duas posturas terapêuticas: os fonoaudiólogos que priorizam mais o que sabem do que o sujeito diante dele, priorizam a questão motora; e os que olham demasiadamente às questões subjetivas, sem dar conta das instrumentais. Noções de Psicanálise são fundamentais, mas a Fonoaudiologia deve criar teorizações próprias.

Uma assunção da vertente psicanalítica no entendimento da linguagem, conforme Cunha (2004) implica num corpo para além do funcionamento orgânico e a linguagem para além da língua. A partir da concepção de formação subjetiva, ela propõe que o Fonoaudiólogo tenha “duas orelhas”: uma para escutar a palavra e outra para escutar possíveis sentidos.

Para Passos (1995), pressupostos psicanalíticos assimilados por fonoaudiólogos redimensionam suas escutas, voltando-as para a história e as relações do sujeito.

Uma das propostas, Lowe e Weitz (1996), é de que os sons alvo e as palavras de estímulo devem fazer diferença de significado, fazendo com que a criança perceba a função dos sons na comunicação. Eles indicam que a seleção das palavras deve considerar o contexto fonético, a expressividade, a potência comunicativa, a forma da sílaba e o inventário fonético.

A partir disto, questiona-se: de que forma poder-se-ia efetivar a ordem subjetiva? O que significa, pragmaticamente, tratar a singularidade?

Segundo Borges (2004), apesar das controvérsias entre os que acreditam em causas psi e os que crêem em causas orgânicas, é possível uma clínica que ligue a anatomopatologia dos fenômenos à história da produção singular de representação e linguagem de um sujeito.

Para tanto, o fonoaudiólogo deve procurar escutar a fala e o sujeito que fala, ler o que não se ouve e o que não se vê, procurar empreender a presença-sujeito na sua fala. Como o sujeito é afetado por sua fala e como é afetado pela fala do outro (Trigo, 2004).

Isto se dá, por exemplo, quando se prescinde dos instrumentos e atenta-se ao sujeito que se recebe na clínica. Ramos (2003) diz que não se pode abster-se totalmente da demanda pedagógica, porém é preciso oscilar entre uma clínica pedagógica e uma escuta analítica.

O sujeito que busca tratamento o faz por não conseguir modificar sua linguagem fora da clínica, pois não lança mão de recursos cognitivos para isto e o gesto do fonoaudiólogo vem ser o de instrumentalizá-lo a falar “corretamente”. Para modificar esta clínica, Faria e Trigo (2006) dizem que é necessário que, diante da primeira entrevista, o Fonoaudiólogo questione sua posição diante do falante e em sua fala e não a etiologia dos sintomas de fala. A condução da entrevista deve vir do que se escuta e não do que se observa da fala.

Lier-de Vitto (2004) diferencia a posição do clínico e a do cientista-investigador, sendo que ambas colocam em jogo o saber que lhe é suposto. Diante de tal saber, o clínico da linguagem pode assumir um lugar de quem satura a posição de saber ou o lugar da falta de saber. No primeiro caso, a posição de saber reina absoluta sobre qualquer acontecimento sintomático da fala. Isto pode se dar de forma que o saber fique delegado ao instrumento (o instrumento que sabe sobre o que escutar) ou pode confiar plenamente na experiência clínica (através de uma sensibilidade intuitiva). Já no segundo, há tensão entre saber e não saber, pois a teoria está sob efeito da singularidade de cada caso na clínica (clínica Interacionista).

Ramos (2003) diz que a escuta analítica faz com que o sujeito sintá-se ouvido, que a transferência ocorra e que a criança aceite a demanda pedagógica (que

objetiva a mudança do padrão de fala) da terapêutica fonoaudiológica.

Conforme Rodulfo (1990), quando os pais trazem a criança (no caso, para uma análise) não se deve proceder com um inventário de sintomas (anamnese), pois eles são insuficientes. É preciso saber como a criança interroga seus pais com seu sintoma, de onde fala a criança e para quem. Isto é possível quando pais e crianças são incluídos como interlocutores. É preciso encontrar significantes que representem o sujeito dentro do mito familiar, para isto, em vez de questionar o que tem a criança, questiona-se:

- Em que mundo vive? Ainda vive no corpo da mãe ou vive em outro território?
- O que representa esta criança para o desejo dos pais? Para que é/foi desejado?
- Que lugar ocupa no mito familiar? O que a criança respira ali onde está colocada?

Uma leitura dos significados particulares permite exprimir uma nova ênfase ao sintoma, mas quanto de Psicanálise há na Fonoaudiologia?

Jerusalinsky (2004a) diferencia o Tratamento Psicanalítico da Terapêutica de Linguagem guiada pelos conceitos psicanalíticos, situando o primeiro no âmbito da formação de analista e o segundo, na formação Fonoaudiólogo.

Vorcaro (2004) questiona: não teria o fonoaudiólogo mais sucesso nesta aposta? Ambos jogam a criança no discurso, na linguagem, ou seja, fazem lugar de Outro, mas enquanto o psicanalista empresta um imaginário à criança à partir da lógica, o fonoaudiólogo emprestaria o seu próprio imaginário.

O fonoaudiólogo, responde Jerusalinsky (2004b), por não ter passado por análise pessoal, oferece à criança um imaginário separado de sua própria família, ele não leva em conta o lugar que a criança ocupa no discurso dos pais.

Segundo Andrade (2001) fala e falante estão ligados no instante em que uma fala se produz e isto não excede à clínica fonoaudiológica. O fonoaudiólogo está implicado enquanto sujeito no momento em que uma troca se produz entre clínico e paciente e, neste sentido, o dado clínico fala também do terapeuta. Porém, é necessário um discernimento entre a fala do fonoaudiólogo e o fonoaudiólogo enquanto falante e este discernimento só se dá num momento posterior, num momento distante da fala e de seu efeito. Isto demanda tomar a fala/falante do fonoaudiólogo como objeto de análise, o que pode suspender os efeitos imaginários da relação entre as falas do paciente e do terapeuta durante a intervenção clínica.

Para uma compreensão do que seria a clínica que empresta um imaginário, pode-se fazer alusão

às teorizações de Laznik-Penot (1997) para a clínica do autismo. Reconhecendo um valor significante na produção da criança, o terapeuta constitui-se como lugar de endereçamento do que considera mensagem e a criança pode se reconhecer a posterior como fonte. O analista assume o lugar do Outro Primordial e também antecipa o sujeito a vir.

Quanto às repercussões da doença do filho nos pais, a autora diz que ela é vivida pela mãe como um fracasso que lhe é muito difícil suportar que um outro possa se ocupar dele em seu lugar. Diante disto, os clínicos devem permitir à mãe uma revalorização narcísica.

Segundo Rodulfo (1990) os pais são um dos aspectos que geram mais resistência no analista. Mas evitar o contato com eles possibilita o retorno como *acting out* (passagem ao ato no lugar da palavra). Além disto, o posicionamento dos pais diz muito sobre as condições terapêuticas. Pais com desejo de investir na separação dos filhos, toleram a situação analítica e não atormentam. Já com pais onde a pré-história e a história da criança está marcada por destruição e desejo de morte, aposta-se em algum efeito analítico sobre o discurso familiar.

Além disto, Trenche e Balieiro (2004) afirmam que tanto em processos de diagnóstico de patologias quanto nas intervenções fonoaudiológicas há um trabalho a ser realizado: o acolhimento das famílias que buscam atendimento. Os autores vislumbram a dimensão simbólica da relação terapeuta/paciente/família apontando que um espaço de escuta e de construção de vínculos com a família é essencial.

Desta forma, é descartado um trabalho apenas curativo. Pensa-se num trabalho integral com crianças, levando-se em conta a afetividade e a relação com a família. Além disto, a Psicanálise oferece subsídios para outras leituras acerca do processo terapêutico.

Cunha (2004), por exemplo, indica que erros, faltas e falhas dos pacientes são indícios que propiciam decifrar desejos inconscientes e conflitos singulares. Esse entendimento provém da leitura freudiana que trata a comunicação como comunicação entre inconscientes, que funda o vínculo terapêutico e demais interações humanas. Este inconsciente tem como matéria-prima a história pessoal de cada sujeito, que é intransferível.

Não existe uma receita técnica, a clínica psicanalítica agudiza o diferente. Para que isto seja possível, Groisman e Jerusalinsky (1999) apontam três eixos norteadores para a abordagem terapêutica da linguagem na clínica fonoaudiológica:

1. Descobrir que lugar a criança ocupa no discurso de seus pais.
2. Escutar o discurso da criança, identificar se este discurso a recorta ou não como sujeito. Este

discurso aparece nos gestos, jogos, vocalizações, palavras, frases, em tudo que manifesta ativamente e, ainda, em sua passividade.

3. Criar um espaço linguístico entre o terapeuta e a criança, onde se produza um diálogo e, se necessário, as diferentes técnicas correspondentes a cada patologia.

Assim, tomando a Psicanálise, a posição em Fonoaudiologia Clínica se constituirão a partir do material que a criança traz a cada sessão e, com os pais, guiar-se-á a desarticular os fatores que, na ordem simbólica, obstruem o processo de aquisição da linguagem.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USFM em 22/08/2006 e encontra-se sob a identificação do registro: CAAE 0058.0.243.000-06. Ela faz parte do projeto “Lugar Simbólico no Discurso Parental e Crianças com Desvios Fonológicos: Relações Possíveis” desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Aquisição, Desenvolvimento e Distúrbios da Linguagem” do CELF.

Participaram da pesquisa 18 responsáveis de crianças que foram diagnosticadas, pelo Centro de Estudos da Linguagem e Fala (CELF) do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) da UFSM, como com Desvio Fonológico. Como critério de inclusão, os responsáveis deveriam estar convivendo regularmente com as crianças.

A tabela abaixo delimita os sujeitos da pesquisa:

<i>Sujeito</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Sexo da Criança</i>	<i>Idade da Criança</i>	<i>Tipo de inserção no CELF</i>
A	Mãe biológica	M	5:9	Em atendimento
B	Mãe biológica	F	6:1	Em atendimento
C	Mãe biológica	M	6:5	Em atendimento
D	Mãe biológica	M	8:2	Lista de espera
E	Mãe biológica	F	7:11	Lista de espera
F	Pai biológica	M	6:1	Lista de espera
G	Mãe biológica	F	5:10	Lista de espera
H	Pai biológica	M	7:0	Lista de espera
I	Pai biológica	F	7:9	Em atendimento
J	Mãe biológica	M	7:4	Lista de espera
K	Avó biológica	M	5:6	Em atendimento
L	Mãe biológica	F	6:0	Em atendimento
M	Mãe adotiva	M	5:9	Em atendimento
N	Mãe biológica	M	4:6	Lista de espera
O	Mãe biológica	M	5:2	Lista de espera
P	Mãe biológica	M	6:10	Lista de espera
Q	Pai biológico	M	11:1	Lista de espera
R	Mãe biológica	M	4:1	Em atendimento

A seleção dos casos dentro do Grupo de Pesquisa do CELF se deu de forma aleatória, a partir dos contatos dispostos pelos responsáveis pelos pacientes.

A constituição do corpus da pesquisa ocorreu através de uma Entrevista Psicológica com os Responsáveis e da Pasta de Registro dos pacientes no SAF. A Entrevista teve o objetivo de colher informações acerca da história de vida da criança. Elas foram individuais e gravadas em gravador de voz digital MP3 Player para posterior transcrição e análise.

Os dados obtidos através da entrevista foram comparados aos dados registrados na Pasta de Registro do SAF, especificamente os existentes na Ficha e no Relatório de Triagem Fonoaudiológica. A Ficha de Triagem é o primeiro documento preenchido pelo clínico responsável durante a entrevista inicial com o sujeito que busca atendimento no SAF (responsável pela criança), já o relatório serve como um instrumento interno, através do qual as informações da Ficha são repassadas ao setor apropriado, no caso, o CELF, que empreende os tratamentos da linguagem. Neste Relatório, têm-se as conclusões iniciais sobre o caso, incluindo a história do paciente.

A comparação entre os dados dos instrumentos deu-se após a descrição de elementos a serem analisados. Foram salientados os seguintes pontos em cada um dos instrumentos: Registro da História, Registro do Sintoma de Linguagem, Escuta da Subjetividade. Após, os resultados foram interpretados a partir do embasamento teórico previamente estabelecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, cabe a citação de Cunha (2004) de que o Fonoaudiólogo deve ter duas orelhas: uma para escutar a palavra e outra para escutar o significado. Observa-se, diante das Fichas e Relatórios de Triagens do SAF, uma falta de escuta aos significados e uma demasiada atenção à palavra. Salienta-se que os aspectos que, na sequência, serão retratados, desconsideram a passagem de informações orais/informais de um clínico a outro no momento em que os relatórios são entregues ao Setor de Triagem do SAF ao CELF, sendo que há uma limitação em termos dos instrumentos analisados.

Nas Fichas de Triagens a saliência parece estar sobre o preenchimento do instrumento, diante disto, corre-se o risco de ficar na posição que Lier-de Vitto (2004) chama de cientista-investigador, colocando em jogo o saber que lhe é suposto, pois o saber fica delegado ao instrumento (o instrumento sabe sobre o que escutar).

As fichas são preenchidas de forma descritivas, não são interpretativas, em apenas uma delas, a entrevistadora refere no relatório suas impressões: *“durante a avaliação a criança mostrou-se tímida e não colaborativa, não sendo possível realizar nenhuma avaliação formal completa.”* Questiona-se se esta impressão registrada foi assinalada no Relatório como uma justificativa do porquê não havia completado sua tarefa avaliativa.

Nas demais, o Relatório, que é destinado ao setor para onde a criança será encaminhada para tratamento, torna-se uma cópia do relato da história por parte do responsável entrevistado, somado às avaliações fonoaudiológicas, ao diagnóstico do transtorno e às orientações já destinadas aos responsáveis. Todavia, comparando-se as descrições do item História da Queixa (que compreende as questões sobre a história de vida da criança) da Ficha de Triagem, nota-se que elas divergem, muitas vezes, das informações prestadas às pesquisadoras deste estudo pelos responsáveis.

Muitas delas tratavam da gestação como *“sem particularidades”*, salienta-se um caso em especial (L) em que a mãe refere, em oposição ao que há na Ficha, durante a entrevista, que se separou do pai da menina durante a gravidez, sendo que esta foi tumultuada, referindo, inclusive, que *“a gente fica meio deprimida durante a gravidez”*. O próprio termo pode ser questionado, toda gestação tem particularidades, se já há nascimento psíquico, há diferenças.

Outro termo utilizado foi *“gestação sem intercorrências”*, no qual se enquadrou o caso P. Porém, a responsável pelo sujeito P, diz, na entrevista, ter quebrado o pé durante a gravidez, sendo que isto ocasionou um abalo: *“me abalei psicologicamente, fiquei nervosa”*.

Ainda, notam-se os adjetivos *“Normal, tranquila”* para outras descrições das gestações. Como ocorre na Ficha de Triagem do caso G. Mas, deparando-se com suas palavras durante a entrevista: *“Assim, a gravidez em si foi tranquila, não teve problema nenhum. Só que eu me incomodei muito... Ele era muito ciumento. Daí a família dele, a mãe dele se metia muito, aí eu me estressava bastante”*.

No caso I, em que a gestação recebe o adjetivo *“normal”* compara-se as informações dispostas na Ficha às palavras do pai, entrevistado durante esta pesquisa: *“Passou, passou bem. Só que, claro, tinha o uso da droga junto, entendeu?!”*

Diante disto, a dúvida: há realmente escuta do entrevistador, ou a palavra é tomada apenas em seu sentido literal? Parece ser tomada em seu sentido literal, pois se observa que os entrevistados usam as palavras: tranquila, passou bem, mas descrevem uma situação

oposta. Aqui se aponta um buraco na dimensão da escuta. Passos (2005) diz que redimensionar a escuta se dá através da escuta da história dos sujeitos e de suas relações.

Atesta-se que isto não ocorre habitualmente. Nas descrições dos Relatórios de Triagem, prevalecem palavras como *“fisiopatologia”*, *“neuropsicomotor”*; indícios de intercorrências médicas; saliência da linguagem enquanto objeto.

Faria e Trigo (2006) tratam da diferença entre a clínica médica e a clínica psicanalítica dizendo que a primeira se pauta na observação do corpo orgânico, enquanto a segunda, na fala e na escuta. Para que se esteja do lado de uma clínica pautada pela Psicanálise, é necessário retirar a linguagem da categoria objeto, para tanto, definem que a primeira entrevista deve se centrar no que se escuta da fala e não no que se observa na fala.

Mas como realizar esta escuta? Uma leitura dos significados particulares permite exprimir uma nova ênfase ao sintoma. (Jerusalinsky, 2004b).

Estas significações só podem se efetivar, caso haja contato com as histórias dos sujeitos. Os elementos obtidos através desta história podem ser utilizados na Hora do Jogo com a criança e aí ela estará incluída em sua sessão.

Por exemplo: uma das mães conta que, durante a gravidez, *“resbalou”* em uma poça d'água, assustando-se com o que poderia ter acontecido com o bebê. Água é a mesma palavra que ela referiu que a criança falava errado, desde pequena. Água, enquanto palavra-chave na história da criança, também poderia ser utilizada como palavra de estímulo na Terapia Fonoaudiológica, caso pertinente.

Lowe e Weitz (1996) citaram a importância das palavras-estímulos constituírem uma função comunicativa, ou seja, serem escolhidas de modo que tenham utilidade para a criança em seu meio social. Porém, observa-se que não é apenas uma função de comunicação (enquanto troca de palavras) que se deve preservar, mas um registro na história do Sujeito.

Para que se tenha acesso aos significantes da história do sujeito Rosa (2001) salienta que se pode entrar em contato com o relato dos pais sobre as crianças, pois estes relatos estarão cobertos de significações e constituirão a trata subjetiva da criança. Todavia, se tomarmos o exemplo anterior, nas Fichas e nos Relatórios de Triagens Fonoaudiológicas tal história não chega a ser descrita.

Para uma efetiva escuta, é preciso questionar os pais além do sintoma, deve-se questionar em que mundo vive o pequeno, que significantes o representam (Rodulfo, 1990).

Porém, caso isto não seja possibilitado durante uma primeira entrevista, no desenrolar da Terapia as crianças fornecem elementos. Segundo Groisman e Jerusalinsky (1999) é preciso escutar a criança em seu jogo e descobrir por que ponto penetrar, pois a criança pode oferecer ao Fonoaudiólogo os elementos a se trabalhar.

Deve-se selecionar então, elementos que tenham registro na história do paciente. Groisman e Jerusalinsky (1999) afirmam que é preciso escutar a criança em seu desejo, atentar-se ao que ela quer, dar palavras a seus lugares vazios, permitindo que a palavra seja portadora de uma subjetividade.

Para além da leitura dos significantes associados à história dos sujeitos que buscam atendimento, há a leitura de significados ocultos dispostos transferencialmente na relação do clínico com seu paciente. Como isto pode transparecer?

Neste estudo, há um único caso em que a História da Queixa (lê-se: História da Criança) não é transposta da Ficha de Triagem para o Relatório de Triagem encaminhado ao SELF. Ou seja, em que não há registro da história do paciente no relatório, trata-se de um caso de adoção.

Cunha (2004) diz que erros, faltas e falhas dos pacientes são indícios terapêuticos. Aponta-se que as falhas ou “esquecimentos” dos terapeutas (aqui representados pelos entrevistadores) também podem servir de indícios terapêuticos, uma atenção à contratransferência do terapeuta.

Cabe conceituar a contratransferência: ela é o conjunto de manifestações do inconsciente do clínico relacionadas com a transferência do paciente, ou seja, relacionadas com os desejos inconscientes que o paciente passa a repetir com a pessoa do clínico.

Dentre o exposto, infere-se que os eixos norteadores da clínica (Groisman e Jerusalinsky, 1999) são eficientes quando se trabalha com uma patologia como o Desvio Fonológico, a saber: descobrir o lugar que a criança ocupa no discurso dos pais; ver se o discurso da criança a recorta como sujeito; e criar um espaço de diálogo entre a criança e o terapeuta.

Acrescenta-se: descobrindo-se o lugar que a criança ocupa no discurso dos pais, deve-se observar se ela fica presa a este, ou se atinge, em sua constituição, uma posição subjetiva. Isto é realizado a partir de uma fala própria, situada com um Eu que consegue definir e defender seus desejos em relação a um outro.

Este lugar que ela ocupa no discurso parental é carregado de significantes que a representam e estes podem servir como palavras-estímulos na terapia. Para desvendar este discurso, é necessária uma primeira entrevista aprofundada, com um olhar ao sujeito

psíquico e não somente ao corpo. Mesmo que os pais causem resistência ao clínico, o posicionamento destes deve ser explorado, pois diz sobre as condições terapêuticas. (Rodulfo, 1990).

Acredita-se ser importante não apenas um primeiro contato com os responsáveis pela criança, mas intervenções constantes, a fim de fazê-los envolver-se no tratamento dos filhos.

O diálogo, terceiro ponto levantado pelos autores, parece essencial. Se há aqueles que ainda não escutam suas crianças, que o clínico possa fazê-lo. Se há aqueles que apenas escutam as falhas nas falas de suas crianças, que o clínico possa sair deste lugar.

A avaliação do paciente dependerá da postura do clínico. Ele deve ficar sob o efeito da fala do paciente, do modo como o paciente se posiciona diante da fala do clínico e de sua própria (Faria e Trigo, 2006).

Poder-se-ia questionar, diante destes argumentos, querer-se-ia transformar o Fonoaudiólogo em Psicanalista? De forma alguma, quer-se apenas dimensionar ao clínico a questão subjetiva. Quer-se que as crianças sejam escutadas como sujeitos.

Por isto se faz fundamental recorrer à história única dos pacientes que chegam para atendimento. A demanda é de conserto, mas naquilo que deve ser “consertado” manifesta-se um sujeito. É a este sujeito que se pretende alcançar, sem ele, não se pode situar a função da fala, o quão importante, para a criança, se faz traduzir um desejo através da fala.

Ainda, para distanciar-se de um imaginário próprio suposto à criança e para dimensionar uma possível escuta analítica, recorre-se à distinção de Andrade (2001) entre a fala do fonoaudiólogo e o fonoaudiólogo falante. Isto demanda tomar a fala/falante do fonoaudiólogo como objeto de análise, o que pode se dar durante uma troca interdisciplinar entre Fonoaudiologia e Psicanálise.

CONCLUSÕES

Os achados levaram às inferências quanto a possíveis intervenções no Tratamento Fonoaudiológico, como: a adoção de significantes que marcam a história da criança, durante os atendimentos; o deslocamento da concepção de linguagem como objeto para a linguagem como função; e a sugestão de um olhar às questões transferenciais entre clínico e paciente.

Quanto à adoção de significantes que marcam a história da criança, eles só podem ser destacados na avaliação se o clínico tiver conhecimento acerca da Teoria Psicanalítica, sobre o que constitui o mito familiar e de como ele se revela, como descrito no estudo.

Quanto ao deslocamento da concepção da linguagem, foi exposto o distanciamento do profissional

Fonoaudiólogo em relação à subjetividade da criança, o que implica em uma reprodução da “falta de escuta” dos familiares-responsáveis e uma maximização das investigações sintomáticas (fala como objeto).

Já nas questões transferenciais, acredita-se que estas deveriam ser reconhecidas e utilizadas na Clínica Fonoaudiológica. Para que isto ocorra, considera-se importante incluir nas disciplinas curriculares do Curso de Graduação em Fonoaudiologia a Teoria Psicanalítica, oferecendo um suporte técnico à relação terapeuta-paciente, desta forma, poderiam desapropriar-se de suas questões particulares e ampliar a escuta do sujeito que busca tratamento. Da mesma forma, poderiam verificar as manifestações inconscientes dos pacientes (atrasos, faltas, atos falhos) e suas dimensões.

Analisar suas próprias falas e suas condições de falantes pode ser oportunizado caso haja trocas interdisciplinares com profissionais de outras áreas, instituindo uma escuta terceira, um terceiro elemento, e com profissionais de formação em Psicanálise, detentores de um conhecimento acerca do funcionamento subjetivo.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L. (2001). Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica. *Letras de Hoje*, 36, 261-265.
- Benine, R. (2001). “Ómideio!” – o que é isto?: questões e reflexões sobre dislalias, distúrbios articulatorios funcionais e desvios fonológicos. 154f. Tese de Doutorado. Faculdade da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP.
- Borges, S. (2004) Criança, corpo e linguagem: Que(m) fala? *Estilos da Clínica*, IX, 122-129.
- Cunha, M.C. (2004) Linguagem e Psiquismo: Considerações Fonoaudiológicas Estritas. In L.P. Ferreira, D.M. Befi-Lopes, & S.C.O. Limongi. *Tratado de fonoaudiologia* (pp. 899-902). São Paulo: Rocca.
- Faria, V.O., & Trigo, M de F. (2006) Contribuições da psicanálise na abordagem das falas sintomáticas de crianças. COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP (online) Disponível:<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032006000100060&lng=en&nrm=abn>.
- Groisman, M.L., & Jerusalinsky, A. (1999) Terapêutica da Linguagem: Entre a voz e o significante. In: Jerusalizky, A. e col. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. (pp. 236-251), 2ª ed revista e ampliada. POA: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2004a). A cura e o discurso. In Vorcaro (Org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala* (pp. 29-53). Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, A. (2004b) Como se constituem as bordas do ponto de vista da linguagem In Vorcaro (Org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala* (pp. 107-119). Salvador: Ágalma.
- Laznik-Penot, M.C. (1997). Rumo à Palavra. Três crianças autistas em psicanálise. São Paulo: Escuta.
- Lier-de Vitto, M.F. (2004). Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje*, 39, 47-59.
- Lowe, R.J., & Weitz, J.M. (1996). Intervenção. In R.J. Lowe. *Fonologia – avaliação e intervenção: aplicações na patologia da fala*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Papp, A.C.C. (2003). *Um estudo sobre a relação do aspecto familiar e o distúrbio fonológico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Papp, A.C.C.S., & Wertzner, H.F. (2006). O aspecto familiar e o transtorno fonológico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 18, 151-160.
- Passos, MC. (1995). Fonoaudiologia e psicanálise: um encontro possível. *Distúrbios da Comunicação*, 7, 173-179.
- Ramos, APF. (2003). Teoria e prática terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios articulatorios/fonológicos. *Distúrbios da Comunicação*, 15, 335-354.
- Rodulfo, R. (1990). *O brincar e o significante*. Porto Alegre: Artmed.
- Rosa, M.D. (2001). O não-dito familiar e a transmissão da história. *Psychê Revista de Psicanálise*, V, 123-137.
- Trenche, M.C.B., & Balieiro, C.R. (2004). Fonoaudiologia e inclusão social. In L.P. Ferreira, D.M. Befi-Lopes, & S.C.O. Limongi. *Tratado de fonoaudiologia* (pp. 725-731). São Paulo: Rocca.
- Trigo, M. de F. (2004). Sobre os distúrbios articulatorios: a heterogeneidade em questão na clínica da linguagem. *Estudos Linguísticos*, XXXIII, 1250-1255.
- Vorcaro, Â. (2004). Das manifestações psicopatológicas da fala. In Vorcaro (Org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala* (pp. 13-26). Salvador: Ágalma.
- Weber, D.E., Vares, M.A., Mota, H.B., Keske-Soares, M. (2007). Desenvolvimento do sistema fonológico de gêmeos monozióticos com desvio fonológico: correlação a fatores genéticos e ambientais. *Revista CEFAC*, 9, 32-9.
- Wertzner, A.F. (2004). Fonologia: desenvolvimento e alterações. In L.P. Ferreira, D.M. Befi-Lopes, & S.C.O. Limongi. *Tratado de fonoaudiologia* (pp. 772-786). São Paulo: Rocca.

Recebido em 20/05/2010. Aceito em: 20/09/2010.

Autoras:

Amanda Schreiner Pereira – Psicóloga da UFSM. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana (UFSM), Pós-Graduada em Atendimento Clínico – Ênfase Psicanálise (UFRGS). Coordenadora e professora do Curso de Pós-Graduação em Atendimento Clínico: Abordagem Psicanalítica e professora do Curso de Psicologia (ULBRA/SM).
 Márcia Keske-Soares – Fonoaudióloga (UFSM). Mestre e Doutora em Linguística Aplicada (PUCRS). Professora do Curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (UFSM). E-mail: <keske-soares@uol.com.br>.

Enviar correspondência para:

Amanda Schreiner Pereira
 Rua Doutor Alberto Pasqualini, 25, sal 406 – Centro
 97015-010, Santa Maria, RS, Brasil
 E-mail: <psico_amanda@hotmail.com>