

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
FONOAUDIOLOGIA

Luana Martins

**SOBRE OS EFEITOS DO ENCONTRO ENTRE A FONOAUDIOLOGIA E A
PSICANÁLISE: LEITURAS DO SINTOMA, UMA REVISÃO DE LITERATURA**

São Paulo
2018

Luana Martins

**SOBRE OS EFEITOS DO ENCONTRO ENTRE A FONOAUDIOLOGIA E A
PSICANÁLISE: LEITURAS DO SINTOMA, UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de BACHAREL em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof.^a Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

São Paulo

2018

Banca examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Data: _____

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lúcia Arantes pela orientação primorosa e exemplar. Seu olhar único e verdadeiro para o outro despertou em mim o interesse pela clínica de linguagem a qual me era tão distante. Suas palavras certas em momentos precisos, tornaram leve até os momentos mais difíceis da elaboração deste trabalho. Sem dúvida, seus valiosos ensinamentos estão presentes em meu fazer. Agradeço a presença forte neste meu percurso, e os inúmeros gestos de carinho, confiança e generosidade ao ensinar com brilho nos olhos o verdadeiro papel de um terapeuta. A ela minha admiração e um gostar além.

À Dra. Fernanda Machado pela leitura cuidadosa e importantes sugestões feitas no Exame de qualificação.

A todos os mestres que tive ao longo da graduação, que compartilharam seu saber e ensinaram com tanta propriedade esse lindo ofício. A eles meu eterno agradecimento.

Sou grata a todas as minhas amigas de turma por tudo que vivemos durante esses anos de formação. Também pela paciência e ajuda nos momentos em que estive ausente. Um beijo forte em cada uma pela alegria de todas as manhãs.

As amigas do grupo Entrelaços, por me acolherem e terem feito das tardes de terça, uma experiência enriquecedora. Um beijo especial para Francisca por compartilhar de forma doce e generosa tanta sabedoria.

À Paulinha- Andrea e Billy, família que fiz minha, pelo amor que nos une durante todos esses anos. Pela cumplicidade na partilha de tantos momentos bons. Obrigada Paulinha por ser a minha pessoa. Tenho muita sorte por ter vocês ao meu lado.

À Beth Amin- minha fonoaudióloga e amiga de tantos anos. O amor ao exercer o seu trabalho me encantou ao ponto de fazer desta a minha profissão. Agradeço o cuidado, carinho e também por todos os ensinamentos.

As amigas Naya e Larissa, por estarem ao meu lado nesses tempos de muito trabalho.

À Juliana Portas, pela amizade e leveza em seus gestos e palavras.

E por fim aos meus pais, minha irmã e a pequena Laura. Não teria chegado até aqui sem vocês.
Obrigada por serem a minha família.

À FUNDASP, pela concessão da bolsa para a graduação.

Resumo:

Introdução: o encontro entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise produziu deslocamentos importantes na clínica de linguagem, isso porque conceitos psicanalíticos foram postos em discussão e ganharam outra dimensão no interior da Fonoaudiologia, que desde de sua origem sofreu forte influência da Medicina. Ao fonoaudiólogo, cabe uma relação consistente com uma teoria de linguagem, para que a aproximação à Psicanálise e a outros campos do conhecimento possa se estabelecer, sem que métodos, conceitos e instrumentos sejam usados apenas como forma de reprodução, sem valor terapêutico ou clínico, o que acaba descaracterizando a atuação fonoaudiológica. **Objetivo:** apresentar e discutir os efeitos produzidos a partir do encontro entre Fonoaudiologia e Psicanálise no que diz respeito ao conceito de sintoma. **Método:** foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Foram incluídos nesse levantamento trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, “Programa de Estudos de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, ambos da PUC SP”, e artigos publicados em periódicos da área da Fonoaudiologia. **Resultados:** a partir dos textos apresentados, foi possível observar que o conceito de sintoma é abordado por diferentes perspectivas na clínica fonoaudiológica e a tentativa de delinear diferentes concepções de sintoma indicou a complexidade envolvida no tema, bem como as consequências para pensar a direção do tratamento, ponto ainda não explorado em profundidade no diálogo estabelecido entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise. **Considerações finais:** a relação da Fonoaudiologia com a Psicanálise pode produzir importantes mudanças na clínica fonoaudiológica e que tanto conceitos, quanto o manejo clínico puderam a ser ressignificados a partir desse encontro profícuo entrecampos. Os sintomas na clínica fonoaudiológica parecem ter uma especificidade que requer um passo além. Um passo que se relaciona com o melhor que a Psicanálise pode nos oferecer: a possibilidade de interrogar.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Psicanálise, Sintoma

Sumário

1. Introdução.....	6
2. Objetivo.....	8
3. Método.....	9
4. O sintoma na perspectiva da Medicina	10
5. O sintoma na Psicanálise- Freud e Lacan	13
6. O sintoma na fonoaudiologia: efeitos da psicanálise.....	19
7. Resultados.....	27
8. Considerações finais.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

1. Introdução

Desde o início da década de 90, as relações entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise tornaram-se cada vez mais estreitas. Isso porque pesquisadores do Campo da Fonoaudiologia entenderam que o diálogo com a Psicanálise era não só possível, como necessário. Questões clínicas certamente motivaram pesquisadores a realizar esse encontro que produziu mudanças importantes na Fonoaudiologia.

Vale lembrar que a Psicanálise é, desde suas origens, conhecida como “*talking cure*” o que coloca a fala no centro das atenções, e foi pela via da fala que Freud pôde “curar” suas pacientes. O gesto de Freud produziu um corte importante, pois revela que organismo e sujeito não coincidem o que o levará à elaboração do aparelho psíquico e ao sujeito do inconsciente e, conseqüentemente, a produzir uma direção distinta em relação ao modo como a medicina concebia as doenças mentais. Como assinala Faria (2003), “Freud não cedeu ao saber médico de sua época (duvidou dele) e pôde escutar o sofrimento e a fala de seus pacientes” (p.96). O gesto freudiano ecoou na fonoaudiologia e pode produzir deslocamentos importantes para este campo, que desde de sua origem sofreu forte influência da Medicina.

Foi a partir dessa não coincidência entre sujeito e organismo, que a Psicanálise rompe com o raciocínio médico/etiológico e, também, com ideal de cura como supressão de sintoma. Desse movimento, a concepção que se tinha de corpo como um objeto de descrição - “corpo-orgânico”- é ressignificada, e dá lugar a uma noção de um “corpo pulsional”- corpo que fala, articulado na e pela linguagem, que interpreta e demanda interpretação, movimento este que toca a clínica fonoaudiológica, que teve a Medicina como um campo determinante de sua configuração.(CATRINI ,2011, FARIA, 2013, VASCONCELOS, 2010).

O caminho por Freud inaugurado criou um espaço de reflexão que permitiu ampliar o entendimento dos sintomas, com os quais o clínico se depara em sua atividade, e enfrentar muitos dos impasses da clínica fonoaudiológica, bem como abriu a possibilidade de renovação de suas bases teórico metodológicas.

A partir da ideia psicanalítica de que a linguagem e sujeito se constituem mutuamente¹, Faria e Trigo (2006) assinalam que a retirada da linguagem da categoria objeto e a atribuição de uma função estruturante da linguagem na subjetividade, possa ser norteadora para a constituição de uma clínica verdadeiramente de linguagem. Essa mudança de direção abre espaço para uma reflexão teórica sobre a linguagem - sujeito, o que o permite o fonoaudiólogo formular questões e interrogar suas práticas em todas as instâncias clínicas.

Ao fonoaudiólogo, cabe uma relação consistente com uma teoria de linguagem, para que a aproximação à Psicanálise e a outros campos do conhecimento possa se estabelecer sem que métodos, conceitos e instrumentos sejam usados apenas como forma de reprodução, sem valor terapêutico ou clínico, o que acaba descaracterizando a atuação fonoaudiológica. Segundo Arantes (2001), a relação entrecampos são complexas e muitas vezes conflituosas, e "... a produtividade dessas relações só pode advir da identificação de diferenças." Na mesma direção, Teresa Lemos (1994) afirma, ao discutir a relação entre campos do saber, trazendo as palavras de Pecheux: "a cada vez que um instrumento é trazido de um lugar para outro ele deverá ser reinventado, tornar-se instrumento dessa ciência (p.9).

É sobre a reinvenção da Fonoaudiologia que este trabalho pretende discorrer, sobre a interrogação que a teoria psicanalítica traz para o campo da fonoaudiologia e os conceitos que passam a ser ressignificados a partir desse encontro. Mais particularmente o foco deste texto será o conceito de sintoma, uma vez que ele se articula à uma concepção de linguagem e de sujeito. O sintoma deixa de ser sinal visível que marca o corpo/corpo da fala, o que implica um distanciamento da noção de organismo para a direção de corpo pulsional, desejante. Também o conceito de "cura" é modificado e, conseqüentemente, as possibilidades de pensar o manejo clínico, ganha destaque uma reflexão sobre escuta- interpretação (CUNHA,1997; ARANTES, 2001; ANDRADE, 2002)

Em um estudo recente, cujo objetivo era verificar na literatura brasileira e internacional produções científicas correlacionando a Fonoaudiologia e a Psicanálise, Nascimento et al. (2017) puderam constatar que o encontro entre esses campos foi bastante produtivo. As questões que nortearam sua pesquisa foram: "...há literatura nacional e internacional trabalhos que relacionam a Psicanálise com a Fonoaudiologia? Quando essa literatura foi produzida? Em

¹ Concepção forjada por De Lemos (1992, 1995, 2002) no campo da Aquisição de Linguagem e desdobrada por Lier- DeVitto (1995, 2001,2003, entre outros) no Campo das Patologias e da Clínica de Linguagem.

quais bases de dados foram disponibilizadas? Quais as especialidades da Fonoaudiologia que sofrem maior interferência do ponto de vista analítico? (p.576)” O levantamento foi realizado bases de dados nacionais “Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)” e “Scientific Electronic Library (SCIELO)” e internacionais “Scopus” e “Pubmed”.² Foi encontrado inicialmente um total de 545 artigos nas bases nacionais e 4.167 nas internacionais. Após a análise dos artigos foram selecionados os que estavam em concordância com o tema em questão e eliminados os demais o que resultou em uma amostra de 65 trabalhos. A conclusão a que chegam é que:

A Psicanálise contribui para a análise e intervenção dos casos de audição, gagueira, voz, escrita e, especialmente, linguagem. A linguagem é objeto de estudo tanto da Fonoaudiologia quanto da Psicanálise, no entanto, os periódicos da Psicologia são os que mais publicam trabalhos sobre Psicanálise e Fonoaudiologia/Comunicação. (NASCIMENTO et al. (2017.p.581)

Pode-se observar, considerando o trabalho das autoras, que se trata de tema relevante para o Campo da Fonoaudiologia, mas menos do que enumerar a contribuição do encontro com a Psicanálise, pretendemos apresentar como as diferentes possibilidades de conceber o sintoma afetaram a fonoaudiologia e, a partir disso, como diferentes cenas clínicas se delinearam.

Neste trabalho, apresento a concepção de sintoma na medicina e nas escolas da psicanálise com as quais a fonoaudiologia dialogou com maior intensidade. Esta seção ficou mais extensa, mas considerei necessário colocar em relevo a complexidade do tema. Em seguida, apresento o trabalho de fonoaudiólogos que discutiram o sintoma na fonoaudiologia, isto é, os resultados obtidos em minha pesquisa. Finalmente, teço as considerações finais, que são, na verdade, sempre provisórias.

2. Objetivo

Considerando o exposto até aqui, o objetivo do presente estudo é, por meio de uma revisão narrativa da literatura, apresentar e discutir os efeitos produzidos a partir do encontro entre Fonoaudiologia e Psicanálise no que diz respeito ao conceito de sintoma.³ Assim, considerando a abrangência do tema pretendemos circunscrever as leituras de sintoma operadas

² Os descritores utilizados pelos autores para a localização dos artigos na língua portuguesa foram “Fonoaudiologia”, “Psicanálise” e “Comunicação” e na língua inglesa foram “Speech Therapy”, “Psychoanalysis” e “Communication”. A busca foi realizada associando os descritores da seguinte forma: Fonoaudiologia X Psicanálise; Comunicação X Psicanálise; Speech Therapy X Psychoanalysis e Communication X Psychoanalysis.

³ É certo que à concepção de sintoma e outras tantas estão articuladas, tais como o que se concebe como linguagem, sujeito e conseqüentemente, como se opera o manejo das diferentes instâncias clínicas

na Fonoaudiologia e os deslocamentos operados nesse conceito a partir da relação com as diferentes escolas da psicanálise.

3. Método

Esta pesquisa foi realizada a partir de uma revisão narrativa, modalidade utilizada para descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Assim, esse tipo de revisão não fornece a metodologia para a busca das referências, nem as fontes de informação utilizadas, ou os critérios usados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constitui-se, basicamente, da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador (BERNARDO; NOBRE; JANETE, 2004). A revisão narrativa possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo; no entanto, não possui metodologia que viabilize a reprodução dos dados e nem traz respostas quantitativas para determinados questionamentos (ROTHER, 2007).

Na revisão narrativa, também nomeada como tradicional, o material bibliográfico é selecionado de maneira aleatória pelo pesquisador para prover sustentação teórica ao tema e objetivo de estudo estabelecidos. Tal característica não a desqualifica; contudo, a exclui das escalas de evidências científicas em função de um vieses de seleção. (CUNHA, 2015 apud CORDEIRO A.M et al. 2007)

Ainda assim, esclareço que neste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados eletrônicas: “Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)”, “Scientific Electronic Library (SCIELO)”, “Portal de Periódicos CAPES” e “Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)”, por meio dos descritores: “fonoaudiologia”, “psicanálise” e “sintoma”. Após a análise dos textos, como critério de inclusão foram analisados os trabalhos que estavam em concordância com o tema.

Foram incluídos nesse levantamento trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, “Programa de Estudos de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, ambos da PUC SP”, e artigos publicados em periódicos da área da Fonoaudiologia (Revista de Distúrbios da Comunicação, Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Pró-Fono, CEFAC) publicados no período de 1995 a 2018.

Para discutir o conceito de sintoma na medicina na Psicanálise, elegi os trabalhos de Cunha (1997) Arantes (2001) e Lier- DeVitto (2003). Quanto à Psicanálise optei por apresentar de forma sucinta diferentes concepções, elegi aqui aquelas que ecoaram mais fortemente na clínica fonoaudiológica, a saber: Freud e Lacan. Certamente, não pude ir à obra destes autores, não apenas pelo tempo, mas pela dimensão da tarefa. Para falar da tradição freudo-lacanian, segui os passos de Maia, Medeiros e Fontes (2012) no texto “O Conceito de sintoma na Psicanálise: Uma introdução”, por abordar diretamente a concepção de sintoma na obra dos autores em questão.

4. O sintoma na perspectiva da Medicina

A Medicina, bem como a Pedagogia e a Linguística, forneceu à Fonoaudiologia princípios fundamentais de sua arquitetura teórico-clínica: a concepção de doença, como conjunto de sinais determinados por uma alteração orgânica, o diagnóstico nosológico, causalista e classificatório e, também, o ideal de cura como supressão de sintoma. (Arantes, 2001/2018). Em tal perspectiva “O **sintoma é sinal** observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa” (ARANTES,2001, p. 106). Ou como assinala Amoroso:

“[...] pode-se dizer que o sintoma é sempre uma alteração do corpo que remete a um espaço local e causal. Se a noção de sintoma de linguagem for compreendida na Fonoaudiologia tal como a Medicina, pode-se inferir que o sintoma de linguagem é uma perturbação visível, que se relaciona a uma alteração orgânica. Ou seja, o sintoma de linguagem como consequência de uma lesão (ou mal funcionamento) cerebral e que se remete a um quadro, cujo sentido já está previamente determinado. Esta pré-determinação apaga a identidade do sujeito, reduzindo-o a um rótulo.” (AMOROSO,2000, p.29)

Em tal perspectiva fica apagado o falante, a fala e “a singularidade de uma manifestação dita patológica: o sintoma é, então, um mesmo que se reproduz em indivíduos diferentes, em condições orgânicas semelhantes (a fala do PC, do Afásico, etc). O falante fica assim inscrito como indivíduo numa série de mesmos (LIER-DE VITTO, 1998). O sintoma é tomado como signo e

Tal concepção privilegia a relação entre os signos e o seu referente. Assim tais signos se apresentam como mais puros e estáveis na medida em que possuem menos intermediários entre o olhar e o corpo. O que depende da fala do paciente, do relato de seus familiares ou da mera impressão do observador possui valor secundário e é fonte permanente de relativização do teor dos signos envolvidos no processo mórbido. O clínico neste sentido ouve o paciente, mas não o escuta. Ouve na medida em que as informações que este lhe transmite possam ser cotejadas com um referente fenomênico. O paciente atua assim como um informante daquilo que, por motivos

técnicos, não pode ser diretamente visível. Tudo o que se afasta deste testemunho neutro dispersa e prejudica o trabalho clínico. (DUNKER, 2001 p.89)

Na medicina o olhar para o corpo do doente em busca dos sinais da doença é o que orienta a diagnóstica e o privilégio do olhar tem consequências, como aponta Arantes: “a acuidade do olhar médico [para o organismo] prepara a surdez da Medicina à palavra ...” (OLGIVIE, 1987, p.14). O paciente pode ser ouvido, queixar-se, informar, mas *não é escutado*, não há espaço para a subjetividade numa clínica que visa à apreensão objetiva da doença.” (ARANTES, no prelo).

Cunha (1997) nos diz que “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.” (p.15)

De acordo com a autora, no que diz respeito ao comportamento humano, a ordem estaria representada pela fisiologia e a patologia seria uma variação, um desvio quantitativo do dito estágio fisiológico normal. Ela afirma: “A esta variação atribui-se a ideia de sintoma, dado observável como fenômeno particular, individual, mas interpretado como uma alteração indesejável em relação a leis universais invariáveis” (p.15). A questão para Cunha, não está no discurso médico, mas no fato de que se desconsiderou a especificidade dos objetos nas respectivas áreas. A medicina está voltada para a doença, o que lhe permite excluir questões relacionadas à subjetividade, lidar com a fala e o falante exige outra posição.

O efeito da presença da medicina na fonoaudiologia se faz ver na expressão “patologias de linguagem”. Ao discutir tal expressão, centro da atuação fonoaudiológica, Lier-DeVitto (2003) afirma que tal expressão sugere ou faz pensar na entificação da linguagem (e da doença) e na situação inconcebível de que, para que manifeste sua “normalidade” ou “patologia”, ainda *outro ente* (o corpo/ser) seja implicado como o porta-voz da doença/patologia.” Ao lado dessa suposição pouco plausível, restaria ainda indicar o que poderia afetar o *ente linguagem* para torná-lo doente, quer dizer, restaria especificar as características do *ente-doença* que afeta a linguagem. (LIER-DEVITTO, 2003, p.234)

Para ela a expressão “linguagem”, na expressão “patologias da linguagem”, parece indicar que linguagem ocupa um lugar de partes do organismo. Se na Medicina, é possível falar em patologias do fígado, cérebro, etc, a expressão “patologias”, *linguagem* não faz série com as demais. Ela interroga:

O que teria a generalidade do termo “linguagem” a ver com a particularidade de outros como “fígado” ou “cérebro”? É certo que pode-se falar em “patologias orgânicas/somáticas” ou em “patologias do organismo” – o plural marcando sempre,

contudo, que partes de um todo orgânico é que são afetadas. Mas, não é fácil decidir/destacar com clareza que partes da linguagem estariam afetadas num quadro sintomático de *linguagem*. (ibid.p..234)

A direção de seu argumento indica que as categorias nosológicas “vigentes na clínica fonoaudiológica não esclarecem esse ponto e dizem bem da ausência de categorias linguísticas em sua circunscrição”. De fato, se considerarmos as categorias nosológicas com as quais lidamos (surdez, distúrbios articulatorios, paralisias cerebrais, afasias, deficiência mental, retardos de linguagem) deixam ver o laço entre a Fonoaudiologia é com a Medicina e o que ela concebe como “patológico”. Ela indaga: O quê, então, sustentaria a linguagem no rótulo “patologias da linguagem? Unicamente, que sintomas aparecem na linguagem (ibid.p.234)”.

Considerar um sintoma na fala pela via da alteração, do desvio, não é sem efeito no modo de conduzir a clínica fonoaudiológica. Dela deriva uma clínica da objetividade, no sentido de tomar a doença como objeto, que resulta em um apagamento do sujeito em busca da supressão de sintomas, por meio de um conjunto de técnicas específicas, voltadas para aquilo que é visível no corpo/corpo da fala. No centro das atenções fica a doença e não o doente. Uma perspectiva clínica de natureza pedagógica, que favorece a sustentação de um corpo-orgânico.

Pode-se dizer que a implementação de procedimentos clínicos como a anamneses, testes e provas tiveram sua inspiração no modelo médico de diagnóstico. Em tal perspectiva anamnese dá início ao processo terapêutico com o objetivo de recuperar/registrar o desenvolvimento orgânico da criança desde a gestação, pesquisar antecedentes pessoais e familiares. O que se busca por meio de questionário é detectar possíveis a causa do problema na linguagem, ou seja, da “origem” e do “desenvolvimento” da “**doença**”. Conforme assinala Arantes:

A anamnese na clínica fonoaudiológica deve-se à influência do discurso médico na constituição da Fonoaudiologia. Daí que o que fica em relevo é a anotação de sintomas enunciados pelo paciente (ou sua família), a etiologia da doença e sua evolução. Sua função é clara embora, na clínica fonoaudiológica, diferentemente da clínica médica, nem sempre é possível chegar ao objetivo almejado. Isso porque a linguagem não responde a um determinismo da mesma natureza que o do organismo - o que inviabiliza a utilização de um dispositivo causalista. (ibid.p.51)

Após a anamnese é realizado o exame/avaliação da linguagem propriamente dito. O uso de provas são, em tal perspectiva o procedimento mais utilizado. As provas visam é, essencialmente, avaliar recepção-emissão de “linguagem oral e escrita” - verificar, através de provas de percepção, processos subjacentes aos problemas na linguagem. As provas, via de regra, são elaboradas com base em “componentes linguísticos” (fonético/fonológico,

morfosintático, semântico e pragmático). O que se visa é descrever os sintomas, enquanto deficit e apreender o que determina o sintoma (lesões, problemas funcionais e/ou perceptuais).

É possível estabelecer relações entre esse procedimento “com o do “exame direto do paciente” pelo médico [...] O toque no corpo do paciente tem a função de recolher sinais de doença para referendar suposições levantadas na anamnese.” (ARANTES, 2000, p.54).

Quanto à terapia propriamente dita, usando a expressão de Cunha, “trata-se de reestabelecer a ordem”, de ir na direção de reestabelecer a normalidade de instalar o que falta incidindo naquilo que determina o sintoma por meio de procedimentos de natureza pedagógica.

De acordo com Lier-DeVitto (2002), na base desse raciocínio clínico, a linguagem é, na verdade, reduzida a comportamento desadaptado. Entende-se, assim, o porquê da adesão ao ideário adaptativo: sendo um comportamento como outros (humano ou animal), supõe-se que a linguagem pode ser “corrigida” para ser “adaptada” ao padrão da comunidade. Desse modo, estimular/reforçar/extinguir são os procedimentos terapêuticos que sustentam as propostas de reabilitação na Fonoaudiologia.

5. O sintoma na Psicanálise- Freud e Lacan

O tema do sintoma é ponto central em toda a Psicanálise, trata-se de um conceito fundamental, que determina “a prática e demarca os limites terapêuticos desse campo de saber.” (MAIA, MEDEIROS, FONTES 2012.p.44)

No entanto eleger um conceito de sintoma na psicanálise é reduzir uma discussão que perpassa a obra de Freud e Lacan. Assim, não se pretende neste trabalho produzir uma definição linear de sintoma, como se ela fosse definitiva, uma vez que isso não parece possível, mas traçar um percurso que permita cernir o conceito e marcar diferença entre escolas.

Iniciamos com a trajetória freudo-lacanianiana, conforme proposta Maia, Medeiros, Fontes (2012). As autoras indicam que ao longo da obra de Freud, “o sintoma aparece como expressão de um conflito psíquico, como mensagem do inconsciente e como satisfação pulsional, e que Lacan, lendo Freud, apresenta o sintoma como mensagem-metáfora; como gozo e como invenção-criação”.(p.45) Já de início fica em destaque a complexidade do tema, bem como a de um sentido unívoco para sintoma na psicanálise.

No que diz respeito à obra freudiana, as autoras acompanham a sugestão de Ocariz (2003) que propõe 3 momentos distintos na elaboração freudiana, são elas: “o conceito de sintoma antes de 1900; o conceito de sintoma o entre 1900-1920, e o conceito de sintoma após 1920”.

Nos primórdios de sua obra, em seu trabalho com Breuer, a hipótese de Freud é de que “... a histeria é o produto de um conflito psíquico gerado por um evento traumático que deixou marcas, mas que não é lembrado no estado de vigília” (MAIA, MEDEIROS, FONTES, 2012, p.45). No trabalho sobre a histeria, os autores afirmam que as histéricas sofrem de reminiscência, eventos esquecidos que retornam ao corpo. Nesse primeiro tempo da obra freudiana, a etiologia da histeria estava ligada a uma experiência sexual precoce e o trauma sexual era entendido como a origem da neurose, lembranças que eram recalcadas determinavam o aparecimento do sintoma. Considerando que os sintomas desapareciam quando as lembranças eram narradas ao clínico, isso certificava a hipótese relativa à causa das neuroses.

Entretanto, Freud promove mudanças em suas hipóteses iniciais e a hipótese de um trauma vivido pelo paciente é alterada.⁴ Ele se afasta da hipótese de que a” origem da histeria estava nos traumas sexuais relatados pelas pacientes, os quais, até então tomava como reais, encontrava limites” (p.47) o trauma deixa de ser um acontecimento vivido e passa a ser visto como algo inferido ou fantasiado pelo paciente e ainda assim capaz de produzir sintomas.

Entre 1900-1920, o conceito de sintoma vai ganhando contornos mais nítidos, mas a obra freudiana até aí é regida pelos “princípios da realidade e do prazer que visam a manutenção da vida do sujeito e sua adaptação ao meio em que vive.” (p.49) Foi com a interpretação dos sonhos, em 1900, que o conceito de sintoma sofre transformações e aparece como

“realização de um desejo que é sempre de natureza sexual. Este, no entanto, aparece em uma versão mais aceitável. Desse modo, o sujeito que sofre com seu sintoma não reconhece nele uma satisfação. Nesse momento da obra freudiana, o sintoma é tomado como uma mensagem cifrada que encontra lugar para sua interpretação e elaboração no espaço analítico e que, ao mesmo tempo, provoca resistências ao seu tratamento. O ciframento da mensagem concretizada pelo sintoma segue as mesmas leis de funcionamento dos outros fenômenos lacunares do inconsciente. Os conteúdos são submetidos às mesmas torções e versões que sofrem ao aparecer num sonho, ou incorrer num ato falho.” (ibid.p.48)

Trata-se, portanto de uma linguagem cifrada, e cabe ao clínico buscar um sentido, desfazendo as distorções que a censura e a resistência as realizam. De modo bem sucinto pode-

⁴ Ver carta 69, escrita a Fliess, em 1897

se dizer que o sintoma é “um produto transfigurado pelo impulso de satisfação inconsciente da libido, e pela proteção exercida pelo recalque, atendendo num só momento a dois senhores, mantendo o equilíbrio entre essas instâncias, até que o sofrimento que o acompanha convoque o indivíduo a buscar outra solução. (Ibid. p.49)

Em 1920 é o momento que o aparelho psíquico é reformulado e tem-se com isso a segunda tópica da obra freudiana com a publicação de “Além do princípio do prazer”. Tal elaboração implica transformações importantes na concepção do aparelho psíquico com introdução da pulsão de morte que age no indivíduo, além das que estariam guardando a harmonia – princípio de realidade e princípio do prazer. A meta de toda vida é a morte, pulsão primeira que visa retornar ao inanimado

Se, a princípio, Freud havia seguido sua formação médica e considerou o sintoma como sinal da quebra de harmonia na vida orgânica e psíquica das pessoas, sua experiência como analista vai evidenciando as dificuldades no trabalho com a resistência e a compulsão à repetição. “Sua prática clínica foi mostrando que a decifração dos significados não era suficiente” (Ocariz, 2003, p. 78). Alguns pacientes não conseguiam abrir mão de seus sintomas. Assim, a partir de 1920 o conceito de sintoma passa a ter duas faces: o sintoma como efeito lacunar, como mensagem, passível de interpretação, e o sintoma como satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico. (ibid, p.51)

De acordo com Maia, Medeiros e Fontes (2012), é a partir do texto “Inibições, sintomas e ansiedade” que o sintoma surge como uma solução de compromisso que busca reestabelecer “uma suposta homeostase que teria sido quebrada pelo conflito psíquico, e chega a cumprir sua função, no sentido de resolver o conflito, ao mesmo tempo que tem como produto uma satisfação que perturba”.

Do que se vê até aqui, no interior da obra freudiana o conceito de sintoma foi se tronando cada vez mais denso e complexo. Assim, qualquer definição unívoca de sintoma pode ser reducionista e apagar o trabalho do autor, que até o final de sua obra continua a discutir a natureza do sintoma e suas implicações para a clínica.⁵

Também na obra de Jaques Lacan o sintoma passa por inúmeras transformações e, conseqüentemente, determina o que se entende por direção do tratamento. Conforme assinalam Maia, Medeiros e Fontes (op.cit. p.52) “Miller (1987) e Ocariz (2003) afirmam que o tema do sintoma em Lacan pode ser compreendido de três modos: o sintoma como mensagem endereçada ao Outro, como gozo, e como produção e invenção do sujeito. ” Elas afirmam que os primeiros tempos do ensino de Lacan (de 1953-1963) de acordo Miller (1987) é marcada

⁵ Sobre isso ver “Análise terminável e interminável” (1937/1996m).

pela forte presença dos conceitos freudianos. É em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”⁶ que a voz de Lacan passa a fazer diferença.

Afetado pelo estruturalismo europeu, mais precisamente pela leitura singular da teoria Linguística de Saussure e do estruturalismo de Levis Strauss, que é articulado à teoria freudiana, ele propõe as:

[...]categorias de Simbólico, Real e Imaginário [e] apresenta o Simbólico como ordenador da cultura, fundada pela linguagem. Nesse primeiro momento de seu ensino, evidenciando a prevalência do Simbólico, afirma: “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (Lacan, 1998a, p. 277). O que é regido pelo instinto e pelas informações filogenéticas nos animais, no ser humano é construído e ordenado pela cultura. Isso faz com que o ser humano tenha que se encontrar com referências culturais para dar conta da sua relação com a alimentação, como sexo e encontrar seu lugar no grupo social no qual está inserido. (Ibid., p.52)

O simbólico, nesse tempo de seu ensino, é o foco central de sua teorização, o sintoma é tomado por Lacan, conforme assinalam Maia, Medeiros e Fontes (op.cit., p.53) como “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. [...], ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição” (Lacan, 1998a, p. 282). O sintoma é então tomado como mensagem cujo sentido deve ser desvelado.

...essa mensagem, o sintoma, explicita e esconde. A esse respeito afirma que, diferentemente do signo, o sintoma só é interpretado na ordem do significante. O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. (Lacan, 1998b, p. 235) (ibid.p.53)

Lacan, a partir de sua relação com a Linguística Saussureana, relaciona as leis do aparelho psíquico, conforme propostos por Freud: condensação e o deslocamento modos da mensagem que o sintoma comporta, como metáfora e metonímia. O sintoma, como se vê, está no campo do simbólico:

O sintoma como metáfora aponta para outro sentido, é um significante em relação a outro significante: “do mais simples ao mais complexo dos sintomas, a função significante revela-se preponderante, por surtir efeito neles já no nível do trocadilho” (Lacan, 1998c, p. 448). Nesse sentido, o sintoma está no registro do simbólico, retendo um saber que o sujeito se recusa a reconhecer (ibid.p.54)

Cabe destacar que em tal perspectiva **não se trata de revelar o significado** do que é recalcado e retorna, “mas é possível, ao sujeito, construir sua verdade num processo analítico.” (opt.cit. p.54)

⁶ LACAN, J. “Função e campo da fala e da linguagem”. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 238-324

Já a concepção de sintoma como gozo aparece no Seminário, livro 5: as formações do inconsciente ⁷, Lacan retoma as questões freudianas presentes em “Além do princípio do prazer” para formular sua concepção de sintoma como gozo. O avanço da teoria lacaniana se aproxima do Real, isto é, que ultrapassa o simbólico e que, portanto, não pode ser simbolizado. “O sintoma tem algo a dizer – a verdade do sujeito. Se o sujeito se dispõe a falar seu sintoma pode ser recriado. Como a univocidade está fora da linguagem humana existem múltiplos significados que podem ser recriados para o sintoma”. (ibid.p.55)

Mas há limites, há sempre aquilo que sobra como incurável. Lacan identifica que existe nesse limite um sofrimento e uma satisfação. Ele se refere ao sintoma como sentido na tentativa de tamponamento da falta fundamental, do fora do sentido, que a língua e o significado não conseguem recobrir.

Trata-se daquilo que insiste, aquilo que diz do humano marcado pela falta, O “sintoma pode ser compreendido como resultado de uma estrutura marcada por uma falta, representando a verdade que aponta para essa falta inerente. Aí residiria o aspecto ‘incurável’ do sintoma” (Conde,2008, p. 67). A falta estrutural do Outro da linguagem precisa ser tratada pelo sujeito que, para isso, faz uso do sintoma. É interessante notar que o sujeito se sustenta não em um sofrimento, mas em uma satisfação. Por isso, para o sujeito é tão difícil abrir mão do sintoma, pois ele manifesta, mesmo que de modo invertido, a sua via de contentamento e sustentação. (Conde, 2008, p. 64). (ibid.p.55)

Esse lado do sintoma que não pode ser dito, que resiste a significação é o que caracteriza o segundo tempo de seu ensino (1964-1974) como o que nomeia o gozo do sintoma, dado que há uma satisfação.

Vale lembrar que gozo e satisfação não coincidem, trata-se de um modo de satisfação que leva o sujeito em direção ao seu pior: a pulsão de morte. “O que o sujeito sente é um sofrimento intolerável que, paradoxalmente, é uma satisfação. O gozo, diferentemente do prazer, não circula, não encontra satisfação a não ser voltando sempre ao mesmo lugar, repetindo. ” (ibid.p.56)

O sintoma porta uma satisfação que não se pode parar de tentar buscar, e que, ao mesmo tempo, não se alcança. Por ser a via privilegiada de satisfação do sujeito “o sintoma pode desvelar a estrutura de sua subjetividade. O modo como os significantes se articulam em torno desse paradoxo contentamento-problema vai dar as pistas de como está estruturada tal subjetividade” (Conde, 2008, p. 65). (ibid.p.56)

⁷ Lacan, J. (1998d). O seminário, livro 5: as formações do inconsciente, 1957-1958. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Como afirmam as autoras, esse é núcleo duro, que não pode ser apreendido pelo entido, e é o que Lacan estabelece nesse segundo momento do seu ensino(1962-1974) como gozo do sintoma aquilo que se revela e estrutura subjetiva, dado que é o modo que o sujeito encontra para se sustentar, isto é uma solução singular e inerente ao sujeito. Importate é que “o tratamento analítico **não visa aqui o franqueamento do recalque**, para que o sujeito tenha acesso pleno à sua verdade, já que essa verdade é não-toda.” (Ibid.p 56) (*enfâses minhas*)

Já no final de sua obra a ideia que o sintoma aparece como criação invenção do sujeito para dar conta do Real vai ganhando mais ênfase.

Assim, “não deve ser dissociado do sujeito, algo que deve ser modificado, mas não arrancado do sujeito, por ser fundamental em sua estrutura (Ocariz, 2003, p. 137). Segundo essa compreensão, os sintomas já são tentativas de tratar o Real” (ibid.p.57)

Como consequência, de acordo coma as autoras o tratamento não tem como meta eliminar o sintoma, mas fazer com que o sujeito possa buscar novos modos de lidar com seu sintoma, entendido com aquilo que o constitui.

Já em seu último ensino Lacan, nas lições dos seminários apresentadas depois de 1974, localiza o sintoma como invenção, criação do sujeito. “O “sintoma não é uma palavra, uma metáfora na qual a significação é função do significante (uma metáfora) (ibdid.p.58)., Trata-se da passagem da linguística para a topologia, o sintoma passa ser grafado por Lacan como *sinthoma*, que não é mais uma morbidade, mas o elemento que articula real simbólico e imaginário.

“O “sintoma não é uma palavra, uma metáfora na qual a significação é função do significante...” Trata-se da passagem da linguística para a topologia, o sintoma passa ser grafado por Lacan como *sinthoma*, que não é mais uma morbidade, mas o elemento que articula real simbólico e imaginário. Com isso na clínica a posição do analista é “de saber fazer com o *sinthoma* de modo que o sujeito possa se valer dele, e não mais estar submetido. [...]. Para chegar ao *sinthoma* o sujeito precisa ter se havido com a falta no Outro e ter passado pelo sintoma mórbido, pela queixa, para se dar conta de sua implicação, de como o *sinthoma* que porta lhe é caro.” (ibid.p.58)

Na passagem de sintoma a *sinthoma*, é possível observar que o primeiro se aproximava da definição freudiana em que uma formação de compromisso ganhava destaque. Condensação e deslocamento, foram lidos por Lacan como metáfora e metonímia e o sintoma seria a "expressão metafórica da verdade do recalque inconsciente que se interpreta graças ao equívoco significante. É um 'nó de sentido' que primeiro se apresenta ao sujeito como sem sentido, mas que convoca ao sentido [...] é substituível e passível de deslocamento"(SIMONNEY, 2008: p

297). O *sinthome*, por sua vez, guarda uma característica distinta “O *sinthome* será a resposta de um sujeito confrontado à obrigação de assumir sua singularidade, conseqüentemente, sua solidão” (SIMONNEY, 2008: 298)”, uma vez que é lido como resposta a uma falta constitutiva.

6. O sintoma na fonoaudiologia: efeitos da psicanálise

Como afirmamos na introdução deste trabalho, o encontro com psicanálise produziu mudanças importantes na clínica fonoaudiológica. Inicialmente, devemos destacar que a possibilidade deste encontro foi tributária de uma reflexão crítica sobre qual concepção de linguagem e de sujeito sustentavam a prática clínica. O diálogo com a psicanálise só foi possível quando se passou a conceber a linguagem como funcionamento simbólico e fundante da subjetividade humana.

A partir daí muitos fonoaudiólogos foram afetados pela psicanálise. Incluir o sujeito do desejo, submetido ao inconsciente não foi gesto sem conseqüências, ele produziu mudanças na concepção de corpo e de sintoma, conseqüentemente, outros conceitos foram relacionados ao manejo clínico passaram a ser tematizado: transferência, escuta/interpretação, demanda e “*setting*”.

Cunha (1997) pesquisadora que tem uma produção expressiva sobre o tema, afirmou e desenvolveu um trabalho relevante indicando que a fonoaudiologia se beneficia muito ao introduzir a noção de sujeito psíquico por meio de um diálogo com a psicanálise. De fato, a fonoaudiologia foi constituída a partir da uma composição de modelos teóricos e clínicos de diferentes campos, porém o desafio que enfrenta na relação com a Psicanálise é o de evitar reduções teóricas, e de sustentar a alteridade em relação a ela.

Em seu modo de conceber o sintoma Cunha nos diz:

Adotar uma concepção psicanalítica de sintoma, o que implica ir além de sua aparência, não nos exime de considerar a especificidade dos sintomas fonoaudiológicos...são sintomas sempre dotados de uma, digamos “materialidade”, que aqui passarei a chamar de corporalidade- numa perspectiva psicossomática, isto é, considerando a indissolúvel unidade corpo/mente (CUNHA, 1997.p.118)

Para Cunha, o sintoma fonoaudiológico visto na interface com a Psicanálise, deixa de ser somente o que se observa, considerando, “além de suas manifestações aparentes, também os seus conteúdos latentes”. (p.84).

Nessa perspectiva, a fonoaudióloga propõe uma relação de contiguidade entre esses dois campos de conhecimento, passando a considerar o sintoma da fala” ... como uma linguagem que precisa ser compreendida...e completa “...estou me referindo especificamente aos sintomas de fala aos quais é possível atribuir valor simbólico”. (p.39)

Para considerar o sintoma além de suas manifestações aparentes, Cunha sugere a necessidade do campo fonoaudiológico contemplar a noção de sujeito psíquico, a partir de um diálogo com a Psicanálise. Mas a autora não descarta a importância de se considerar a natureza e a expressão orgânica dos sintomas e afirma “os sintomas na fala podem e precisam ser organicamente localizáveis”. (p.140)

Os trabalhos por ela orientados tocaram em temas relevantes, que ultrapassaram os quadros específicos de linguagem. Sob sua orientação foram desenvolvidos trabalhos que envolviam voz, motricidade oral, distúrbios alimentares, entre outros.⁸

Na mesma direção da reflexão de Cunha, Mori (2011), aponta que a Psicanálise ao se apresentar aos estudos da linguagem, interfere na Fonoaudiologia e possibilita uma revisão no método clínico terapêutico fonoaudiológico. São ressignificados a partir deste encontro, a concepção de linguagem, sujeito e sintoma, justamente por serem os eixos principais deste campo interdisciplinar. Em sua dissertação, desenvolve uma discussão sobre as repercussões da Psicanálise no método clínico fonoaudiológico.

Ela assinala que:

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.) 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. (MORI, 2011, p.4)

⁸ Costa (2016) Damasceno (2014) Delloso (2011) Fernandes((2007), Machado (2007), Mori(2000) Steinberg (2007)Uliana (2018) entre outros.

A pesquisadora investigou, como assinalamos, que contribuições a Psicanálise produziu no método clínico terapêutico fonoaudiológico. Sua hipótese é de que “a Psicanálise introduz sua ética na direção do tratamento clínico Fonoaudiológico produzindo uma ressignificação do seu método clínico terapêutico”. (MORI, opt.cit. p.11). Em sua dissertação elege a análise de uma das vertentes da Fonoaudiologia e a adoção do referencial psicanalítico sem desconsiderar a especificidade do campo. Seu trabalho incide fundamentalmente sobre 3 conceitos, a saber: sujeito, sintoma e transferência conforme delineados na Psicanálise. Isso porque em sua pesquisa todos os entrevistados referiram, pelo menos, uma dessas três categorias expostas. Ela afirma que “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” (MORI, op,cit. p.64).

Mori após uma breve construção sobre o sintoma na Psicanálise indica a necessidade de outros desdobramentos para uma compreensão mais rigorosa afirma: “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.” (Ibid. p.36)

Ieto e Cunha (2007) afirmam que o referencial psicanalítico possibilita ao fonoaudiólogo uma escuta terapêutica que auxilia no acesso aos conteúdos manifestos (conscientes) e latentes (inconscientes) e também aos possíveis significados que permeiam o sintoma. Esses conteúdos estão envolvidos no sofrimento que faz surgir uma demanda de ajuda, a qual leva um sujeito a procurar diversos profissionais, entre eles o fonoaudiólogo, em busca de alívio. Desse modo, considerar a dimensão inconsciente relacionada ao sintoma, amplia as possibilidades de compreensão, interpretação e ressignificação do sintoma.

As autoras afirmam que a Psicanálise auxilia a compreender esse processo, a saber: o de escutar a demanda subjacente à queixa enunciada, na medida em que nos alerta sobre a dinâmica psíquica envolvida nos modos peculiares pelos quais os sintomas se instalam e conseqüentemente, os efeitos singulares que produzem no paciente e em sua família. (IETO, 2003). Como se pode observar, sob efeito da psicanálise e a partir da concepção de sintoma, é introduzida a noção de demanda, em oposição à de queixa o que de início afeta a concepção de anamnese e de uma busca objetiva, mas trata-se de incluir a dimensão da escuta de uma leitura que implica interpretação daquilo que é dito.

Um dos pontos sugeridos por Cunha (op.cit) para essa interface é a atribuição de sentido

ao sintoma de fala, constituído na “interpretação fonoaudiológica” ou em suas palavras “Interpretação fonoaudiológica psicanalítica”. Essa interpretação só é possível segundo a autora a partir da introdução dos conceitos psicanalíticos no método-clínico fonoaudiológico. Segundo Cunha, a interpretação fonoaudiológica objetiva a cura da fala pela fala e isso é possível através da escuta do sintoma e do sentido.

Pinheiro e Cunha (2004) discutem a relação entre voz e psiquismo no campo fonoaudiológico, especificamente quanto aos sintomas vocais. As autoras observaram em um estudo, que no discurso dos profissionais da área não nega essas relações, mas a produção científica e a abordagem clínica dicotomizam as dimensões psíquica e orgânica dos sintomas vocais. Tal abordagem conduz a intervenções fonoaudiológicas restritas ao sintoma corporal observável, em termos audíveis e visíveis. Assim, as pesquisadoras apontam para uma abordagem referenciada pela teoria psicanalítica, que possa tornar a intervenção fonoaudiológica nos sintomas vocais um processo que assuma seu caráter efetivamente terapêutico. Elas concluem que o “sujeito disfônico, por meio de sua alteração vocal, fala de seu psiquismo, produto daquelas primeiras experiências e de todas as outras que o acompanham. A todo momento, ele estará “falando” de si por meio do sintoma.” (PINHEIRO E CUNHA, op.cit. p.89)

Machado (2007), aborda a relação entre os problemas de alimentação e linguagem oral, a partir do conceito psicanalítico de oralidade, que segundo a autora é um dos elementos essenciais para a constituição subjetiva ancorada na instauração do laço entre mãe e bebê.

Ela destaca a importância de tratar a alimentação não só no âmbito funcional e fisiológico, mas também destacando os aspectos subjetivos envolvidos no laço mãe- criança e sua importância para o desenvolvimento do bebê. Isso possibilita uma atuação terapêutica fonoaudiológica na dimensão bio-psíquica nos casos em que há uma co-ocorrência de problemas alimentares e de linguagem oral. Machado traz o trabalho Palladino, Souza e Cunha (2004) para apontar a sobredeterminação que a ordem simbólica impõe sobre os problemas de linguagem e de alimentação e a relação entre corpo, psiquismo e linguagem.

Machado sugere a partir dessa perspectiva, uma intervenção no trabalho com alimentação que considere os aspectos subjetivos nas funções orais vitais, e conseqüentemente o funcionamento psíquico na formação e manutenção do sintoma sem ignorar a importância dos aspectos funcionais e fisiológicos da alimentação.

Como se pode ver, abordar o sintoma na perspectiva psicanalítica, atribuindo-lhe caráter simbólico conforme afirma a autora, não exclui o fato de que os sintomas da fala podem e precisam ser organicamente localizáveis, o que demanda intervenções fonoaudiológicas específicas. Cunha, assim como os pesquisadores por ela orientados, propõe a articulação entre o que chama de dupla especificidade fonoaudiológica, a primeira seria uma intervenção a nível psíquico (conceitualidade) e a outra uma intervenção a nível corporal (corporalidade), nessa segundo ela é possível uma abordagem específica do sintoma.

Abordar o sintoma na perspectiva psicanalítica, atribuindo-lhe caráter simbólico conforme afirma a autora, não exclui o fato de que os sintomas da fala podem e precisam ser organicamente localizáveis, o que demanda intervenções fonoaudiológicas específicas. Cunha propõe a articulação entre o que chama de dupla especificidade fonoaudiológica, a primeira seria uma intervenção a nível psíquico (conceitualidade) e a outra uma intervenção a nível corporal (corporalidade), nessa segundo ela é possível uma abordagem específica do sintoma.

Para Freire, o sintoma é tomado como manifestação que implica o sujeito e o outro. Os trabalhos nesta perspectiva envolvem tanto indicadores de saúde e risco em fonoaudiologia e, portanto, a prevenção e a promoção de saúde integram suas pesquisas. Também na área da Educação, há trabalhos que abordam a interface entre o objeto de estudo da Fonoaudiologia e questões relacionadas ao processo de alfabetização. Amoroso e Freire (2001), que tocam mais explicitamente a questão do sintoma em uma reflexão sobre o sintoma na linguagem, apontam que abordar a noção do sintoma a partir da Psicanálise, auxilia na exposição de toda a trama que subjaz a constituição destes fenômenos e abre espaço para uma reflexão sobre os efeitos das manifestações patológicas da linguagem. Desse modo, para elas a leitura do sintoma deve ir além da descrição do funcionamento da linguagem, do sujeito e do efeito da fala do outro sobre esta.

Conforme destacam, a transferência de conceitos e os empréstimos teóricos, resultado da ausência de um raciocínio clínico próprio, levou a fonoaudiologia a um reducionismo na compreensão dos fenômenos de linguagem que se apresentam à clínica e a diversas interpretações do sintoma de linguagem.

“O compromisso com a linguagem patológica somente será legitimado sob a égide da clínica, sendo necessário reconhecer que a ampliação da noção de sintoma de linguagem, não dissipa todos os obstáculos que o trabalho clínico apresenta. Ao

contrário, sua complexidade deixa à mostra as lacunas deste referencial teórico-metodológico.” (AMOROSO E FREIRE, p.100)

Vale destacar, finalmente, que nos trabalhos orientados por Freire é a vertente lacaniana a que marca presença.

Os trabalhos orientados por Lier-DeVitto, e pelos pesquisadores do grupo por ela liderados⁹, partem da concepção de que a linguagem e sujeito se constituem mutuamente, concepção esta que tem origem nos trabalhos de Claudia Lemos (1992, 2002, 2006, entre outros) no campo da Aquisição, orientados pela leitura que Jacques Lacan fez da obra de Saussure (1916). Os desdobramentos empreendidos no campo das patologias e clínica de linguagem que derivam desta perspectiva se aproximam da Psicanálise, mas a partir de uma reflexão particular, em que a teorização sobre a linguagem, particularmente sobre os modos de presença do sujeito na linguagem, ganha maior relevo.

A partir de uma leitura crítica do modo utilitário de aproximação da Fonoaudiologia à Linguística, pesquisadores vinculados a tal perspectiva sustentam uma relação necessária entre esses campos, mas sem desconsiderar a especificidade dos objetos e objetivos das respectivas áreas. Entende-se, como aponta Arantes (2001) que a face da linguagem que convoca o fonoaudiólogo exige e um compromisso com uma teorização sobre a linguagem e com a fala dos pacientes. Para Lier-DeVitto, problematizar a fala significa enfrentar a multiplicidade de suas manifestações, significa assumir que sua heterogeneidade é da ordem do acontecimento, da “ocorrência de um falante na fala [...] lugar de imbricamento manifesto de língua e sujeito” (2000c). Para Lier-De Vitto é a problematização do sujeito e, portanto, do singular, que poderá levar a uma teorização sobre a fala (sem implicar o apagamento de la langue). (ARANTES.op.cit.p.57-58). Conforme assinala Arantes (2018):

a Clínica de Linguagem, conforme proposta pelos pesquisadores do Grupo Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, [...]foi inaugurado por Lier-DeVitto (1997) num gesto de abertura de uma reflexão teórica sobre a linguagem e o sujeito, afasta-se das diretrizes e princípios da clínica médica. Clínica que, como procuro indicar, dá privilégio ao olhar e assenta no cerne da clínica *a escuta*, que subsidia a *interpretação*. Escuta orientada pela relação tensa entre a Psicanálise e a Linguística. pela tensão do encontro com esses campo, já que a interpretação na clínica de linguagem é particular. (ARANTES, 2018, no prelo)

⁹ Grupo de Pesquisa CNPq, Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes, no LAEL-PUCSP.

A linguagem é retirada da categoria de objeto e, como afirmam Faria e Trigo (2006), atribui-se uma função estruturante da linguagem na estruturação subjetiva que pode ser norteadora da constituição de uma clínica verdadeiramente de linguagem. Essa mudança de direção abre espaço para uma reflexão teórica sobre a linguagem - sujeito, o que o permite o fonoaudiólogo formular questões e interrogar suas práticas em todas as instâncias clínicas.

Para encaminhar as questões advindas da clínica de linguagem, os pesquisadores do projeto coordenado esclarecem a necessária aproximação a uma teoria linguística em que “erro”, “sujeito” e “outro” sejam proposições problemáticas. Assim filiam-se ao Interacionismo em Aquisição de Linguagem proposto por Claudia Lemos, o qual faz uma releitura das obras de Saussure, Jakobson, a partir da Psicanálise Lacaniana, que aborda a estruturação do sujeito e o modo de presença deste na estrutura da língua. Na perspectiva teórica desta vertente, sujeito e fala estão imbricados, o que abre espaço para uma filiação teórica, no que tange o compromisso com a fala do sujeito, contemplando assim, pontos essenciais para uma reflexão sobre a linguagem e as questões que são particulares a clínica fonoaudiológica. Embora a aproximação ao Interacionismo que inclui uma reflexão sobre a articulação língua- fala- sujeito seja necessária, a singularidade e o enfrentamento das falas sintomáticas não interrogam o campo da aquisição de linguagem, o que implica o necessário desdobramento de categorias e a interlocução com outras áreas no que dizem respeito ao sintoma na linguagem

Lier-DeVitto assinala que o sintoma na linguagem é “um acontecimento na fala que exprime a prisão do sujeito numa falta ou falha” e o impede de “passar a outra coisa” (ALLOUCH, 1990, apud Lier-Devitto & ARANTES, 1998). A autora esclarece que sintoma é diferente de “erro”, pois é resistente a interpretação/mudança e seu efeito é distinto na escuta do outro.

Como diz a autora, sintoma é expressão de uma lógica significante que comanda a fala de um sujeito que nela faz marca de presença singular na linguagem.

[...]o sintoma diz de uma diferença profunda, de uma marca na fala que [...]. Implica o próprio falante e o isola dos outros falantes de uma língua (Lier-DeVitto,1999, 2002). Quero dizer que se uma fala produz efeito de patologia na escuta do outro, essa escuta tem efeito bumerangue: afeta aquele que fala. Da noção de sintoma participam, portanto, o ouvinte, que não deixa passar uma diferença e o falante, que não pode passar a outra coisa. (LIER-DEVITTO,2002, p.145)

Fonseca (2002), pesquisadora desta linha de pesquisa, em seu trabalho focaliza “O afásico na clínica de linguagem”, título de sua tese, inserida no âmbito do projeto “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” (LAEL/PUCSP/CNPQ). Esta autora busca dar contorno à uma clínica de linguagem que teorize sobre a fala e que contemple a singularidade do falante; que respeite a heterogeneidade no (e de cada) caso; que não apague a necessária articulação entre teoria e atos clínicos; o distanciamento/ruptura com propostas de reeducação; e que sustente a figura do terapeuta. Para a fonoaudióloga, a abordagem da fala sintomática envolve “escuta clínica” – afetada pela fala em sofrimento e pelo sofrimento do afásico. Propõe então uma clínica que dê “voz e vez” a **“fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito”**. Segundo a autora: “O terapeuta-pesquisador da afasia deve poder ser interrogado pelo enigma do sintoma que se apresenta na fala de cada paciente que chega a clínica. (FONSECA, 2012, p.209)

Junto ao grupo de pesquisadores, Fonseca busca uma relação teoria-clínica que faz valer o compromisso ético com o particular de uma fala. Eles apontam para a necessidade de um rigor teórico, que torne possível a apreensão do singular em meio a heterogeneidade de manifestações de fala sintomáticas (LIER-DEVITTO & ARANTES 1998; ARANTES, 2001; ANDRADE, 2006).

Assim como nas afasias, o trabalho de Vasconcellos (1999) sobre as paralisias cerebrais, indicam que há sempre algo que ultrapassa a lesão, mesmo quando ela impede o movimento de um corpo. É possível num olhar ou em um gesto reconhecer a presença de um sujeito barrado para fala, mas “que dizem de um corpo falado/investido e que investe na parcela que resta de “vivo” em seu organismo prejudicado. Esse corpo-fala desprendido, disjunto do corpo orgânico, insiste como linguagem – significa e pede interpretação. Corpo que, na falha ou falta de fala, sustenta (a) e sustenta-se na escuta.” (LIER-DEVITTO, 2003.p.238).

Vasconcellos pode apreender na escrita de uma criança PC que não falava, marcas da oralidade, do que conclui que há fala na escuta, isto é a lesão barra a fala, mas não a presença ou a captura da criança pela linguagem (LIER-DEVITTO.ibid.p.238)

Também nesta perspectiva foram abordados os desvios fonológicos e distúrbios articulatorios e os de leitura e escrita ¹⁰. Nos dois casos apesar das diferenças em relação aos

¹⁰ Ver: Hunterr, 2000; Benine, 2001; Faria, 1995; Leite, 2000.

quadros em questão, há aquilo que insiste. “Nos dois casos, diz-se que os sintomas podem decorrer de “dificuldades de discriminação auditiva” (de fundo orgânico ou mental), ou “motoras” (de fundo orgânico),” (Lier-DeVitto.ibid.p.298), mas as pesquisadoras indicam que a relação sujeito-língua-fala está sempre implicada nas manifestações sintomáticas e são determinantes para determinar a direção do tratamento. Assim, temos que

(...) os sintomas na linguagem excedem o orgânico: eles expõem o falante em sua falha. Neles, corpo e linguagem aparecem irremediavelmente entrelaçados. Nas patologias da linguagem, esse nó se abre em espetáculo: nas afasias, nas paralisias cerebrais, na gagueira, nos distúrbios articulatorios, nos retardos de linguagem, nos distúrbios de leitura e escrita. Cada um desses quadros coloca em causa a redução do corpo ao seu substrato orgânico e desafia o ideal de sujeito entendido como epistêmico: desafiam o dualismo corpo-mente (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238)

7. Resultados

A partir dos textos apresentados, foi possível observar que o conceito de sintoma é abordado por diferentes perspectivas na clínica fonoaudiológica. Os trabalhos que assumem a vertente freudiana, enfatizam a articulação entre o que chama de dupla especificidade fonoaudiológica, que envolve uma intervenção em nível psíquico (conceitualidade) e a outra uma intervenção a nível corporal (corporalidade), que se refere a uma abordagem específica do sintoma. Já em trabalhos voltados para uma vertente Lacaniana, verticaliza a abordagem do sintoma focalizando a articulação entre uma teorização que implica fortemente a linguística, a partir uma teorização específica que articula sujeito e linguagem

Foi possível destacar ainda que o modo de abordar o sintoma implica entender a linguagem enquanto funcionamento simbólico e conseqüentemente o sujeito do inconsciente. Esse movimento levou a modificações profundas no manejo clínico a partir dos conceitos de transferência, escuta e interpretação.

Vale finalmente enfatizar que a tentativa de delinear diferentes concepções de sintoma indicou a complexidade envolvida no tema, bem como as conseqüências para pensar a direção do tratamento, ponto ainda não explorado em profundidade no diálogo estabelecido entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise

8. Considerações finais

A partir dos trabalhos apresentados podemos ver que a relação da Fonoaudiologia com a Psicanálise pode produzir importantes mudanças na clínica fonoaudiológica e que tanto conceitos, quanto o manejo clínico puderam a ser ressignificados a partir desse encontro profícuo entrecampos, mas há ainda o que explorar

Se o que está em discussão é o efeito do diálogo entre campos deve-se perguntar, como assinala Lier-deVitto (2001) se as falas sintomáticas, têm lugar na Psicanálise. Ela sustenta que o sintoma na fala não se confunde com as manifestações que importam à Psicanálise, com as “formações do inconsciente” (sintoma, sonho, chiste, esquecimento). Na noção de sintoma, com que opera a clínica de linguagem, está implicado o ouvinte, que não deixa passar uma diferença e o falante, que não pode passar a outra coisa. Como diz a autora, o sintoma é expressão de uma lógica significativa que comanda a fala de um sujeito que nela faz marca de presença singular na linguagem. Vejamos, o que ela diz a partir do trabalho de Vorcaro (2004)

[Formações do inconsciente] têm ocorrência esporádica e imprevisível e as falas sintomáticas são composições estáveis, no sentido de serem a cristalização de uma anomalia, i.e., de lógica significativa, inesperada e indesejada, que resiste à língua constituída. Deve-se, ainda, considerar o fato de que os sintomas na fala não podem ser contornados, ocultados, ou seja, eles ficam expostos e expõem o falante em sua falta/falha. Procuro, com esse assinalamento, deixar nítida a separação entre formações do inconsciente e falas sintomáticas, ou melhor, as falas mais relevantes para Psicanálise e aquelas que pressionam a clínica de linguagem (LIER-DEVITTO, 2011, p.62)

Ela prossegue e questiona se falas sintomáticas, interessariam para a Psicanálise. E para isso traz as palavras de Vorcaro (a sair):

A Psicanálise privilegia o tratamento do “mal-estar na vida cotidiana” e que focaliza manifestações do inconsciente na fala, tais como lapsos e chistes. Falas sintomáticas, porém, admite a psicanalista, são recolhidas como sinais de quadros clínicos “sem maior detenção às condições subjetivas ali incidentes”, embora, “a determinação subjetiva das manifestações patológicas da fala não seja negligenciável” (ênfases minhas)” (ibid.p.62))

Como se vê, a Fonoaudiologia deu um passo importante e transformador, mas há ainda o que dizer, o sintoma que se apresenta na clínica de linguagem tem particularidades, eles parecem apontar para a necessidade de uma articulação mais profunda que leve às últimas consequências a articulação corpo-linguagem, para que se possa apreender isso que insiste, que

resiste, que expõe o sujeito. Os sintomas na clínica fonoaudiológica parecem ter uma especificidade que requer um passo além. Um passo que se relaciona com o melhor que a Psicanálise pode nos oferecer: a possibilidade de interrogar, mas tal tarefa é bastante ambiciosa, exige um mergulho na psicanálise e muita experiência clínica, ela excede, e muito, os limites de um trabalho de conclusão de curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOROSO, M.R.M. & FREIRE, R.M. **Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica** In: Maria Consuelo Passos(org.) A clínica fonoaudiológica em questão – São Paulo: 2001.

ANDRADE, L. **Ouvir e Escutar na Constituição da Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. (Org.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, p.349-359. 2006

ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **Clínica de linguagem: Uma escuta para a fala e para o sujeito-falante**. Anais do II Encontro Nacional de Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem ENAP-CL I Encontro Internacional de Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. UNICENTRO, Campus Irati, 2018

BENINE, R. **“Omideiô” O que é isto? Questões e reflexões sobre dislalias, distúrbios articulatorios funcionais e desvios fonológicos**. Tese de Doutorado. LAEL/ PUC SP. 2001

CATRINI, M. **Apraxia: a complexa relação entre corpo e linguagem**. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

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

_____. **Revisões de literatura: Uma revisão com foco nas sistemáticas**. CoDAS, vol.27, no.5, p.409-410. ISSN 2317-1782. Out 2015.

CUNHA, M.C.; MACHADO, F.P.; MORI, J.S.M. **Fonoaudiologia e Psicanálise: caracterização dessa interface na formação acadêmica de fonoaudiólogos e no discurso de docentes de cursos de Fonoaudiologia**. Rev. Distúrb Comun, São Paulo, 24(2): 239-247, set, 2012

DUNKER, C. I. L. - **Clínica, Linguagem e Subjetividade. Distúrbios da Comunicação**. v.12, p.39 - 61, 2001.

FARIA, V. **Por entre os distúrbios articulatorios; questões e inquietações**. Dissertação de Mestrado inédita. Distúrbios Da Comunicação-PUCSP.1995.

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

FARIA, V.O., & Trigo, M de F. **Contribuições da psicanálise na abordagem das falas sintomáticas de crianças.** COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 2006.

FONSECA, S. C. **O afásico na clínica de Linguagem.** Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

HUNTER.S **Distúrbios fonológicos evolutivos: da articulação à fonologia**-Dissertação de mestrado, Faculdade de Fonoaudiologia, PUCSP)2000.

IETO V.K. **Olha para mim... A gagueira como demanda de reconhecimento no espaço familiar.** *Distúrb Comun.* 2003;14(2):361- 77.

IETO, V, CUNHA. M, C. **Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico.** *Rev.Soc. Bras.Fonoaudiol.*;12(4):329-34.2007

LEMOS, M. T. G. **A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem.** Tese de Doutorado. Campinas: IEL/UNICAMP, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F. **Patologias da linguagem: subversão posta em ato.** In: ARAÚJO, N. V. *CorpoLinguagem: gestos e afetos.* Campinas, SP: Mercado de Letras; 2003.

_____. **As margens da Linguística: falas patológicas e a história de um desencontro.** In *Anais, 9. International Conference on the History of Language Sciences*, São Paulo: Edusp.2002.

_____. **Efeitos subjetivos na cadeia significante: considerações sobre a alteridade.** In: LAMPRECHT, R.R. (Org.). *Aquisição da Linguagem: estudos recentes no Brasil.* Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 163-172, 2011.

LIER-DEVITTO, M.F.; FONSECA, S.C.; LANDI.R. **Veze e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática.** *Revista Kairós*, 10(1), São Paulo, jun. 2007, pp. 19-34.

LIER-DEVITTO, M. F. e ARANTES, L. **Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos.** *Letras de Hoje*, v. 33, n. 2. ,1998.

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.

MAIA, A.B.; MEDEIROS, C.P.; FONTES, P. **O Conceito de sintoma na Psicanálise: Uma introdução.** *Estilos da Clínica*, 2012, 17 (1), 44-61

MORI, J.S.M. **Consideração acerca do método clínico terapêutico fonoaudiológico na interface com a psicanálise.** Dissertação Mestrado em Fonoaudiologia, Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo, 2000.

MORI, J.S.M, Machado FP, Cunha MC. **Fonoaudiologia e Psicanálise: caracterização dessa interface na formação acadêmica de fonoaudiólogos e no discurso de docentes de cursos de Fonoaudiologia.** Distúrbios da Comunicação, 2012.

NASCIMENTO, E.N. et al. **Interface entre a psicanálise e a Psicanálise: Uma revisão de Literatura.** Rev.CEFAC Jul.Ago;19(4)575-538.2017.

PEREIRA, A. S, SOARES.M. K. **Patologia de linguagem e escuta fonoaudiológica permeada pela psicanálise.** PSICO v. 41, n. 4, pp. 517-524. Universidade Federal de Santa Maria Santa Maria, RS, Brasil .2010

PINHEIRO, M. G, CUNHA M.C. **Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise.** Distúrb. comun;16(1):83-91, abr. 2004.

ROTHER, E.D. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, vol. 20, núm. 2, abril-junho, 2007.

SIMMONEY, D. **El sinthome (1975-1976).** In: Safouan, M. Lacaniana: los seminários de Lacan, 1964-1979 (pp. 297-328). Buenos Aires: Paidós.2008

VORCARO, A. **Do corpo entre o organismo e a fala: a psicanálise face às manifestações linguísticas psicopatológicas de crianças.** Projeto de Pós-Doutorado, São Paulo, 2004.