

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES

**O ATENDIMENTO FONAUDIOLÓGICO NAS DISFAGIAS:
DO CORPO-OBJETO AO CORPO DOS AFETOS**

Mestrado em Fonoaudiologia

PUC-SP

2007

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES

**O ATENDIMENTO FONAUDIOLÓGICO NAS DISFAGIAS:
DO CORPO-OBJETO AO CORPO DOS AFETOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Banca Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, como
exigência parcial para obtenção do Título de
Mestre em Fonoaudiologia, sob a orientação
do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

Banca Examinadora

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

Assinatura: _____ **Local e Data:** _____

Para minha família,
sempre presente na minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Tuto, pela oportunidade de poder ter um orientador tão presente, mesmo quando na ausência, que acompanhou e respeitou meu processo de construção da pesquisa, com interlocuções sempre marcantes.

Aos professores Rogério Lerner, Ruth Palladino e Zelita Guedes, pelos importantes apontamentos e contribuições no exame de qualificação.

A professora Claudia Cunha, pelas discussões nas aulas que, em muito, movimentaram a minha escrita da dissertação

A professora Suzana Maia, sempre atenta, paciente e cuidadosa nas orientações da disciplina de Seminários de Dissertação, de onde germinou o projeto de pesquisa do mestrado.

A Carolina Parisi, pela discussão sobre o caso clínico na pré-qualificação.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, especialmente aqueles com os quais pude me relacionar nas disciplinas, por participarem da minha formação de pesquisadora clínica.

Aos professores Marcos Massetto e Suely Rolnik, pela possibilidade de experimentar aulas tão especiais em ambientes permeados por diferenças.

A Dona Laura (minha paciente, cujo nome é fictício) e a sua família, por terem dado a oportunidade de me debruçar sobre uma experiência de caso clínico tão intensa e marcante na minha vida.

Aos profissionais da equipe do *Home Care*, pelo trabalho conjunto e pela possibilidade de realização da pesquisa.

A Capes, por financiar a realização deste projeto.

As minhas amigas especiais da turma de Seminários de Dissertação: Fernanda Machado, Aline Garrido, Karin Genaro, Cristiane Silva, Renata Ensinas, Mirella Guilhen, além dos “vibráteis” Daniella Zorzi, Luís Jardim e Fernanda Rocco, que participaram das discussões e estiveram bem próximos, cada qual ao seu modo, em momentos importantes da escrita desta pesquisa.

Aos amigos do Aprimoramento em Saúde Coletiva, pelas profícuas discussões e supervisões clínicas, que trouxeram reflexões importantes para a realização do mestrado.

A Vera Mendes, que acompanha de perto, há algum tempo, minhas inquietudes, desassossegos e crescimentos na Fonoaudiologia, com quem venho compartilhando a descoberta de novos caminhos a trilhar.

As grandes amigas Sílvia Guedes, Dani Zorzi e Mari Campos, e porque não dizer também a caçula Flávia Cardoso, por dividirem comigo a experiência de constituir um grupo tão singular e heterogêneo.

Aos meus pais, pelo incentivo e confiança constantes, por suportarem as minhas ausências e pelo amor incondicional.

A minha irmã, por existir e estar presente de forma tão especial na história da minha vida.

Ao Adriano, querido amor e companheiro, que divide a experiência intensa do viver ao meu lado.

Mas graças a Deus que há imperfeição no mundo
Porque a imperfeição é uma coisa,
E haver gente que erra é original,
E haver gente doente torna o mundo maior.

Se não houvesse imperfeição, havia uma coisa a menos,
E deve haver muita coisa
Para termos muito que ouvir
(Enquanto os olhos e ouvidos se não fecham)...

Fernando Pessoa

A dissertação trata da descrição de um caso clínico de paciente disfágica atendida em domicílio.

O objetivo foi demonstrar a relevância dos aspectos psíquicos na reabilitação fonoaudiológica dos transtornos de deglutição, buscando entender por que os sintomas disfágicos se tornaram recorrentes mesmo que, do ponto de vista orgânico-funcional, a paciente não mais possuísse alteração alimentar.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada a partir do método clínico-qualitativo, por meio de estudo de caso clínico único, exemplar ou emblemático. O caso clínico relatado nesta pesquisa é de uma paciente de 82 anos (nomeada como Dona Laura), que foi acometida por um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico e apresentava quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda, além de alteração na expressão da linguagem e disartrofonía. Os dados para reflexão foram coletados no período de junho de 2004 a dezembro de 2005, e o material clínico constituiu-se da análise das memórias dos atendimentos e dos registros semanais, escritos em forma de narrativa após os atendimentos realizados.

O advento do AVE fragilizou subjetivamente a paciente e isso dificultou tanto as relações familiares quanto suas rotinas. A abertura da escuta da terapeuta para as angústias advindas desta situação permitiu que a paciente pudesse se deslocar a partir da reabilitação orgânica em direção à uma ressubjetivação, ou seja, à construção de um novo perfil subjetivo, mais satisfatório em relação às condições atuais de vida e relacionais da paciente.

A pesquisa demonstrou a relevância de se considerar o corpo na reabilitação fonoaudiológica das disfagias, não apenas por sua face orgânica, mas nas esferas simbólica e afetiva.

Descritores: Fonoaudiologia, Disfagia, Relações bio-psíquicas, Terapêutica fonoaudiológica, Transtornos de deglutição.

This study deals with the description of a home care dysphagic patient case study. The aim was to demonstrate the relevance of the psychic aspects in the swallowing disorders treatment, searching to understand why the dysphagic symptoms became recurrent since in the organic-functionary point of view, the patient had no more disorders.

This is a descriptive research done through clinic-qualitative method, by a unique, exemplary or emblematic clinical case study of an 82 years old patient (named as Dona Laura) with stroke that caused dysphagia, paresthesia and paresis of the left facial side, beyond language expression disorder and dysarthria. The data had been collected between June 2004 and December 2005, and the clinical material consisted of the therapies memories analysis, made by weekly registers, written in a narrative form.

The stroke brought fragility to the patient subjectivity and made it difficult to her support the familiar relations, as well as her routines. The opening of the therapist listening to this suffering situation allowed the patient to be dislocated from the organic rehabilitation into the direction of a resubjectivation, meaning a construction of a new subjective profile, more satisfactory in the current relationary conditions of patient's life.

The research demonstrated the relevance of considering the body in the dysphagia treatment, not only on its organic face, but also on its symbolical and affective spheres.

Key words: Speech therapy, Dysphagia, Bio-psychic relations, Speech language pathology therapeutical, Swallowing disorders.

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1 – Manifestação da disfagia no organismo	19
Capítulo 2 – O corpo dos afetos	31
Capítulo 3 – Percurso metodológico: apresentação do caso clínico	50
3.1 – O primeiro encontro com Dona Laura	54
3.2 – Início do atendimento clínico: o <i>setting</i> terapêutico	57
3.3 – Lidando com o imprevisível	60
3.4 – Revivendo o sintoma: o retorno das ocorrências de engasgo	63
3.5 – Outro modo de atuar com o sintoma	64
3.6 – Mudança de olhar: possibilidades de novas relações	67
3.7 – Dos efeitos subjetivos produzidos no encontro terapêutico	71
Capítulo 4 – Análise do processo terapêutico: reflexões sobre corpo e afetos	73
Referências Bibliográficas	79
Anexos	84

INTRODUÇÃO

**Ah, os nossos sentidos, os doentes que vêem e ouvem!
Fossemos nós como deveríamos ser
E não haveria em nós necessidade de ilusão...
Bastar-nos-ia sentir com clareza e vida
E nem reparamos para que há sentidos...
(Fernando Pessoa)**

A escolha em tratar certos aspectos da disfagia deriva do meu envolvimento com o assunto desde a graduação. Naquela época, já me interessava por transitar em espaços de discussão sobre o tema, participando de palestras, mesas-redondas, oficinas e disciplinas eletivas.

Foi pela via dos atendimentos clínicos que me iniciei na terapêutica voltada ao paciente com disfagia, que está impossibilitado de se alimentar pela via oral. Minha atuação profissional está relacionada ao cuidado de pacientes disfágicos na esfera domiciliar e hospitalar.

Na prática clínica, interessa-me, e é relevante, o fato de poder intervir por meio da terapia de reabilitação, permitindo aos pacientes retomar condições de alimentação que haviam sido perdidas. Muitas vezes, são os próprios pacientes e/ou seus familiares que notam dificuldades de deglutição e procuram o atendimento, após a ocorrência ou o acometimento de alguma patologia. Mas, geralmente, são os médicos que os encaminham ao atendimento, para iniciar rapidamente o processo de reabilitação no ambiente hospitalar, a fim de possibilitar uma evolução mais rápida.

A formação teórica promoveu o manejo de conceitos que sustentam o atendimento clínico. Encontrei estudos como os de Marchesan (1999) e Tubero (2003), que definem a disfagia como qualquer dificuldade no percurso do

alimento, da boca até o estômago, que leve o paciente a riscos de desnutrição, desidratação e infecções pulmonares. Problemas orgânicos impedem ou dificultam o processo de alimentação e comprometem a condição nutricional do paciente, trazendo riscos para sua saúde, uma vez que causam sérias complicações respiratórias pela aspiração de alimento em vias aéreas superiores.

Para as autoras, a disfagia não é considerada uma doença, mas a consequência de uma síndrome ou doença de base, decorrente de problemas congênitos ou adquiridos, e é classificada como disfagia neurogênica, mecânica, miogênica e psicogênica. As desordens mais frequentes nas disfagias neurogênicas são aquelas advindas de disfunções neurológicas, resultantes de Acidente Vascular Encefálico (hemorrágico ou isquêmico), traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, doenças degenerativas (Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Demências), Esclerose Múltipla e encefalopatia crônica infantil não evolutiva.

As disfagias mecânicas, muitas vezes decorrentes de tumores de cabeça e pescoço, que necessitam de cirurgias de retirada de órgãos e de tratamentos agressivos, como a radioterapia, além do uso de medicamentos que podem modificar a produção de saliva (sialorréia ou xerostomia) e alterar a sensibilidade ou tonicidade muscular, também ocorrem nos casos de pacientes submetidos a intubação orotraqueal e traqueostomia, uma vez que causam comprometimentos na dinâmica da deglutição. Com relação às disfagias miogênicas, alguns dos distúrbios musculares mais frequentes são as miopatias, a miastenia *gravis* e as distrofias musculares progressivas. Por fim, têm-se as disfagias psicogênicas, advindas de distúrbios psíquicos como a depressão, o autismo, a histeria, a esquizofrenia, entre outros.

Nesta pesquisa, a disfagia é entendida enquanto um transtorno alimentar, no sentido de um transtorno oral que se encontra na gama de acometimentos ocorridos na região oral e que, portanto, são relativos também à alimentação. Os transtornos orais denotam casos como os de alterações de tonicidade e força muscular com conseqüentes imprecisões articulatórias – fonêmicas *strictu sensu* e ceceios variados –, questões respiratórias, de deglutição; quadros de deglutição atípica; transtornos na alimentação; além de idiossincrasias nos rituais alimentares (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004).

Para ser melhor compreendida, do ponto de vista funcional, a disfagia pode ser dividida em fases: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica (MARCHESAN, op. cit.). Apenas as duas primeiras são voluntárias, já as fases faríngea e esofágica são involuntárias. Na maioria dos casos de disfagia neurogênica, há alterações nas fases oral e faríngea, manifestadas por sintomas como desordem na mastigação, dificuldade de iniciar a deglutição e controlar o bolo na cavidade oral, regurgitação nasal e pela presença de tosse e engasgos durante a alimentação, que levam a problemas pulmonares como a pneumonia aspirativa, por exemplo, levando a quadros de desnutrição e desidratação (BUCHHOLZ, 1994).

Pela reabilitação fonoaudiológica, é possível intervir nas fases oral e faríngea da deglutição, por meio de estimulações motoras, sensoriais e funcionais, que visam maximizar a tonicidade, a sensibilidade, a mobilidade e a coordenação dos órgãos fonoarticulatórios. Além disso, objetiva-se co-relacionar a estimulação orofacial com os outros processos relativos à deglutição, como a fonação, a articulação da fala e a respiração.

A partir da prática clínica com pacientes que apresentavam disfagia neurogênica, passei a questionar sobre a reabilitação fonoaudiológica, tendo em vista que, geralmente, a proposta terapêutica era baseada apenas no *déficit* orgânico observável no corpo, ou seja, a intervenção terapêutica se dirigia à correção de uma alteração orgânica observada. Nessa ótica, as técnicas de reabilitação alimentar, realizadas por meio de estimulações sensório-motoras miofuncionais, têm o intuito, exclusivamente, de resgatar funções comprometidas.

Inicialmente, não me questionava, durante o processo terapêutico, sobre a aplicação das técnicas de reabilitação oral, pois os problemas de alimentação apresentados eram minimizados e o objetivo de restabelecer a alimentação do paciente por via oral era alcançado, na maior parte das vezes. No entanto, alguns casos passaram a me inquietar em razão de sua evolução. Passei a observar que nem sempre bastava o uso adequado das técnicas de reabilitação para aliviar o sofrimento de quem estava impossibilitado de se alimentar por via oral. Muitas vezes, o paciente apresentava, segundo uma perspectiva biológica, um “bom prognóstico” para a alimentação, mas a intervenção proposta, baseada na aplicação das técnicas de reabilitação oral não era capaz de promover a melhora do quadro. Comecei a observar que o organismo, enquanto *locus* da intervenção reabilitadora, não podia ser compreendido como unidade fechada sobre si mesma, encerrando o distúrbio anátomo-fisiológico.

O caso de Dona Laura¹, de 82 anos, foi emblemático e permitiu refletir sobre a terapia de reabilitação. A paciente foi encaminhada para avaliação fonoaudiológica pelo médico, quando ainda estava hospitalizada. Havia sido acometida, em junho de 2004, por um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

¹ Nome fictício

(lesão cerebral em hemisfério direito, localizada no lobo parietal, de acordo com o laudo do exame de tomografia computadorizada) e apresentava, na época, quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda, além de disartrofonía e alteração na linguagem oral e escrita.

A terapia fonoaudiológica foi iniciada com enfoque na sensibilidade, tonicidade e mobilidade das estruturas orofaciais, enfatizando a mastigação e a postura da musculatura facial, a fim de evitar presença de resíduos alimentares na cavidade oral, que pudessem levar a uma possível aspiração traqueal. Também foram realizadas estimulações voltadas para as dificuldades de articulação da fala.

Foi possível observar mudança significativa no padrão mastigatório, de deglutição e de sensibilidade e mobilidade da musculatura oral, a partir do primeiro mês de estimulação miofuncional e, assim, o enfoque da terapia passou a ser dirigido às dificuldades de fala, de linguagem oral e de escrita. No entanto, após um período de 2 meses, a paciente apresentou dois episódios de convulsão e, novamente, após outros 2 meses, ocorreu outra convulsão. A partir daí, ela e os familiares se queixavam novamente de dificuldades na alimentação, com a presença de engasgos durante a ingestão de líquidos e sólidos.

Restabeleceu-se a terapêutica voltada à disfagia e, após um período também de aproximadamente 2 meses, houve melhora do quadro: ela não mais engasgava nas refeições e nem durante a fala. Porém, no mês seguinte, sem que houvesse intercorrência orgânica, as queixas retornaram e a paciente e seus familiares voltaram a referir a ocorrência de engasgos e tosse durante a alimentação, o que tornou necessário retomar a estimulação miofuncional.

Em decorrência deste caso, passei a refletir sobre a terapêutica implementada nos casos de disfagia: por que os sintomas retornavam se havia melhora nos padrões miofuncionais orais e, especificamente, na deglutição?

Se a terapêutica se estabelece para reabilitar a alimentação, do ponto de vista mais estritamente ligado ao organismo, devido à necessidade imediata de promover a alimentação por via oral de forma segura, como o manejo das técnicas de reabilitação oral e das manobras terapêuticas não permitiam estabilizar a função de alimentação por via oral?

Embora a reabilitação da disfagia apresente particularidades, em função do tipo de atuação realizada (as técnicas de reabilitação miofuncional criam marcas no corpo do paciente) e dos riscos encontrados (pelo fato de ser freqüente a possibilidade de aspiração pulmonar do alimento), é preciso considerar que a abordagem apenas à dimensão biológica/orgânica do corpo parece não ser suficiente para que se compreendam situações como a de Dona Laura.

Considerando que na reabilitação das disfagias há sempre a ocorrência de um comprometimento orgânico, é comum que a Fonoaudiologia pense os sintomas a partir da idéia de que corpo é sinônimo de organismo, ou seja, a área tende a entender o corpo enquanto estrutura regida exclusivamente pelas instâncias anatômica, neurofisiológica e cognitiva. Mas, se fosse assim, o corpo seria apreensível numa suposta objetividade “pura” e o referencial para diagnosticar um paciente estaria na exterioridade do sintoma. Desta forma, de acordo com Parisi (2003, p. 32), “a posição ocupada pelo fonoaudiólogo fica com característica mais corretiva do que clínica, uma vez que lhe resta ensinar códigos e padrões considerados satisfatórios ou normais”. Ao corpo é atribuído o estatuto de organismo e, sendo assim, é tomado apenas em sua face biológica.

A esta altura, é necessário problematizar a concepção de corpo, esclarecendo diferenças em relação à noção de organismo, uma vez que esta diferenciação abre caminho para o desenvolvimento do presente estudo. O termo “orgânico” (do grego *organikós* e do latim *organicu*) refere-se à uma dimensão biológica e adjetiva aquilo que diz respeito ao organismo, a uma estrutura anátomo-fisiológica organizada, ou seja, disposta em órgãos (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004).

Orgânico diz de uma constituição em que há órgãos arranjados de modo a assegurar as suas funções particulares, vinculadas a uma função vital. Esta é uma constituição sintática, na qual as partes estão numa relação sobredeterminada por leis que visam realizar a vida. É possível dizer, então, que a ordem orgânica é a sintaxe dos órgãos. (Id., p.102)

Tratar da noção de corpo mais amplamente e tal como pretende-se aqui, refere-se à influência que o psiquismo, pela via da linguagem, exerce sobre o organismo, a partir dos modos pelos quais os signos (material psíquico) se incorporam no biológico, se encarnando no corpo, como faces ou registros de um mesmo processo. O corpo contrai os signos (materiais e imateriais) nas relações que estabelece com o mundo e deles se apropria anatômica, fisiológica e metabolicamente (SOUZA, 2000). A idéia de corpo vem atrelada, então, à ordem do desejo, advém do acontecimento simbólico que toma o organismo como corpo, ou seja, quando a carne é envergada em uma trama significativa (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, op. cit.), pela capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro por meio dos signos.

É pelo contato entre sujeitos que os corpos se afetam e são afetados. “São os afetos que dão o contorno para as sensações e para os funcionamentos físicos e psíquicos (...), são eles que impregnam ou esculpem o corpo físico dando um caráter humano para o interior do corpo, constituindo o indivíduo da espécie em ser humano” (NEISSER, 2003, p.28).

Se for assim, uma questão se impõe: por meio da reabilitação miofuncional ou sem dela prescindir, como enredar a prática fonoaudiológica em uma clínica das disfagias e de outros distúrbios alimentares, que admita uma articulação entre o orgânico e o simbólico?

Pensar sobre o encontro terapêutico, como espaço potencial para produzir diferenças de sentido para o paciente disfágico em relação ao transtorno que o acomete parece ser um caminho. É a presença do transtorno alimentar, causado pela lesão cerebral, que faz com que o paciente encontre com o terapeuta um lugar que, além da reabilitação miofuncional, permita a elaboração de sua condição subjetiva, em face das mudanças em suas rotinas e do sofrimento representado, por exemplo, pelas limitações e seqüelas decorrentes da doença de base (AVE, tumores, demências, etc), entre as quais está a disfagia. A relação singular estabelecida entre terapeuta e paciente favorece o enfrentamento do que o sintoma representa.

Pelo processo de transferência², o paciente estabelece com o terapeuta um vínculo de sua confiança, por imaginar que ele saberá como curar o mal que lhe acomete. Mesmo que essa confiança seja excessiva, ela será útil ao andamento

² O conceito de transferência, utilizado pela psicanálise, refere-se a uma relação transferencial estabelecida entre o terapeuta e o paciente, cujo instrumento fundamental para a mudança psíquica, utilizado pelo analista é a interpretação do material onírico apresentado em associações livres pelo paciente. O trabalho com a transferência permite ao analista um conhecimento sobre o paciente que lhe dá meios de conduzir-se com segurança no processo analítico.

do processo terapêutico; ela diz do modo como o paciente se implica com aquilo que lhe causa sofrimento. Ao terapeuta, é importante sustentar esse lugar de “suposto saber” na relação com o paciente, mas considerando a singularidade de cada paciente, pois é durante o processo terapêutico que se constrói o saber sobre o paciente. Desta forma, o vínculo estabelecido com o paciente é fundamental para o enfrentamento da situação clínica. No entanto, embora tal confiança seja importante, o processo terapêutico não deve promover a dependência do paciente à terapia ou ao terapeuta (CALLIGARIS, 2004).

Foi nesse sentido que esta pesquisa trabalhou com um caso clínico exemplar ou emblemático, buscando entender por que os sintomas disfágicos se tornaram recorrentes mesmo que, do ponto de vista orgânico-funcional, a paciente não mais possuísse alteração alimentar.

Tal perspectiva metodológica ancorou-se numa articulação teórica sobre as relações entre a disfagia e o corpo, por meio de investigação bibliográfica, apresentada no primeiro e no segundo capítulo da dissertação. A discussão acerca da intervenção na disfagia é ampliada partir do segundo capítulo, considerando as relações estabelecidas entre corpo e psiquismo, cujo embasamento teórico se faz num diálogo com a produção recente da Fonoaudiologia, que apropria noções advindas da Psicanálise e da Filosofia.

No terceiro capítulo, a exposição do caso clínico permitiu, então, atualizar conhecimentos e questionamentos expostos nos dois primeiros capítulos. Sendo que, no quarto capítulo, baseado na exposição do caso clínico são analisadas e discutidas as relações concretas entre o corpo e o psiquismo na abordagem de pacientes disfágicos.

CAPÍTULO 1 – MANIFESTAÇÕES DA DISFAGIA NO ORGANISMO

No entardecer dos dias de Verão, às vezes,
Ainda que não haja brisa nenhuma, parece
Que passa, um momento, uma leve brisa...
Mas as árvores permaneceriam imóveis
Em todas as maneiras das suas folhas
E os nossos sentidos tiveram a ilusão,
Tiveram a ilusão do que lhes agradaria...
(Fernando Pessoa)

Pensar o atendimento ao disfágico no campo fonoaudiológico remete, via de regra, a uma intervenção direta no organismo, com condutas específicas tomadas diante das alterações da função de deglutição, cuja finalidade é a de “nutrir e hidratar o indivíduo, mantendo seu estado nutricional e protegendo a via aérea, com manutenção do prazer alimentar, garantindo sua sobrevivência” (FURKIM e MATTANA, 2004, p.212).

A deglutição é definida como um processo sinérgico, composto por fases intrinsecamente relacionadas, seqüenciais e harmônicas, divididas em fase antecipatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica. Para que seja eficiente, esse ato depende de complexa ação neuromuscular (sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, tônus e tensão), além da intenção de se alimentar. Depende também da integridade dos sistemas neuronais (vias aferentes, integração dos estímulos no sistema nervoso central, vias eferentes, resposta motora) (FURKIM e SILVA, 1999).

A disfagia é entendida, assim, como um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos, caracterizado por alterações em qualquer etapa e/ou entre etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser de origem congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico. Esse

distúrbio pode resultar em comprometimento no estado de nutrição, de hidratação e de saúde pulmonar, assim como no prazer alimentar e na interação social do indivíduo (Id., 1999). Em geral, nas intervenções fonoaudiológicas, em terapias de linguagem, audição, voz e motricidade oral, não há riscos de morte, ao contrário da disfagia.

A Fonoaudiologia brasileira passou a se haver com as questões da disfagia de forma mais sistemática há cerca de vinte anos, iniciando estudos e publicações sobre o tema em meios científicos. Os primeiros artigos científicos encontrados indicam uma tendência da área em descrever e classificar as estruturas envolvidas no processo de deglutição, propondo avaliações e terapêuticas nos casos com alteração de linguagem e de deglutição decorrentes de lesões cerebrais, como paralisia cerebral e AVE, por exemplo (LIMONGI, 1980; PARENTE e MANSUR, 1980, entre outros).

Posteriormente, outros estudos, como o de Gonçalves et al. (1989), voltaram-se para a reabilitação do paciente laringectomizado, considerando outra faceta da reabilitação das disfagias, cuja alteração apresentada decorria da retirada de órgãos em procedimentos cirúrgicos, devido à presença de tumores de cabeça e pescoço e de tratamentos como a radioterapia.

Há ainda a publicação de estudos médicos envolvidos com a dinâmica da alimentação (COSTA, 1988), que investigaram o processo da deglutição desde o seu início, na cavidade oral, e não apenas em região esofágica ou gástrica. Estas pesquisas foram desenvolvidas concomitantemente ao desenvolvimento de recursos tecnológicos para auxiliar o diagnóstico, inicialmente, pela videofluoroscopia (cuja técnica consiste na visualização da imagem por meio de contraste com flúor, sendo realizada em qualquer região do corpo), chegando ao

desenvolvimento de exames, como o videodeglutograma, que permitiram a análise da dinâmica da deglutição desde a orofaringe, passando pela laringe e esôfago, por meio da alimentação contrastada com bário ou iodo, a fim de entender o funcionamento da deglutição dentro dos padrões de normalidade, estendendo estudos posteriores aos padrões patológicos.

A partir da década de noventa, com o rápido desenvolvimento de novas tecnologias, como a avaliação endoscópica da deglutição, aliada ao videodeglutograma, houve um aumento significativo de estudos fonoaudiológicos sobre a disfagia e, conseqüentemente, sobre novas possibilidades de avaliação, de diagnóstico e de intervenções terapêuticas, pautados nas alterações orgânicas do paciente disfágico. Com o desenvolvimento das pesquisas, o tratamento fonoaudiológico, que já era conhecido de longa data e praticado de maneira empírica, passou a ter embasamento científico, inicialmente, a partir de pesquisas com grupos controle (MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, 2000).

Neste movimento, observou-se que a presença de outros profissionais de saúde integrando a equipe médica permitiu a constituição de equipes multi e interdisciplinares, geralmente em serviços hospitalares. Estas são compostas, na maioria das vezes, por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros. A ampliação do olhar do clínico para o doente, e não apenas para a patologia que o acomete, também passa a interferir na formação do profissional, que solicita mudanças de base, operadas desde a formação acadêmica.

Observa-se que a ampliação do trabalho no ambiente hospitalar, a partir da difusão da atenção em domicílio (atendimentos de *Home Care*), traz à cena a necessidade de considerar o paciente em sua singularidade, iniciando o

rompimento de uma lógica centrada na especialidade e na patologia, exclusivamente. Passa a ser possível a construção de processos de cuidados que articulam várias especialidades no tratamento de pacientes disfágicos, de modo a buscar uma abordagem mais sofisticada para a avaliação, o diagnóstico e a terapêutica destes sujeitos (MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, op. cit.).

A necessidade de cuidados hospitalares revela que a disfagia, a despeito de outros distúrbios fonoaudiológicos, pode ser um dos únicos casos no quais erros na atuação terapêutica podem levar à morte, em decorrência de eventual inadequação da conduta tomada pelo fonoaudiólogo acerca da alimentação. Neste sentido, a Fonoaudiologia tende, talvez mais do que em outras áreas terapêuticas e/ou reabilitadoras, a se respaldar em atendimentos que enfocam estritamente o acometimento orgânico, numa prática que se aproxima de formas de abordagens médicas, cujo cuidado com as doenças são também, freqüentemente, pautados pelo privilégio de técnicas de manejo e controle orgânicos.

No caso da Fonoaudiologia, a manipulação técnica das funções orais de maneira precisa é decisiva na reabilitação da disfagia, a fim de evitar outros agravos à saúde do paciente, como, por exemplo, pneumonias decorrentes de aspiração traqueal do alimento – por vezes, de modo silente. No entanto, muitas vezes, desconsidera-se o sujeito que foi acometido pela dificuldade de deglutição e as implicações disto em sua vida, enfocando o tratamento apenas do ponto de vista dos aspectos fisiológicos.

Em função deste tipo de atuação, realizada por meio das técnicas de reabilitação miofuncional, é possível, em vários casos, alcançar os objetivos de restabelecer o processo de deglutição compensatório ou mais próximo possível

da normalidade, minimizando as possibilidades de ocorrência do risco inerente a esses casos: possibilidade de aspiração pulmonar do alimento.

Observa-se que as técnicas reabilitadoras, utilizadas no atendimento do paciente disfágico, apresentam particularidades no que diz respeito à terapia miofuncional. Isto porque, neste tipo de intervenção clínica, há uma forte atuação sobre o organismo, quero dizer, faz-se necessário, neste tipo de intervenção, realizar manobras posturais e técnicas de estimulações orofaciais, de modo a oferecer ao paciente novos padrões adaptados de deglutição segura. Para esta adaptação, muitas das manobras posturais e estimulações são realizadas pelo clínico e outras tantas podem ser realizadas voluntariamente pelo paciente, a menos que haja comprometimento motor voluntário, cognitivo e/ou de linguagem (FURKIM, 1999; FURKIM e SILVA, op. cit.; MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, op. cit.; FURKIM e MATTANA, op.cit.; SILVA, 2004; FORTE e FORTE, 2004).

No que diz respeito às técnicas e manobras para o tratamento fonoaudiológico de pacientes com disfagia orofaríngea neurogênica, Furkim (1999) discute que o manejo dessas técnicas pode se dar em ambiente clínico, domiciliar e, predominantemente, hospitalar. Previamente ao início da terapia, sugere que seja realizada avaliação criteriosa das estruturas anatômicas e funcionais, verificando o estado clínico do paciente, seu comportamento e possibilidade de “comunicação básica” (id, p.231), que determina seu estado de alerta e cooperação para a realização das técnicas.

Além disso, a autora orienta a realização de avaliação funcional da deglutição, quando, por meio da oferta de alimento, são observadas as condições de alimentação por via oral, nas consistências geralmente testadas (pastosa, líquida e sólida). No entanto, tal avaliação somente é realizada quando o paciente

apresenta condições mínimas de lidar com a deglutição de saliva e apresenta condições mínimas de sensibilidade orofacial (intra e extra-oral).

Neste momento, além da observação do paciente, verificando se demonstra lentidão no tempo de trânsito oral, tosses ou engasgos ao deglutir, o fonoaudiólogo realiza ausculta cervical para verificar também a presença de ruídos que sugiram a ocorrência de escape precoce ou tardio do alimento, e que levem a suspeitar da ocorrência de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal do alimento. Vale mencionar que esta avaliação também é feita com o paciente em repouso, na avaliação clínica de órgãos fonoarticulatórios, antes da oferta do alimento, a fim de verificar se há qualquer dificuldade na manipulação da saliva na cavidade oral, observando-se os mesmos sinais citados anteriormente.

Para complementar a avaliação clínica da deglutição, o terapeuta pode lançar mão de exames objetivos que auxiliem no diagnóstico da disfagia. Por meio do videodeglutograma, é possível visualizar a dinâmica do processo de deglutição e suas disfunções, nas fases oral e faríngea, através de imagens registradas em fitas de vídeo (VHS). O método deixa ver e correlacionar, com qualidade suficiente e baixo índice de exposição à radiação, a dinâmica da deglutição, de modo a compreender o processo adequadamente, sem que sejam necessárias novas exposições à radiação (COSTA, 2000).

Este estudo permite visualizar não somente a aspiração laringotraqueal, mas também classificá-la em aspiração que ocorre antes, durante e após a deglutição, observando se há apenas penetração do alimento na região do vestíbulo laríngeo ou se há aspiração do mesmo para região traqueal. Com o advento desse exame, é possível testar de forma direta as manobras terapêuticas

e sua eficácia para a deglutição do paciente (MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, op. cit.).

Outro exame também utilizado é o estudo endoscópico da deglutição, realizado por meio de um nasofaringolaringoscópio. Neste caso, o enfoque se dá, sobretudo, na fase faríngea e laríngea da deglutição. O exame, desenvolvido no final dos anos oitenta, foi descrito, inicialmente, para identificar a penetração laríngea e a aspiração traqueal da saliva e do alimento ofertado, além de determinar se a ingestão por via oral era segura em pacientes neurológicos com disfagia. Posteriormente, verificou-se que mais informações sobre a deglutição de pacientes com diversas patologias poderiam ser levantadas, além da simples aspiração do alimento e/ou saliva. A grande “vantagem desse exame era a sua realização em pacientes acamados e impossibilitados de mobilização ao setor de radiologia, em pacientes na unidade de terapia intensiva, ou mesmo em pacientes domiciliares” (MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, op. cit, p.14), além da avaliação da sensibilidade laríngea, pela qual se poderia observar uma das causas para a aspiração, seja ela silente ou não.

Desta forma, a partir da avaliação clínica e funcional da deglutição, o fonoaudiólogo tem a possibilidade de verificar quais são as necessidades do paciente para, a partir daí, estabelecer estratégias de intervenção. Na reabilitação da disfagia, há dois tipos de intervenções terapêuticas utilizadas de acordo com as condições clínicas do paciente: a terapia indireta e a direta.

As terapias indiretas têm o objetivo de melhorar as condições orais do paciente por meio de exercícios ativos (feitos voluntariamente pelo paciente) para maximizar as fases preparatória oral e oral da deglutição, além de atuar indiretamente na fase faríngea, uma vez que as mudanças das fases voluntárias

também interferem na dinâmica da movimentação de faringe e laringe. Como intervenção, são realizados exercícios miofuncionais para maximizar as funções do sistema estomatognático, incluindo adequação da mobilidade, tonicidade e coordenação das estruturas orofaciais envolvidas (língua, lábios, bochechas, palato mole, músculos mastigatórios, coaptação glótica, movimentação de faringe e de laringe). Além disso, são feitas adaptações com manobras posturais para organização corporal do paciente.

A terapia indireta também abrange as estimulações passivas, realizadas com o intuito de aumentar a sensibilidade e a propriocepção orofacial. Muitas vezes, os estímulos passivos são utilizados quando o paciente está debilitado, a ponto de não ter condições de realizar os exercícios voluntariamente, sendo necessária a indução dos movimentos orais pelo fonoaudiólogo. Importante esclarecer que na terapia indireta não há introdução de alimento por via oral, pois estão sendo criadas condições para fazê-lo de forma segura, posteriormente.

Quando o paciente apresenta condições de proteção das vias aéreas superiores, inicia-se a terapia direta, em que são utilizados alimentos como forma de estimulação, com os mesmos objetivos da terapia indireta citada, a fim de encontrar estratégias para favorecer a alimentação segura. Há uma grande preocupação com o posicionamento adequado do paciente, sendo indicada a posição sentada, com o tronco a 90° em relação ao chão, para proteção das vias aéreas, evitando riscos de aspiração pulmonar. Também são realizadas manobras posturais e facilitadoras da deglutição com o objetivo de adaptar esta função, garantindo melhor execução dos movimentos e, conseqüentemente, a proteção pulmonar.

Na terapia de reabilitação da deglutição, FURKIM (op. cit.), inicialmente, sugere que seja enfatizado o trabalho com a sensibilidade orofacial, por meio da utilização de diversos procedimentos: estímulos táteis, térmicos e cinestésicos, fazendo uso também de técnicas de relaxamento e estimulação digital para normalização da sensibilidade intra e extra-oral, estimulação do reflexo de deglutição e minimização de reflexos patológicos que possam estar exacerbados. Assim, criam-se condições de propriocepção adequadas para, simultaneamente, maximizar tonicidade, coordenação e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios.

A higienização oral também é preconizada e enfatizada pelo fonoaudiólogo com o paciente e seu cuidador, pois, assim como menciona Venites, et al. (2001), esta também é uma experiência sensorial e de estimulação da resistência da musculatura de língua.

No caso do paciente idoso, a autora afirma que é de fundamental importância o cuidado destes aspectos. Trata-se de uma população que, muitas vezes, apresenta deteriorização da arcada dentária, utiliza próteses dentárias, ou ainda encontra-se edêntula. Além disso, estão mais propensos a serem acometidos por desordens neurológicas, que levam a prejuízos de diversas naturezas, não só no âmbito fonoaudiológico.

A população idosa é caracterizada, por Venites, et al. (op. cit., p.110), como sendo “um dos segmentos populacionais que mais necessitam de cuidados à saúde, já que esta etapa da vida é marcada pela presença de patologias associadas ou de multipatologias”. Os aspectos que levam a maiores comprometimentos do paciente disfágico idoso dizem respeito às conseqüências em seu estado geral de saúde, com alteração do estado nutricional e presença de pneumonia de aspiração, que colocam sua saúde em risco.

Os estudos de Bilton, et al. (1999) vão ao encontro dessa lógica de cuidado e estabelecem que a atuação do fonoaudiólogo, na enfermaria gerontológica, além de reabilitar o paciente, também é a de detectar possíveis alterações de deglutição, que possam levar a quadros de desnutrição e/ou aspiração pulmonar do alimento. A autora reforça a importância de orientar os pacientes (quando estão aptos a realizarem suas atividades de cuidados pessoais) e seus cuidadores/familiares sobre a higienização oral. Venites, et al. (op.cit.) também cita que esta é uma forma de prevenir possíveis riscos de pneumonia aspirativa.

Nesta direção, ao avaliar o paciente idoso acometido por doenças crônico-degenerativas, cujo acometimento neurológico se faz presente, Magalhães e Bilton (2004) indicam que outras mudanças de condutas na rotina de vida diária, como a orientação aos cuidadores sobre o posicionamento adequado do paciente na alimentação (geralmente sentado ou com a maior elevação da cama possível), a mudança de consistências dos alimentos, ou até mesmo da via de alimentação (sugerindo utilização de via alternativa), criam condições de aumento da qualidade de vida dos pacientes que não apresentam condições de alimentação por via oral (exclusivamente) e que necessitam de estimulação mioelétrica.

Considerar a importância do trabalho miofuncional na reabilitação das disfagias reitera a necessidade de se lançar mão dos procedimentos citados acima para tocar o organismo que apresenta dificuldades. No entanto, o uso puro e simples das técnicas de manejo corporal, muitas vezes produz um apagamento do paciente, operando a generalização e a naturalização das mesmas. Assim, o corpo, enquanto objeto de ação, é considerado apenas em sua esfera biológica e orgânica.

Sem descartar a importância da atuação fonoaudiológica no organismo, é possível contar também com uma lógica de funcionamento que considere a articulação entre corpo, linguagem e psiquismo. Damásio (1996), ao questionar a lógica do pensamento cartesiano, reflete sobre as relações da consciência humana com o mundo, integrando as bases neurológicas do corpo à mente. É porque o cérebro interage com o resto do corpo que os acontecimentos neurais ocorrem no cérebro, daí ser necessário levar em conta que “a alma respira através do corpo, e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental, acontece na carne” (op. cit., p.18).

No entanto, para tal intervenção não se trata apenas de executar movimentos de forma mecânica para obter os resultados desejados. Este tipo de intervenção fonoaudiológica, pautada na realização de exercícios e de estimulações realizadas no organismo com uma disfunção, coloca o clínico em uma posição muitas vezes invasiva, embora necessária, tendo em vista que não é possível reabilitar as disfunções da deglutição sem tocar o corpo.

Ao considerar a reabilitação do disfágico, cabe levar em conta que este tipo de intervenção cria marcas no corpo do sujeito, pois há uma mudança funcional decorrente das adaptações advindas da reabilitação. Compreende-se que esta intervenção cria marcas simbólicas no corpo, por meio da relação estabelecida entre os sujeitos (terapeuta e paciente) ali presentes.

Pensar no paciente como sujeito significa considerar, de forma indissociável, a dimensão orgânica (que abarca um conjunto de órgãos, tecidos e substâncias corpóreas em sua funcionalidade), e do corpo simbólico (processo de subjetivação atravessado por afetos – capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro).

Nesta relação intrincada, a dimensão orgânica é atravessada pela dimensão simbólica e, portanto, afetada pela linguagem, pela condição semiótica do corpo, isto é, o corpo, tal como é visto, sentido e imaginado pelo sujeito está sempre marcado por signos, pela linguagem.

A partir de uma visão monista de abordagem do corpo, que será desenvolvida no próximo capítulo, cabe ao terapeuta trabalhar as questões orgânicas em sintonia com a rede simbólica que o sintoma articula. Dessa forma,

um exercício, por mais mecânico que pareça, será investido pelo paciente e pelo terapeuta. O terapeuta, a partir da leitura que faz do sintoma, pode privilegiar certos exercícios em detrimento de outros, ou ainda, em determinados momentos do processo terapêutico, suspender o uso de exercícios que visem à adequação de tônus, mobilidade. Assim, pode haver diferentes perspectivas de abordagem do corpo na clínica fonoaudiológica, na medida em que as maneiras de trabalhar o corpo e as técnicas/estratégias utilizadas serão repensadas à luz da rede mnêmica do sujeito. Não cabe generalizar os exercícios por meio de referências apenas dadas pela aparência e localização dos sintomas no corpo físico ou natural. (PARISI, op. cit., p.37,38)

Assim, após tecer algumas considerações sobre aspectos orgânicos da disfagia, é preciso investigar formas de cuidado que valorizem o sujeito e não apenas ou exclusivamente sua patologia. Nesta perspectiva, parece ser importante considerar a história de vida e os modos pelos quais o paciente lida com a doença e com os efeitos que a situação de doente impõe à sua vida. Ampliar o olhar da clínica fonoaudiológica, no próximo capítulo, permite trazer contribuições de outras áreas para este processo.

CAPÍTULO 2 – O CORPO DOS AFETOS

**Se podes olhar, vê.
Se podes ver, repara.**
(José Saramago, *Ensaio sobre a cegueira*)

Pensar as questões suscitadas a partir de um caso clínico requer considerações prévias acerca do contexto clínico-terapêutico, considerando relações entre o corpo, que coloca em pauta as alterações de deglutição – e a linguagem. Ao considerar uma visão monista do corpo é possível ampliar os modos de refletir e perceber as marcas engendradas no corpo pelos atendimentos fonoaudiológicos, pela via dos afetos.

Na situação clínico-terapêutica de pacientes com quadros disfágicos, há de fato comprometimentos orgânicos que necessitam de reabilitação, o que remete a uma intervenção terapêutica específica. Mas pensar também nos efeitos que a intervenção fonoaudiológica dirigida ao organismo do sujeito e as implicações advindas do acometimento disfágico, permite entender de que modo esta situação marca a história de vida do paciente, considerando a doença como algo que faz parte de sua vida e não como algo estrangeiro a ele.

Pode-se observar, no levantamento da literatura da área, que a maneira pela qual a Fonoaudiologia encontrou sustentação para a prática clínica, nos casos de disfagia, se deu por meio de estudos que analisam as alterações orgânicas (FURKIM, op. cit.; FURKIM e SILVA, op. cit.; MACEDO FILHO, GOMES e FURKIM, op. cit.; FURKIM e MATTANA, op. cit.; SILVA, op. cit.; FORTE e FORTE, op. cit.). A incidência da ação clínica, no que diz respeito à avaliação clínica da deglutição, busca investigar os aspectos orgânicos que indicam

alteração das funções orais, assim como a reabilitação fonoaudiológica se propõe à aplicação de uma terapêutica voltada às inadequações da função de deglutição.

Tal abordagem advém da aproximação histórica entre a Fonoaudiologia e a Medicina, nomeadamente ao método anátomo-fisiológico (SOUZA, 2004), que isola o organismo como objeto, com intuito de agir sobre ele no sentido de controlar seu funcionamento e suas regularidades. A Fonoaudiologia, por sua vez, com frequência, incorpora a visão médica e prioriza a atuação no organismo, considerando, primordialmente, suas faces visíveis: física, biológica.

As estratégias terapêuticas são voltadas à correção dos desvios e disfunções orgânicas que acometem o paciente. Souza (1999) menciona que o corpo na Medicina é tradicionalmente tratado em si mesmo, como uma entidade que apenas responde às pressões do meio externo, sem que essa relação interfira diretamente em sua constituição. Desta forma, seria possível isolá-lo e secundarizar as dimensões produzidas por esses circuitos (meio externo e meio interno). Pois bem, como a Fonoaudiologia se constituiu, em boa medida, apoiada em pressupostos advindos da Medicina, tal isolamento parece ser frequente também em nossa área.

Souza (1999) trata a relação entre corpo, linguagem e subjetividade interpelando a prática fonoaudiológica pautada na tradição médica, cujo método (anátomo-clínico) caracteriza sua lógica e opera pela cisão entre corpo e mente, seguindo os desdobramentos do dualismo cartesiano. O objetivo terapêutico passaria a ser, no nosso caso e nessa perspectiva, o de criar estratégias terapêuticas para corrigir os desvios e disfunções, com o intuito de eliminar o distúrbio de alimentação. A efetividade da intervenção estaria diretamente ligada

à garantia de resultados favoráveis a partir da reabilitação realizada no organismo.

Os procedimentos diagnósticos da Fonoaudiologia, criados para classificar segundo distúrbios descritos, reconhecem e constataam a alteração apresentada, adotando técnicas e procedimentos de combate à sintomatologia, de modo a atuar nos comprometimentos tidos por inadequados, visando minimizar os efeitos indesejados para potencializar a reabilitação (id., 1999).

Se, na Fonoaudiologia, o trabalho destinado à terapia da disfagia implica em abordar o corpo para promover mudanças que possibilitem readequação de funções orais, o corpo pode ser pensado e abordado pelo clínico de diversas maneiras. Em uma abordagem estritamente orgânica, voltada apenas às questões funcionais alteradas, seriam evocadas ações para minimizar e suprimir os sintomas apresentados. Mas seria possível considerar, na reabilitação orgânica, as implicações subjetivas que um distúrbio alimentar pode causar?

Um caminho pode ser pensado a partir das relações entre o orgânico e o psíquico, no qual é possível encontrar espaço de escuta e de disponibilidade ao sofrimento dos pacientes que demandam atendimento ao fonoaudiólogo. Para Souza (2004), nas relações entre corpos humanos a existência das palavras passa pela via dos

afetos engendrados nos enunciados, nas palavras; afetos capazes de marcar a pele, o metabolismo, os gestos... esculpindo o corpo a partir de modulações imagéticas e sinestésicas, aptas a produzir uma imagem inconsciente do corpo (op. cit, p.895).

Ao encontro dessa idéia, o autor, inspirado em Françoise Dolto, afirma que “é no encontro entre corpos que a ‘carne faz-se verbo’ e, de maneira recíproca, o verbo incide sobre o corpo e nele se encarna, esculpindo-o e fazendo dele também linguagem” (id., p.893). No humano, “o corpo é linguagem quando *faz*³ coisas que produzem diferenças de sentido, mantendo e alimentando o desejo de diferir” (id., p.893).

Dolto (2002) propõe entender que “tudo é linguagem”, uma vez que “a linguagem, em palavras, é o que há de mais germinativo, mais fundante, no coração e na simbólica do ser humano que acaba de nascer” (id., p.20). O sujeito só se desenvolve num corpo se estiver relacionado com uma voz de homem ou de mulher. “O ser humano é marcado pelos contatos verdadeiros que manteve com o consciente e o inconsciente das pessoas que viviam à sua volta, a mãe em primeiro lugar, o pai, e as primeiras pessoas que faziam o papel de outro da sua mãe” (id., p.30). A linguagem é tanto uma dinâmica que sustenta e estimula às pulsões de vida, quanto uma dinâmica que deprime de acordo com o que o ser entende e compreende de sua vida.

Ao entender que tudo é linguagem no ser humano, Dolto (2004, p.308) anuncia que “o próprio corpo, pela saúde ou pela doença é linguagem. A saúde é a linguagem do saudável; a doença é uma linguagem de quem está passando por uma prova e, por vezes, angustiado”.

Na área fonoaudiológica, há estudos, nessa direção, que apontam uma indissociabilidade entre a instância orgânica e a simbólica (PARISI, op. cit.). Significa dizer que, embora a reabilitação sensório-motora seja potente para

³ Grifo da autora.

resgatar as funções de alimentação por via oral, nem sempre ela é suficiente, no sentido estrito de sua aplicação.

Por esse ponto de vista, compreender a instância corporal dos afetos é importante para não dicotomizar corpo e psiquismo. Pensar a perspectiva de atuação fonoaudiológica com o paciente disfágico, por essa via, não se restringe a assumir um processo fonoaudiológico baseado fundamentalmente na reabilitação miofuncional. Embora não se negue a importância do uso das técnicas terapêuticas para a reabilitação oral, entende-se que a relação com o outro, por meio da intervenção terapêutica, pode ser uma possibilidade de “tocar o corpo e produzir efeitos na relação linguagem e psiquismo” (CUNHA, 2004, p.901).

O trabalho miofuncional, voltado ao manejo de órgãos e sistemas miofuncionais, anatômicos e neurofisiológicos para possibilitar alimentação funcional ao paciente, convoca um caminho que articule tal reabilitação com um trabalho sobre a subjetividade do paciente; o que também lhe traz mudanças na postura e nos padrões musculares. Trata-se de pensar os “gestos terapêuticos pautados pela interpretabilidade” (op. cit, p.902), para que possam gerar efeitos simbólicos em virtude de sua potência, ajudando o paciente a criar novas possibilidades de descobrir as funções de seu corpo de forma a se apropriar das mudanças obtidas no processo de reabilitação da disfagia.

Articulando as questões orgânicas com as psíquicas, Palladino, Souza e Cunha (op. cit.), refletem sobre a frequência com que transtornos de linguagem e de alimentação co-ocorrem na clínica da infância.

Os autores referem que a natureza dos transtornos orais demanda utilização de técnica apurada e muita sutileza na abordagem, por meio de uma

leitura verticalizada, que evite o reducionismo da condição orgânica e fisiológica. É neste sentido que

as abordagens que privilegiam os aspectos mecânicos dos transtornos orais não se dão conta de que, muitas vezes, o tratamento é desorganizado por fatores e acontecimentos que escapam à reabilitação motora, inclusive, tornando-a ineficaz. Não é incomum um paciente voltar a “padrões atípicos” de deglutição, quando já começava a se distanciar deles no transcurso do trabalho de reabilitação oral; ou apresentar, alternadamente, padrões alterados e adequados. (id., p.105)

Segundo os autores, também não é incomum que o sujeito disfágico volte a sê-lo após a alta; ou não se livre da sonda, que lhe garante a alimentação, apesar da adequação mecânica do seu trato orofaríngeo.

Nesta direção, uma certa abordagem monista de corpo permite entender como é possível o retorno de um sintoma após a remissão das causas orgânicas que justificavam sua presença. Tal perspectiva é aquela que admite um caminho que afasta a idéia de corpo como exclusivamente orgânico.

Do ponto de vista terapêutico, encontro sustentação no estudo de Parisi (op. cit.), que pensa no imprevisível do encontro entre terapeuta e paciente. Há neste encontro uma imprevisibilidade que, segundo ela, apesar de incluir, não se restringe ao funcionamento anátomo-fisiológico. Ao terapeuta cabe caminhar com o sujeito, acolhendo suas angústias e compreendendo porquê e como é por meio do corpo, em sua esfera orgânica, que os sintomas se manifestam e se expressam.

Neste âmbito, o corpo pode ser entendido como instância que não obedece diretamente à materialidade anátomo-fisiológica. À luz do estudo de Parisi (op. cit.), entende-se que também no atendimento do paciente disfágico, o corpo pode

ser tomado como processualidade e como singularidade. Falar em singularidade é considerar as particularidades do sujeito, considerar que cada sujeito é único, suas características e sua história (seus processos vivenciais) não se repetem, assim, não é possível generalizá-lo pelas semelhanças físicas com outros corpos.

O processo da terapia permite oferecer possibilidades de elaboração e de reconstrução da história do sujeito, por meio do vínculo estabelecido com o terapeuta. Vínculo é entendido, nesta pesquisa, como uma relação de confiança, que potencializa a atualização, na cena clínica, por parte do paciente, das particularidades e questões relacionados ao seu sofrimento, dispondo-as à interpretação do terapeuta, oferecendo novos sentidos à elaboração pelo paciente.

Assim, no processo clínico-terapêutico, abre-se espaço para que o sujeito se movimente. O encontro terapêutico pode se tornar espaço de (des/re)construção contínua; criado com a finalidade de permitir ao paciente estar aberto ao novo e ao terapeuta dividir o atravessamento das dificuldades do processo com o paciente.

A presença do terapeuta precisa ser manejada e trabalhada, constantemente, para que seja possível a autonomia do paciente. Uma vez que as indicações nos tratamentos de disfagia referem-se, inicialmente, ao acompanhamento da alimentação por meio da reabilitação, cabe ao terapeuta encaminhar o processo terapêutico, a partir do vínculo estabelecido, de modo a oferecer condições para o paciente e seus familiares se apropriarem das questões relativas à alimentação de modo seguro, sendo possível desenvolver uma relação de gerenciamento e acompanhamento.

O terapeuta, em cada encontro, entra em contato com o paciente e pode intervir no processo corporal, simultaneamente, em suas dimensões bio-psíquicas. Nas palavras de Nasio (2003, p.15), o terapeuta é o clínico que acredita que “para livrar o paciente de seu sofrimento é preciso compreender o sofrimento e, para compreendê-lo, é preciso experimentá-lo; quer dizer, [...] sentir em si o que o outro esqueceu”. Nessa perspectiva, o terapeuta é aquele que atravessa o sofrimento com o paciente, e não pelo paciente.

No que diz respeito à escuta clínica, o estudo de Fernandes (2003) sobre o corpo e as intervenções psicanalíticas, traz a idéia de “enquadres de escuta”, para distinguir a especificidade de uma abordagem propriamente psicanalítica das relações entre o psíquico e o somático, que tem como palco o corpo. Tal proposição teve o intuito de chamar atenção para a idéia de que “a escuta, tomada em seu sentido analítico, supõe que exista sempre uma palavra a ser ouvida, mais precisamente a ser acolhida” (op. cit., p.28).

Seu trabalho institucional mostrou que é preciso ir além do que pode ser ouvido, ou seja, não se pode “escutar” sem “ver”. A autora ressalta que o “escutar-ver” é primordial, principalmente quando se depara com “situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer” (op. cit., p.28). O termo “escutar-ver” amplia o material clínico do terapeuta, implica em ampliar as possibilidades de cuidado, entrando em contato com o adoecimento do corpo e revelando as relações entre o psíquico e o somático. As relações de vínculo estabelecidas no processo terapêutico abrem espaço para a escuta do clínico ao sofrimento do paciente, permitindo sua elaboração do processo vivido, independentemente do espaço em que a intervenção terapêutica ocorra.

Nesta pesquisa de mestrado, em específico, o atendimento clínico-terapêutico se deu no domicílio da paciente. Entretanto, não importa apenas o local físico em que o atendimento ocorra, mas se a atuação terapêutica possibilita apreender, através da escuta e do olhar diferenciados do terapeuta, a história do paciente, bem como a singularidade estabelecida pela/na relação terapêutica.

Magalhães Júnior (2002) trata do atendimento domiciliar de uma paciente afásica e situa a clínica da linguagem como abertura de espaço à fala do outro, na qual o terapeuta é deslocado da posição de modelo de fala para um lugar de escuta do “dito” e do “não dito”, numa relação intersubjetiva, em que o imprevisto entra em cena e não há nada predeterminado. Pensando no atendimento do paciente disfágico, pode-se inferir que, embora se utilizem técnicas de reabilitação por meio de intervenções relativamente invasivas, não há como prescindir da linguagem em sua atuação.

Considerar o *setting* é fundamental em qualquer atendimento clínico, inclusive no caso de um atendimento domiciliar; ele inclui um espaço físico que abarca o funcionamento familiar. O *setting* constitui-se como uma marcação, um enquadramento num campo, em que é viabilizada e mantida a possibilidade do paciente representar como quiser, e puder, a vida real na situação terapêutica. Sendo assim, pode ser constituído em qualquer lugar que permita a construção de tal espaço relacional.

A determinação do *setting* não se refere a um espaço físico estrito, Cunha (2002) menciona que o *setting* apresenta-se delimitado por certos parâmetros temporais e espaciais, que adquirem caráter simbólico, indispensável aos processos terapêuticos para a mobilização dos conteúdos inter e intrapsíquicos, tanto do paciente quanto do terapeuta. É neste “espaço” que o terapeuta e o

paciente podem vivenciar situações em que os conteúdos psíquicos são compreendidos como parte integrante da história de vida do sujeito, mesmo que não se esteja intervindo direta ou exclusivamente sobre eles.

Magalhães Júnior (op. cit.) afirma que em todo o lugar pode ser constituído um *setting*, já que este depende, principalmente, do ambiente humano e não do físico. O ambiente físico conhecido e particular do paciente – no caso, sua residência – quando permite a estruturação do *setting*, deixa apreender aspectos relevantes do paciente em suas particularidades e na relação com os outros com quem (con)vive e destes com ele. A intervenção fonoaudiológica pode ser favorável no ambiente onde o paciente vive suas rotinas com os outros de sua família, a partir da intervenção nas rotinas da família com o paciente, estabelecendo novas relações ao longo de um processo terapêutico, criando condições de trabalho fonoaudiológico com o paciente.

Mas, independente do ambiente em que se dê a terapia fonoaudiológica, o processo terapêutico ocorre apenas em virtude da presença de uma demanda de um sujeito em sofrimento. Neste sentido, intervir de forma terapêutica permite a constituição de uma relação entre os sujeitos (terapeuta e paciente) que possa ser ressignificada para além da realização de estimulações diretas no organismo, por meio de exercícios miofuncionais, para a correção de problemas orgânico-funcionais.

É também na relação entre sujeitos que se opera a relação “entre-corpos”. O encontro se dá não só pelo que o outro fala, mas por tudo que o “toca”. Muitas vezes, é por meio de uma expressão, de um cheiro, de um olhar, do jeito de vestir-se, de uma palavra ou enunciado proferido de um certo modo, que se

estabelece uma ligação ou um afastamento entre sujeitos. É nesse espaço virtual de encontro com o outro que se expressa a singularidade do sujeito.

O contato entre sujeitos é um contato afetivo, de como os corpos são afetados e afetam outros corpos. Isso porque são os afetos que dão o contorno para as sensações e para funcionamentos físicos e psíquicos. São os afetos que impregnam ou esculpem o organismo, abrindo-lhe à dimensão simbólica, responsável pela condição humana, para além da animal. O corpo desempenha papel fundamental na organização do inconsciente, sendo que é através do inconsciente que o corpo age sobre a consciência (NEISSER, op. cit.).

O organismo é lugar tanto de manifestação de sintomas decorrentes de alterações orgânico-funcionais, quanto da linguagem, enquanto processo de simbolização. Num corpo que sofre a manifestação de dores, não se pode prescindir da linguagem para sua simbolização. O sujeito, ao sentir uma dor, a simboliza por meio de signos, o que permite a representação simbólica. Fernandes (op. cit.) menciona que sentir dor é uma condição da representação do próprio corpo e que, na dor corporal, existe um investimento psíquico elevado na representação do local do corpo dolorido. É em função disto que, muitas vezes, o paciente disfágico pode enunciar que sente dor ou incômodo em determinado local específico do trato digestivo ou respiratório ao deglutir.

Neste sentido, a linguagem apresenta-se como dinâmica vital, que inclusive dá acesso à dor e aos conteúdos psíquicos. Assim, se o fonoaudiólogo é o profissional que atua nesta esfera, não basta reabilitar o transtorno orgânico, cabe atentar às questões psíquicas que “gerenciam” a ação motora.

Palladino, Souza e Cunha (op. cit., p. 96) situam o estatuto simbólico na alimentação, apontando uma relação entre o corpo, a mente e a linguagem, por

meio da “sobredeterminação que a ordem simbólica lhes impõe”, ou seja, a ordem simbólica cria uma sintaxe do corpo, organiza seu funcionamento fisiológico. Desta forma, pode-se ampliar a máxima de que um transtorno é causado por uma lesão de órgão: o transtorno pode lesionar um órgão ou função, mas também a palavra tem essa capacidade, podendo “reeditar o próprio transtorno ou mesmo a lesão” (op. cit., p.99).

Os autores indicam um outro modo de olhar os transtornos alimentares, pois observaram que “a alimentação é um lugar privilegiado de formação e encenação de sintomas psíquicos, como aqueles que, com frequência, estão implicados nos quadros de linguagem” (op. cit., p.105). Deste modo, a alimentação indica “um transtorno sobredeterminante: o simbólico” (op. cit., p.105).

Tendo em vista que a disfagia configura-se por uma disfunção no processo de alimentação, cabe considerar a existência de imagens psíquicas na representação do que este processo significa ao sujeito. É possível enfrentar o sintoma pela via do atendimento clínico, isto ocorre em função do estabelecimento de uma relação vincular entre o terapeuta e o paciente.

Ao remeter a uma relação de vínculo entre esta díade, é importante explicitar a relação transferencial nela estabelecida. Na esfera da transferência, o terapeuta acolhe a emergência do sintoma e pode ajudar o paciente a enfrentar e suportar os elementos que ganham algum nível de elaboração pela via da fala. O analista lida com o material primitivo, interpretável verbalmente, de modo a permitir que, neste processo, o paciente possa reviver sentimentos muito primitivos, que são irresgatáveis para a consciência. O trabalho com a

transferência permite ao analista um conhecimento sobre o paciente que lhe dá meios de conduzir-se com segurança no processo analítico.

Por esse ponto de vista, a intervenção realizada pelo fonoaudiólogo no processo transferencial, apenas lida com os conteúdos psíquicos que o sujeito traz à cena clínica *pela* fala. Ou seja, “o fonoaudiólogo não interpreta a transferência, mas apenas *na* transferência, buscando que o paciente elabore o seu sintoma” (CUNHA, 1997, p.147). Ao fonoaudiólogo não cabe interpretar a transferência e trabalhar as questões daí advindas, mas manejar e reconhecer questões transferenciais nessa relação, considerando a subjetividade do paciente.

Essa diferença se faz necessária porque, na clínica psicanalítica, é a sustentação constante da demanda do paciente que dirige o trabalho, no sentido do que leva à pesquisa do material inconsciente, redescobrimo-o em velhas histórias e em conteúdos infantis que revelam a novidade da repetição do sintoma (FERNANDES, op.cit.). Na terapia psicanalítica, a transferência é a via terapêutica que permite a criação de novas histórias, de modo a não suprimir os sintomas, mas a transformá-los, distanciando-os do sofrimento que demandou o atendimento.

Desta forma, para a autora, interpretar não tem o estatuto de desvelar o sentido oculto do sintoma, mas de construir sentidos por meio das palavras. “A interpretação deve ser essa palavra em suspenso que o paciente pode continuar a enunciar em busca de outras” (op. cit, p.99), num processo e numa abertura para o novo.

Considerando os conteúdos transferenciais que podem vir à tona na cena clínica, os conhecimentos teóricos do fonoaudiólogo permitem auxiliar o paciente a interpretar seu sintoma de forma a encontrar seus sentidos, inclusive no

tratamento dirigido ao organismo, portanto, também na intervenção sobre a disfagia. Significa dizer que o atendimento clínico fonoaudiológico é promovido a partir da escuta que o terapeuta dirige ao paciente.

Fernandes (op. cit.) ao discorrer sobre a delicadeza da escuta, explora (o que remete também a auscultação médica) a significação do verbo escutar, originada do latim *auscultare* que

significa, literalmente, “a escuta dos barulhos internos do sujeito”- método que significa aplicar o ouvido com atenção, perceber ou ouvir; ouvir com atenção. Pode-se dizer, então, que escutar é precisamente dar ouvidos a... dar ouvidos àquilo que se enuncia apenas veladamente, àquilo que somente um ouvido atendo e experimentado na *arte da escuta* pode *acolher*. (id., p.94 - grifo da autora)

A autora, em sua formulação acerca da delicadeza da escuta, propõe que a este instrumento analítico recai uma leitura das palavras, de modo a considerar a sutileza dos detalhes, dos gestos, das imagens internas do paciente. Para a autora, a “palavra do analista funciona de modo a incentivar o paciente a desenvolver seu poder imaginativo de tal forma que o acontecimento que toca o corpo não fique privado de possibilidades metafóricas” (id., p.99).

Esta proposta psicanalítica abre espaço para pensar que as formas de apresentação do corpo são modos de representação da condição psíquica. Ou seja, é possível acolher a doença somática levando em conta que a lesão, que afeta um órgão, é uma realidade singular para o paciente. Assim, ao tratar de pacientes que apresentam distúrbios orgânicos, muitas vezes, é preciso nomear a doença, dando-lhe, de alguma forma, um contorno e um limite, para que o

paciente possa inscrever a doença em uma história, produzindo sentido por meio de uma cadeia associativa discursiva.

Dolto (2002) afirma que trabalhar a função terapêutica é uma forma de considerar que, pela via da linguagem, o sujeito (do desejo) estabelece relação com o outro e pelo outro é acolhido.

Na Fonoaudiologia, Cunha (1997), à luz de estudos psicanalíticos, introduz o conceito de escuta no campo fonoaudiológico, com a utilização da expressão: “as duas orelhas do fonoaudiólogo”. A autora propõe que uma das orelhas esteja a serviço de ouvir o que soa à audição em sua materialidade concreta, no que está perturbado devido às falhas e faltas. Mas, sem que isto ensurdeça o terapeuta ao conteúdo relatado em sua fala, à outra orelha cabe escutar os “buracos e silêncios que se instauram na estrutura formal da linguagem” (id., p.115), considerando o caráter simbólico do sintoma, em seus conteúdos subjetivos.

Assim, a autora propõe a interpretação fonoaudiológica como uma modalidade que possibilite transformações na linguagem ou nos aspectos orgânicos alterados/perturbados, a partir da articulação entre representações simbólicas corporais e conteúdos psíquicos inconscientes. Chama atenção inclusive para a importância em se considerar/compreender a natureza e a expressão orgânica dos sintomas, em articulação com suas faces simbólicas.

A partir da noção freudiana de simbolismo, numa relação constante entre os conteúdos manifestos e suas traduções do inconsciente, Cunha (1997) trabalha numa perspectiva que admite a noção de corpo erógeno, enquanto corpo atravessado pelas pulsões. As questões advindas do seu material clínico permitiram criar intervenções terapêuticas, por meio da escuta e dos conteúdos

transferenciais que emergiram no processo terapêutico, ou seja, a reabilitação do corpo físico também se dá por meio da escuta clínica.

Primeiramente, trata-se de considerar a fala (enquanto investimento na atividade dialógica) como modo de tradução dos sintomas numa esfera psíquica, de forma que possam ser enunciados em uma linguagem que não apenas a corporal. Além disso, há que se levar em conta que a intervenção corporal, através dos recursos técnicos tradicionalmente disponíveis no método fonoaudiológico são essenciais ao processo de reabilitação, desde que não se abra mão dos valores simbólicos que podem ser atribuídos a eles pelos pacientes. Pois, dependendo do enquadre terapêutico constituído, os exercícios fonoaudiológicos apresentam-se como uma via peculiar de acesso ao inconsciente pelo corpo e não apenas pela linguagem verbal-oral. Assim, as transformações ocorridas no aparato biológico têm relação com as questões simbólicas constitutivas do sujeito.

Cabe, então, considerar o corpo nesta perspectiva. Os estudos de Dolto (2004) sobre a imagem inconsciente do corpo e o esquema corporal podem ajudar. A autora afirma que o esquema corporal é uma realidade relativa à forma carnal de viver, ou seja, diz respeito ao contato do mundo físico com a realidade orgânica. É o esquema corporal que “especifica o indivíduo enquanto representante da espécie” e que será “intérprete ativo ou passivo da imagem do corpo” (id., p.14). A imagem inconsciente do corpo é peculiar a cada indivíduo da espécie humana, é única, uma vez que está ligada ao sujeito e sua história, relacionada, portanto, à relação libidinal. A imagem do corpo é

a síntese viva das experiências emocionais: inter-humanas, repetidamente vividas através das sensações erógenas eletivas e arcaicas ou atuais. [...] pode ser

considerada como encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo em questão seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu e saiba dizer Eu. [...] A imagem do corpo é a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional [...] é atual, viva, em situação dinâmica. (id., p.14,15)

Para a autora, qualquer manifestação humana, ligada a expressão de uma demanda no corpo é linguagem. A linguagem vocalizada forma o código da expressão audível; a linguagem dos gestos e da mímica forma o código dos desejos sutilmente exprimidos que se dão a perceber. Esses códigos, compartilhados pela mãe e pela criança, estruturam imagens que são memorizadas. As imagens auditivas, olfativas, tácteis e visuais de percepções diversas permitem que a carne seja expressa e torne-se simbólica de seu desejo. *A imagem do corpo* permanece inconsciente, mas se articula com o *esquema corporal*⁴, que se desenvolve dia a dia e instrumenta a imagem do corpo (DOLTO, 2004).

A autora continua, afirmando que a linguagem é a comunicação codificada por afetos, que invoca, desperta o sujeito no outro, através das representações das emoções, dos sentidos, entre eles, os visuais e os táteis, conduzindo ao prazer da intercomunicação com o outro. As zonas erógenas, onde se percebem as referências olfativas, gustativas, auditivas, visuais e táteis irão reger a comunicação lingüística, descobertas e mantidas repetidamente pela criança, no prazer do corpo, pela satisfação das necessidades que o adulto lhe proporciona. A boca, as narinas, os ouvidos e a cavidade dos olhos, contidos no arcabouço ósseo encefálico, constituem a zona erógena cutâneo-mucosa oral que,

⁴ Grifo da autora.

juntamente da zona cutâneo-mucosa anal e da uro-excrementícia, contígua à zona genital, constitui a zona anal. Boca e ânus são lugares de tomada de contato e ruptura de contato, nos limites do próprio corpo, em relação ao contato e à ruptura com a mãe, que leva à sensações erógenas dessas áreas (DOLTO, 1996).

Há uma sobredeterminação das estruturas orgânicas citadas que, além de estarem a serviço da alimentação, digestão e excreção de resíduos, são atravessadas por afetos que as simbolizam, que encenam prazer e desejo.

A zona oral sempre exibirá uma espécie de truncamento entre a palavra, a deglutição a respiração, enfim, nas funções que estão em cena desde os primórdios da constituição simbólica, do nascimento do sujeito. Ela ocupa um espaço de encenação simbólica e por isso sua desorganização apresenta-se como sintoma (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, op. cit.).

Pensar as relações entre o corpo e a linguagem deixa refletir sobre as implicações da boca e da oralidade no sujeito. Golse e Guinot (2004) tratam das questões relativas às dimensões psíquicas da boca e da oralidade de crianças⁵. Os autores situam outras funções para a boca, para além da dimensão corporal e anatômica. Embora o foco do estudo recaia sobre o tratamento de crianças, muitas questões podem ser refletidas para sujeitos adultos, principalmente as relativas às zonas erógenas.

Os autores relatam que a boca, enquanto zona erógena, tem papel de estabelecimento de um limite entre o dentro e o fora, assim estabelece uma linha de demarcação entre o registro da necessidade e do desejo no sujeito, desde seu nascimento, quando é amamentado pela mãe.

⁵ Tradução livre do francês, realizada por Fernanda Prada Machado.

A boca e a oralidade, na visão dos autores, encenam assim um terreno emblemático e estruturante de uma série de conflitos e apostas variadas, que vão se tornar fundantes do sujeito. Assim como na criança, para o adulto, a boca é um campo de relação com o outro. No início de seu desenvolvimento, tem a função primeira de alimentação; a boca encena um conjunto de elementos que passam a funcionar também em outra ordem, revelando ligações menos com o registro da necessidade e mais com o do desejo.

Abordar as questões do corpo e do psiquismo, na direção das idéias propostas, traz subsídios que permitem pensar um modo de atuação fonoaudiológica nas disfagias para além da reabilitação orgânica, ou seja, que não desconsidere a subjetividade do paciente e as implicações do acometimento orgânico em sua vida.

CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO:

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo.
(Fernando Pessoa)

Esta pesquisa adota o método clínico-qualitativo que, por definição, constitui um recurso que busca dar interpretações a sentidos e significações sobre os múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, permitindo ao pesquisador acolher angústias e ansiedades do ser humano, valorizando os aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo (TURATO, 2003).

Dentre as muitas possibilidades de aprofundamento do estudo sobre o fazer clínico, optou-se por investigar um caso clínico, de modo a considerar a complexidade e a imprevisibilidade que acompanha este fenômeno singular. Nesta direção, a pesquisa qualitativa não busca encontrar ou definir leis constantes, que garantam uma generalização, mas pretende investigar o fenômeno para além da sua aparência, buscando, a partir da clínica, (re)pensar as proposições teóricas.

Para Nasio (2001), o estudo de caso tem três funções ao descrever um fenômeno, quais sejam: didática, metafórica e heurística. A função didática desempenha um caráter cênico, que confere a dedução de conceitos teóricos a partir da reflexão sobre um caso clínico e apresenta incontestável sugestão de ensino. A função metafórica trata de ilustrar uma teoria por meio do caso clínico, ou seja, a observação clínica apresenta-se de forma tão imbricada ao conceito

que se torna uma metáfora dele. Já a função heurística propõe que o caso ultrapasse seu papel de ilustração ou de metáfora emblemática, tornando-se, em si mesmo, um gerador de conceitos.

Nesta pesquisa, o estudo de caso remete às funções didática e heurística, uma vez que por meio de sua análise é possível ilustrar uma situação clínica, a partir da qual se desenvolvem conceitos e teorizações. Não há menção à função metafórica, devido ao fato de que, na Fonoaudiologia, não há relatos de casos clínicos consagrados que representem por si só a substituição de um referencial teórico, como na Psicanálise, quando a teoria se coloca em cena ao se remeter ao caso clínico. Ou seja, nesse campo, quando menciona-se um caso clínico, como o caso Anna O. ou o caso Dora⁶, o conceito teórico se apresenta imediatamente ao interlocutor, que pode entender sobre o que está sendo referido num determinado contexto científico.

Diante desses pressupostos, nesta pesquisa, o estudo de caso, como recurso metodológico, passa a ser uma escolha que permite desvendar, a partir do interesse em compreender um processo, as características particulares num contexto específico de investigação de condições que ainda não apresentam prévia teorização.

Por meio do estudo de caso, também é possível contribuir para uma reflexão e particularização do processo terapêutico, haja vista que este se apresenta como uma situação cotidiana de vida, podendo iluminar reflexões significativas para outros profissionais da área, em seus processos terapêuticos,

⁶ O caso de Anna O., remete ao conceito de transferência desenvolvido por Freud, já o caso Dora, refere-se ao modo pelo qual o autor desenvolveu a conceituação sobre sintoma, enquanto sistema de representações, que se manifesta no corpo como uma representação inadequada, apresentando uma nova nosologia: a histeria.

advindas da prática clínica e da investigação teórica do pesquisador (TAHAN, 2003).

O estudo do caso não pretendeu esgotar a análise sobre a vida, a alimentação e a linguagem da paciente, mas apresentar, por meio de fragmentos do processo terapêutico, aspectos que marcaram e determinaram a conduta terapêutica, configurando, portanto, atualizações daquela experiência clínica.

O caso clínico relatado nesta pesquisa é de uma paciente de 82 anos (nomeada, aqui, como Dona Laura), que foi acometida, em junho de 2004, por um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico. A paciente apresentava quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda, além de alteração na expressão da linguagem e disartrofonias; estas últimas, diagnosticadas na avaliação fonoaudiológica realizada enquanto ela ainda se encontrava hospitalizada. Durante a escrita da dissertação, encontrava-se em atendimento fonoaudiológico e teve capacidade cognitiva de decidir sobre sua participação na pesquisa, isto é, ela não era mentalmente vulnerável e, portanto, não perdeu sua autonomia cognitiva.

O material clínico constitui-se de dados colhidos na prática clínica, de modo a permitir a investigação e a reflexão. Os dados não são dispostos de forma direta, são colhidos pelo pesquisador (LÖWY, 1985) que, ao selecionar e recortar aspectos do dado bruto, proveniente do material clínico, circunscreve um determinado objeto de investigação. A escolha do pesquisador, portanto, não é aleatória, envolve suas convicções, valores e repertório teórico. Não se trata de um pesquisador neutro, mas que está em constante relação com o material pesquisado. A relação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é ativa, ou seja,

é entendida como significativa na constituição do material clínico a ser tratado pela pesquisa.

Muito embora a paciente estivesse em atendimento durante o período vigente de elaboração da escrita da dissertação de mestrado, os dados para reflexão na pesquisa foram coletados no período de junho de 2004 a dezembro de 2005. O material clínico constituiu-se da análise das memórias dos atendimentos ocorridos e dos registros semanais, escritos em forma de narrativa, após os atendimentos realizados, num total de 74 registros. Tratar da memória clínica implica dizer que a escrita clínica coloca em cena o exercício terapêutico de lidar com os conteúdos (contra)transferenciais vividos no *setting*. Assim, o material clínico produzido pelo par terapêutico é sempre um conjunto de representações, isto é, não acontece em um só momento (CUNHA, 2000).

Embora a coleta de dados seja cumulativa e linear, recebe tratamento interpretativo constante por parte do pesquisador-terapeuta, tornando-se uma produção científica, a partir do momento em que passa a ser matizada pelas reflexões e articulações teóricas.

A análise do material será realizada por meio da articulação entre referenciais teóricos da Fonoaudiologia, da Psicanálise e da Filosofia sobre conceitos de organismo, de corpo simbólico e de sujeito. Segundo González (1999), o suporte teórico apresenta-se como uma importante referência para intermediar a produção teórica do investigador sobre o objetivo ao qual ele se debruça para estudar.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (sob o processo número 0027/2005). Os participantes e os seus

responsáveis tiveram suas identidades preservadas e foram esclarecidos de seus direitos por meio do consentimento livre e esclarecido, cujo modelo encontra-se em anexo.

3.1 – O primeiro encontro com Dona Laura

Atender Dona Laura fez refletir sobre a terapia de reabilitação na disfagia. Pensar o que podia estar em jogo em um atendimento, cujo enfoque principal se dava através da manipulação do corpo (devido à natureza da patologia) – seja por meio de toques feitos pelo fonoaudiólogo ou por exercícios realizados voluntariamente pelo paciente – permitiu questionar a abordagem e a intervenção terapêutica. Acredito que por meio da narrativa do caso clínico seja possível relembrar o atendimento, desde seu início, de modo a resgatar as implicações terapêuticas das condutas adotadas.

Iniciei o atendimento de Dona Laura com uma avaliação fonoaudiológica, enquanto ela ainda estava internada no hospital. Uma vez que ela receberia alta em breve, o médico da empresa de atendimento domiciliar (*Home Care*) solicitou avaliação das funções de deglutição, devido ao quadro de paresia facial apresentado após ocorrência de AVE isquêmico.

Naquela manhã, de junho de 2004, encontrei Dona Laura no quarto, ao lado de sua filha mais nova, Suzana, que me recebeu. Cumprimentei-a, mas ela me pareceu envergonhada. Deitada na cama, não me dirigia o olhar e pouco falamos neste contato inicial. Explico quem sou e esclareço o motivo da minha visita: fui chamada pelo médico para avaliar suas condições de alimentação,

verificando se haveria algum risco ao se alimentar por via oral e, por consequência, se haveria necessidade de realizar atendimento fonoaudiológico quando retornasse ao domicílio. A filha disse que já estava esperando a visita de um profissional da área e que havia sido comunicada.

Suzana conta que a mãe tomava os remédios anti-hipertensivos e anti-convulsivantes conforme a orientação médica e não entende o porquê de ter havido o “derrame” (*sic*). Nesse momento, Dona Laura olha para mim e concorda com um meneio de cabeça.

Conversei mais um pouco com Suzana e ela sugere que Dona Laura me conte sobre sua família, mostrando algumas fotos que tinha à mão. Um pouco tímida, ela disse ter uma família grande: 4 filhos (sendo 2 mulheres e 2 homens), 2 casais de netos e 4 irmãos (2 mulheres e 2 homens, sendo um já falecido). Suzana é a única filha solteira e, portanto, continua a viver na casa da mãe. Dos três filhos casados, apenas Sandra e Arnaldo têm filhos. Sandra tem um casal de adolescentes e os filhos de Arnaldo são crianças, o casal de gêmeos da família.

Já podia notar, enquanto conversávamos, que havia uma assimetria facial à esquerda. Observava diminuição de volume e alteração da postura de bucinadores e lábios. Ao realizar a avaliação das estruturas orofaciais, notei que também apresentava diminuição da mobilidade, tonicidade e coordenação de língua, lábios e bucinadores, acentuada à esquerda.

Para avaliar a deglutição, oferto alimentos nas consistências sólida e líquida. Enquanto ela comia seu lanche, notava predominância de mastigação unilateral à esquerda e presença de resíduos alimentares em vestibulo oral. Mesmo após solicitar que deglutisse diversas vezes, não havia tônus de língua suficiente para lateralização, centralização e ejeção completa do bolo alimentar, o

que me fez pensar no risco de haver escape tardio do alimento (e que poderia levar à penetração laríngea e/ou aspiração traqueal). Ao final da refeição, observei resíduos de alimento em vestíbulo oral, mas não ocorreram quaisquer episódios de tosse e/ou engasgos.

À ausculta cervical, não observo ruído sugestivo de escape tardio de alimento ao final das deglutições. Seu quadro pulmonar também não apresentava alterações anteriores ao período hospitalar e nem durante o mesmo. Assim, não foi realizado exame objetivo da deglutição, como videodeglutograma, pois não havia sinais clínicos de risco de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal do alimento.

Suzana relata que a mãe comeu por via oral durante todo o período da internação hospitalar e não houve qualquer episódio de pneumonia. Ela ainda refere que, desde o primeiro dia de internação, Dona Laura permaneceu no quarto, em observação, saindo apenas para realizar exames. Não houve necessidade de utilizar via alternativa de alimentação, nem de ser internada na UTI com procedimentos invasivos de intubação orotraqueal.

Converso com Dona Laura sobre os 10 dias em que estava no hospital (sendo que até o final da internação, totalizaram-se 15 dias) e ela refere querer voltar para casa. Desde o início da avaliação, observo dificuldades na fala, devido à ocorrência de anomias em alguns momentos, que a deixa constrangida em falar.

A filha de Dona Laura observava atentamente a avaliação. Durante o procedimento, expliquei a elas os dados encontrados e, ao final, orientei sobre a higienização oral, a fim de evitar a presença de estase de alimentos em cavidade

oral. Combinamos que eu entraria em contato para iniciar o atendimento, assim que fosse liberado pelo convênio.

Ao sair do quarto, procurei o prontuário para verificar o que ocorrera no período da internação hospitalar. Ela sofreu um Acidente Vascular Encefálico isquêmico e, de acordo com o laudo do exame de tomografia computadorizada, a lesão cerebral havia acometido a porção parietal do lobo parietal no hemisfério direito. A localização da lesão justificava o quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda – visto que uma das funções deste lobo é somestésica, no caso, responsável pela sensibilidade oral –, além disso, ela também apresentava disartrofonía e alteração na linguagem oral e escrita.

3.2 – Início do atendimento clínico: o *setting* terapêutico

Após a liberação do convênio, inicio a terapia fonoaudiológica em seu domicílio, com enfoque voltado à maximização da sensibilidade, tonicidade e mobilidade das estruturas orofaciais, enfatizando a mastigação e a postura da musculatura facial, a fim de evitar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral, que pudessem levar a aspiração traqueal. Também foram realizadas estimulações dirigidas às dificuldades articulatórias da fala.

Dia-a-dia, Dona Laura apresentava mudanças significativas no padrão mastigatório e de deglutição. A partir do primeiro mês de estimulação miofuncional, ela já apresentava aumento na sensibilidade e mobilidade da musculatura oral, o que levava a aumento da propriocepção intra-oral.

Após cerca de um mês, houve mais espaço para enfatizarmos, na terapia, as questões discursivas (orais e escritas) sobre as quais ela sempre se queixava. Ela apresentava episódios de anomias, pausas e hesitações na oralização. A dificuldade de sustentar uma narrativa sempre esteve presente, desde a ocorrência do AVE, mas para ela o mais difícil era lidar com a falta da palavra. O silêncio se apresentava como incômodo e angústia, mas seguíamos conversando, sobre sua família, suas atividades de vida diária e sobre seu passado, para que ela pudesse enfrentar a dificuldade que tanto expunha sua subjetividade: a afasia, enquanto dificuldade de expressar-se e manifestar-se simbolicamente.

Durante os atendimentos, verificava que a possibilidade de realizar a terapia em seu domicílio trazia implicações clínicas para a evolução do tratamento. Isto porque, desde a primeira sessão, encontro Dona Laura sentada no sofá da sala, onde a cuidadora a colocava (ela não consegue andar sozinha devido à hemiparesia esquerda) e lá ficamos por diversas sessões. Aquele era um espaço amplo e aberto, com poucas paredes, interligado à sala de jantar, à cozinha e ao seu quarto. Nele as pessoas da casa transitavam naturalmente, a despeito da nossa presença em situação terapêutica.

Passei a conversar com Suzana e com a cuidadora para explicar como Dona Laura se dispersava quando alguém aparecia e interrompia o atendimento. Embora o ambiente da sala fosse interessante para a rotina diária, pois Dona Laura estava perto de todos, não havia como estabelecer um espaço que favorecesse a criação de um campo de privacidade para a paciente. Indaguei, então, se o fato de oferecer a Dona Laura outro local de atendimento não poderia despertar nela também a possibilidade de realizar a escolha de onde preferiria que os encontros acontecessem. Assim que o fiz, ela preferiu ir para o seu quarto

e foi possível delimitar, para a família, a importância de se criar um espaço diferencial para ela.

A partir desta conduta, a família passou a entender que o momento da sessão de terapia era diferente de uma visita de amigos ou parentes para conversar com Dona Laura. Expliquei-lhes que a situação terapêutica era de enfrentamento do sofrimento e que, por isso, era peculiar e requeria privacidade.

Desta forma, foi possível gerar um ambiente terapêutico que propiciasse uma situação de confiança na relação do atendimento fonoaudiológico. Poder demarcar um “espaço” para que o paciente pudesse representar a vida na situação terapêutica foi possível pela delimitação de parâmetros temporais e espaciais, cujo caráter simbólico pôde mobilizar conteúdos psíquicos do cliente e do terapeuta, que favoreceram a criação da aliança terapêutica, fundamental para o processo terapêutico (MAGALHÃES JÚNIOR, op. cit.).

Em momentos futuros, foi possível que Dona Laura escolhesse permanecer na sala e este espaço físico se tornasse “isolado” da frequência das outras pessoas da casa, no sentido de que a família respeitava o horário do atendimento e se mantinha em outros cômodos, com as portas fechadas. A própria filha e a cuidadora referem, em algumas situações, que vão para a parte superior da casa “para não incomodar” (sic).

Assim, foi se estabelecendo, ao longo do processo terapêutico, um ambiente que preservava a singularidade da paciente e que, ao mesmo tempo, foi valorizado pela família.

Após um período de 3 meses de terapia, as questões relativas à alimentação foram minimizadas e Dona Laura não apresentava acúmulo de resíduos em cavidade oral e nem tosses ou engasgos ao deglutir. Porém, nesta época, ela apresentou dois episódios de convulsão, na mesma semana, devido à diminuição das doses do medicamento Tegretol⁷, uma vez que o quadro estava estável. Mas, a partir de então, ela voltou a receber a dose regular. Não houve alterações no padrão de deglutição ou queixas relativas a tosses ou engasgos na deglutição de qualquer consistência de alimento.

Em discussão do caso com o médico responsável e o neurologista, não houve constatação de que as convulsões fossem advindas de novas alterações neurológicas. Ambos observaram que se tratava de uma acomodação entre a interação do medicamento e as respostas orgânicas de Dona Laura para o medicamento e para sua condição de vida atual. Os médicos não relataram qualquer mudança no quadro clínico da paciente que justificasse a ocorrência desse episódio de convulsão.

Parece que a alteração da dose do medicamento, diante de um quadro de estabilidade na dose anterior, indica que Dona Laura não tinha condições de suportar mudanças. Sair de um estado de equilíbrio, alcançado com a dose anterior do remédio, passando para uma nova dose em menor quantidade, desestabilizou seu quadro clínico.

⁷ A carbamazepina, componente de base do Tegretol, atua sobre a motricidade do mecanismo neuronal, no sistema extra-piramidal, e tem ação anticonvulsivante, diminuindo a transmissão sináptica ou a adição da estimulação temporal que dá origem à descarga neuronal. Tem atividade anticonvulsiva, antidepressiva e antineurálgica, e é indicada para tratamento das crises convulsivas e de epilepsia (GAMBLE, WILLIAMSON, CHADWICK, MARSON, 2006; FRENCH et. al, 2004).

Para ela, havia algo neste episódio que não podia ser exposto: falar sobre a convulsão lhe causava constrangimento e sofrimento, principalmente por pensar sobre a imagem que o outro fazia dela. Passamos a conversar sobre os imprevistos da vida e ela me conta sobre a morte de três entes muito queridos (ocorridas, cronologicamente, nesta ordem: marido, irmão e cunhado), no ano de 2002.

Pensar como ela foi surpreendida com esses episódios de morte nos remeteu a sua condição atual. Afinal, ela também fora surpreendida com a ocorrência de um AVE no ano anterior. Surpreendida? Retomarei esta questão mais adiante, na discussão da pesquisa desenvolvida no quarto capítulo.

Um mês depois, ela novamente apresentou outro episódio de convulsão. A partir daí, ela estava mais sonolenta e, tanto ela quanto os familiares referiam queixa sobre a alimentação e presença de engasgos durante a alimentação de líquidos e sólidos.

Discutimos sobre o retorno dos sintomas de deglutição e o quanto ela se incomodava com isto. Assim, restabeleceu-se a terapêutica voltada para disfagia e, após um período de aproximadamente dois meses, havia melhora do quadro: ela não mais engasgava nas refeições e nem durante a fala.

Porém, em menos de um mês, novamente os sintomas retornaram e a paciente e os familiares voltaram a referir a queixa relativa à presença de engasgos e tosse durante a alimentação, o que tornou necessário retomar, mais uma vez, a estimulação miofuncional.

Por meio do trabalho miofuncional, voltado à reabilitação das funções de deglutição, não observo alterações na sua alimentação. Acompanhava sua alimentação por diversas vezes na terapia e não observava episódios de

engasgos ou tosses e nem resíduos de alimentos em cavidade oral, o que significava condições de alimentação segura por via oral, sem riscos de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal.

Entretanto, a cuidadora e sua filha ainda referiam presença de engasgos nas refeições, durante as alimentações diárias, o que me deixava alerta e em monitoramento da deglutição. Porém, não priorizei naquele momento o retorno à estimulação miofuncional dos órgãos fonoarticulatórios, pois ela apresentava condições de se alimentar de forma segura, com proteção de vias aéreas superiores (a presença da tosse era um indicativo deste fato).

Enquanto tínhamos as queixas de alimentação como aspecto importante no tratamento, continuávamos dando ênfase à linguagem oral nos atendimentos, tendo em vista que a linguagem é também relevante ao trabalho no corpo orgânico. Neste intervalo de tempo, a paciente foi retomando a possibilidade de sustentar o diálogo apesar da ocorrência de anomias.

Ao conversarmos sobre sua infância, ela me conta que iniciou sua atividade de costura desde muito nova, na adolescência. Trabalhava junto com sua mãe, que lhe ensinou o ofício, e passou a auxiliá-la nas encomendas para as lojas. Pergunto se ela não tem mais interesse em costurar e ela aponta para a mão, mostrando que a dificuldade de movimentação do membro esquerdo não permitia a realização de atividades refinadas, de costurar e de bordar. Porém, ela tentou e conseguiu costurar pequenos pedaços de retalhos e também consertou uma almofada com o auxílio de sua filha.

Desta forma, levei um kit de costura (com linha de lã e agulha grossa) para montagem (passo-a-passo) de um peso de porta, de modo que bordássemos juntas o material. Esse desafio, de costurar, mesmo com as dificuldades motoras,

a fez reviver momentos de sua vida, quando trabalhava e ajudava o marido no sustento da família. Ela também pôde enfrentar o desafio de montar um objeto, mesmo com a dificuldade motora apresentada no hemisfério esquerdo.

Hoje em dia, após o término da confecção, o peso da porta está entre os objetos de decoração da sala. Sua filha sugeriu não colocá-lo no chão, pois a cachorra iria destruir a linha da lã e se perderia o trabalho de Dona Laura, que rapidamente concordou com a sugestão de Suzana.

3.4 – Revivendo o sintoma: o retorno das ocorrências de engasgo

Dona Laura novamente demonstrava como estava difícil lidar com a nova vida. Novamente (e essa já era a 4ª vez, após 11 meses do início do atendimento), a cuidadora voltou a referir presença de engasgos na deglutição de alimentos, em todas as consistências. Foi necessário retomar a estimulação fonoaudiológica voltada às questões de disfagia, com a realização de exercícios miofuncionais para maximizar a fase oral da deglutição.

A ênfase das estimulações era voltada ao fortalecimento da musculatura oral, promovendo aumento da força de bucinadores, de ejeção de língua e da sensibilidade intra e extra-oral. Foram utilizados estímulos térmicos (gelo) para aumentar a propriocepção e evitar o escape extra-oral de alimentos e a presença de resíduos em cavidade oral.

Conversávamos sobre as ocorrências dos engasgos e durante as sessões, lanchávamos juntas, para que eu pudesse acompanhar sua alimentação e conforme observava alguma alteração, sugeria alguma mudança de padrão.

Muitas vezes, mencionava sobre o modo de apreensão do utensílio, a fim de questioná-la sobre sua opinião, para que ela observasse se era interessante minha intervenção, ou seja, se meu apontamento fazia diferença para ela na deglutição ou não.

Assim, acreditava ser esta uma forma de, conjuntamente, fazê-la se apropriar do que ela exteriorizava em forma de sintoma. Perguntava ainda sobre como estava a sua alimentação durante a semana, mas ela referia que não tinha nada, que estava bem. Porém, se eu questionasse sobre a presença de engasgos ou tosses, ela referia, algumas vezes, a ocorrência destes episódios.

Ao passar esse período de atenção voltada à deglutição, mas sempre intermediado pela fala, de modo a refletir sobre a alimentação, os sintomas de engasgos se dispersaram e as cuidadoras não referiram maiores complicações nas alimentações. Voltamos a não tratar do assunto *alimentação*, de forma tão direta nas terapias e voltamos a atividades discursivas, com a leitura (inicialmente), modalidade lingüística na qual ela apresentava maior fluência.

3.5 – Outro modo de atuar com o sintoma

Como se pode imaginar, novamente me foi relatado pela cuidadora, que Dona Laura apresentou episódios de engasgos nas refeições. Mas, agora, o que se fazia mais presente eram os engasgos durante e após a deglutição de líquidos com comprimidos apenas, e com a saliva, durante a fala, como se houvesse presença de saliva em cavidade oral, devido a dificuldade de manejá-la.

As atividades voltadas à linguagem poderiam ser interrompidas novamente, mas fiz outra escolha na intervenção terapêutica. Dona Laura não mencionava qualquer dificuldade de alimentação e, inclusive, quando eu a questionava sobre isso, ela sempre dizia: “está tudo bem!” (sic).

Desta vez, não intervi com terapia de reabilitação miofuncional diretamente, pois avaliava não ser aquele o momento de, novamente, lidar diretamente com o corpo físico e suas dificuldades. Pensava que poderia trazer um outro efeito tratar da leitura e da fala, sobretudo no que se referia às dificuldades de oralização, sobre as quais ela sempre se queixava desde o início dos atendimentos, e que eu deixava em segundo plano (embora presente), devido à aparente urgência das ocorrências dos engasgos.

Discutimos, em diversas sessões, sobre como era difícil aceitar esta nova e atual condição de vida na qual ela se encontrava. Muitas vezes, ela parecia desistir de falar diante das anomias, que marcavam seu discurso com pausas e hesitações. De fato, podia observar que realmente esses sintomas traziam confusão e dispersão ao seu discurso.

Parecia-me que ela não suportava esta nova condição subjetiva. Em sua relação com as pessoas, ela geralmente se colocava num lugar de suspensão, abstendo-se de participar das conversas. Em situações familiares, ficava só observando e falava muito pouco, segundo relatos da filha. Também sua posição de dona da sua casa estava deslocada, afinal ela não se sentia mais autorizada ou capaz de organizar e gerir sua casa conforme seus gostos e hábitos. Era Suzana que havia assumido esse papel, em decorrência da situação da mãe.

Para ela, este fato a desapropriava de seu espaço. Ela passou a observar a rotina da casa e não a agir, e isto a chateava. Suzana disse que a mãe sempre

gostou bastante de ter a casa cheia, com os familiares, e de fazer o “banquete” no almoço de domingo. Elas mantiveram este costume de fazer almoços em datas comemorativas em sua casa, após o AVE. No entanto, a filha mencionou também que Dona Laura, sempre foi de falar pouco e, quando cuidava da casa e organizava os almoços, geralmente era a última a se servir: ela seguia servindo as pessoas, até que alguém a servisse (o que, normalmente, suas irmãs faziam).

Enquanto conversávamos sobre as dificuldades de enfrentar perdas, afirmava que o caminho a ser percorrido seria tortuoso, mas que estaria ao seu lado, enquanto terapeuta, para auxiliá-la no processo. Era principalmente nesses momentos, ou quando ela narrava uma situação do passado ou de vida diária, que observava a presença dos engasgos com saliva. Pontuei que parecia estar difícil para ela sustentar uma posição de sujeito falante, o que indicava que ela estava “engasgada” com isso, pois, devido à afasia, não podia dizer sobre o que sentia e isto parecia lhe afligir. Ela pôde dizer, ao final da sessão, que gostava muito de falar sobre esses assuntos comigo, o que nunca havia feito desde o início dos atendimentos.

O relato de Suzana, após um ano e três meses de atendimento, referindo maior dificuldade de entender o que Dona Laura falava (devido à freqüente interrupção de fala causada pelas anomias), colocou em cena a grande ansiedade da família com relação à evolução da mãe. Concordei com ela e admiti uma certa “regressão” nos aspectos lingüísticos, no que se referiam à possibilidade de fala oral articulada, mas que estes sinais pareciam refletir sobre como ela estava lidando com a situação naquele momento, deixando-se à mostra, sem esconder-se ou furtar-se ao diálogo.

Ao mesmo tempo, a cuidadora referiu que observava diminuição dos episódios de engasgos com líquido fino, na ingestão de comprimidos e com a deglutição de saliva em repouso.

Acredito que o fato de não ter retomado às intervenções dirigidas às dificuldades de deglutição, possibilitou uma abertura da minha escuta para sua fala, a qual dizia constantemente do incômodo e do sofrimento de não poder falar como antes, e que pôde ser acolhida neste momento, interferindo em seu funcionamento psíquico e produzindo efeitos no corpo físico.

O efeito advindo da mudança na minha postura, enquanto terapeuta, proporcionou uma mudança de direção no processo terapêutico e a oportunidade de que a paciente fosse escutada a partir de suas demandas e não pelas alterações orgânicas apresentadas. Isso porque houve uma mudança do lugar no qual a paciente era atribuída por mim, fonoaudióloga. O efeito desta mudança refletiu no modo como a paciente pode enfrentar questões durante o atendimento, fazendo uso da possibilidade de atravessamento de um sofrimento, acompanhada de quem estabeleceu vínculo nesta intervenção clínico-terapêutica.

3.6 – Mudança de olhar: possibilidades de novas relações

Em atendimentos seguintes, Dona Laura trouxe à cena clínica questões relativas ao seu imaginário sobre o falar bem. Ela sempre dizia que ia “falar direitinho” (sic) e eu, imediatamente, questionava em que sentido ela dizia aquilo e o que era “falar direitinho” (sic) para ela. Ela não respondia e mudava de assunto.

Certa vez, conversamos sobre a possibilidade de realização de uma ressonância magnética de controle, solicitada pelo médico neurologista. Ela demonstrou aflição por não saber como era a dinâmica do exame e, em um certo momento, falou de sua angústia, enunciando: “tenho medo!” (sic). Pontuei a importância de se permitir dizer o que sentia, como uma forma de entrar em contato e de enfrentar seus medos e angústias.

Se, inicialmente, Dona Laura dificilmente dirigia o olhar a mim, aos poucos e, a partir de situações aparentemente triviais (como as relatadas acima), ela começava a se expor e pontuar suas questões e posições. Eram discretas as mudanças em seu modo de ser. Em alguns momentos, ela dizia “eu fiz!” (sic), quando falávamos sobre atividades da vida diária. Considerei falas como estas marcas de uma outra possibilidade de vir a ser, pois, para alguém que estava vivendo na dependência do outro (a oferecer-lhe algo, pentear seu cabelo ou sugerir uma ação – embora tivesse condição física e motora para desenvolvê-las), aquilo parecia ser algo diferencial. Ela passava a me olhar mais freqüentemente, dirigindo-se a mim como se sustentasse sua presença e sua condição de sujeito.

Sua fala também passou a indicar mudanças de posição frente ao interlocutor; ela a reformulava (o que não ocorria anteriormente devido à perseveração de episódios de anomias e parafasias), como no segmento a seguir, no qual falava sobre a vizinha que está tratando de uma doença grave: “A dona Mara é muito cojoso, coraja, corajossa, corajosa” (sic). Ou ainda, quando notava que não havia dito exatamente o que queria. Ao invés de desistir da produção e lamentar-se por não conseguir, ela tentava produzir o segmento desejado. Para tanto, utilizava-se de pausas, muitas vezes prolongadas, como na

situação, na qual falava sobre as frutas (maçã) que comeu: “tinha pêra, não, (...) maçã” (sic).

Assim como a fala, seu olhar também passou a revelar atitudes diferenciadas. Quando conversávamos sobre sentir falta das coisas, das pessoas e da vida que tinha antes do AVE, mencionava a ausência de pessoas, como seu marido. Imediatamente, me fitava por alguns segundos e mantinha-se calada.

A possibilidade de ler textos de seu interesse (revistas semanais e alguns poucos livros) também motivava a narrativa oral. Observava que, no período final da coleta de dados, a paciente apresentava menor dificuldade na leitura oralizada: ela apresentava menos episódios de pausas, hesitações e trocas de segmentos na leitura do que inicialmente.

Ainda assim, ela não desistia de ler e passava a fazê-lo silenciosamente também, indicando que este recurso permitia encadeamento das informações, não apenas a leitura isolada das palavras. Percebia que, quando ela silenciava a leitura, passava a correr os olhos na linha do texto, apontando com o dedo indicador onde lia.

Embora em alguns momentos ela conseguisse ler seguidamente trechos mais longos do que 4 ou 5 palavras, ela também apresentava dificuldades na oralização do que lia. Muitas vezes, a seu discurso recaía uma espécie de censura, advinda da idéia de que ela deveria ler “direitinho, né?” (sic), assim ficava “tudo certo” (sic). Conversávamos sobre como era difícil conseguir ler e falar o que pensávamos, mas que não era preciso deixar de dizer por achar que poderia não estar certo.

Com o passar do tempo, notava também que suas ações diárias também foram se modificando: ela passava a se cuidar mais sozinha, ou seja, penteava

seu cabelo e não necessitava de ajuda para resolver suas necessidades de higiene íntima, a não ser no banho, quando recebia apenas um apoio em movimentos mais difíceis de serem executados.

Em sessões seguintes, a filha da paciente me chamou na cozinha (sem a presença da mãe, que permaneceu na sala) para dizer que achava que as leituras, que estávamos fazendo, estavam mexendo demais com ela, pois Dona Laura chorou muito em uma noite, tendo ido dormir ao final da madrugada. Ela acreditava que a leitura estava “levantando outros conteúdos” (sic). Neste momento, pontuei que enfrentar a dor era necessário, uma vez que parecia ser difícil, para Dona Laura, falar de seus sofrimentos e que talvez o choro fosse uma forma de trazer à tona o que ainda não podia ser dito. Pontuei também que a perda do marido, irmão e cunhado produziam forte efeito sobre a paciente, e que o choro também poderia estar relacionado a isto. Suzana afirma que, no dia anterior, conversou com a mãe rapidamente sobre o pai, lembrando momentos marcantes.

As situações familiares eram veladas (Suzana pediu insistentemente para que não contasse à mãe sobre essa conversa) com o intuito de protegê-la. Mas, não poder tocar neste assunto com Dona Laura também afastava a possibilidade de elaborar o luto, inclusive em relação à sua própria condição corporal.

Nesse sentido, imagino que o choro indicava que a paciente estava encontrando formas de significar suas dores e seus sofrimentos, que não pela sintomatização na boca, enquanto órgão que apresentava a dificuldade de deglutição e de fala, uma vez que Suzana e a cuidadora não referiam mais engasgos durante as alimentações e que sua condição de falante mudava para melhor, embora ainda com dificuldades.

3.7 – Dos efeitos subjetivos produzidos no encontro terapêutico

A paciente continuou em atendimento após o término da coleta dos dados para a dissertação. Até a finalização da escrita da dissertação, ela havia alcançado a possibilidade de reestruturar sua fala, embora de modo singular, se comparado ao período anterior ao do AVE. Era possível observar que, mesmo com algumas variações, ela passou a fazer uso de repetições da minha fala para enunciar segmentos, depois do meu *prompting*. Tornou-se capaz de produzir narrativas longas sobre assuntos de sua vida cotidiana de forma coerente, mesmo que as anomias e pausas suspendessem a fala por instantes. Nesse sentido, ela trazia elementos novos ao diálogo, com comentários espontâneos, que expressavam suas opiniões e posições comigo e com os familiares (por exemplo: “Nossa senhora!” (sic), ao se espantar com algo inusitado ou “Que coisa feia!” (sic), quando discordava de alguma situação.

Apesar de ter ocorrido outro episódio de convulsão e também uma queda na taxa de glicemia, não houve alteração na deglutição, ainda que ela comesse pouco neste período, o que foi superado algum tempo depois. Noto que ela está mais aberta e serena em relação à imprevisibilidade do contato e do destino das conversas e situações nas quais toma parte; o que trouxe outras possibilidades para (re)definir sua vida, inclusive no que diz respeito à fala e à condição subjetiva de falante.

Outras mudanças observadas, também relativas às suas atitudes e comportamentos na rotina cotidiana, referem-se ao modo como ela passou a ser incluída pela família, simultaneamente se fazendo mais presente, quando passou a participar ativamente dos momentos de escolha dos produtos no supermercado;

bem como, na cozinha, passando a opinar frequentemente sobre a realização das receitas para as refeições durante seus preparos. Ela também passou a fazer alguns pratos, nos quais ajudava nas diversas etapas de preparação da produção, a partir das suas possibilidades e limites, além de se servir-se à mesa e de oferecer “um cafézinho”, ou servir as visitas que a acompanhavam nos lanches da tarde.

Desta forma, foi possível observar que ela passou a se permitir e poder experimentar as diversas situações de sua vida de modo menos sofrido, demonstrando condições de contar, minimamente, com seus recursos para viver a partir do que acontecia a cada dia.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DO PROCESSO TERAPÊUTICO: REFLEXÕES SOBRE CORPO E AFETOS

**Somente sabem falar os que sabem fazer silêncio e ouvir
E, sobretudo, os que se dedicam à difícil arte de adivinhar;
adivinhar os mundos adormecidos que habitam os vazios do outro.**
(Mohandas K. Gandhi / Mahatma)

A partir da exposição do caso clínico, este capítulo se destina a pensar relações entre o corpo e o psiquismo na abordagem de pacientes disfágicos. O advento da marca orgânica (AVE que resultou em quadro disfágico e seqüelas na fala e na linguagem oral e escrita), operou um processo de “dessubjetivação”, ou seja, uma desestruturação da consistência subjetiva, fazendo com que Dona Laura se isolasse, não se sentindo capaz de tomar a palavra e de fazer dela veículo de suas ações, desejos e necessidades, bem como transformando os sintomas do AVC e os sintomas psíquicos, que advieram na forma de somatizações, como o modo possível – embora precário – de expressão e comunicação.

Sua “fuga” de situações de comunicação e da tomada de decisões (sobre tarefas e atividades cotidianas) produziam um precário perfil subjetivo, caracterizado por certos comportamentos (choro, evitamento do convívio, insônia), por sintomas orgânicos (tosse, engasgo, estase de alimento em cavidade oral) e psíquicos (angústia, depressão, medo de se expor), que se apresentava como única maneira de expressar seu sofrimento e para convocar o outro.

Os comprometimentos orgânicos foram sobredeterminados pela fragilização do sujeito, impondo-lhe um estranhamento em face do outro e de si. Através do vínculo e do desdobramento do processo terapêutico, operou-se uma abertura ao reconhecimento e à elaboração de sua nova condição de vida: atravessamento de angústias e de sofrimentos, após as marcas orgânica e simbólica conseqüentes do AVE, que lhe pareciam tão ameaçadoras quanto as mortes de seu marido, irmão e cunhado.

Tal processo lhe permitiu inventar outros modos de relacionamento consigo e com o outro. Uma das questões centrais ao tratamento fonoaudiológico se deu – após algum tempo de seu início – pela escuta a tal convocação; o que abriu espaço, a partir daí, à retomada da processualidade subjetiva, tendo como conseqüência maior eficácia na reabilitação funcional (da deglutição e da fala). A partir do momento que tal acolhimento realizou o enlace, isto é, promoveu o vínculo terapêutico e o engajamento da paciente com o tratamento, e com os cuidados de si, também reativou o desejo de (re)apropriação de suas rotinas e papéis (na família e nos contextos sociais pelos quais transita).

As mudanças de posição subjetiva indicaram efeitos da intervenção no plano orgânico, e efeitos no orgânico da escuta e do acolhimento aos sentidos e deslocamentos subjetivos da paciente, o que incluiu atualizações de sua história de vida em face de suas novas condições orgânicas e sócio-relacionais.

As dificuldades discursivas (orais e escritas) e de deglutição, mostravam como era penoso lidar com suas perdas, bem como falar sobre o que lhe constrangia e angustiava, ou seja, falar sobre a convulsão; sobre a perda do marido, do irmão e do cunhado; sobre os imprevistos ocorridos em sua vida.

Parece que a presença do AVE, com as seqüelas subseqüentes, (re)encenavam passagens de sua vida, pelas quais fora surpreendida e abalada.

Por outro lado, abster-se de tocar em seus sofrimentos era manter-se numa posição apenas defensiva, à sombra do que lhe afligia. Aliás, pretendendo poupá-la de mais sofrimento, era essa a atitude dos familiares: não falar sobre os problemas, evitá-los ao máximo.

Sendo assim, e mesmo diante de muitos episódios de silêncio, que se manifestavam como incômodo e angústia, foi importante trazer à tona e tratar, na terapia, de sua relação com a própria fala e com a fala com o outro, o que implicava na dinâmica de interação com a família e nas suas atividades de vida diária. Seguir este caminho foi o modo possível de franquear a ela condições de manejar seus desejos, sobretudo, de expressar-se e manifestar-se, usando tal exteriorização como veículo de elaboração e de enfrentamento de suas dores e fantasmas.

Para Dolto (2004), a angústia provoca mal-estar, que é sentido como culpa e que, posteriormente, cristaliza as forças vivas no indivíduo. É por isso que a angústia tem necessidade de se expressar: “se ela não pode se expressar em palavras, é pelo comportamento ou pelo funcionamento corporal, pelo comportamento do corpo em sociedade ou pelo comportamento caracterial, ou por uma disfunção do corpo vegetativo, ou motor que a angústia se expressa” (id., p.308).

As expressões do corpo de Dona Laura, pelos engasgos recorrentes, indiciavam também as dificuldades em lidar e em se expor diante de sua família. Também intervir neste sentido, naquele momento, abriu a possibilidade de que Dona Laura não se furtasse ao diálogo para esconder-se. Na condição de

terapeuta, falar abertamente com a filha e com as cuidadoras, enfatizando a necessidade e o significativo de Dona Laura enfrentar a dor, mesmo que fosse penoso falar de seus sofrimentos, proporcionou o entendimento, por exemplo, de que o choro de Dona Laura era uma forma de trazer à tona o que ainda não podia ser dito. O choro indicava que a paciente estava encontrando formas de significar e de lidar com suas dores, que não pela produção e/ou reedição de sintomas na região da boca, enquanto órgão emblemático da dificuldade em deglutir e falar.

A filha e as cuidadoras compreenderam o quanto poderiam dar suporte às elaborações de Dona Laura, evitando que situações veladas fossem mantidas assim, com o intuito de protegê-la, de atenuar seu sofrimento.

No caso de pacientes disfágicos, pensar o lugar da alimentação no processo terapêutico, é considerar que o vínculo do profissional de saúde é com o paciente e não com a doença. Ao supor suprimir o que está alterado, o profissional, por vezes, apaga o paciente em sua singularidade.

No caso de Dona Laura, a ocorrência do AVE a coloca numa situação de absoluto desamparo. Por isso, é preciso, de novo, nascer subjetivamente, e isso requeria um passo além do que diz respeito ao orgânico, exigiu ir na direção da ordem simbólica, na qual a palavra do outro é derramada (Palladino, Souza e Cunha, 2004). Para esses autores, o termo transtorno remete a uma desorganização da estrutura, que abala a existência do humano, deixando-o desajeitado e estranho a si próprio. No que se refere à boca, o efeito que o corpo machucado lhe impõe é o de permanecer em silêncio ou de colocar ali uma “língua estrangeira”, estranha.

Acolher Dona Laura produziu efeitos em seu organismo. Mais do que tomar o corpo enquanto objeto – que passivamente se submeteria a uma estimulação

reabilitadora –, uma abordagem à subjetividade ampliou e reinventou os cuidados à paciente.

As ocorrências de engasgos denotavam o modo como o corpo de Dona Laura podia se expressar, revelando a linguagem ali encarnada. Era por meio do sintoma (engasgo e dificuldade de fala) que ela falava e era falada. Ao ler as expressões do corpo, foi possível produzir, junto com Dona Laura, um texto sobre as maneiras de sentir e de efetuar experiências, atribuindo sentido e criando uma espécie de narrativa de suas dores e de como as encarou e equacionou.

Pudemos ver como a alimentação (e seus transtornos) está permeada por afetos. E não só no caso de Dona Laura, mas em todos nós e desde os primórdios: a alimentação é o primeiro vínculo de qualquer ser humano; é através dela que o bebê se liga à mãe, estabelecendo um vínculo que passa a esculpir seu corpo, por meio dos afetos. Significa dizer que estabelecemos relações intersíquicas e sociais a partir do corpo, enquanto encarnação e produção afetiva. Para Gil (1997), o corpo humano só é corpo, inclusive em seu aspecto físico, porque vive social e intersiquicamente, calcado na linguagem e nos afetos.

Ao final da coleta dos dados para a pesquisa, Dona Laura não mais apresentava recorrência dos episódios de engasgos e havia modificação da sua posição de falante, bem como de suas ações de vida diária. Mais autônoma, cuida-se sozinha (penteia os cabelos, realiza atividades de higiene íntima, serve-se nas refeições), além de realizar tarefas domésticas com auxílio: rega as plantas, serve café às visitas e participa do preparo de alimentos, por exemplo.

Mesmo com a ocorrência de outro episódio de convulsão, a paciente não apresentou alteração na deglutição. Pelo contrário, está mais aberta ao imprevisível, pois já pode confiar em sua capacidade de lidar com ele.

Se Dona Laura melhorou, o mesmo aconteceu comigo: tornou-se ainda mais claro para mim a condição, necessariamente, biopsíquica do humano. Disso decorre uma consequência angular ao meu trabalho clínico: só é possível fazer clínica a partir da escuta ao sujeito, uma vez que ele é o processo a partir do qual carne e verbo se enredam de uma vez por todas e de modo indissociável. Nem Dona Laura, nem eu somos as mesmas.

Por fim, minha confiança nas potencialidades do trabalho fonoaudiológico pautado pela escuta ao sujeito, permite dizer à Fonoaudiologia que é preciso e possível desenvolver sua escuta para perceber as manifestações dos sintomas implicadas com a singularidade da história de vida de cada paciente, de modo a compor uma rede ampla de cuidados na intervenção clínica, contemplando simultaneamente o manejo do sistema sensório-motor e das marcas simbólicas no organismo, ou seja, deslocando-se de uma posição na qual o corpo é mero objeto, mecanicamente concebido, para assumi-lo como corpo afetivo, porque construído pela capacidade biopsíquica de afetar e de ser afetado por outros corpos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BILTON, T.; SOARES, L. T.; TEGA, L. V.; SANTOS, C. A. F. Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.11, n.1, p. 85-110, dez.1999.

BUCHHOLZ, D. W. Dysphagia associated with neurological disorders. **Acta Oto-rhino-laryngologica belg**, v. 48, p143-155. 1994.

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para ter sucesso profissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COSTA, M.M.B. Dinâmica da deglutição: fases oral e faríngea. In: COSTA, M.M.B.; LEMME, E.M.O.; KOCH, H.A. - **Temas em deglutição e disfagia abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: UFRJ. 1988. p.1-11.

----- Avaliação da dinâmica da deglutição e da disfagia orofaríngea. In: CASTRO; SAVASSI-ROCHA; MELO E COSTA. **10 Tópicos em Gastroenterologia, Deglutição e Disfagia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. p177-185.

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

----- Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.12, n.1, p. 91-99, jan.2000.

----- O *setting* fonoaudiológico: a que será (e não será) que se destina? **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.13, n.2, p. 323-333, jun.2002.

----- Linguagem e psiquismo: considerações fonoaudiológicas estritas. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.899-902.

DAMÁSIO, A. R. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. 12 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004 (1996).

DOLTO, F. **No jogo do desejo: ensaios clínicos**. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1996. p.229-279.

----- **Tudo é linguagem**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

----- **A imagem inconsciente do corpo**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. Coleção Clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FRENCH, J. A.; KANNER, A. M.; BAUTISTA, J.; ABOU-KHALIL, B.; BROWNE, T.; HARDEN, C. L.; THEODORE, W. H.; BAZIL, C.; STERN, J.; SCHACHTER, S. C.; BERGEN, D.; HIRTZ, D.; MONTOURIS, G. D.; NESPECA, M.; GIDAL, B.; MARKS, W. J.; TURK, W. R.; FISCHER, J. H.; BOURGEOIS, B.; WILNER, A.; FAUGHT, R. E.; SACHDEO, R. C.; BEYDOUN, A.; GLAUSER, T. A. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs II: treatment of refractory epilepsy: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee and Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. **Neurology**; 62(8):1261-73, 2004 Apr 27.

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, A. M. & SANTINI, C. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, 1999. p.229-258.

FURKIM, A. M.; SILVA, R. G. **Programa de reabilitação em disfagia neurogênica**. São Paulo: Frontis, 1999.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.212-218.

FORTE, A. P.; FORTE, V. Impacto da traqueostomia na deglutição. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.405-414.

GAMBLE, C.; WILLIAMSON, P. R.; CHADWICK, D. W.; MARSON, A. G. A meta-analysis of individual patient responses to lamotrigine or carbamazepine monotherapy. **Neurology**; 66(9):1310-7, 2006 May 9.

GIL, J. **Metamorfoses do corpo**. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1997.

GOLSE B.; GUINOT M. La bouche et l'oralité. In: **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant**. 42^{ème}. Année. nº 220. Fédération Nationale des Orthophonistes. Paris, France, Decembre, 2004.

GONÇALVES, M. I. R.; BEHLAU, M. S.; ZIEMER, R. Reabilitação foniátrica do laringectomizado. In: BRANDÃO, L. G.; FERRAZ, A. R. (Org.). **Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. 1 ed. , 1989, v. , p. 371-383.

GONZÁLEZ, F. R. **La investigación en psicología: rumbos y desafios**. São Paulo: Educ, 1999.

LIMONGI, S. C. O. Avaliação e terapia fonoaudiológica do parálítico cerebral. In: TABITH Jr, A. (org.). **Foniatria**. São Paulo: Cortez, 1980, p. 77-118.

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 1985.

MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F.; FURKIM, A. M. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000.

MARCHESAN, I. Q. Deglutição – normalidade. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. Disfagias **orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, 1999. p.3-18.

MAGALHÃES, L. A.; BILTON, T. L. Avaliação de linguagem e deglutição de pacientes hospitalizados após Acidente Vascular Cerebral. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.16, n.1, p. 65-81, abr.2004.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. V.; MAIA, S. M. O *setting*: estudo de caso de atendimento fonoaudiológico domiciliar. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.14, n.1, p. 121-136, dez.2002.

NASIO, J. D. Que é um caso. In: NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

----- **Um psicanalista no divã**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

NEISSER, V. L. G. **Relação Corpo-Linguagem: estudo de caso na clínica fonoaudiológica**. São Paulo, 2003. 150 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP.

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A. P.; CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. **Psicanálise e Universidade**. São Paulo, n.21, p. 95-108, set.2004.

PARISI, C. O. **O corpo na clínica fonoaudiológica: agenciamento de conceitos**. São Paulo, 2003. 102 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP.

PARENTE, M. A.; MANSUR, L. L. Atuação fonoaudiológica nas afasias. **Jornal Brasileiro de Reabilitação Vocal**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 26-29, 1980.

SILVA, R. G. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.354-369.

SOUZA, L. A. P. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.10, n.2, p. 225-234, jun.1999.

----- Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.12, n.1, p. 11-19, jun.2000.

----- Linguagem e corpo. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.892-898.

TAHAN, L. C. **Uma reflexão sobre a função terapêutica no estudo de caso de uma paciente com queixa vocal**. São Paulo, 2003. 77 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP.

TUBERO, A. L. **Disfagia: o que é? Guia de informação e orientação dos distúrbios da deglutição**. São Paulo: Experimento, 2003.

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

VENITES, J. P.; RAMOS, L. R.; SUZUKI, H.; SANCHES, E. P.; LUCCIA, G.; CORTÉS, L. S.; BILTON, T. Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrico-gerontológica: descrição das condutas fonoaudiológicas. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.13, n.1, p. 109-143, dez.2001.

ANEXOS

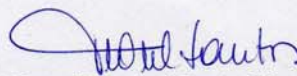
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS POS-GRADUADOS
EM FONOAUDIOLOGIA

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

São Paulo, 14 de dezembro de 2005.

Prezados Srs.,

A análise do projeto de dissertação "*O atendimento Fonoaudiológico nas disfagias: do corpo-objeto ao corpo dos afetos*" da aluna de Mestrado **Luana Almeida Magalhães**, nº Ética0027/2005, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, atende os critérios éticos da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos.



Profa. Dra. Teresa Maria Momensohn dos Santos
Comissão de Ética
P.E.P.G. em Fonoaudiologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante

Pesquisadora principal: Luana Almeida Magalhães

Instituição: PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia
Rua Monte Alegre, 984 – Perdizes - SP

O(a) Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que se intitula “O atendimento fonoaudiológico nas disfagias: do corpo-objeto ao corpo dos afetos”. A disfagia é uma dificuldade para engolir que leva a uma alteração no processo de deglutição, impede uma alimentação normal e compromete o estado nutricional do paciente. O objetivo da pesquisa é o de investigar a pertinência de se pensar o sintoma disfágico (dificuldade de deglutição), como sintoma psíquico em determinados pacientes, buscando entender, por meio de um caso clínico, porque o sintoma disfágico se tornou recorrente sendo que, do ponto de vista orgânico-funcional, a paciente não apresentava alteração alimentar, embora quando da ocorrência do derrame cerebral (AVE: Acidente Vascular Encefálico) – que acarretou seqüela de afasia – tenha apresentado disfagia.

Caso aceite participar como sujeito desta pesquisa, os dados pertinentes ao processo terapêutico, ao qual o(a) Sr(a). já está sendo submetido, serão recolhidos e não haverá nenhuma alteração no processo em curso.

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto. Da mesma forma, os resultados da pesquisa podem tanto beneficiar o pesquisador, no melhor entendimento sobre o evento estudado, como a pesquisa em questão pode reverter benefícios ao Sr(a)., no que diz respeito à evolução do processo terapêutico.

Fica claro que sua participação é voluntária, isto é, não há obrigatoriedade em participar da pesquisa. Se desejar, poderá retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento. Não haverá qualquer ressarcimento de despesas pela sua participação na referida pesquisa.

Os seus dados e sua identidade serão mantidos em sigilo no decorrer e após a pesquisa. Os registros dos seus dados serão analisados pela pesquisadora e suas expressões verbais, orais ou gráficas poderão ser utilizadas durante e após a execução da pesquisa. Eu, Luana Almeida Magalhães, como pesquisadora responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em periódicos, livros, anais ou outros meios editoriais pertinentes. Os resultados também poderão ser apresentados em congressos e reuniões científicas profissionais.

O (a) Sr(a). poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Luana Almeida Magalhães, no endereço acima referido ou pelo telefone 9864-8774.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O atendimento fonoaudiológico nas disfagias: do corpo-objeto ao corpo dos afetos”.

Eu discuti com a fonoaudióloga Luana Almeida Magalhães sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os meus direitos como um sujeito de pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Nome do paciente

Assinatura do paciente

/

Data

Assinatura da testemunha

/

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

/

Data

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Instituição

Data:

Instituição:

Nome do Participante:

Venho solicitar autorização para realização da pesquisa “O atendimento fonoaudiológico nas disfagias: do corpo-objeto ao corpo dos afetos”, em que serão utilizados os registros escritos dos atendimentos fonoaudiológicos de dois pacientes atendidos por esta instituição, registros esses feitos por mim (Luana Almeida Magalhães, fonoaudióloga).

O objetivo da pesquisa é o de investigar a pertinência de se pensar o sintoma disfágico como sintoma psíquico em determinados pacientes, buscando entender, por meio de um caso clínico, porque o sintoma disfágico se tornou recorrente sendo que, do ponto de vista orgânico-funcional, a paciente não apresentava alteração alimentar, embora quando da ocorrência do AVE (que acarretou seqüela de afasia) tenha apresentado disfagia.

O paciente será devidamente informado sobre sua participação na pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será assinado pelo pesquisador, pelo orientador e pelo paciente ou responsável.

Todas as pessoas, pesquisadores ou colaboradores, se comprometem com a manutenção da privacidade e com a confidencialidade na manipulação dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Os dados obtidos somente serão utilizados para o projeto ao qual se vinculam, que será submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa e Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Temos ciência de que todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido novamente à apreciação da Comissão de Pesquisa e Ética.

.....

pesquisador responsável: Luana Almeida Magalhães

.....

orientador: Luiz Augusto de Paula Souza

Declaro que obtive de forma apropriada o esclarecimento sobre a utilização de uma paciente desta instituição para a participação neste estudo e autorizo a utilização dos referidos dados para a realização da pesquisa.

Assinatura do diretor responsável pela instituição

____/____/____
Data