

UNICAMP
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
IEL – Instituto de Estudos da Linguagem
Departamento de Linguística

*A SINGULARIDADE DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA:
sobre o sujeito e o objeto de intervenção do espaço clínico fonoaudiológico.*

Tese de Doutorado

Renata Chrystina Bianchi de Barros

Campinas
Fevereiro, 2011

A SINGULARIDADE DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: sobre o sujeito e o objeto de intervenção do espaço clínico fonoaudiológico.

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Lingüística.

Orientadora: Profa. Dra. Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL - Unicamp

B278s

Barros, Renata Chrystina Bianchi de.

A singularidade da Clínica Fonoaudiológica : sobre o sujeito e o objeto de intervenção do espaço clínico fonoaudiológico / Renata Chrystina Bianchi de Barros. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Discurso. 2. Ideologia. 3. Espaço urbano. 4. Corpo. 5. Fonoaudiologia. I. Orlandi, Eni de Lourdes Puccinelli. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

tjj/iel

Título em inglês: The Singularity of Clinical Speech: on the subject and the object of intervention by the clinical space speech.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Discourse; Ideology; Urban Space; Body; Speech Therapy.

Área de concentração: Linguística.

Titulação: Doutor em Linguística.

Banca examinadora: Profa. Dra. Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi (orientadora), Prof. Dr. Cristiane Pereira Dias, Profa. Dra. Ivone Panhoca, Prof. Dr. Fernando Cesar Paulino Pereira e Prof. Dr. Marcos Aurélio Barbai. Suplentes: Prof. Dr. Eduardo Roberto Junqueira Guimarães e Profa. Dra. Débora Raquel Hettwer Massman.

Data da defesa: 24/02/2011.

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

Tese de Doutorado defendida em 24 de fevereiro de 2011 e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos Profs. Drs.:

BANCA EXAMINADORA:

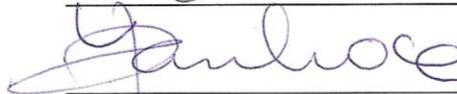
Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi



Cristiane Pereira Dias



Ivone Panhoca



Fernando Cesar Paulino Pereira



Marcos Aurelio Barbai



Eduardo Roberto Junqueira Guimarães

Cesar Donizetti Pereira Leite

Débora Raquel Hettwer Massman

IEL/UNICAMP
2011

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. *Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi*, por me aceitar como orientanda ainda lá atrás no curso de mestrado, por ter continuado abraçando as minhas idéias e por ter clarificado cada uma delas ao longo do caminho da elaboração desta tese de doutorado. Não há mesmo como agradecer todas as suas contribuições teóricas para a minha tese – este trabalho está amparado fundamentalmente sob os seus trabalhos. Obrigada por compreender as minhas faltas e falhas e me acompanhar no caminho para resolvê-las. Obrigada por se preocupar por compartilhar experiências de vida... Eni, muito obrigada!

Aos Professores que participaram como avaliadores do meu texto na Qualificação de Área – Psicologia: Profa. Dra. Emilse Terezinha Naves, Prof. Dr. Sérgio Lizias Costa de Oliveira Rocha e o Prof. Dr. Fernando César Paulino-Pereira da Universidade Federal de Goiás (Campus Catalão-GO), que contribuíram significativamente para a qualidade da tese.

Aos amigos, avaliadores desta tese, que contribuíram com *gestos de leitura*, intervindo diretamente na escrita deste trabalho durante a qualificação e defesa da tese: Profa. Dra. Cristiane Dias (LABEUB-UNICAMP), Prof. Dr. Marcos Barbai (LABEUB-UNICAMP), Profa. Dra. Ivone Panhoca (PUCCAMP e Pesquisadora Convidada na UNICAMP), Prof. Dr. Fernando César Paulino-Pereira (UFG-Catalão) e Prof. César Donizetti Pereira Leite (UNESP-Rio Claro). Como mensurar a minha gratidão? Muito Obrigado!

À Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry, que me recebeu e orientou quanto ao lugar da lingüística na prática clínica do Fonoaudiólogo.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do IEL-UNICAMP, especialmente pelo carinho, atenção e preocupação a mim dedicados. Rose, Claudio e Miguel, muito obrigado a vocês. Serei sempre grata.

À minha amiga Psc. Ms. Sandra Soares, por ter sido minha interlocutora, com quem discuti e descobri muitos caminhos para este trabalho, e que também é responsável pelo sucesso deste material.

AGRADECIMENTOS

àqueles que, de outra maneira, contribuíram para a elaboração deste trabalho

Ao meu amigo Marcos Barbai, Professor e Pesquisador no LABEURB-UNICAMP, que trilhou comigo por alguns caminhos acadêmicos e me apontou a Análise de Discurso e compartilha da minha vida há 10 anos. Acredito que nunca o agradei pela sua amizade. Obrigado amigo!

À querida Lorelai, que me ensinou o prazer do estudo do Inglês.

À Raquel e ao Rinaldo, que me aceitaram mesmo ainda fragilizada e que me fortaleceram com sua crença em mim.

À minha amiga Fabiana Martins e ao Renato pelo companheirismo e pela torcida. Por me agregarem à sua família e por fazerem parte da minha.

Às minhas amigas Mariana Cibim Lorena, Claudia Nani Stuani e Cristiana Bortolai, que me deram apoio, compreenderam o meu breve afastamento e abriram as portas das suas casas para que eu bebesse de *água pura e limpa*. Minhas famílias!

À minha família, que acreditou em mim e investiu dinheiro, energia e paciência. Muito obrigado Mãe, Lê, Ina e Yayá por vocês serem a minha família.

Muito obrigado ao meu Marido, Wactuar. Meu companheiro, que agüentou firme por este período de turbulência pré-defesa de tese. Que me ajudou com o computador, procurando livros, cuidando das crianças. Que o amor nos mantenha juntos e misturados, sempre!

Aos meus doces amados, que transformam a minha vida e a fazem mais feliz. À minha Biju e ao meu Biscoito. Princesa e Príncipe, que me ensinam todos os dias os sentidos do *amor incondicional*. Maria Clara e Arthur, filhos amados. Vocês fizeram e fazem de mim uma pessoa melhor.

DEDICATÓRIAS

**Àqueles que se puseram a ler este material;
Aos fonoaudiólogos e à sua CLÍNICA.**

RESUMO

A proposta deste trabalho é investigar e compreender a clínica fonoaudiológica em sua particularidade e em sua forma. Nesta investigação, nos fundamentamos, em boa parte, no quadro teórico da análise do discurso, que tem origem nos trabalhos de M. Pêcheux e nos desenvolvimentos dessa teoria no Brasil por E. Orlandi. Em nossa presente reflexão, elaboramos um texto que discute a clínica fonoaudiológica como espaço simbólico e ideológico com lugar próprio na cidade, produzindo a sua significância. Para tanto, fizemos em nosso trabalho uma pesquisa acerca da constituição da Fonoaudiologia enquanto disciplina prático-científico-reabilitadora, estando afetada pela medicina, pela psicologia e pela lingüística, pelo seu espaço de origem (a escola) e pelo espaço da clínica. Com a formulação de um corpus próprio da configuração da clínica fonoaudiológica – objeto de intervenção, sujeito, ferramentas e métodos –, pensamos a sua singularidade, compreendendo o funcionamento desta clínica num espaço próprio, e desvelando os seus componentes. Acreditamos que o percurso desta pesquisa contribui não somente para a compreensão do lugar da fonoaudiologia em paralelo às demais clínicas médicas e terapêuticas como disciplina científica, como também, a elaboração do seu corpus colabora com o arquivo da disciplina fonoaudiologia.

Palavras-Chave: Discurso; Ideologia; Espaço Urbano; Corpo; Clínica Fonoaudiológica.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate and understand the clinical practice in its particularity and in its form. In this investigation, we considered, mostly the theoretical framework of discourse analysis, after the work of M. Pêcheux and the posterior developments of this theory in Brazil by E. Orlandi. In our present discussion, we elaborate a text that discusses the clinical practice as a symbolic and ideological space with its own role in the city, giving rise to its significance. For this purpose, we research on the constitution of Speech Therapy as a discipline of scientific/practical rehabilitation and the effects of medicine, psychology and linguistics at its source space (the school) and at the clinic. With the formulation of speech therapy own frame of clinic settings - the object of intervention, subject, tools and methods - we establish its uniqueness, including the operation of the clinic in its own space, and unveiling of its components. We believe that this research contributes to understand the place of speech therapy along other medical and therapeutic approaches as a scientific discipline, as well the development of its own frame of work with the records of the speech therapy discipline.

Keywords: Discourse; Ideology; Urban Space; Body; Speech Therapy.

SUMÁRIO

ABSTRACT	15
APRESENTAÇÃO	19
I MARCAS INTRODUTÓRIAS PARA REFLEXÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO CLÍNICA.....	27
1.1 Instituições e Discursos – a clínica como espaço ideológico.....	35
II OS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DAS CLÍNICAS	43
2.1. Da Medicina	43
2.2. Da Psicologia.....	51
2.2.1. A psicologia clínica francesa	52
2.2.2. A psicologia na saúde	58
2.2.3. A psicologia da linguagem	64
2.3 Da Fonoaudiologia	66
2.3.1 Da Lingüística Para a Fonoaudiologia.....	74
2.3.2. Análise do discurso.....	78
III SOBRE A SINGULARIDADE DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA	85
3.1 Sujeito e Objeto de Intervenção Fonoaudiológica: corpo-sentido	106
IV CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
Referências Consultadas.....	127

Índice de Ilustrações

Quadro 1 - Apresentação das áreas de Intervenção Fonoaudiológica	69
Quadro 2 - Configuração da prática pedagógico-reabilitadora em funcionamento no espaço da escola na passagem do século XIX para o século XX.	86
Quadro 3 - Configuração do espaço clínico-científico-terapêutico após a promulgação da Lei 6965/81.	86
Quadro 4 - Quadro demonstrativo das evidências da Instituição Escola e da Instituição Clínica.	89
Quadro 5 - Quadro comparativo entre as duas fases de elaboração da prática fonoaudiológica e da configuração da Clínica Fonoaudiológica na atualidade.....	93
Quadro 6 - Recorte do quadro 4 retomando os instrumentos e as ferramentas da escola e da clínica e suas imagens.	96
Quadro 7 - Quadro de apresentação dos "sujeitos da ciência".....	102
Quadro 8 - Quadro comparativo das características das clínicas médica, psicológica e fonoaudiológica.....	114
Figura 1- Imagens de ambientes de consultórios médico, psicológico e fonoaudiológico.....	19
Figura 2 - Esquema das afetações ideológicas sobre os espaços escola e clínica.....	94
Figura 3 - Esquema demonstrativo da constituição da fonoaudiologia como disciplina clínico-científica reabilitadora.	97
Figura 4 - Figura esquemática da atuação prática objetiva das especialidades fonoaudiológicas sobre o seu objeto de intervenção: corpo-sentido.	105

APRESENTAÇÃO

A proposta deste trabalho é investigar e compreender a clínica fonoaudiológica em sua particularidade e em sua forma. Nesta investigação, nos fundamentamos, em boa parte, no quadro teórico da análise do discurso, que tem origem nos trabalhos de M. Pêcheux e nos desenvolvimentos dessa teoria no Brasil por E. Orlandi.

Como forma de ilustrar o percurso teórico e analítico que propusemos para este trabalho, apresentamos abaixo uma colagem de imagens de consultórios médico, psicológico e fonoaudiológico a fim de observar se nos ambientes de atuação prática dessas disciplinas poderíamos definir a singularidade das suas clínicas, especificamente da clínica fonoaudiológica.

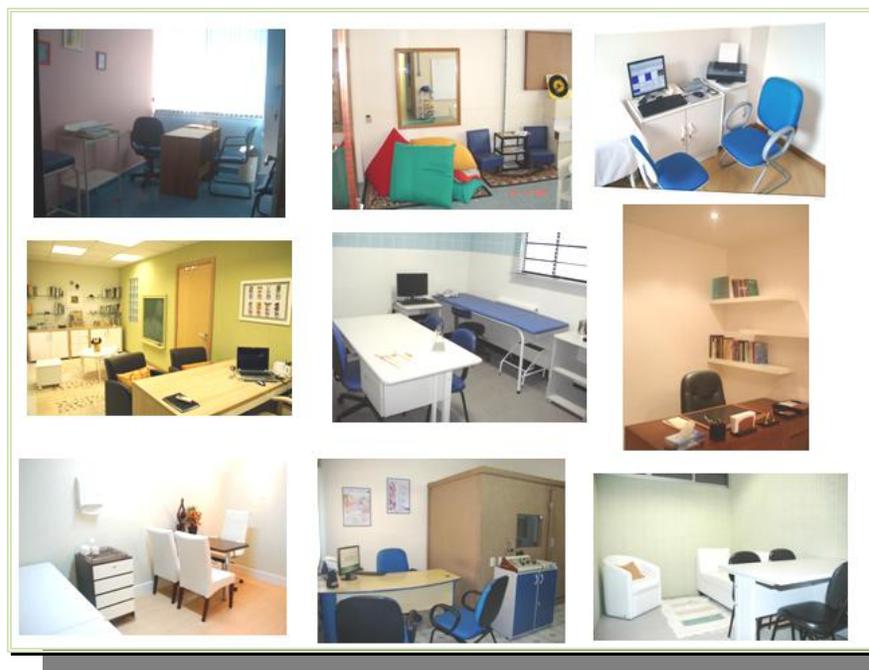


Figura 1- Imagens de ambientes de consultórios médico, psicológico e fonoaudiológico.¹

¹ Imagens retiradas da internet.

Ao nos deparar com as imagens da figura 1, poderíamos afirmar com exatidão, sem uma análise teórica e metodológica destes ambientes, qual imagem corresponde a determinada clínica? Podemos dizer que há imprecisão quanto à escolha das imagens para as clínicas médica, psicológica e fonoaudiológica e isso se deve, pensamos, por haver nos processos de suas constituições uma sobre-determinação de forças históricas, políticas e ideológicas de uma sobre a outra. Esta é uma condição para a qual propomos discussão em nosso trabalho, entre outras.

Esta condição de sobre-determinação e de condições de produção nos incitou a pensar o fazer clínico fonoaudiológico, nos remetendo a refletir sobre uma clínica, sobre um espaço físico clínico, os instrumentos utilizados, ao clínico (enquanto estatuto), mas também e principalmente sobre o sujeito que busca a terapia fonoaudiológica: “sujeito intrínseco às possibilidades do corpo da cidade e, assim, àquilo que lhe é oferecido no espaço singular da clínica (...)” (Barros, 2004 p. 80). Pensamos que este é um lugar com determinação histórico-ideológica que afeta aqueles que a constituem e tem no seu espaço situações discursivas próprias.

Procuramos estabelecer uma relação da clínica com a cidade – a por essa razão percorremos teoricamente as elaborações de Orlandi (2001, 2004) – sobre o discurso urbano, pois pensamos que a cidade tem espaços, lugares físicos delimitados por paredes, traçados por ruas e avenidas, e é construída concretamente, por onde circulam pessoas que estabelecem relações com o concreto da cidade e com outras pessoas.

Essas pessoas circulam ou habitam a cidade em lugares que ocupam física e simbolicamente. Nas relações que estabelecem, esses sujeitos ocupam lugares de significação

e simbolizam o que, superficialmente, em um primeiro olhar, se figuram para o outro: simbolizam pai, mãe, filho, professor, terapeuta etc.

Para nós, que debruçamo-nos sobre o corpo teórico da Análise de Discurso, num gesto de interpretação, pensamos esses sujeitos nas relações e acontecimentos na cidade como formas-sujeitos, que não somente simbolizam, mas ocupam lugares de sentido – a forma sujeito ideológica.

Assim, pensamos que investigar os modos de funcionamento da clínica fonoaudiológica, seus instrumentos, espaços e sujeitos pode nos auxiliar na compreensão da sua especificidade na relação com outros campos de conhecimento que estão estabelecidos também como práticas clínicas, como a medicina e a psicologia.

O fazer clínico que aqui pretendemos pensar está fundamentado sobre os estudos da linguagem, mais especificamente sobre aquilo que é próprio da Análise de Discurso: o discurso, refletindo o fazer clínico fonoaudiológico e seu funcionamento enquanto um campo de conhecimento, objetivando um olhar discursivo sobre o espaço físico e simbólico da clínica.

Este espaço teórico nos interessa por ser, a Análise de Discurso, uma disciplina que se preocupa em compreender o funcionamento da língua para a subjetivação, não tomando-a para o tratamento da sua estrutura gramatical (cf. Barros, 2004), mas como um lugar de entendimento do modo como o homem constitui-se sujeito na linguagem, na formulação e na circulação do discurso, atravessado pela história (cf. Orlandi, 2001). Ao optarmos pela análise do discurso, consideramos sua interlocução com o materialismo histórico, com a psicanálise, e a lingüística. É este um espaço teórico que nos possibilita diferentes embates para a compreensão do funcionamento da produção de sentidos e para o processo de subjetivação,

bem como nos permite compreender que não é possível não estar sujeito à linguagem e seus equívocos (Orlandi, 2000).

Os trabalhos na fonoaudiologia em sua relação com a análise do discurso são ainda poucos, como pudemos observar no nosso trabalho anterior (Barros, 2004), quando pudemos mostrar que as noções de sujeito da clínica fonoaudiológica têm sido apresentadas de forma desarticulada.

Pensamos ser urgente uma revisão das noções de sujeito e linguagem articuladas pelos fonoaudiólogos, em especial por considerarmos que são essas noções de apoio da concepção teórica assumida para a atuação prática na clínica terapêutica. A desarticulação teórico-prática desestabiliza o trabalho, produzindo um grande vazio entre os objetivos propostos para a terapêutica fonoaudiológica e as possibilidades desses mesmos objetivos serem alcançados (p. 36).

Assim, temos como proposta, investigar e compreender a clínica fonoaudiológica em sua particularidade, sua forma material e suas condições de produção, considerando-a como equipamento urbano ideológico.

Para tanto, elaboramos quadros de caracterização desta clínica a fim de permitir um confronto com a forma material² da clínica fonoaudiológica, que nunca fora apresentado anteriormente, e, a partir dessa caracterização material e simbólica, pusemo-nos a analisá-la discursivamente.

Como forma de estabelecer um percurso teórico que permitisse melhor aproximação dos nossos objetivos para este trabalho, elaboramos um texto composto por quatro partes. A primeira parte, intitulada “Marcas introdutórias para reflexões sobre a instituição clínica”, tem o objetivo de iniciar o leitor à reflexão sobre “clínica” e norteia o debate acerca do discurso

² Tal como definido por Orlandi, 1996a

médico e as clínicas possíveis, o lugar que o sujeito/paciente ocupa nesse espaço. Para tanto, de acordo com a perspectiva que considera os modos de subjetivação, de constituição do sentido e de circulação do discurso no espaço simbólico da clínica, pensada epistemologicamente, é que elegemos como nosso interlocutor inicial Foucault (2003) em seu trabalho “O nascimento da Clínica”.

A interlocução com Foucault permite acompanhar historicamente o surgimento e o desenvolvimento da clínica. Em “o nascimento da clínica” o autor (op cit) mostra a existência de passos pré-estabelecidos do saber médico na clínica. A existência destes passos visa funcionar como um guia do profissional clínico para a elaboração de um diagnóstico objetivo, que permita indicar o tratamento mais eficaz. Ao mostrar esta situação, Foucault (2003) denuncia a condição do paciente enquanto um sujeito que fica subsumido à classificação da doença, apontando para que se compreenda que a utilização ou não de passos pré-estabelecidos pelo médico e, acrescentamos, por outros profissionais da saúde, é uma posição política, prescindindo da sua consciência e postura política.

Foucault (2003), em seus estudos, insere a linguagem e o discurso como ferramenta da prática clínica – e esta é a questão de fundo para o desenvolvimento de nosso trabalho, porém, não no mesmo espaço teórico que aqui assumimos. Neste trabalho ocupamo-nos das noções da Análise de Discurso por ter o discurso como objeto de conhecimento, o que pode nos auxiliar nos estudos da clínica enquanto espaço simbólico no espaço da cidade.

A segunda parte apresenta um breve percurso histórico do desenvolvimento e constituição das disciplinas Medicina, Psicologia, Lingüística (como base teórica) e da Fonoaudiologia, enquanto disciplinas clínicas, seus instrumentos, seu espaço e o sujeito que

tratam, para que possamos analisar a afetação desses movimentos sobre a clínica fonoaudiológica.

Nesta segunda parte, a medicina se destaca por ser a pioneira em constituir experiência clínica da qual as demais disciplinas seguiram o modelo, tanto a psicologia quanto a fonoaudiologia. Em seqüência pensamos que ler a psicologia é de suma importância para este trabalho, visto que no caminhar da formação do fonoaudiólogo esta disciplina figura como base para a elaboração desta área do conhecimento, uma vez que é a psicologia que se coloca para a reflexão sobre o *se fazer sujeito* pela linguagem, movimento no qual acontecem dois importantes acontecimentos: o da própria subjetivação e o de objetivação do sujeito no mundo.

Ainda, no segundo capítulo, visitamos os caminhos da lingüística para pensar a *clínica discursiva* orientada pelos trabalhos de Coudry, de Lemos e Chacon que hoje são tão visitados como fundamento teórico para pensar a clínica fonoaudiológica. Mostramos também os fundamentos da Análise de Discurso que sustentam, teórica e analiticamente, uma *clínica do discurso* na fonoaudiologia. Ao final deste capítulo, caracterizamos a própria clínica fonoaudiológica como forma de conhecê-la para, então, enveredarmo-nos pela tentativa de compreender o seu funcionamento.

A terceira parte apresenta o nosso corpus e uma análise da configuração histórica e contemporânea da clínica da fonoaudiologia para a compreensão da sua singularidade. Através da elaboração de um quadro comparativo das principais características das clínicas médica, psicológica e fonoaudiológica fazemos reflexões para a compreensão de como o espaço físico, simbólico e os instrumentos utilizados pela fonoaudiologia na clínica singularizam o seu funcionamento.

Perguntamos-nos, neste momento, se a fonoaudiologia tem seu objeto de intervenção bem definido, uma vez que a sua constituição foi amparada por disciplinas já estabelecidas na área clínico-científica, sendo esboçada com o perfil da área paramédica ficando, desde então, condicionada à figura do médico. Assim, pensamos que a construção do objeto de intervenção da fonoaudiologia apresenta-se como uma questão pertinente.

Como dispositivo disparador das nossas discussões, deixamos em suspenso algumas perguntas iniciais: (1) a configuração da clínica fonoaudiológica herda o modelo da clínica médica numa reprodução metódica dos seus instrumentos e objetos?; (2) a clínica fonoaudiológica tem se apresentado também como clínica da linguagem e isso pode ser considerado uma herança da clínica psicológica?; (3) se enquanto clínica da linguagem a fonoaudiologia se aproxima do objeto da psicologia, qual a singularidade da clínica fonoaudiológica?

Por haver, na história da sua constituição, aspectos formativos da medicina, da psicologia e da lingüística, há, na fonoaudiologia, fragmentos da medicina para o trabalho com o corpo, fragmentos da psicologia para o trabalho com a subjetividade e também fragmentos da lingüística para o trabalho com a língua. Temos então uma configuração inicial da clínica fonoaudiológica: clínica da fala (medicina); clínica da subjetividade (psicologia) e clínica da linguagem (lingüística) que apresentam materialidades epistemológicas, físicas, simbólicas e práticas diferentes. Dessa forma, perguntamo-nos: (4) Há uma singularidade da clínica fonoaudiológica?

É na quarta parte desse trabalho que discutimos, ao passo que construímos o nosso corpus de análise, a problemática do real da clínica fonoaudiológica colocando-a em paralelo a

estas duas grandes clínicas já reconhecidas e consagradas cientificamente – a clínica médica e a clínica fonoaudiológica. É nesse momento que as discussões sobre a existência e o apontamento da singularidade da clínica fonoaudiológica vão além dos objetivos propostos inicialmente para este trabalho. Colocamo-nos na posição de discutir o sujeito e o objeto de intervenção desse espaço clínico culminando em uma questão que há muito se faz latente no interior da disciplina fonoaudiológica – a discussão sobre o seu objeto científico.

I

MARCAS INTRODUTÓRIAS PARA REFLEXÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO CLÍNICA

Os séculos XVIII e XIX foram épocas de origem e sistematização da clínica médica. Conforme aponta Foucault (2003), estas foram épocas que tudo se podia por não haver conhecimentos anteriores na área médica – cortes, experimentos de todas as natureza, observação.

Neste período, a clínica é instituída a partir de experimentações, cortes, pesagem do corpo humano, em um movimento de tudo se saber sobre ele. O tempo das idéias, da imaginação sobre o que se passava naquele corpo que sofria ataques apresentando comportamentos característicos antes somente observados, dá lugar a outro nível de experiência: a experiência de abertura do corpo humano, dando visibilidade aos seus órgãos, permitindo comparações e encontrando o lugar da doença.

Hoje as experiências clínicas dessa natureza dão lugar para uma prática clínica médica com instrumentos e métodos já elaborados. O corpo humano foi descoberto, descrito e analisado. As doenças já estão caracterizadas e prontas para serem identificadas em qualquer paciente. Houve uma mudança na forma prática de atuação na clínica, havendo, nesta nova experiência, um discurso sobre o indivíduo que é portador de uma doença já conhecida pelo clínico.

Para a compreensão desse percurso histórico do “nascimento da clínica”, encontramos como nosso interlocutor inicial Michel Foucault.

Para o nosso propósito nesse trabalho, pensamos não ser possível fazer um estudo sobre *clínica* sem considerar as contribuições que Foucault, com seu trabalho “*o nascimento da clínica*” (2003), ofereceu ao campo de conhecimento das ciências sociais. O autor apresenta neste estudo uma clínica pensada epistemologicamente, permitindo acompanhar, historicamente, seu surgimento e desenvolvimento, e insere estes conhecimentos no campo dos estudos da linguagem, nos autorizando a alçar, do interior do campo de conhecimento fonoaudiológico – porém ancorados sobre o dispositivo teórico da Análise de Discurso –, os movimentos necessários para compreender a sua prática.

Pensamos que ler Foucault, para as nossas discussões, é importante por haver em seus estudos a inauguração do pensamento dessa instituição como forma de relação de poder e, assim, permitir certa visibilidade ao papel do médico em sobreposição à figura do paciente numa clínica que vislumbra o patológico em detrimento da pessoa que se põe para intervenção.

Apesar de Foucault não escrever do nosso ponto de ancoragem teórico, aponta, com as noções de discurso e linguagem, uma abertura para refletir sobre o sujeito num espaço que é histórica e ideologicamente marcado pelo discurso médico racionalista, como vemos:

Para apreender a mutação do discurso quando esta [a clínica]³ se produziu é, sem dúvida, necessário interrogar outra coisa que não os conteúdos temáticos ou as modalidades lógicas e dirigir-se à região em que as ‘coisas’ e as ‘palavras’ ainda não se separaram, onde ao nível da linguagem, modo de ver e modo de dizer ainda se pertencem. Será preciso questionar a distribuição originária do visível e do invisível, na medida em que está ligada à separação do que se enuncia e do que é silenciado: surgirá então em uma figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto. Mas não há precedência para quem não se põe questão retrospectiva; apenas a estrutura falada do percebido, espaço **pleno** no **vazio** do qual a linguagem ganha volume e medida, merece ser posta à luz de um dia propositadamente indiferente. É

³ Inserção nossa.

preciso se colocar e de uma vez por todas se manter no nível da espacialização e da verbalização fundamentais do patológico, onde nasce e se recolhe o olhar loquaz que o médico põe sobre o coração venenoso das coisas. (pp. IX-X)

E mais adiante,

(...) O **objeto** do discurso também pode ser um **sujeito**, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização **formal e em profundidade**, mais do que o abandono das teorias e velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma **experiência clínica**: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-ia, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. (p. XIII)

Com especificidade nas nossas discussões, é Foucault (2003) que mostra que a experiência clínica é a primeira abertura do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade. É na linguagem que este indivíduo será dito, será descrito como corpo. Porém, como corpo que sente. Na forma do discurso médico, este corpo ganha cor, temperatura e é pela língua que os sentidos do corpo são (ex)postos, sentidos que fogem à concretude do palpável e configura o nível do observável.

A clínica se estrutura não por acaso, mas historicamente devido ao domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade, e ao passo que seus instrumentos e métodos são elaborados, para a sua realização num espaço próprio, é no discurso médico que vemos apontado o seu princípio – a relação da doença com o corpo humano (cf. Foucault, 2003), e não com aquele que sente.

Ainda como hoje se apresenta, a perspectiva fragmentada do ser humano na clínica que se especializa em cada uma das suas partes cada vez mais, se deve a um método positivista-organicista do pensamento médico, discurso *transportado* da ciência médica que se inaugura nos últimos anos do séc. XVIII (como enunciam os próprios médicos), sobrepondo, conforme

aponta Foucault (2003), as novas práticas clínicas, os discursos sobre a doença e, com a fragmentação do corpo e das práticas, o discurso sobre a localização da doença no corpo.

O *transporte* desses conhecimentos, como ensina Orlandi (2001)⁴, resulta na perda daquilo que era originalmente – fragmentava-se o corpo para conhecê-lo. A partir disso, pensamos que a forma como a clínica funciona na atualidade é resultado da execução do transporte desses conhecimentos, não havendo compreensão dos métodos e dos instrumentos clínicos para a elaboração de uma prática que evidenciasse outro modo de significação da atuação clínica. A fragmentação do corpo continua acontecendo como uma extensão, como continuísmo dos processos de elaboração científica da prática médica.

Apesar disso, observamos a elaboração de novas práticas clínicas com o aparecimento de tecnologias e disciplinas terapêuticas, carregando ideologicamente os sentidos para a *clínica*, já estabilizados pela medicina. A necessidade de as práticas clínico-terapêuticas se elaborarem como disciplinas científicas, favoreceu a reflexão sobre o lugar dessas clínicas. Foi nesta conjuntura que a *transferência* dos sentidos de um discurso para outro – da prática clínica médica para a prática clínico-terapêutica – passou a ter maior importância, no lugar do simples transporte dos conhecimentos.

Trata-se do que em discurso chamamos transferência, ou seja, é preciso que se produza um efeito metafórico pelo qual algo que significava de um modo, desliza para produzir outros efeitos de sentidos, diferentes (Orlandi, 2001 p.153).

Sobre isto, pensamos com a análise de discurso que esta é “a formulação..., é a atualização, a textualização da memória. Enquanto tal ela é a realização (a prática) de um possível. Para o sentido, para o sujeito, para a história” (Orlandi, 2001 p.16).

⁴ Orlandi (2001 p.153) escreve sobre a relação transporte/transferência de sentidos de um discurso para o outro.

Para nós, a clínica está pensada no nível da espacialização e da verbalização fundamentais do patológico, filiada a uma rede de memória que evidencia os sentidos do patológico.

Esta atualização da memória para os sentidos do patológico na clínica é re-significada com a formulação acadêmica da medicina. A disciplina medicina, enquanto instituição acadêmica, instaura, como necessidade, uma reconfiguração de clínica médica prática para a de clínica médica prática-científica⁵. Com isso, a idéia de ciência aparece como pilar para pensar os métodos e as técnicas da prática clínica, isto é, que exigem rigor e controle absoluto dos dados, das variáveis.

Vista dessa forma, o que são as clínicas, então, senão tentativas de trazer uma verdade à tona? Verdade sobre a doença, verdade sobre a saúde, a verdade sobre o corpo do indivíduo? Sempre uma verdade carregada de valores, de bem e mal, de certo e errado. Atualmente, verdade esta que enquadra o indivíduo numa geometria na qual ele já não cabe mais.

Ao sujeito, condicionado a viver sempre em busca da cura da doença que, irremediavelmente está presente em seu corpo, resta depositar nas especialidades médicas toda sua esperança (...) como não poderia deixar de estar nesta memória discursiva, também outras disciplinas que, às margens das ciências médicas, e tendo cada vez mais apagados os sentidos de suas especificidades, atuam em função do tratamento da doença em detrimento daquilo que é determinante do sujeito - a linguagem (Barros, 2004 p.20).

Tanto para os pacientes quanto para os terapeutas, clínica ainda é um espaço de poder/saber no qual o discurso do paciente deve ser o mais objetivo e racional possível e deve conter dados sobre a sua doença. Não há tempo para que o paciente diga de si, sobre como os sintomas instalados afetam a sua vida diária. O tempo da consulta acaba antes que seja

⁵ Ver em Orlandi (2001 p.149-177) sobre o “efeito de exterioridade da ciência”.

possível o sujeito se situar, porém há tempo para que o clínico enquadre esses sintomas apresentados em alguma categoria do patológico já anteriormente observada, descrita e classificada *cientificamente*. A doença detectada acaba por excluir o que é próprio do sujeito, bem como da formação e circulação da linguagem e do discurso.

A criação de especialidades médicas e a necessidade prática de elaboração e formação de profissões correlatas formataram uma situação singular na práxis terapêutica contemporânea. Cada especialista é responsável por atender uma parte diferente do corpo de um mesmo paciente que circula, por meio de encaminhamentos, nestas diferentes clínicas. Frente a esta formatação da prática clínica, não há lugar para o atendimento do sujeito, mas à doença localizada em partes do seu corpo.

As profissões terapêuticas têm em sua constituição, obviamente, os conhecimentos necessários para o estabelecimento de um lugar que seja próprio para a sua atuação, mas traz historicamente a área de conhecimento das áreas da saúde, como a biologia e a fisiologia para o seu posicionamento enquanto uma profissão que pode submeter novos conhecimentos para a saúde do homem. Há, nesse campo de conhecimento, em sua estrutura, o pluralismo teórico (cf. Cunha, 2000). É com Henry que nos colocamos a pensar as condições que estabelecem um campo teórico enquanto ciência.

Compreender as implicações da medicina como ciência sobre a prática clínica nos auxilia na reflexão da predominância de saberes especializados para a prática terapêutica e, instaurando como centro nodal e objeto de intervenção da prática terapêutica, a doença, objeto próprio da medicina.

Henry (1997) afirma que, para Pêcheux (AAD 69)⁶ são duas as questões de fundo para a ciência, a primeira tem que:

toda ciência é produzida por uma mutação conceitual num campo ideológico em relação ao qual esta ciência produz uma ruptura através de um movimento que tanto lhe permite o conhecimento dos trâmites anteriores quanto lhe dá a garantia de sua própria cientificidade (...) toda a ciência é, antes de tudo, a ciência da ideologia com a qual rompe (...) o objeto de uma ciência não é um objeto empírico, mas uma construção (1997 p.16).

E a segunda:

em cada ciência, dois momentos devem ser distinguidos, primeiramente o momento da transformação produtora do seu objeto, que é dominado por um trabalho de elaboração teórico-conceitual que subverte o discurso ideológico com que a ciência rompe. Em segundo, o momento da ‘reprodução metódica’ desse objeto, o qual é de natureza conceitual e experimental (idem).

Pêcheux considera que os instrumentos e ferramentas utilizados pela ciência representam papéis diferentes em cada um desses momentos ou fases. E enfatiza o segundo momento como sendo aquele em que os instrumentos exercem uma função mais determinante.

No entanto,

essa função não pode ser exercida senão na medida em que a transformação produtora do objeto já tenha ocorrido. E este momento fundador de uma ciência é também aquele da reinvenção dos instrumentos e das ferramentas que são necessários e que são procurados onde a ciência pode encontrá-los – nas práticas científicas já estabelecidas, bem como nas ‘práticas técnicas’, isto é, práticas ligadas ao processo de produção (Henry, 1997, p. 16-17).

De acordo com o pensamento de Pêcheux (cf. Henry, 1997), todas as vezes que um instrumento ou experimento é transferido de uma ciência a outra, esse instrumento é, de certa forma, reinventado, tornando-se instrumento da ciência a qual foi transferido e reinventado,

⁶ AAD 69 – Análise Automática do Discurso de 1969.

pois as questões das ciências são cogitadas por meio da interpretação dos instrumentos de que fazem uso.

Assim, podemos afirmar que as práticas clínicas com a elaboração ou a reinvenção, pela re-significação dos instrumentos para a sua práxis, pressupõem uma reflexão do espaço teórico num determinado campo de conhecimento. São as práticas científicas re-significando o corpo teórico de cada uma delas e daquelas com que estabelecem fronteiras.

Desse modo, em cada uma das clínicas terapêuticas, que se fundamentam na disciplina médica para a sua prática, têm transformado prática e epistemologicamente este campo teórico. Não é sobre o objeto da medicina que fazem a sua intervenção. Pensamos que estas clínicas precisam se posicionar de modo a compreender o seu próprio objeto para que a sua atuação se volte para a terapêutica do paciente que a procura, e não para a terapêutica de uma doença instalada.

Frente a isso, colocamos questões sobre as implicações científicas para as práticas clínicas: quais instrumentos as clínicas, como práticas das profissões da saúde, estabelecem e utilizam para a sua legitimação? O que ou quem legitima a clínica? Imaginemos um paciente que esteja com dor nas costas e procure o Sistema Único de Saúde para atendimento. Um médico clínico o atende e o encaminha a um especialista em “dor nas costas”. Esse, por sua vez, prefere encaminhá-lo para uma cirurgia de retirada de hérnia de disco. Alguns médicos optam pela cirurgia e outros não. Atualmente, estudos⁷ indicam que uma pessoa com essa alteração tem tanta chance de se recuperar sem cirurgia quanto com ela. Inclusive entre os médicos adeptos da medicina ortodoxa (invasiva) e os que preferem a estratégia cirúrgica, há

⁷ Para saber mais ver BARROS, N. F. de. A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo : Hucitec, 2008.

diferenças de opiniões. Alguns preferem microcirurgias, enquanto outros optam por procedimentos cirúrgicos mais tradicionais. Estamos nos referindo a estilos e formas de variação nas filosofias gerais que orientam as condutas médicas, portanto clínicas de forma geral.

O paciente poderia se aprofundar numa investigação e descobriria, sem dúvida, uma série de outros métodos de terapia para coluna, tanto para o problema de hérnia de disco como para tantos outros problemas/sintomas transitórios ou permanentes. As terapias diferem também na interpretação que fazem da origem das dores, e em cada uma dessas orientações existem várias escolas competindo. Além da cirurgia, outros tratamentos para as dores na coluna incluem fisioterapia, massagens, acupuntura, exercícios, sistemas de ajuste postural, terapias com drogas e outras que são partes da medicina.

Frente a essa gama de especialidades possíveis, pensamos haver fatores importantes para que sejam diferentes umas das outras, apresentando práticas distintas para um mesmo objeto de intervenção.

Pensamos que as clínicas se definem por condições históricas e sociais, econômicas, filosofias gerais, mercado de trabalho, objeto de investigação, procedimentos adotados, identidade, corpo, linguagem, relação saúde/doença em um determinado espaço.

1.1 Instituições e Discursos – a clínica como espaço ideológico

Que espaço é esse, o da clínica, que autoriza intervenções de um homem sobre o outro, que autoriza ao próprio homem submeter-se à avaliação, interpretação e intervenção de um outro homem sobre o seu corpo, sobre os seus sentidos?

Definir os sentidos de *espaço*, para compreender esse espaço da clínica, nos parece de suma importância para dar visibilidade ao que nos propomos a discutir aqui: a clínica como espaço ideológico.

⁸Es.pa.ço *sm* 1. Distância entre dois pontos; área ou volume entre limites determinados. 2. Lugar mais ou menos bem delimitado, que pode ser ocupado por algo ou alguém, ou ser usado para certo fim. 3. Extensão contínua e indefinida na qual as coisas existem ou se movem ...

Se *espaço* é um lugar “não muito delimitado”, que “pode ou não ser ocupado” por “algo ou alguém” que “existem ou se movem”, pensamos aqui que não há exatamente um sentido definido para a palavra, a não ser, sentidos possíveis quando de um acontecimento em determinado espaço. Um *espaço* significa na medida dos acontecimentos: sociais, políticos, técnicos, religiosos, lingüísticos.

Temos que o acontecimento está “no ponto de encontro entre uma atualidade e uma memória” na história (Pêcheux, 1997 p.17), ou seja, há uma memória discursiva circulando na existência do real na atualidade, num modo de funcionamento em que a língua e a ideologia afetam a formulação dos sentidos. Assim, há discursos determinados ideologicamente num acontecimento.

Ao afirmamos que um espaço significa na medida dos acontecimentos, nos inclinamos a compreender esse espaço no qual “as coisas” acontecem. Um espaço com sua *forma material* “que é histórica, com sua opacidade e seus equívocos... em que o conteúdo se inscreve” (Orlandi, 1996 p.31-32). Assim, ao falarmos de acontecimento num espaço entre quatro paredes no qual estão acomodadas camas que são usadas para dormir – o que chamamos de quarto, é diferente de falarmos de acontecimentos em um espaço entre quatro

⁸ Definição da entrada *espaço* disponível no Mini Dicionário Aurélio. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa. 6ed. Rev. Atual. Curitiba: Positivo, 2005.

paredes no qual estão acomodadas macas com pacientes para atendimento – o que chamamos de hospital ou ambulatório. Isso se dá em função da sua forma material. Os efeitos de sentido que circulam num espaço têm relação com o que está posto pela forma material porque nela estão inscritos os conteúdos históricos e ideológicos.

Considerando que os sentidos se dão nos acontecimentos, nas relações com outros sentidos, quais sentidos são possíveis para definir o significado de clínica ocupando, esta, um espaço no espaço da cidade?

Orlandi (2001) reflete sobre a noção de espaço de acordo com a perspectiva discursiva. Para a autora, o espaço urbano é o lugar onde “história e língua se articulam produzindo sentidos (...) um espaço material concreto que funciona como um sítio de significações que demanda gestos de interpretação particulares” (p. 185).

Para o nosso estudo, ao pensarmos sobre os sentidos para *espaço*, não nos interessa a significação que apresenta o espaço da clínica como um lugar onde o paciente é aquele que sofre de uma doença e é observado por um terapeuta capacitado para diagnosticar e proceder um tratamento. Nosso olhar é para um espaço clínico que se preocupa com a posição-sujeito que se apresenta como paciente da cidade. Temos que considerar também que

(...) a clínica é um corpo urbano com o qual o sujeito se relaciona. Sujeito-paciente e sujeito-terapeuta, com suas especificidades, histórias, sentidos e imagens sobre suas posições, relações frente a outros sujeitos, espaços e instituições (...) (Barros, 2004, p. 66).

Parafraseando Rodriguez-Alcalá (2002), nos preocupamos em analisar a “natureza da relação da linguagem e o sujeito com o mundo” numa “forma histórica específica” (p.23) – a clínica, parte de um espaço maior denominado cidade.

Consideramos a cidade, do ponto de vista discursivo, como um espaço simbólico diferenciado que tem sua materialidade e que produz a sua significância. Em outras palavras, a cidade caracteriza-se por dar forma a um conjunto de gestos de interpretação específicos e isto constitui o urbano. Quer dizer que, na cidade, o simbólico e o político se confrontam de um modo específico, particular. A isto chamamos “a ordem do discurso urbano”. (Orlandi, 1999 p.08).

Nesta “ordem do discurso urbano” (cf. op cit), temos que o urbano é um espaço ideológico e que as relações estabelecidas nele são relações de poder. Em consonância a esta consideração, tal como aponta Rodrigues-Alcalá (2002), entendemos que a relação existente na cidade, enquanto “espaço simbólico e político”, com a linguagem e os sujeitos, é constituída “num processo discursivo (ideológico), cuja base material é a língua” (p.26).

Hoje, pensamos, “nada pode ser pensado sem a cidade como pano de fundo. Todas as determinações que definem um espaço, um sujeito, uma vida cruzam-se no espaço da cidade” (Orlandi, 2004 p. 11). Observar a cidade (cf. op cit) é estar atento às alterações de ordem social, das relações dos indivíduos com outros indivíduos, com o meio em que vivem e com as normas e regras que determinam o lugar de cada sujeito na cidade, ou seja, com tudo o que constitui uma cidade e claro, o coletivo e o individual, cidadão e cidadania, corpo e comunicação.

Pensar a clínica é pensá-la no espaço urbano em que se constitui e constitui o sujeito que procura por atendimento, é o olhar para a manutenção do diferente na coletividade, o sentido.

Dessa forma, não é nosso interesse fazer aqui um levantamento histórico sobre o funcionamento ideológico da sociedade atual, mas pensar a clínica como espaço singular da cidade, apontada por Silva (1999 p.23) como “espaço de interpretação, com lugares

enunciativos que o seu habitante ocupa para ser sujeito do que diz e produzir sentidos em uma relação determinada com a história”, além de nos atermos em questões de subjetivação, da interpelação do sujeito pela língua e pela ideologia e das formas de individuação do sujeito pelo Estado.

Vimos dizendo (Barros, 2004) que a clínica que pretendemos discutir é aquela que se preocupa mais com o sujeito que procura por atendimento clínico terapêutico e menos com o que dói no paciente, seja esta dor de qualquer natureza. Sendo assim, pensamos que compreender a clínica como instituição presente no espaço simbólico da cidade pode nos direcionar para um campo de significação que nos mostre o funcionamento da relação do sujeito com a linguagem no espaço ideológico da cidade, ou melhor dizendo, dos processos de subjetivação e identificação.

Estando ancorados sobre os dispositivos teóricos da Análise de Discurso (Orlandi, 1997, 2000, 2001, 2002b, 2004, 2009; Pêcheux, 1997a, 1997c; Pêcheux e Gadet, 2004), nos preocupamos em pensar a subjetividade estruturada no acontecimento do discurso, sendo o sujeito “posição entre outras” (Orlandi, 2001 p.99), constituindo-se ao mesmo tempo com os sentidos, “na articulação da língua com a história, em que entram o imaginário e a ideologia” (idem, p.99-100). Assim, o sujeito é interpelado pela língua e pela ideologia.

Consideramos a língua para a compreensão do processo de individuação, porém esta nos interessa não na sua forma material e estrutural que apresenta um conteúdo a ser descoberto, mas sim nas formas da ciência do discurso que permite a análise do funcionamento do texto, isto é, colocando em questão os sentidos que circulam para dada interpretação, considerando que os sentidos e a interpretação estão dados para interrogação.

Na realidade, não há um sentido (conteúdo), só há funcionamento da linguagem. No funcionamento da linguagem, o sujeito ... é constituído por gestos de interpretação que concernem sua posição. O sujeito *é* a interpretação... É pela interpretação que o sujeito se submete à ideologia, ao efeito da literalidade, à ilusão do conteúdo, à construção da evidência dos sentidos, à impressão do sentido já-lá. A ideologia se caracteriza assim pela fixação de um conteúdo, pela impressão do sentido literal, pelo apagamento da materialidade da linguagem e da história, pela estruturação ideológica da subjetividade (Orlandi, 2001 p.22).

É o dispositivo ideológico de interpretação funcionando nos acontecimentos do mundo. Este está relacionado ao interdiscurso - rede de memórias discursivas, que é estruturado pelo esquecimento⁹. Nesse movimento, na relação do sujeito com os sentidos que circulam em dada conjuntura, é que as posições sujeito se darão sob as forças de interpelação ideológica de formações sociais que controlam a interpretação institucionalmente. Assim temos que a individuação, de natureza sócio-histórica ideológica é política. “A relação indivíduo-sociedade é uma relação política” (Orlandi, 2009 p.219).

Sendo então, a clínica, um espaço da cidade cujo acontecimento é social, é esta uma instituição marcada ideológica e politicamente. O indivíduo, já como forma sujeito histórica¹⁰ (capitalista), na falha do ideológico numa sobre-determinação do interdiscurso, identificar-se-á com a posição sujeito marcada social e ideologicamente pelo Estado através, nesta conjuntura, da instituição clínica e dos discursos que circulam na sociedade sobre a clínica, do objeto clínico-terapêutico, do sujeito que procura por atendimento clínico, e sobre o que outros sujeitos pensam do sujeito que precisa de atendimento clínico, entre outros vários sentidos possíveis na relação da linguagem com a sociedade. O sujeito, uma vez individuado, se

⁹ Cf. Pêcheux (1997c): “o esquecimento nº 1 inscreve o sujeito em uma formação discursiva e produz a ilusão de que o sujeito é fonte de seus enunciados ... O esquecimento nº 2 diz da onipotência do sentido. O sujeito, ao enunciar, tem a ilusão da transparência do sentido, achando que quando diz algo é porque apenas pode dizer esse algo como o disse” (Barros, 2004 p.57-58).

¹⁰ Cf. Figura 1 elaborada por Orlandi. Pode ser observada em Orlandi (2009 p.220). A figura representa simbolicamente esta elaboração teórica.

identificará com uma ou outra formação discursiva e ao se identificar com sentidos possíveis se constituirá uma posição-sujeito na sociedade¹¹.

Estão estabelecidas nessas relações sociais o que Orlandi (2000) chama de *relações de poder*, que estabelece um lugar de hierarquização do dizer. A autora explica que segundo esta noção, a posição-sujeito a partir do qual ele fala é constitutivo do que ele (o sujeito) diz. Assim, um sujeito que se identifica com uma formação-discursiva num campo de sentidos do patológico – a clínica como lugar de atendimento à doença – acaba por ser significado como posição-sujeito paciente ou posição-sujeito doente. É esta uma *formação imaginária*, ou seja, é uma imagem que resulta de projeção. “São essas projeções que permitem passar das situações empíricas – os lugares dos sujeitos – para as posições dos sujeitos no discurso” (Orlandi, 2000 p.40).

Pensamos que esta é uma condição para que o sujeito continue a ser chamado de paciente, e não de cliente ou de qualquer outro nome não somente na clínica médica, mas também nas diferentes clínicas terapêuticas que atualmente podemos encontrar na cidade.

¹¹ Reflexão realizada durante orientação de tese com a Profa. Eni Orlandi. Novembro/2010.

II OS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DAS CLÍNICAS

2.1. Da Medicina

Pautados na racionalidade científica, de fato, clínica é o lugar do diagnóstico, do saber do médico; anteriormente a ele, do saber do xamã, tanto um como o outro determinam técnicas de cura a serem seguidas pelo paciente e a este cabe obedecer a orientações. O paciente recebe o tratamento, o médico exerce a clínica.

Segundo Aguiar (2001, p.610),

na sua origem, o termo “clínica” diz respeito à observação que se faz à cabeceira do doente. Observação certamente interessada porque coloca questões e sistemática porque formula hipóteses e tenta verificá-las conforme certas regras. Na posição deitada, o doente está involuntária e passivamente impotente e, no limite, desprendido de tudo que o rodeia, momentaneamente expulso da comunidade dos que estão erguidos (Canetti, 1960/1983). Deitado, regredido a sua mais tenra infância, ele se deixa observar pelo médico. Essa observação do doente em sofrimento, que se apresenta em sua singularidade irreduzível, coloca-se assim em oposição à observação anatomopatológica, hegemônica na constituição da medicina moderna, historicamente comprometida com o empírico e o descritivo ao privilegiar a visão – e cuja verificação das hipóteses (experimentais) é, digamos, estatística.

O objeto constitutivo da medicina foi a rigor, o cadáver. No cadáver foi possível verificar e nomear a anatomia patológica, sob os princípios da Nosologia. O cadáver permitiu ao médico informar de forma objetiva o processo e o desenvolvimento da doença mediante as alterações anatômicas (Aguiar, 2001).

Como podemos acompanhar, a clínica médica é uma clínica experimental (Foucault, 2003; Aguiar, 2001), que despreza o discurso do paciente. “O paciente deve se calar sobre a doença que ele porta (ou sob sua condição de doente)” (Aguiar, 2001 p.611).

A despeito de todo o progresso da medicina, de todos os segredos desvendados nos últimos dois séculos, é notório como a marca do seu início se mantém ainda hoje nos consultórios médicos evidenciadas, mais precisamente nos serviços de saúde. É principalmente nesse espaço que se pode observar, nos dias atuais, a relação do médico com a anatomia patológica como uma marca que o sujeito-paciente carrega devido a um modelo médico organicista de atuação que considera o patológico caracterizado pela doença do órgão físico em comparação ao órgão saudável observado no cadáver.

Historicamente, quem precisava se submeter a uma cirurgia já sabia de antemão que enfrentaria um procedimento extremamente invasivo e doloroso. “Quem precisava de amputação sabia que tinha pelo menos 30% de chances de não sobreviver” (Scliar, s/d, p. 5). No princípio parecia a clínica do horror,

As mulheres que tinham que percorrer os hospitais públicos para dar a luz já eram avisadas para tentar evitar o atendimento dos médicos e seus estudantes e imploravam pelo trabalho das parteiras, porque o risco de serem exploradas desnecessariamente por mãos impacientes e não sobreviverem para cuidar de seus filhos era grande (idem).

A medicina, assim como outras ciências, teve seu desenvolvimento condicionado a acontecimentos sociais, econômicos, políticos e culturais. É esta uma instituição com discursos próprios. Se pensarmos a medicina enquanto instituição poderemos observar como se constitui e produz discursos, compreendendo seus modos de significação nos quais se

inscreve e inscreve os sujeitos. Assim como é para toda instituição, há autores e discursos que alimentam, de modo privilegiado, na ordem do discurso científico, sua existência.

Anterior a existência da medicina como instituição acadêmica, eram as práticas médico-religiosas que elaboravam os diagnósticos e realizavam a cura das doenças através das figuras dos xamãs e dos sacerdotes e, apenas no séc. V a.C., com Hipócrates, de acordo com o racionalismo ocidental, que se iniciou a compreensão de que...

... as enfermidades não eram causadas pelos deuses ou demônios, mas que resultavam de fatores naturais ligados ao modo de vida. As pessoas adoeciam por causa do trabalho que exerciam, do local onde moravam, do alimento ou da água que bebiam (idem, p. 6).

A medicina, porém, ainda não era considerada ciência. Não estava instituída como hoje a reconhecemos, “tratava-se de inferências resultantes da observação. Uma abordagem empírica do fenômeno saúde-enfermidade” (idem). Dessa forma entendida, a medicina percorreu o seu caminho até a Idade Média. Nesta época surgiu a instituição asilar, destinada a cuidar de pacientes em fase terminal, mais para proporcionar-lhes certo conforto do que a cura de doenças. Por volta do séc. XV, época de grandes progressos nas ciências como o surgimento da imprensa e a invenção da pólvora, a intensificação do comércio marítimo que corroborou para o crescimento econômico, baseado na experimentação e na indução, surgiu o pensamento científico pautado no método. Francis Bacon (1561-1626) inaugurou esse novo pensamento propondo a observação direta do mundo, porém defendendo a idéia da necessidade de comprovação dos fenômenos em laboratório. A natureza deveria revelar seus segredos e tornar-se fonte de aprendizado do homem. Essa mudança afetou diretamente as universidades existentes ao final da Idade Média (lugares de pesquisas e saberes) que

multiplicaram-se. A partir de então, a idéia de que o corpo humano deveria ser explorado em laboratório foi expandida (Scliar, s/d).

Apesar deste ser um acontecimento de grande transformação provocado pelo racionalismo ocidental, os médicos ainda pensavam em termos da doutrina hipocrática, segundo a qual a doença resultaria do desequilíbrio de um dos quatro humores fundamentais do organismo: o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra (idem). A dissecação do corpo humano era proibida pela religião. Foi o trabalho de médicos pioneiros, superando o pensamento hipocrático e os dogmas da igreja que proporcionaram à instituição médica se constituir enquanto ciência e como profissão. A partir de então, a medicina deveria ser praticada após a conquista do diploma acadêmico que passou a estabelecer quem poderia ou não exercer a profissão – está instituída, assim, a diferença entre o leigo e o profissional. Nesse passo, o lugar próprio da medicina, o hospital, consolidava-se cada vez mais como instituição de tratamento e como lugar de ensinar os conhecimentos da medicina a seus estudantes. Tendo a medicina assumido o pensamento cartesiano, a tendência foi a de se distanciar cada vez mais da filosofia, apresentando e explicando a sua história pela prática de intervenção.

O advento da possibilidade da dissecação de cadáveres teve papel primordial para a manipulação, controle e domínio do homem sobre acontecimentos naturais, sendo isso possível devido ao movimento de intensa crença na razão iluminista. Depois de dissecar centenas de cadáveres, Andreas Vesalius (1514-1564) escreveu o primeiro grande tratado de anatomia. Nele apresentou o corpo humano através de ilustrações de próprio punho e descrições sobre a forma e a localização das estruturas, revolucionando a ciência médica da época. As descobertas dessa época no campo da anatomia e da fisiologia tiveram grande

influencia nas pesquisas patológicas para o conhecimento das causas e definições das várias enfermidades.

Scliar (s/d) relata que com o acontecimento da Revolução Industrial, porém, as mudanças se tornariam mais enfáticas. Nesse período, com o crescimento das cidades, o confinamento das populações pobres e as más condições de higiene e de saneamento básico nessas localidades favoreciam a transmissão de doenças como a cólera e a tuberculose. O ambiente era altamente propício para a disseminação das doenças, pois em Londres nem as janelas poderiam ser abertas sem o pagamento de impostos. Sem higiene, sem ventilação, sem saneamento básico e sem alimentação saudável: essas eram as condições de sobrevivência do doente em tempos de Revolução Industrial.

A clínica médica está histórica e intimamente ligada à subjugação das populações pobres e as medidas de controle que futuramente se tornaram as bases do trabalho em saúde coletiva. Para a tentativa de controle das condições de vida e de trabalho, as informações numéricas passaram a fazer parte do mundo da medicina.

As técnicas antigas como a sangria foram perdendo espaço para as medições cifradas. As pesquisas de laboratório ganhavam força. As medidas e a descrição e classificação das doenças juntamente com a medição dos sintomas e a existência de lesão anatômica, ou não, passaram a determinar a relação do médico com o paciente que, em geral, já estava bem fragilizado por sua condição social.

Nessa época, início do séc. XIX, os médicos utilizavam-se de duas técnicas para tentar desvendar a doença no paciente. Diagnosticavam com a técnica da apalpação, exame realizado com os dedos ou com as mãos inteiras para certificarem-se da temperatura, resistência e tamanho dos órgãos. Ainda hoje essa técnica é utilizada nas clínicas médicas. Outra técnica

em questão foi a percussão, exame que consistia em causar som em diversas áreas do corpo por meio de golpes com algum instrumento próprio ou mesmo com as mãos.

Segundo Mello (s/d) uma nova técnica, surgida em Paris por intermédio do médico Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816) foi denominada “técnica da ausculta direta”, que consistia em encostar o ouvido no tórax do paciente para ouvir os sons emitidos pelos pulmões e pelo coração. Essa nova técnica que já representava grande avanço da medicina foi logo aprimorada pela invenção do estetoscópio, instrumento que veio a se tornar um símbolo da medicina moderna, de modo a ser considerado instrumento insubstituível nos exames de tórax e símbolo da medicina moderna.

Foi também no séc. XIX que a medicina desenvolveu métodos de anestesia, elevando a prática da a cirurgia a uma condição de nobreza no interior desta disciplina. Anteriormente a anestesia, as cirurgias eram extremamente temidas e realizadas por médicos, mas também por barbeiros-cirurgiões, e somente no séc. XIX alcançaram o *status* de profissionalização e baixaram o seu nível de brutalidade. Porém, tornaram-se mais invasivas. Sem dor se tornou possível ir sempre além do limite da técnica, o que colocava em risco a vida dos pacientes que necessitavam de cirurgia.

Após a *era* da dissecação de cadáveres vieram as experiências com pessoas vivas. Escravos de preferência. Apesar de toda a crueldade acometida pelos médicos da época, esses se defendiam em relação a tais violações argumentando que estas eram feitas em nome da ciência, e as comparavam com as vivisseções - disseções em animais vivos para estudos de fenômenos fisiológicos (Mello, s/d, p. 54).

Segundo Aguiar (2001), ainda no séc. XIX, a preocupação em relação a existência ou não de lesão anatômica foi também difundida na psiquiatria, fator esse de singular importância. A partir desse acontecimento,

dois grandes grupos de doenças foram logo apartados. De um lado, as doenças que apresentavam uma sintomatologia regular e lesões orgânicas passíveis de identificação pela anatomia patológica; do outro, as neuroses, perturbações sem lesão e que não apresentavam a regularidade esperada (p. 610).

Na psiquiatria, a importância do diagnóstico em função de se saber a existência ou não de uma lesão física começa a ser abalada pelo médico Charcot, com estudos sobre histeria no final do séc XIX.

Como se sabe, a histeria põe em xeque o método anatômico, pois os anatomistas jamais encontraram lesões que justificassem o aparecimento de sintomas histéricos. (Aliás, em que pese o grande esforço da psiquiatria oficial de inspiração crescentemente organicista nos últimos trinta anos, pode-se dizer que ainda hoje, mais de cem anos depois, não são identificáveis em sua maior parte, e pertencem ao domínio das hipóteses científicas não verificadas, lesões ou disfunções bioquímicas relativas até mesmo a certas psicoses graves (Aguiar, 2001 p. 611).

Já em fins do século XIX, Charcot observa que apesar da falta de um referencial anatômico, “a histeria apresentava uma sintomatologia bem definida, ou seja, ela obedecia a regras precisas” (idem). Ele inicia então a utilização da hipnose como instrumento de pesquisa.

Charcot abre de fato caminho para que Bernheim e a “École de Nancy” utilizem formas de intervenção clínica, ou terapêutica, nelas fundadas – em particular, a sugestão hipnótica, que o parisiense já utilizava em demonstrações públicas de suas teorias (Aguiar, 2001, p. 611).

Este procedimento denota um tratamento que se inicia pelo próprio psiquismo (cf. op cit), seja de transtornos físicos ou psíquicos, por meio de procedimento historicamente mais antigo que o advento da Anatomia Patológica e que atuam em primeiro lugar, e de imediato, sobre a alma humana. É, aí nesse movimento conflituoso, de imposição e recuperação do psicológico no interior da medicina moderna que, de acordo com Aguiar (2001), se inscreverá a psicologia clínica, num movimento de ordenamento do psicológico no interior da medicina moderna. Aguiar (op cit) enfatiza que

Freud, o inventor da psicanálise, também de formação médica e tendo exercido a profissão como neurologista da escola alemã, mantém o significante ‘clínica’ para procedimentos (clínicos) próprios e imanentes ao novo campo de conhecimento que se inaugura como novo século (p. 610-611).

O autor claramente refere-se a procedimentos que não são procedimentos médicos. Não como os que foram pensados e praticados até então pela medicina organicista, no interior da qual Freud se formou. Freud inaugura uma nova forma de clínica que não cabe no pensamento científico organicista da época. Seria o retorno ao confessionário, ao xamã, ao espiritualismo do qual a medicina já havia se libertado. Inaugura-se uma clínica que trata com a linguagem, e não com drogas e instrumentos invasivos como observamos nas clínicas médicas anteriores a ele, bem como as da atualidade, pois a medicina faz ainda pouco uso da linguagem como instrumento avaliativo, pautado no dizer do sujeito sobre si mesmo e sua doença. Ele propôs uma nova forma de análise clínica – sem apalpação, sem ausculta –, na qual a escuta das queixas, experiências do doente e a análise do inconsciente, cujos conteúdos fundamentam o adoecimento físico também fossem levadas em conta. Freud possibilitou uma

abertura da técnica médica. Podemos aqui lembrar que essa abertura permitiu, a partir de então, a reinvenção¹² da ferramenta linguagem na medicina e na clínica médica¹³.

Apesar de discutirmos esta questão mais a frente neste nosso texto, lembramos aqui que a existência desta nova clínica, com novos instrumentos de atuação foi de difícil aceitação pelos médicos atuantes na época (e hoje ainda é). Fato este que não é difícil de se entender tendo em vista a discrepância entre a proposta de Freud para uma clínica médica fundamentada na antiga/atual prática médica, fundamentada na observação de sintomas e no seu tratamento com medicação. Esta diferença está entre o que é observável de imediato, com o uso de diferentes ferramentas na atenção ao paciente e, em especial, aquilo que é do posicionamento daquele que atende ao paciente. Esta diferença é, antes de tudo, uma diferença de posição política.

2.2. Da Psicologia

Para Neubern (2001), existem três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. Para entender subjetividade, segundo o autor,

busca-se um conceito complexo do psíquico que abranja suas múltiplas dimensões sem lhe impor mutilações ou reduções, de modo a possibilitar um estudo científico do sujeito no cotidiano. Gonzalez Rey (1997) a define como a constituição psíquica do sujeito individual que integra processos e estados do mesmo em cada um de seus momentos de ação social, momentos estes que implicam em sentidos subjetivos (p. 241).

¹² Ver Henry, 1997.

¹³ Lembramos que na medicina há especialidades como a psiquiatria e a neurologia que, apesar de executarem práticas essencialmente médicas – porque são profissionais médicos – inserem na sua práxis a escuta terapêutica psicanalista.

O autor reflete em seu trabalho o percurso em que a subjetividade é marginalizada do processo científico, pois é concebida como oposição à objetividade e, logo depois, tem sido discutida como condição para a construção do saber científico. A psicologia, assim, se depara com um grande desafio, pois ao mesmo tempo em que são abertos novos campos de investigação, tanto a construção de objetos de estudo, quanto a construção da ciência propriamente dita, ela se vê presa em suas limitações epistemológicas que, de acordo com a tradição, favoreceram a exclusão da subjetividade.

Neubern (2001) traz à discussão a contradição da psicologia em relação a seu próprio objeto, pois afirma que enquanto surgem novas escolas e pensamentos, os ramos e escolas dominantes em psicologia “ainda se mantêm presos a cosmovisões onde ela (a subjetividade) ainda é marginalizada e concebida como um risco ao processo objetivo” (p. 242). Para o autor, a natureza do trabalho clínico promoveu uma contradição que, a seu modo, permitiu uma construção de conceitos e abordagens alternativas ao fortalecimento da subjetividade como objeto, mas que, ao mesmo tempo, colocou a clínica psicológica num lugar sem confiabilidade científica em meio à condição absolutista da ciência e a cegueira sistemática que impede a ciência de questionar seu próprio surgimento.

2.2.1. A psicologia clínica francesa

Segundo Aguiar (2001), o termo ‘psicologia clínica’ foi empregado pela primeira vez pelo psicólogo americano Witmer, que formou-se na Alemanha com Wundt e ao retornar à Universidade da Pensilvânia fundou ali, em 1896, uma psicologia clínica.

(...) Prévost (1988) lembra que, entre 1897 e 1901, Hartemberg e Valentin (sucessores a “École de Nancy”) publicam na França uma Revue de Psychologie Clinique et Thérapeutique na mesma época em que Janet (Salpêtrière) já empregava correntemente a expressão. Seja como for, Witmer e Janet, mais Ribot, Dumas e Kraepelin seriam autores cujos trabalhos, apoiados ao mesmo tempo sobre problemas psicológicos e psicopatológicos, distinguiram uma das duas correntes ou orientações com prolongamentos na psicologia clínica contemporânea. A outra seria representada por Charcot, Liébault, Bernheim e Freud (Elleberger, 1970/1994, Huber, 1993). Prévost (1988) supõe que, atento a tudo que aparece na França, Freud conheceu a Revue de Psychologie Clinique ET Thérapeutique, talvez fosse mesmo a noção francesa que ele retoma na carta a Fliess de 30 de janeiro de 1899: ‘... percebo as relações com o conflito, com a vida, tudo isso que eu gostaria de chamar de psicologia clínica’ (Aguiar, 2001 p. 611).

Essa teria sido a única vez que Freud fez uso do termo ‘psicologia clínica’, visto que método clínico, como pudemos evidenciar ao discutirmos os percursos históricos da medicina, é clínica que diz respeito à observação direta que se faz do paciente. Esse método foi abandonado por Freud, que por sua vez começou a fazer uso do denominado método psicanalítico que busca interpretar os sintomas por meio de uma escuta do inconsciente, exatamente o contrário do que se faz no método clínico tradicional da medicina, que é pautado na observação direta, racional e descritiva da doença (idem).

Na Europa, principalmente na França, a noção de psicologia clínica vai ser recuperada por volta de 1949, quando Lagache propõe a integração da psicanálise à psicologia (Aguiar, 2001).

A partir dos anos 1960, o termo ‘psicologia clínica’ passa a se desenvolver e a fazer parte dos estudos da psicologia devido a generalização dos mesmos e do desenvolvimento da psicanálise de massa.

A psicologia francesa tem duas fontes. A primeira vinda da cientificidade, da racionalidade e do pensamento organicista do qual se originou a psicologia experimental e o

“enquadramento do laboratório para servir ao rigor e ao domínio das variáveis.” (Aguiar, 2001 p.611); a segunda vinda da chamada corrente dinâmica, que nasceu da psicologia das profundezas – a psicanálise e a psicologia clínica. Esta última tem sua origem na intersecção de duas grandes forças da época: a Filosofia e a Medicina. A psicologia clínica “seria rigorosa pelo lado da medicina e humanista pelo lado da filosofia” (idem).

A psicologia clínica teria, contudo, seu desenvolvimento sempre permeado por

conflitos e disputas fundamentais: primeiro com a medicina, em seguida com a psicologia experimental e, enfim, depois de ter ‘encontrado sua salvação aproximando-se da psicanálise e oferecendo-lhe em troca um álibi universitário’ (...), com a própria psicanálise, sobretudo em sua vertente lacaniana (Aguiar, 2001 p. 611).

A abordagem clínica devia ser aplicada ao indivíduo normal como condição para afastar-se de sua origem médica e psiquiátrica e usava a noção de *personnologie* que, designando a “ciência” oriunda da psicologia clínica, deveria permitir compreender as interações entre os elementos essenciais da personalidade e sua configuração de conjunto (o sujeito-objeto da psicologia clínica lagachiana era o homem total em situação, o “em situação” da fenomenologia e sartriano).

A clínica de Lagache apoiava-se em testes de personalidade, interrogatórios, orientação, prognósticos, instrumentos de tradição experimental sem relação com uma clínica psicanalítica ou com as teorias da personalidade. Os dados deveriam ser interpretados de acordo com uma investigação dos conflitos (inconsciente dinâmico), com vistas a interação indivíduo e meio e, um olhar genético, considerando a história evolutiva do sujeito (Aguiar, 2001).

No Dicionário, Roudinesco e Plon (1997) definem a psicologia clínica como prática terapêutica fundada na entrevista direta e no exame de caso a partir da observação das condutas individuais (*science du sens intime*). A definição assenta-se no ideário lagachiano: por psicologia clínica (francesa, sem dúvida) deve-se entender o estudo dos casos individuais, cujo método repousa sobre os três postulados referidos acima: a dinâmica, a totalidade, a gênese. Desses três postulados derivam os fins práticos: o psicólogo clínico cura doentes, educa crianças, aconselha adultos (Prévost, 1988) e, acrescenta Roudinesco (1986), reclassifica inadaptados (p. 612).

A psicanálise, segundo o autor, era tida como uma *ultra-técnica*, por visar a apenas um dos quatro focos da psicologia clínica, quais sejam: o *diagnóstico*, o *conselho*, o *tratamento*, a *educação*. De sua parte, em função da diversidade de lugares onde trabalha o psicólogo clínico e da variedade de sua prestação de serviços, a psicologia clínica lagachiana compreende um campo muito mais vasto de atuação – logo, heterogêneo e amplo no tocante às suas fontes de informação. Fundamentando-se teoricamente na psicanálise e apoiando-se nela como modelo operatório, a psicologia clínica nem por isso deveria ser incompatível com as outras orientações teóricas e metodológicas da psicologia. Para Lagache, de acordo com Aguiar (2001), já era ultrapassado o conflito com a psicologia experimental. Porém, o conflito persistiu e Lagache acabou por se dar por vencido, pois era visto ora como psicanalista entre os psicólogos, ora como psicólogo no meio psicanalítico.

Aguiar (2001) enfatiza que “Lacan postulava a irredutibilidade da psicologia a primazia da determinação inconsciente” (p.612), e assim, na década de 1960, a psicologia clínica recebe o status de cientificidade e torna-se segundo Huber (1993, apud Aguiar, 2001)

(...) ramo da psicologia científica (...) ‘que tem por objeto os problemas e os distúrbios psíquicos assim como a componente psíquica dos distúrbios somáticos ou, se preferir, o estudo do que constitui problema nas condutas normais e patológicas e da intervenção nessas condutas’. Incluindo portanto o homem psicopatológico, a psicologia clínica não está limitada “aos pontos de

vista de uma escola [e] desenvolve-se num contexto cada vez mais interdisciplinar”. Esta interdisciplinaridade, continua ele, “não se limita à fenomenologia, à psicanálise e à linguística, mas compreende também a economia, o direito e as ciências ditas da vida e da saúde (p.612).

Segundo Aguiar (2001), Huber em 1993 não se referia ao método clínico no singular para formular sua concepção de psicologia clínica

Ao discorrer sobre método em psicologia clínica, o psicólogo belga distingue os métodos de pesquisa, que permitem constituir o corpo de saber da disciplina, daqueles que viabilizam a aplicação desse saber no nível do diagnóstico e da intervenção – evidenciando assim que a intervenção clínica em psicologia, como em toda ciência genuinamente aplicada, faz-se em dois tempos distintos. No primeiro caso, como métodos de pesquisa em psicologia clínica, ele cita principalmente: 1) o estudo de caso, 2) o estudo correlacional, 3) o estudo normativo, 4) a experimentação, 5) as estatísticas e os planos experimentais. No nível do diagnóstico e da avaliação clínica, ele cita 1) a entrevista diagnóstica, 2) os testes mentais, 3) a observação e a análise do comportamento, e a análise psicodinâmica; 4) os métodos biológicos. (Tudo descrito, ele discute em seguida as condições de validação). Enfim, no nível da intervenção, deduz-se que ele leva em conta os métodos que, a seu ver, seriam próprios dos quatro campos maiores assim discriminados: 1) a neuropsicologia clínica; 2) a psicologia da saúde; 3) o aconselhamento psicológico, a intervenção de crise e a psicoterapia (sendo as cinco orientações teóricas maiores: as terapias psicanalíticas, as terapias comportamentais, as terapias humanistas, as terapias familiares e sistêmicas, as terapia biopsicologicas); enfim 4) a psicologia comunitária (p.612).

Os autores acima citados também destacam o fato de haver uma crise dos sistemas e o declínio do pensamento centrado nas escolas, em função de novas abordagens que se fundamentam no tipo de problemática apresentada pelo sujeito, ou seja, há uma abertura para uma diversidade de técnicas terapêuticas para desenvolver combinações específicas de tratamento para determinados distúrbios, a despeito do sistema de pensamento ou escola ou abordagem.

A psicologia clínica ampliada não estaria perdendo o que tem de mais importante, que é a singularidade do sujeito? Além do que muitos desses pensamentos são epistemologicamente impossíveis de se aplicar na prática. Em nome de um ecletismo em psicoterapias, abre-se mão do método da psicologia clínica. Mas essa é uma crise que não passou.

Cabe assim perguntar se, fascinada por procedimentos experimentais (tal como ocorre com os médicos, com relativo sucesso, em suas confirmações ambulatoriais), essa psicologia clínica ampliada não estaria, no limite, abandonando uma abordagem do sujeito que leva em conta sua singularidade radical? Submetendo-se ao cânone científico (sempre vigente) da generalização a partir de amostragens, ela adia para um futuro incerto a consideração das condições de possibilidade e os princípios próprios de um saber (sobre o singular), mais conforme as ciências da vida, cuja marca — como na psicanálise freudiana — é o detalhe, e que trabalha de maneira muito específica e particular a noção de exemplo.

Desprezando, assim, em algum nível, essas duas dimensões — singularidade do sujeito e contemporaneidade entre pesquisa e tratamento —, a noção de método clínico perverte-se e, de fato, perde toda sua razão de ser enquanto critério para especificar a psicologia clínica. Na clínica psicanalítica, a primeira dessas dimensões é, sobretudo, uma exigência ética, e a segunda, um pressuposto epistemológico: caso se mantenha o termo, a noção de método clínico pertence-lhe por direito. E então, sem mal-entendidos, será possível considerar que a noção de método clínico subsume-se (como variante, ainda que fundadora e constitutiva) à noção de método psicanalítico. A este caberia ainda “provar que [as] forças, que segundo a psicanálise, animam toda e qualquer produção mental, individual ou coletiva, podem ser

detectadas não apenas na situação clínica, mas ainda nas produções secundarizadas” (Mezan, 1994 apud Aguiar, 2001 p. 67-68).

Em função da diversidade de lugares onde trabalha o psicólogo clínico e da variedade de sua prestação de serviços, a psicologia clínica compreende um campo vasto de atuação – logo, heterogêneo e amplo no tocante às suas fontes de informação.

2.2.2. A psicologia na saúde

A psicologia embora muito intimamente relacionada com os conceitos de saúde (bem-estar físico, mental e social) como disciplina chegou tardiamente à área da saúde de forma geral. E, apesar de ter aplicação prática na saúde, até pouco tempo sua atuação estava restrita a hospitais de saúde mental, atividade “subordinada aos paradigmas da psiquiatria e desenvolvida dentro do enfoque predominante, de internação e medicação” (Spink, 2003 p. 30) e a consultórios particulares cuja clientela derivava de classes mais abastadas. Esta última atividade não inserida nos serviços de saúde, e sim em clínica da elite econômica.

Uma das formas alternativas de atuação dos psicólogos e inserção do serviço para a população menos privilegiada está na clínica-escola que permitiu ao psicólogo a reflexão sobre o conceito de saúde mental para então ampliar seu campo de atuação e a contribuição potencial da psicologia à população em geral.

Os psicólogos que atuavam nos hospitais e ambulatórios de saúde mental conseguiram aperfeiçoar técnicas de diagnóstico e intervenção, no entanto, sem autonomia. Seguindo padrões e adotando perspectivas médicas, acabavam por desenvolver a função de agente

passivo, facilitador do processo de tratamento, solicitado quando havia a necessidade de escutar o paciente quando esse quisesse expressar suas emoções.

Lembremos que historicamente a figura do médico não tem ‘orelha’ para a fala, mas somente para sons corporais involuntários, como os produzidos pelo coração, pela respiração e outros produzidos por percussão.

Para Figueiredo (2004), a psicologia é um espaço de dispersão que ao longo de quatro décadas (duas últimas do século XIX e duas primeiras do século XX) teve a grande construção das suas propostas de apreensão teórica que, desde então, vêm sendo consolidadas em microcomunidades relativamente independentes (cf. Huber op cit).

A psicologia tal como é conhecida hoje, apoderada de um objeto próprio, teve sua formação a partir da segunda metade do século XIX. Para o alcance de tal conquista, foi necessária uma discussão interna aos trâmites da sua constituição, uma vez que seria necessária a apresentação de um objeto e métodos próprios e adequados para que se firmasse como ciência independente das outras áreas de saber. Porém, não é possível esquecer que grandes noções e conceitos como “alma” e “espírito”, que constituiriam a psicologia científica foram forjados desde a Antiguidade, sendo representados pela filosofia, pelas ciências físicas, biológicas e sociais (cf. Figueiredo, 2002).

Frente a uma sociedade do saber e da necessidade de mostrar a realidade dos estudos de determinada ciência, isto é, a manipulação técnica e o controle do que está posto para observação, é com Francis Bacon que a Psicologia encontra espaço para adentrar na comunidade científica tal como era desejada à época. Inaugura-se a prática científica psicológica tendo a “disciplina do espírito” – o controle daquilo que é próprio da natureza

humana como objetivo das regras metodológicas, como definição da especificidade desta prática científica (Figueiredo, 1991).

Contudo, o que foi a salvação da psicologia para a sua aceitação na comunidade científica seria também o motivo sempre recorrente das discussões quanto a sua manutenção neste espaço: o espírito, que é subjugado à subjetivação que desqualifica a psicologia diante da lógica e diante dos fatos.

Em conclusão: a psicologia, que nasce no bojo das tentativas de fundamentação das outras ciências, fica destinada a não encontrar jamais seus próprios fundamentos, a nunca satisfazer os cânones de cientificidade cujo atendimento motivou sua própria emergência como ciência independente. Mas fica igualmente destinada a sobreviver, sem segurança nem confiança, tentando precariamente ocupar o espaço que a configuração do saber lhe assegurou (Figueiredo, 1991 p.20).

Em *Matrizes do Pensamento Psicológico*¹⁴, L.C. Figueiredo apresenta importante estudo para a compreensão do que se constituem hoje os/nos espaços teórico-práticos da psicologia e, principalmente, para a compreensão do espaço ocupado pelo psicólogo. No esforço para a manutenção da sua existência como ciência independente, foram tomadas (e construídas ao longo desses anos) matrizes científicistas, românticas, pós-românticas e religiosas na tentativa de organização interna de ideais e práticas possíveis.

No Brasil, a repressão militar, os movimentos universitários de 1968 e o fim da euforia dos anos 50, obrigou os profissionais da área a uma reflexão: como a psicologia poderia dar subsídios para uma transformação social? Ou ser sensível às transformações sociais?

Mesmo com o fim da euforia, prevalecia a esperança de um conhecimento científico que pudesse ajudar a criar uma nova sociedade, fato este que gerou muita ansiedade diante da

¹⁴ Figueiredo, 1991.

nossa realidade social e do vazio teórico, tornando urgente o desenvolvimento de pesquisas que levassem à sistematização de um novo processo de transformação da sociedade. Está posta aí a relação entre a psicologia e a psicologia social.

Segundo Lane (2001), a relação entre a psicologia e a psicologia social deve ser entendida em uma perspectiva histórica, quando, na década de 50, se iniciam sistematizações em termos de psicologia social, dentro de duas tendências predominantes: uma tradição pragmática dos Estados Unidos da América, visando alterar e/ou criar atitudes, inferir nas relações grupais para harmonizá-las e, assim, garantir a produtividade do grupo – é uma atuação que se caracteriza pela euforia de uma intervenção que minimiza os conflitos, tornando os homens “felizes” reconstrutores da humanidade que acabava de sair da destruição resultante da II Guerra Mundial. A outra tendência, que também procura conhecimentos que evitem novas catástrofes mundiais, segue a tradição filosófica européia, com raízes na fenomenologia, buscando modelos científicos totalizantes, como Lewin e a teoria de Campo.

Porém, em meados dos anos 60, com a ditadura militar e seu poder repressivo, as injustiças sociais e a pressão vivida pelo povo, a eficácia da Psicologia Social começa a ser questionada. O conhecimento Psicossocial encontrava-se em crise, não se conseguia explicar nem prever comportamentos sociais devido à complexidade de variáveis que desafiavam os pesquisadores.

Após o movimento de 68¹⁵, a tradição psicanalítica na França é retomada com toda veemência,

¹⁵ Em 1968, na França, aconteceu um importante movimento marxista contra o regime autoritário pelo qual o país foi submetido na década de 60. Um movimento estudantil com reivindicações políticas e de melhores condições de aprendizado, bem como de libertação de estudantes presos, foi o estopim para uma greve de trabalhadores que reivindicava melhores salários, menor carga horária de trabalho e outros direitos dos trabalhadores. O fortalecimento dos movimentos de esquerda e os questionamentos a ordem estabelecida marca um período de

... sob sua ótica é feita uma crítica à psicologia social norte-americana como uma ciência ideológica, reprodutora dos interesses da classe dominante, e produto de condições históricas específicas, que invalida a transposição tal e qual deste conhecimento para outros países, em outras condições histórico-sociais (Lane, 2001 p. 11).

Então como superar a crise? O primeiro passo foi constatar a tradição biológica na psicologia, o indivíduo considerado um organismo que interage no meio físico, sendo que os processos psicológicos são assumidos como causa, ou como uma das causas que explica seu comportamento, ou seja, para compreender o indivíduo a partir do que ocorre “dentro dele”, quando ele se defronta com estímulos do meio.

Contudo, este homem biológico não sobrevive por si só e nem é uma espécie que se reproduz tal e qual, com variações decorrentes do clima etc... Ele fala, pensa, aprende e ensina; constitui-se como sujeito histórico, ou seja, ele traz consigo uma dimensão que não pode ser descartada, que é a condição social, histórica e cultural.

Tal fato gerou grande ansiedade diante do vazio teórico da época, o que tornou urgente novas perspectivas de estudo, como as de George Mead, Politzer e Vigotski que contribuíram para uma reflexão mais profunda acerca da Psicologia e, principalmente, da Psicologia Social, como a Psicologia da Linguagem; a Identidade Social; e os processos Grupais. Esta nova revisão crítica propunha a necessidade de uma metodologia de pesquisa que permitisse captar o indivíduo situado historicamente e multideterminado – sujeito bio-psico-social.

instabilidade social na França, o que impulsiona a Teoria Marxista e a crítica à esta ciência que, de forma geral, principalmente nas ciências humanas e sociais, fortalece a linha marxista mais empírica e teórico. Para saber mais consulte <http://orientacaomarxista.blogspot.com/2010/06/1968-greve-geral-e-revolta-estudantil.html>

Tais condições sociais, acima apontadas, do Brasil e da América Latina, interferem tanto na Psicologia Social quanto na Psicologia Clínica, que sofrem transformações em seu bojo. A psicologia clínica já amplia seu escopo de investigação, pois não entende o ser humano sem considerá-lo como parte integrante da sociedade. Segundo Nery & Costa (2008, p.242),

no atual momento sócio-cultural, início do século XXI, os estudos e as práticas clínicas derivadas da subjetividade e do sujeito que adoece começam a enfrentar novos limites. A realidade socioeconômica mundial, a globalização e o avanço tecnológico renovaram as questões da psicologia clínica, entre elas: o que é normal e o que é patológico, como as articulações entre indivíduo e sociedade interferem na prática psicoterápica, como a cultura e psicopatologia se conjugam na área clínica, qual a atual especificidade da relação paciente/psicoterapeuta e qual o papel do psicólogo na sociedade.

A Psicologia Clínica necessitou expandir a concepção do fato clínico, quando admitiu que, em determinados fatos sociais (entre eles, a desigualdade social, a liberdade sexual, a intolerância com as diferenças, o racismo, a corrupção, o tráfico de drogas, o trabalho escravo, o desemprego, a fome, a miséria, a violência, o terrorismo e as guerras para a manutenção do capitalismo desumano), e em fatos naturais (como as catástrofes ecológicas), estão presentes sofrimentos humanos, que exigem intervenções terapêuticas cada vez mais inovadoras.

A contemporaneidade, de acordo com a tradição em que o pensamento clínico e o pensamento psicológico se desenvolvem, merece uma forma de clínica própria, com a especificidade histórica da relação paciente/psicoterapeuta. Esta clínica seria aqui entendida como uma técnica, uma forma de se chegar ao sofrimento do paciente para promover juntamente com ele uma transformação.

Podemos apontar para uma grande complexidade nos contextos terapêuticos atualmente, os quais têm demandas advindas de grupos cada vez maiores, de/em espaços também maiores e ambientes menos específicos.

É um movimento de flexibilização do contexto clínico, no sentido de admitir que a construção de significados e sentidos, surgidos da relação terapêutica acontecem nos mais diferentes *settings*, pois os elementos que caracterizam a prática clínica são a observação acurada do sujeito, a escuta, o sofrimento psíquico e a expressão da subjetividade. (cf. Nery & Costa, 2008)

2.2.3. A psicologia da linguagem

“O Homem ao falar transforma o outro e é transformado pelas conseqüências de sua fala” (Lane, 2001 p. 32). A linguagem se apresenta como um ponto chave para a compreensão clara das relações sociais, como algo dinâmico e construído historicamente pela sociedade e desempenha um papel fundamental, tanto na inserção de grupos sociais quanto no desenvolvimento dos indivíduos. Ela acontece na coletividade, ou seja, segundo a autora (op cit p.33) “produz uma visão de mundo, produto das relações que se desenvolveram a partir do trabalho produtivo para sobrevivência do processo grupal”.

Skinner, Vigotski e Leontiev foram alguns dos autores que contribuíram para o conhecimento psicológico da aprendizagem da linguagem: Skinner foi fonte de inspiração para diversos estudos, pela vinculação que fez entre a linguagem e o pensamento, demonstrando a materialidade do falar e pensar, pela análise empírica que fez; Vigotski demonstrou a mediação fundamental que a linguagem exercia na constituição do psiquismo

humano, em especial da consciência; Leontiev e Vigotski têm a linguagem como fundamental para o desenvolvimento da consciência de si e da relação do indivíduo com a sociedade, a qual se realiza através da linguagem, do pensamento, das ações e do relacionamento com outros homens (Lane, 2001).

Segundo Lane (2001), para conhecermos as representações sociais de um indivíduo é necessário, através de atos ilocutórios explícitos e implícitos¹⁶, definirmos o lugar que ele ocupa em relação aos outros (os que se “limitam” com ele), e através do discurso, como seu espaço constitui-se nesta relação enquanto realidade subjetiva que se insere no real socialmente representado e reproduzido em termos de “todo mundo”.

Após a década de 1970 a psicologia, devido a uma nova concepção de homem, que é fundamentado no materialismo histórico dialético, posiciona o sujeito no cerne de suas discussões e, embora esse movimento tenha se iniciado com a Psicologia Social, ela faz parte atualmente das preocupações, discussões e práticas da psicologia de forma geral. É inconcebível atualmente pensar o sujeito sem que se considere sua relação dialética com o espaço em que vive mediado pela cultura (construção humana), seja na clínica individual, na clínica grupal, na psicologia comunitária ou institucional.

Partindo do pressuposto de que a linguagem se origina na vida da espécie humana “como consequência da necessidade de transformação da natureza, por meio da cooperação entre os homens e de atividades produtivas que garantissem a sobrevivência do grupo” (idem, p.32), a psicologia afirma que é na relação com o mundo socialmente constituído que o organismo se desenvolve e se transforma, metamorfoseando-se como homem em busca de

¹⁶ As idéias aqui apontadas referem-se à compreensão de Lane (2001) quanto a linguagem como constituinte do sujeito. Lembramos que estes apontamentos não são tomados por nós como referência teórica deste trabalho.

emancipação. De acordo com Ciampa (2005) o ser humano possui uma enorme plasticidade, o que lhe dá possibilidade de criar sentidos para nortear suas atividades. Somos seres em constante acabamento através da socialização e da individualização, pois só assim superamos a simples condição animal, que nunca perdemos. A superação da condição animal é, em essência, nossa primeira emancipação.

Neste sentido, Nery & Costa (2008) afirmam que no contexto clínico atual, cabe o entendimento de que os significados e sentidos são historicamente construídos e é dessa forma que devem ser observados. O psicólogo clínico superou barreiras ideológicas e com essa trajetória

se voltou da influência da cultura na personalidade para as inserções sócio históricas sobre a ação dos indivíduos, e tem se dirigido para as ruas, praças e instituições de cuidado de crianças, de detentos, de pessoas institucionalizadas, desenvolvendo métodos que tratam os indivíduos em seus contextos sócio--culturais. As mudanças ocorridas nos contextos de pesquisa em Psicologia Clínica revelam possibilidades de oferecimento de métodos que atendam a demandas específicas de situações-problema. Há métodos que respondem ao sofrimento de pessoas que, dependendo da indicação terapêutica, têm melhor rendimento e eficácia nas intervenções grupais. As realidades socioeconômicas, educacionais, de gênero ou raciais têm que ser pensadas de formas diferenciadas, pois contêm sofrimentos diferenciados (idem, p. 249)

Assim, o sujeito observado é ouvido sócio-históricamente, de acordo com o lugar que ocupa na sociedade, e pode significar esse lugar e dar sentido a sua trajetória de vida.

2.3 Da Fonoaudiologia

A fonoaudiologia teve seu nascimento marcado pela necessidade de tratamento dos indivíduos mutilados (feridos de guerra) e pela busca da uniformização da língua, disciplina

que se fundamenta em questões próprias da lingüística e também na intersecção de outras disciplinas, como psicologia e medicina.

De acordo com a Lei 6965/81, o

Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.

Berberian (2007) aponta que a prática fonoaudiológica pré-existe ao advento dos cursos superiores de fonoaudiologia, ainda que não fossem assim denominados, sendo percebidos num movimento que perseguia a uniformização da língua nacional brasileira, numa tentativa de higienização para o alcance daquilo que se considerava ideal para a Unidade Nacional, encontrando na Escola um espaço ideal de adequação da língua além de que, “como meios educativos, o cinema e o rádio, o lazer e o esporte, o desenho e o canto desempenharam o papel de veicular o ‘conteúdo nacional’” (op cit, p.39).

A forma histórica de constituição dessa disciplina contribuiu, na realidade, para a inauguração de um outro espaço no qual um pouco da medicina pudesse ser articulado praticamente com a psicologia e a lingüística, sem que houvesse reflexão sobre conseqüências histórico-epistemológicas do uso de diferentes perspectivas teóricas com diferentes práticas clínicas. Desde então muitos dos seus fazeres e pensar foram transformados, seja pelas novas condições da contemporaneidade, seja pelas novas leituras e formas de compreender o seu espaço na relação com o meio científico e para com o sujeito que recebe no seu espaço clínico.

Conforme Lacerda (et al., 1998), Friedman (1994), Amoroso e Freire (2001), Salfatis e Palladino (2001), a constituição da fonoaudiologia foi amparada por disciplinas já confirmadas

na área clínico-científica sendo esboçada com o perfil da área paramédica, ficando desde então condicionada à figura do médico.

Cunha (1997) orienta que, quando descrita como *uma disciplina de empréstimos*, a fonoaudiologia acaba por reduzir os problemas de linguagem, na sua prática clínica, àquilo que pode ser mensurado e analisado organicamente, uma vez que a sua base médica oferece informações teórico-práticas para que o profissional perceba que o sujeito é constituído primeiramente de matéria orgânica. Este nosso trabalho contribui para estas reflexões por mostrar que há importante diferença entre ser uma disciplina de empréstimos, que simplesmente transporta e aplica técnicas com instrumentos trazidos de outras disciplinas e, ao contrário, uma disciplina que se constitui enquanto campo de conhecimento que transfere instrumentos de outras disciplinas, resignificando-os para um outro fazer teórico e prático (cf. Henry, 1997).

Assim, ao observar que algumas disciplinas são frequentemente citadas para descrever a inauguração da fonoaudiologia: a medicina, a psicologia e a lingüística, sendo diversas suas contribuições para a sua formação, a fonoaudiologia vem construindo seus próprios saberes, considerando a medicina, que oferece o seu olhar sobre o corpo, a psicologia para uma abordagem sobre/da subjetividade e a lingüística com o seu conhecimento sobre a língua (cf. Barros, 2004).

Atualmente, a fonoaudiologia tem ampliado os seus espaços de atuação baseada não somente em necessidades práticas, mas fundamentando-se em estudos teóricos sobre a sua prática na relação com as instituições e outras disciplinas.

Apresentamos aqui uma caracterização das áreas de intervenção fonoaudiológicas divididas em campos específicos do seu conhecimento e seus espaços físicos de atuação.

Configuração da Clínica Fonoaudiológica na Atualidade				
Especialidade	AUDIÇÃO E EQUILIBRIO	VOZ	MOTRICIDADE OROFACIAL	LINGUAGEM
Intervenções Fonoaudiológicas	Pessoas com déficit auditivo e/ou de equilíbrio de origem congênita, funcional, adquirida e Pessoas surdas.	Pessoas com alterações vocais de origem congênita, adquirida, funcional e/ou que buscam pelo aperfeiçoamento vocal.	Pessoas com alterações miofuncionais orofaciais de origem congênita, adquirida, funcional.	Crianças com atraso no aprendizado e desenvolvimento da fala; leitura; escrita. Crianças, jovens e adultos com alteração de fala; leitura; escrita. Pessoa com alteração neurológica de origem anátomo-funcional; funcional de origem congênita ou adquirida.
Instituições	- Clínica - Hospital - Empresas - Escola - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Hospital - Igreja - Empresas - Escola - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Hospital - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Escola - Equipamentos públicos de saúde

Quadro 1 - Apresentação das áreas de Intervenção Fonoaudiológica

Haja visto o número de publicações na fonoaudiologia e o singular desenvolvimento de áreas de conhecimento e atuação no interior da fonoaudiologia, como mostramos no quadro acima, há que se pensar sobre a existência de uma singularidade desta disciplina, assim como, o pensar o seu objeto de atuação.

Já sabemos que o trabalho clínico tem como objetivo intervir sobre o sujeito que busca pelo profissional com o intuito de aliviar seus sintomas, sendo esta memória uma interferência da história da medicina. Para tanto o clínico-terapêutico deve utilizar uma terapêutica específica que vise a diminuição das suas queixas através da minimização dos sintomas que ele apresenta. No caso da fonoaudiologia, como de muitas outras disciplinas, esse já é um momento de conflito e crítica, pois além de se ter várias abordagens, concomitantemente são apresentadas várias técnicas e, em geral, divergentes entre elas.

Os principais aspectos do modelo médico que interferem e influenciam a clínica fonoaudiológica são advindos dos princípios positivistas, fundamentados no método de observação dos fenômenos da natureza para chegar a verdade por meio de técnicas com regras lógicas (cf. Arantes, 2001; cf. Catrini, 2005). Em se tratando de corpo humano, portanto, o que rege a atuação clínica do fonoaudiólogo, segundo a herança da medicina, é a anatomia e a fisiologia. Nessa tradição, cada alteração anatômica e fisiológica pode determinar a patologia, que pode ser observada por meio dos sintomas apresentados pelo indivíduo, que são classificados do normal ao patológico de acordo com o grau da sua incidência; da etiologia etc. Desse modo, o olhar do terapeuta é dirigido à doença,

(...) Sendo a fisiologia regente do olhar clínico, esse será dirigido à doença, e não ao seu portador. Dessa forma, a doença, na compreensão positivista, precisa estar visível. Se estiver em estado inicial, precisa evoluir para que se possa conhecê-la. Se não for visível, provavelmente não existe (Baptista, 2000, p. 16).

Nessa perspectiva, somente o que é passível de observação pode ser considerado, e em termos de ciência positivista, ser considerado verdade (cf. Foucault, 2003). Qualquer outra manifestação que não seja observada em algum órgão do corpo humano não será considerada, pois será contestada em sua objetividade. Por esta perspectiva, o doente deve ser separado da doença. Seu relato em nada favorecerá a clínica ou a história natural da doença, pois quem possui instrumentos capazes de identificar a doença e possibilitar a cura é o terapeuta. A este é atribuído um saber sobre o sofrimento do paciente, ou seja, sobre a doença que ele apresenta.

O terapeuta, na perspectiva das ciências físico-naturais, no papel de investigador, tem a função de interrogar o objeto e validar a resposta. O fonoaudiólogo que atua por esse modelo, faz sua clínica com base no levantamento da anamnese, instrumento utilizado no intuito de

compreender a história da patologia que será mostrada por meio de coleta de dados que trará evidências sobre o desenvolvimento da doença (Baptista, 2000). Sequencialmente, com base na patologia apontada na anamnese, se dará a avaliação, e os dados orgânicos é que irão indicar as pistas para o entendimento dos sintomas, na verdade uma coleta de dados com:

resumo da queixa, contato com o terapeuta (postura vocal perante o terapeuta), qualidade vocal, alteração da voz com movimento da cabeça, grau de alteração, inadequação da voz: ao tipo físico, a função exercida, a emoção da fala, inadequação total; sistemas de ressonância, tempo máximo de fonação, ataques vocais, articulação, qualidade da emissão, frequência fundamental, provável classificação vocal, intensidade vocal, capacidade potencial de modulação, vocalgrama, articulação e pronúncia, tipo articulatorio, velocidade da fala e resistência vocal (Baptista, 2000, p. 21).

O próximo passo será avaliar as dinâmicas corporal e respiratória; as estruturas da fonação, as funções reflexo-vegetativas, a audição e as habilidades gerais de comunicação como, fluência na fala, construção sintática, expressão das idéias e comunicação gráfica (op cit). Tendo realizado a coleta dos dados, traça-se um plano terapêutico com diagnóstico e prognóstico. A terapêutica utilizada pelo fonoaudiólogo que se fundamenta no modelo médico, segundo Baptista (2000), geralmente é balizada por técnicas pedagógicas, as quais visam ensinar o paciente a se adequar, ou seja, é uma prática que objetiva normalizar o que se percebeu alterado no doente.

Em outro espaço teórico, fonoaudiólogos buscam na psicanálise um referencial teórico que auxilie no processo terapêutico diferente daquele que se fundamenta no modelo médico, como apontado acima, num movimento parecido com o realizado pela própria psicologia – o afastamento do orgânico. Segundo Baptista (2000), havia em 2000 poucas produções bibliográficas sob essa tendência porque esta é recente no campo da fonoaudiologia.

A autora afirma que a teoria psicanalítica permite ao fonoaudiólogo compreender a dimensão simbólica da constituição e do desenvolvimento do ser humano que denotam a lógica inconsciente das manifestações patológicas. O terapeuta, de acordo com esse modelo, é aquele que irá significar a lógica discursiva.

Significar a lógica discursiva é função do psicanalista, porém, Cunha (1997) cuida para que fique claro que o fonoaudiólogo, que fundamenta a sua atuação segundo esse modelo, não irá aplicar diretamente a teoria psicanalítica à prática fonoaudiológica. Na comparação que a autora faz entre a prática fonoaudiológica e a prática psicanalítica aponta que, enquanto na psicanálise a fala revela as produções do inconsciente, na clínica fonoaudiológica a fala é marcada por ele. Assim, a teoria psicanalítica é um meio para a interpretação/compreensão do sintoma do paciente que são manifestos na fala.

Baptista (2000) chama a atenção para a falta de um entendimento sobre sujeito psíquico na fonoaudiologia e sugere que isso seria o principal argumento para o encontro desta disciplina com a psicanálise, além de ser um momento importante para rever os pressupostos do método clínico fonoaudiológico, e acrescenta ainda que, para atuar de acordo com os pressupostos da psicanálise o fonoaudiólogo deve ampliar seu entendimento sobre linguagem, geralmente visto somente como comunicação. Manter esse entendimento é excluir a noção de inconsciente e justificar a correção da fala. Quando o fonoaudiólogo opta por trabalhar a partir de tais pressupostos, abre mão de ouvir a linguagem somente como código oral. Se assim for, conseguirá captar o valor simbólico do conteúdo trazido pelo cliente (cf. Batista, 2000) e o “anormal” da fala é que estará em destaque para ser corrigido.

Respeitando os estudos da fonoaudiologia no espaço teórico da psicanálise, acreditamos também na importância da revisão de noções como a de sujeito e de linguagem,

pois, para nós, este é o ponto nodal de singularização das diferentes clínicas no interior mesmo de cada disciplina, porém é preciso saber dos objetos e objetivos a que se destina cada ciência e sua prática, distinguindo as clínicas e impossibilitando a prática fonoaudiológica com o sujeito da psicanálise. Esta é uma questão que pretendemos compreender neste nosso trabalho.

Porém, concordamos que pensar o paciente que se submete a atendimento fonoaudiológico como possuidor de uma *psique*, considerando que o inconsciente é latente nos sintomas mostrados por ele, favorece que o foco de observação do terapeuta passe a ser o sujeito e não somente os sintomas mostrados nele, na sua fala, na voz, escrita. Assim, o paciente deixa de ser o culpado das alterações que não quer ter e o terapeuta passa a ser investigador de um processo que vai além da queixa.

Assim, com a psicanálise, cabe ao fonoaudiólogo estar disponível para a escuta tanto na dimensão da linguagem quanto na dimensão do sintoma e, então procurar respostas, na sua própria clínica, para o entendimento do motivo pelo qual o sintoma converteu-se em fala, o quanto o olhar no espaço da psicanálise pode ou não possibilitar uma escuta fonoaudiológica, visto que, sintoma para a fonoaudiologia tem um enfoque diferente daquele da psicanálise pois, quando transferidos para o campo fonoaudiológico, os conhecimentos da psicanálise já foram transformados, reinterpretados (cf. Orlandi, 2001).

Segundo Batista (2000), quando se atribui sentido a um sintoma de fala o terapeuta está realizando uma interpretação fonoaudiológica. Dessa forma, torna-se possível compreender tanto a fala como discurso quanto os fatores psicológicos envolvidos aí, pois a interpretação fonoaudiológica envolve a articulação entre linguagem, representações simbólicas corporais e psiquismo. A técnica, portanto, utilizada pelos fonoaudiólogos que consideram os

pressupostos psicanalíticos, é a interpretação fonoaudiológica alicerçada a partir dessa articulação.

A interpretação fonoaudiológica associada às técnicas fonoaudiológicas, mais as regras de privacidade do paciente, normas de regularidade e a capacidade do terapeuta em acolher conflitos configurará um *setting* que será próprio da fonoaudiologia.

Para Cunha (2002, p. 324)

o material clínico que o terapeuta dispõe para intervir interpretativamente é a representação que o cliente faz da vida real na situação terapêutica. E o *setting* é a condição para a viabilização e manutenção dessa possibilidade que é, em última análise, a expressão da subjetividade.

2.3.1 Da Lingüística Para a Fonoaudiologia

A dificuldade de escrever sobre a lingüística e suas relações e contribuições para a prática clínica, seja ela para com a medicina, a fonoaudiologia e outras que estão postas, está no pensar a sua longínqua história e na escolha daquilo que cabe neste espaço apresentar para a compreensão do nosso percurso teórico, direcionado para o pensar a singularidade da clínica fonoaudiológica.

Não queremos negligenciar a história da lingüística e parecer que não nos aplicamos para o entendimento da importância da dicotomia língua-fala, inaugurada por Saussure com o *Cours de Linguistique Générale*, de 1916 ou, o entendimento da *Gramática Gerativa* demonstrada por Chomsky (1965, 1984). Porém, realizamos um percurso teórico que favorecesse a compreensão de como a aplicação dessas teorias têm se apresentado e funcionado na clínica que queremos compreender.

A clínica fonoaudiológica, na sua origem, aproximou-se da lingüística ao apoderar-se dos referenciais teóricos do estruturalismo e da Gramática Gerativa, que têm a língua como entidade abstrata e ideal, realizando o seu estudo voltado aos aspectos fonológico, morfológico, sintático e semântico; a Gramática Gerativa compreende a língua como uma capacidade inata do indivíduo, sendo este portador de uma gramática universal a qual herda geneticamente – neste espaço a linguagem é considerada herança inata.

Barros (2004) afirma que,

enquanto prática de reabilitação, a fonoaudiologia, num perfil da área paramédica, foi condicionada à figura do médico. A Medicina e a Psicologia, ciências estabelecidas e já consolidadas, legitimaram “a doença da linguagem” propondo uma conduta corretiva (p.15).

O que corrobora para a idéia de que a fonoaudiologia iniciou a sua prática e a construção do seu referencial teórico pautada em ideais corretivos é o estudo realizado por Berberian (2001), que encontra a formulação desse campo de conhecimento fundamentada em referenciais lingüísticos do estruturalismo, em meio ao movimento político da década de 1920, que visava a eliminação das diferenças sociais aparentes na língua nacional, caracterizando a fonoaudiologia como “profissão” responsável por práticas corretivas da fala.

Assim, o fonoaudiólogo, compreendendo a linguagem como estrutura, desenvolvia seu trabalho perseguindo a possibilidade de caracterizar e descrever as patologias da linguagem. Sua atuação estava intimamente ligada às idéias de correntes teóricas como o inatismo e o estruturalismo. Esta prática é comumente nomeada de clínica tradicional ou tradicional-hegemônica. Após a década de 1970, a visão da linguagem como comunicação foi transformada, e a fonoaudiologia começou a questionar os conceitos de sujeito e linguagem

adotados na medida em que a Lingüística avançava em suas reflexões, dando ênfase ao sujeito no processo de desenvolvimento da linguagem e ao da língua. A este modo de prática clínica chamaremos de clínica discursiva.

Utilizaremos aqui a caracterização oferecida por Zaniboni (2007) para a prática fonoaudiológica *tradicional-hegemônica* –

trata-se dos estudos que, fundamentados essencialmente na literatura médico-biologicista, com princípios normativos e corretivos da linguagem, tem suas idéias e seus ideais predominando e perdurando frente a outras propostas teóricas. São aqueles estudos que, fundamentados em concepções positivistas de (se) fazer ciência, preocupam-se em apresentar métodos empírico-objetivos para avaliar, quantificar e, assim, generalizar a forma de funcionamento da linguagem ... (Zaniboni, 2007 p. 13).

Diferentes autores produziram materiais demonstrando sua preocupação com a manutenção dos ideais médicos patologizantes e para com o apagamento das especificidades daquilo que torna o homem sujeito no mundo, como Bolaffi (1994) e Lacerda (1995) que pensam as condições de avaliação e terapêutica da produção de leitura e escrita de crianças; Santana (1999), que estudou as condições de produção da escrita por sujeitos afásicos; Nós (Barros, 2004), que nos preocupamos em pensar a escrita como instrumento terapêutico sob a luz da Análise de Discurso; Bordin (2006), Zaniboni (2007), Fedosse (2008), Labigalini (2009) e Navarro (2009), refletindo sobre as formas de pensar o sujeito cérebro-lesado sob a luz da Neurolingüística Discursiva.

Zaniboni (2007) descreve esta outra forma de pensar a teoria e a prática fonoaudiológica que vem sendo realizada e difundida academicamente em espaços fundamentais de elaboração teórica no Brasil, como os grupos de estudos do Centro de

Convivência do Afásico do IEL¹⁷ – na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com a coordenação de *Coudry*¹⁸; grupos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) sob a luz da teoria de *de Lemos*¹⁹; e na Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília e de São José do Rio Preto sob orientação de *Chacon*²⁰. Estes teóricos relacionam seus estudos a uma abordagem discursiva, seja no estudo das condições clínico-lingüísticas de sujeitos cérebro-lesados, seja na compreensão de sujeitos com alteração de fala na somatória da teoria da aquisição da linguagem. Pensam o sujeito...

a partir do funcionamento da sua linguagem, que perde a conotação essencialmente patológica e ganha outra acepção. Isto é, o que até então a literatura especializada chama de patológico, a Neurolingüística Discursiva compreende como processos de significação utilizados na tentativa de garantir a efetividade do brincar na e pela interlocução. Além disso, essa fundamentação teórica traz uma prática que dedica atenção à relação entre significação, subjetivação e episódio neurológico, o que permite compreender as realizações da linguagem como acontecimentos lingüísticos (Zaniboni, 2007 p. 15).

A esta prática clínica que se preocupa com aquilo que é do sujeito, da subjetividade e dos sentidos chamaremos de *clínica discursiva*.

Em cada uma dessas práticas está alçada uma diferente lingüística. Paul Henry (1992) destaca que em lingüística “perfilam-se concepções diferentes do que se entende por ciência em geral e o que se entende por cientificidade na lingüística em particular ... O lugar atribuído ao sujeito nas teorias lingüísticas comanda a posição tomada com relação ao sentido, naquilo que se entende por língua” (p. 113).

¹⁷ IEL – Instituto de Estudos da Linguagem.

¹⁸ Maria Irma Hadler Coudry.

¹⁹ Claudia T. G. de Lemos.

²⁰ Lorenzo Chacon

Assumindo a contribuição de Henry (1992), pensamos que a escolha (político-ideológica) e o assumir a posição da clínica tradicional-hegemônica ou da clínica discursiva está pautada sob o modo de se perceber a língua, a linguagem e o sujeito.

É comum ainda observarmos na produção teórica de profissionais que se propõem a pensar a prática terapêutica a não diferenciação entre língua e linguagem, assumindo a sua confusão como verdadeira, edificando a sua prática sobre essa frágil base teórica.

Segundo Baptista (2000), na atualidade, os fonoaudiólogos compreendem (ou deveriam compreender) que o encontro entre fonoaudiologia e lingüística deve ser mais do que mera aplicação teórica da Lingüística na clínica fonoaudiológica, pois o contrário impossibilita o exercício de refletir questões próprias da clínica. Segundo a autora, na literatura pode ser encontrada duas versões sobre a reflexão da clínica fonoaudiológica embasada na lingüística. Uma delas é a contribuição teórica do sóciointeracionismo e da aquisição da linguagem. Nessa abordagem, o surgimento da linguagem tem como principal fator a atividade dialógica vivenciada entre crianças e adultos e é assinalada pela transmissão e partilha de conhecimentos. A linguagem, neste caso, é considerada responsável pela constituição do sujeito. Linguagem esta que é a grande questão do humano. É o que o diferencia o homem do animal (Henry, 1992).

2.3.2. Análise do discurso

Na busca pela materialidade da ideologia, Michel Pêcheux (1969) pensa o discurso deslocando a relação língua e fala saussureana para a de língua e discurso. Pêcheux dirá que a materialidade da ideologia é o discurso e a do discurso é a língua. Daí seu encontro com a

lingüística. Em fins da década de 1960, Pêcheux contribui para a constituição de uma nova disciplina, a análise do discurso. Pêcheux visava uma transformação da prática nas ciências sociais, uma transformação que poderia fazer desta prática uma prática realmente científica (Henry, 1997).

Michel Pêcheux (1997, 1998, 1999) ao questionar sobre a cientificidade das disciplinas que se pretendiam ciência vai, na sua reflexão, desconstruindo a psicologização, a logicização e a sociologização das teorias lingüísticas. O autor tem no aparecimento da psicanálise (anti-psicologista), na retomada da teoria marxista e na Lingüística o espaço próprio para formular a Análise de Discurso. O discurso para Pêcheux é o efeito de sentidos entre locutores. Reintroduzindo na relação com a língua o sujeito e a situação, para ele o discurso “é o lugar teórico em que se intrincam literalmente todas suas grandes questões sobre a língua, a história e o sujeito” (Maldidier, 2003, p. 15).

A Análise de Discurso não trata a língua, bem como não trata a gramática, embora tanto a primeira quanto a segunda sejam de seu interesse. “Ela trata do discurso. E a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, percurso, de correr por, de movimento.” (Orlandi, 2000, p. 15)

Pêcheux considera o sujeito nas teorias da linguagem via psicanálise e ideologia. Para a nova concepção – a Análise de Discurso, a idéia de assujeitamento do indivíduo é uma das noções mais expressivas (cf. Barros, 2004). Considera que todo indivíduo afetado pela língua é interpelado pela ideologia para constituir-se em sujeito, o que revela a forma sujeito histórica. É também aí, no assujeitamento à língua, historicamente vivida e acontecida que se dá a subjetivação, o indivíduo significando e sendo significado na medida em que as relações discursivas e os sentidos são mobilizados.

A Análise de Discurso visa fazer compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando assim os próprios gestos de interpretação que ela considera como atos no domínio simbólico, pois eles intervêm no real do sentido. A análise do Discurso não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação (Orlandi, 2000, p.26).

Um objeto simbólico está sempre investido de significados pelos sujeitos que se relacionam, e a Análise de Discurso busca compreender como ele está investido, como um objeto simbólico, produzindo sentido. A busca dessa compreensão se dá via interpretação.

Esta é uma área ainda pouco conhecida por fonoaudiólogos. Poucos autores, nesse campo de conhecimento, articulam seus referenciais teóricos com a disciplina do discurso. Hoje podemos citar os trabalhos de Azevedo (2000, 2009), Ferrioli (2002), Barros (2004) e Navarro (2009) que buscam a Análise de Discurso como dispositivo teórico e não apenas como dispositivo analítico para reflexão da sua prática. Porém, na leitura de alguns desses textos, podemos encontrar elaboração teórica paradoxal “que acaba por afetar diretamente aquilo que se pretende prático”²¹ (Barros, 2004 p.36).

Falar no interior/no espaço da Análise de Discurso em um campo do conhecimento que há pouco fez seu primeiro contato com ela não é tarefa fácil. Compreender e aceitar a forma com que a Fonoaudiologia percebe as alterações da linguagem com os instrumentos da Análise de Discurso pode ser, inicialmente, incômodo, uma vez que vimos percorrendo um caminho que privilegia aquilo que é palpável na clínica médico-terapêutica (cf. Foucault, 2003). Apesar de a Análise de Discurso combater a psicologização dos processos, tornando

²¹ Em trabalho anterior (Barros, 2004), pudemos analisar alguns desses textos, o que contribuiu para compreendermos a importância de conhecer adequadamente um dispositivo teórico para então assumi-lo como possível na sua construção teórica e/ou em sua prática terapêutica.

seu fazer mais concreto do que o “pensar subjetivamente”, não faz com que a aproximação com as suas idéias ser mais fácil.

Com base na história da fonoaudiologia, desde o seu advento até os dias atuais, podemos afirmar que abdicar do confortável²² para o trabalho clínico, isto é, daquilo que faz parecer de que somos capazes do controle do que dizemos, não é simples²³.

Aqui, conforme formulamos anteriormente, pensamos a fonoaudiologia como uma disciplina de intersecções, inicialmente transferindo instrumentos de outras ciências, significando para o seu próprio fazer, com as idéias da medicina para o trabalho com o corpo, da psicologia para o trabalho com a subjetividade e também com o conhecimento e os instrumentos da lingüística para o trabalho com a língua. Porém, ainda percebemos que a união dessas idéias tem sido utilizada para a elaboração de técnicas que proporcionam perceber um homem/sujeito fragmentado, recortado, com marcas específicas da divisão dos territórios, uma vez que estas clínicas apresentam materialidades epistemológicas, físicas, simbólicas e práticas diferentes. Assim, pensamos que a reflexão que propomos aqui é urgente, uma vez que podemos perceber que, no campo de conhecimento fonoaudiológico, ainda não se reflete sobre o que pode lhe ser próprio quando do uso de instrumentos para pensar o seu objeto e os seus métodos de atuação.

Como toda clínica, a clínica fonoaudiológica tem suas especificidades²⁴. Porém, a clínica fonoaudiológica que identifica e mobiliza estruturas filosóficas e ideológicas do espaço

²² Indicamos como confortável a clínica das mensurações, da atenção àquilo que é palpável.

²³ Não estamos dizendo aqui que há maior ou menor importância em atender as necessidades de linguagem sobre as necessidades fisio-anatômicas de um sujeito em processo terapêutico fonoaudiológico. Não negamos as diferentes áreas de atuação da fonoaudiologia.

²⁴ Como vimos no item 2.3.

teórico e analítico da Análise de Discurso, como a produzida por Pêcheux e Orlandi, chamaremos de *clínica do discurso*²⁵.

É preciso enfatizar que a contribuição da Análise de Discurso para a clínica fonoaudiológica não a transforma em método clínico. Esta clínica do discurso que aqui apontamos tem sua prática na fonoaudiologia mobilizando dispositivos teóricos e analíticos da Análise de Discurso, que contribui, primeiramente, para se pensar o sujeito e, posteriormente, para pensar as articulações necessárias para a sua terapêutica.

O sujeito, para a Análise de Discurso, é afetado pela língua, assujeitado à ideologia e determinado historicamente. É neste movimento de interpelação que o homem se subjetiva, se significa, isto é, se torna sujeito em constante movimento e transformação. Está marcado aqui, como entendemos, o processo de individuação do sujeito pelo Estado, tornando-o posição-sujeito político.

Para as finalidades do nosso trabalho, interessa-nos pensar o Estado individuando o sujeito através da *Instituição Clínica*. Como pudemos discutir anteriormente²⁶, a ideologia está funcionando neste processo através do mecanismo da *formação imaginária*, pela qual o sujeito projeta posições sujeitos e se identifica com as formações discursivas que circulam num campo de significação próprio dos sentidos da clínica. Já individuado pelo Estado, através da clínica como *equipamento urbano ideológico*, o sujeito passa a ser posição-sujeito paciente.

Nesta clínica, enquanto equipamento urbano ideológico, a língua é a materialidade específica do discurso e a materialidade específica da ideologia é o discurso, como é para a Análise de Discurso. A língua carrega em si não somente uma carga estrutural para a

²⁵ Esta é uma definição nossa para a clínica fonoaudiológica pensada sob os fundamentos teóricos e analíticos da análise de discurso. Não é a mesma clínica que Zaniboni (2007) chama de clínica discursiva.

²⁶ Ver Parte I.

comunicação, mas também os sentidos dos dizeres. Sentidos estes que não podem ser controlados pelo homem (cf. Orlandi, 2001).

Conforme Barros (2004),

O modelo terapêutico até então utilizado [na prática tradicional-hegemônica]²⁷ apontava para uma prática despersonalizada, que noticiava uma terapêutica previamente determinada...

Com a consideração destas noções (entre outras) que são mobilizadas na clínica do discurso, não há como determinar previamente o que acontecerá no processo terapêutico, uma vez que o discurso, que se materializa pela língua, é estrutura e acontecimento (cf. Pêcheux, 1997). É estrutura porque há o real da língua manifesto nas suas regras e no que está posto como sentido estabilizado, e é acontecimento por se inscrever numa relação entre atualidade e memória. Neste sentido, é necessário que o terapeuta esteja disposto a utilizar e formular instrumentos que permitam a sua atenção na produção de sentidos àquele processo terapêutico, àquela sessão terapêutica, àquele sujeito.

Assim, a interpretação desses sentidos – “definido não como algo em si mas como ‘relação a’, segundo Canguilhem (1980)” (Orlandi, 2000 p.25) – se dará na própria construção do dispositivo teórico acerca daquilo que se pretende compreender. Nesta situação, o processo terapêutico se dará no que é próprio do acontecimento do discurso.

²⁷ Inserção nossa.

III SOBRE A SINGULARIDADE DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

Os instrumentos científicos não são feitos para dar respostas, mas para colocar questões.

(Henry, 1997 p.36)

Em meio ao percurso dos estudos para a compreensão da singularidade da clínica fonoaudiológica, adentramos num espaço que nos impulsionou para a discussão do seu objeto de intervenção. Se há, como refletimos com Foucault (2003), a determinação do objeto da medicina pela sua prática – a doença, e se há nas discussões prementes acerca da inauguração da psicologia com Freud e Lagache, como dissemos nos primeiro e segundo capítulos, e tendo essas duas disciplinas importante presença nas condições de produção da fonoaudiologia, qual é esse objeto que permite a inferência de ferramentas e instrumentos para a sua prática clínica?

Retomamos Berberian (2007) ao nos voltar para a história recente de inauguração da Fonoaudiologia, ou anteriormente, na passagem do séc XIX para o séc XX quando foram elaboradas políticas para padronização e normatização da língua nacional. Por imposição do Estado, que reuniu especialistas para analisar as condições de uso da língua pelos falantes, finalizando em um diagnóstico que tomou a não padronização da língua como uma situação de “doença social” (cf. op cit), passa a acontecer na escola – instituição escolhida pelo Estado como espaço ideal para esse fim – o processo higienizatório da língua. Foi este um movimento pedagógico-reabilitador para a re-educação daqueles que provocavam desconforto na sociedade culturalmente privilegiada. É inaugurada, aí, uma prática reabilitadora que tem, neste momento, uma determinada configuração desta atuação, conforme apresentamos no quadro 2:

Anterior à promulgação da Lei 6965/81	Espaço da Escola	Sujeito de Intervenção	Aluno
		Profissional	Professor
		Objetivo de Intervenção	Prática pedagógica-reabilitadora
		Objeto de Intervenção	Língua

Quadro 2 - Configuração da prática pedagógico-reabilitadora em funcionamento no espaço da escola na passagem do século XIX para o século XX.

Foi a partir de uma demanda prática, da formulação de condições técnicas para o ensino da língua, com a preparação de professores que se voluntariaram para aprender a solucionar os problemas dos erros na fala dos alunos que ensinavam, que se deu a elaboração da proposta do primeiro curso de fonoaudiologia do Brasil na década de 60.

Com a elaboração do curso de fonoaudiologia e a promulgação da profissão pela Lei 6965/81, houve não somente uma mudança da localização dessa prática reabilitadora em termos físicos – da escola para a clínica, mas de maneira importante e significativa, a provocação de um movimento de deslocamento dos sentidos dessa articulação. Vejamos o quadro 3:

Posterior à promulgação da Lei 6965/81	Espaço da Clínica	Sujeito de Intervenção	Paciente
		Profissional	Fonoaudiólogo
		Objetivo de Intervenção	Prática clínico-científica-reabilitadora
		Objeto de Intervenção	Corpo-Sentido

Quadro 3 - Configuração do espaço clínico-científico-terapêutico após a promulgação da Lei 6965/81.

Relacionando os quadros 2 e 3 temos apontado o deslocamento de todas as noções desta prática. Como espaço de intervenção, ao invés da escola a clínica se torna lugar próprio para esta prática, e são estes espaços ideológicos diferentes, numa relação de força, que provocam a re-formulação dos sentidos da sua forma material.

A *escola*, instituição afetada ideologicamente pela força do Estado, é lugar de ensinar e aprender, na qual são sujeitos o professor e o aluno. Neste espaço, foi possível a realização de uma prática pedagógica que, por imposição do estado, objetivava a adequação²⁸ do uso da língua nacional pelos alunos que frequentavam a escola. O *aluno*, neste espaço, sofreu a ação da *prática pedagógica-reabilitadora higienizadora* pelo *professor*, que interviu sobre a *língua* enquanto unidade de uma nação.

De outro modo, no espaço da *clínica* os sujeitos não são posição aluno ou professor, mas posição sujeito paciente que sofre intervenção *clínico-científica-reabilitadora* de um profissional *fonoaudiólogo* – posição sujeito terapêuta, que intervém sobre um objeto clínico.

Está marcada, neste lugar, uma articulação entre o simbólico e o político. Os sujeitos – enquanto posição sujeitos, afetados pelos discursos sobre eles – ‘um aluno é...’; ‘um paciente é...’, têm estabelecido sobre si forças ideológicas e políticas que atravessam a sociedade e a história (cf. Orlandi, 2011).

Temos que o sujeito inicial dessa atuação prática (posição sujeito aluno) é diferente do sujeito pensado na clínica – posição sujeito paciente. Este sujeito inicial é o aluno que, na reinvenção do seu espaço de atuação – da escola para a clínica – passa a ser paciente. Como já dissemos, esta não é apenas uma mudança simples de denominação. Modificam-se os sentidos

²⁸ Referimo-nos ao período indicado por Berberian (2007). Passagem do Século XIX para o Século XX,

acerca deste sujeito, pois pensamos haver, conforme orienta Orlandi (2009), a interpelação do sujeito pelo Estado via Instituição/Ideologia²⁹.

Os sentidos que circulam na Instituição Escola são próprios desse espaço, estabilizados pelo trabalho da memória discursiva. Neste espaço, o aluno é o sujeito que aprende para a sua formação acadêmica e que sofre intervenção pedagógico-reabilitadora porque fora procurado e apontado como desviante das normas lingüísticas na escola. Por outro lado, o paciente, que ocupa o espaço da Instituição Clínica, é aquele que sofre a intervenção de cura, de cuidado, de reabilitação e que procura por intervenção profissional. Enquanto o primeiro é afetado pelos sentidos da educação higienizadora, o segundo é afetado pelos sentidos da dicotomia saúde-doença.

Em nosso trabalho, compreendemos a escola e a clínica mais do que lugares que podem ser referidos na cidade. Para nós, estas são Instituições afetadas ideologicamente pelo Estado e apresentam formas materiais singulares. É esta uma relação entre o simbólico (o que representa e significa) e o político. E são formas materiais singulares por apresentarem estas relações.

Isso porque não se pode pensar ideologia sem se pensar materialidade (cf. Orlandi, 2007)³⁰, ideologia esta que também interpela o indivíduo em sujeito, individuando em posição-sujeito. Para compreendermos a noção de forma material para a discussão da sua afetação sobre os sentidos de escola e clínica, é necessário que apontemos a existência de diferenças entre as idéias de lugar e espaço. Para a Análise de Discurso, que se põe para o estudo sobre o discurso urbano toma *lugar...*

²⁹ Conforme discutimos na Parte I deste trabalho.

³⁰ Durante reunião de Trabalho de Grupo DICIT, no Laboratório de Estudos urbanos (LABEUB). Discussão sobre a noção de *materialidade*, fazendo referências às idéias de M. Pêcheux.

como local referencial na cidade, que não chamamos de lugar físico pelo fato de trabalharmos sempre com a forma material, isto é, não há separação entre forma e conteúdo. No caso do sujeito que diz, pensamos lugar como a posição discursiva da qual ele produz seu dizer que, por sua vez, é trespassada pela memória de um espaço discursivo. Lugar não é o mesmo que *espaço* ... Pensar discursivamente o espaço é refleti-lo enquanto um lugar atravessado pela memória, atravessado por um conjunto de gestos de interpretação, é onde o sujeito se inscreve historicamente, tomando sentidos. (Pfeiffer, 2002 s/p).

	ESCOLA	CLINICA
Objeto de Intervenção	Língua	Corpo-Sentido
Sujeitos	Aluno e Professor	Paciente e Terapeuta
Layout	Sala composta de mesas, cadeiras, estante.	Sala composta de mesa, cadeiras, estante, maca.
Instrumentos e Ferramentas	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa do Professor - Mesa do aluno - Cadeiras - Quadro Negro - Giz - Apagador - Mimeógrafo - Papel - Lápis - Caneta - Borracha - Cola - Tesoura - Livros - Brinquedos 	<ul style="list-style-type: none"> - Otoscópio - Audiômetro e outros aparelhos para diagnóstico auditivo e vestibular - Descartáveis (luvas, abaixador de língua, gaze, lençol de papel) - Caneta - Lápis - Papel - Borracha - Cola - Tesoura - Jogos de entretenimento e didático - Filmes - Livros - Brinquedos - Gravador de voz - Filmadora - Espelho - Massageador Facial - Aparelho de som - Máquina fotográfica - Computador - Impressora
Imagens dos Ambientes		

Quadro 4 - Quadro demonstrativo das evidências da Instituição Escola e da Instituição Clínica.³¹

³¹ As imagens foram retiradas da internet.

O quadro 4 (acima) mostra algumas das diferenças materiais (seus instrumentos) que, num gesto de interpretação daquele que os utiliza, significa os seu *status* de espaço (escolar ou clínico), singularizando-o.

É na forma material desses espaços que estão inscritos seus conteúdos históricos e ideológicos (cf. Orlandi, 1999). Neles, acontece também o trabalho da “dimensão imaginária no discurso” (discurso como materialidade da ideologia, cf. Orlandi, 1996a) que implica na “remissão de forma direta à realidade” (idem p.32), funcionando de maneira a fazer parecer que “a coisa” a significar relaciona-se diretamente com o mundo da forma que parece ser. Este é o efeito da evidência dos sentidos.

Isso aponta para uma situação própria dos acontecimentos em uma escola e dos acontecimentos em uma clínica. A forma material de cada uma, ou seja, os sujeitos que a compõem, seus objetos de intervenção, os instrumentos e as ferramentas disponíveis para a ação do sujeito e a sua apresentação no espaço (*layout*) caracterizam e significam o ambiente institucional e, somente significam dessa maneira por haver a afetação da própria instituição sobre o que lhe compõem, num movimento de retorno aos sentidos, ao já dito. Não podemos esquecer que a ideologia atravessa os sentidos desses/nesses espaços, ao passo que atravessa os sujeitos. Não há separação temporal para que um seja afetado antes ou depois do outro. Isso tudo está no funcionamento do discurso – estrutura e acontecimento.

Pensamos que é por isso tudo que, ao nos dar de encontro com as imagens dos ambientes escola e clínica, disponíveis no quadro 4, sofreremos uma força (ideológica) para uma interpretação que considera os sentidos já estabilizados para cada um desses espaços. Mesmo que estas imagens não estivessem claramente posicionadas e nomeadas como ambiente de sala de aula ou ambiente de terapia fonoaudiológica, seríamos capazes de distingui-las.

Neste gesto de interpretação está funcionando os sentidos de sujeito, situação, memória discursiva, ou seja, de *condições de produção* e de *ambiência*. Estes espaços – o da escola e o da clínica são, para nós, forma material, constituída de espaços físicos, formais, instrumentais que, constituem uma

dimensão significativa, onde se juntam o físico e espacial (material) e o humano, o simbólico e o político. Ou seja, é aí que a questão do espaço se articula à do sujeito, à memória, em termos da significação. O modo de se significar um espaço vai de par ao modo como são significados os sujeitos desse espaço. [**Como são individuados em seu cotidiano**]³² (cf. Orlandi, 2009 p.225).

São todas essas evidências e, o dispositivo teórico que aqui mobilizamos para a interpretação dessas condições, que nos permitem afirmar, então, que não é possível que uma prática reabilitadora científico-terapêutica seja realizada no ambiente da escola, assim como, que a prática pedagógica aconteça em ambiente clínico. Em especial, pelo deslizamento dos sentidos que circulam sobre os sujeitos que ocupam esses espaços e dos objetos de intervenção de cada uma dessas práticas: na escola, o aluno, enquanto posição sujeito aluno aprende, e na clínica, o paciente, enquanto posição sujeito paciente é terapeutizado, clinicado.

É pelas condições de produção que lhe são próprias e pela ambiência, que permite a compreensão do espaço da clínica como um espaço de significação (cf. Orlandi, 1999), como um espaço ideológico significando as condições de produção da prática terapêutica reabilitadora.

Enquanto instituição que ocupa lugar próprio na cidade, a clínica está atravessada de sentidos que materializa, na língua, o discurso sobre a clínica ao passo dos acontecimentos sociais. São discursos formulados histórica e politicamente na relação com os acontecimentos

³² Grifo nosso.

da cidade, isto é, na relação estabelecida entre os sujeitos que dizem sobre a clínica, que contam histórias e suas experiências na clínica, que vêm em outro sujeito a necessidade de procura por uma determinada clínica. Está atravessando, aí, uma memória discursiva numa dada atualidade que passa a significar e a re-significar o simbólico desta instituição.

Vimos que a clínica fonoaudiológica origina-se como profissão prática que se transforma em disciplina, e a construção da sua dimensão teórica que justifica e fundamenta a sua prática tem sido fomentada desde quando ocupou o espaço da escola (ver quadro 5, abaixo).

Considerando as condições ideológicas que afetam as instituições no espaço da cidade, assim como a escola, a clínica é também um lugar simbólico que, ocupado por sujeitos (político-social), produz sentidos em uma relação determinada com a história (cf. Orlandi, 2009; Silva, 1999). Ao pensarmos no advento de uma prática pedagógica-reabilitadora no espaço simbólico da escola, as relações existentes entre as disciplinas que ali se puseram a fundamentar, através de interpelação ideológica, afetam a interpretação dos instrumentos transferidos à fonoaudiologia e incidem sobre esta interpretação, também os sentidos da disciplina filosofia da educação, que discorre sobre as condições de existência do homem.

Se inicialmente, para a formulação da fonoaudiologia como profissão, temos o transporte de instrumentos da medicina para a prática com o corpo, da lingüística para o trabalho com a língua, da psicologia para o tratamento de comportamentos desviantes, num espaço próprio de práticas pedagógicas (a escola), com a formulação do primeiro curso de fonoaudiologia³³ e com o avanço das discussões acerca da sua prática e posição legal³⁴ de

³³ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na década de 60.

³⁴ A Fonoaudiologia somente foi promulgada enquanto profissão em 1981 pela Lei 6965.

existência, enquanto disciplina científica a fonoaudiologia transfere para o seu corpo teórico-prático instrumentos que são re-significados, interpretados para um campo simbólico diferente daquele apresentado anteriormente à definição da profissão e do profissional fonoaudiólogo.

É a transferência de conhecimentos dessas outras disciplinas que permite à fonoaudiologia pensar e construir suas especificidades: especialidades, intervenções e lugares para a sua prática.

Anterior à promulgação da Lei 6965/81	Espaço da Escola	Sujeito de Intervenção	Aluno	
		Profissional	Professor	
		Objetivo de Intervenção	Prática pedagógica-reabilitadora	
		Objeto de Intervenção	Língua	
Posterior à promulgação da Lei 6965/81	Espaço da Clínica	Sujeito de Intervenção	Paciente	
		Profissional	Fonoaudiólogo	
		Objetivo de Intervenção	Prática clínico-científica-reabilitadora	
		Objeto de Intervenção	Corpo-Sentido	
Configuração da Clínica Fonoaudiológica na Atualidade				
Especialidade	AUDIÇÃO E EQUILÍBRIO	VOZ	MOTRICIDADE OROFACIAL	LINGUAGEM
Intervenções Fonoaudiológicas	Pessoas com déficit auditivo e/ou de equilíbrio de origem congênita, funcional, adquirida e Pessoas surdas.	Pessoas com alterações vocais de origem congênita, adquirida, funcional e/ou que buscam pelo aperfeiçoamento vocal.	Pessoas com alterações miofuncionais orofaciais de origem congênita, adquirida, funcional.	Crianças com atraso no aprendizado e desenvolvimento da fala; leitura; escrita. Crianças, jovens e adultos com alteração de fala; leitura; escrita. Pessoas com alteração neurológica de origem anátomo-funcional; funcional de origem congênita ou adquirida.
Instituições	- Clínica - Hospital - Empresas - Escola - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Hospital - Igreja - Empresas - Escola - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Hospital - Equipamentos públicos de saúde	- Clínica - Escola - Equipamentos públicos de saúde

Quadro 5 - Quadro comparativo entre as duas fases de elaboração da prática fonoaudiológica e da configuração da Clínica Fonoaudiológica na atualidade.

Como lugares para a sua prática, a fonoaudiologia descobre, ainda, outras instituições possíveis como espaços de intervenção – hospital, empresas, escolas e equipamentos públicos de saúde. Porém advertimos que a prática em cada uma destas instituições difere em função dos espaços físicos e simbólicos que ocupam.

Lembramos aqui que os nossos objetivos com este trabalho movimentam-se em torno da compreensão da significação da clínica fonoaudiológica. Por esta razão, não nos colocaremos na posição de discutir a prática fonoaudiológica em cada uma das instituições que esta disciplina instaura como lugar possível de intervenção.

Como forma de explicar a nossa afirmação de que a prática fonoaudiológica é diferente para cada instituição possível de intervenção, nos colocamos a compreender que há um deslocamento metafórico dos sentidos quando, ainda como prática pedagógica-reabilitadora, esta disciplina sai da Instituição Escola e passa a ocupar o espaço da Instituição Clínica.

Vejamos na imagem 2:



Figura 2 - Esquema das afetações ideológicas sobre os espaços escola e clínica

Assim como os instrumentos da medicina, da psicologia e da lingüística foram transferidos pela disciplina fonoaudiológica para um espaço que passa a lhe ser próprio – a clínica fonoaudiológica, os instrumentos da prática pedagógica realizada ainda na origem de uma prática reabilitadora são também transferidos para essa sua prática clínico-científica-reabilitadora. Porém, não cabem neste espaço da clínica os fundamentos pedagógicos fundamentados na filosofia da educação.

A filosofia da educação está no lugar de reflexão sobre os processos educacionais e pedagógicos para a formação do homem, sobre os valores que circulam no conjunto da teoria da educação e sobre os pressupostos dos conhecimentos “subjacentes aos métodos e procedimentos utilizados” (Aranha, 2006 p.25). Porém, o que é próprio da educação escolar, na Instituição Escola, é a Pedagogia e a Didática, que se posicionam para pensar a prática educacional a partir de lugares teóricos e práticos que refletem sobre os instrumentos e as ferramentas singulares para um acontecimento que se chama *aula*.

Nos sentidos permitidos pelas noções de forma material, de condições de produção e de ambiência, pensamos que os instrumentos transferidos da escola para a clínica objetivando a atuação fonoaudiológica não são realmente os mesmos. Se a prática de intervenção na escola é a aula, na clínica é a terapia. Na aula temos conteúdos elaborados a partir de currículos pré-definidos ou de currículos ocultos (cultura, valores etc), como define a pedagogia (Cf. Libâneo, 2009). Na clínica temos sessões terapêuticas pensadas a partir de uma pré-análise (avaliação) das condições do paciente.

	ESCOLA	CLINICA
Instrumentos e Ferramentas	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa do Professor - Mesa do aluno - Cadeiras - Quadro Negro - Giz - Apagador - Mimeógrafo - Papel - Lápis - Caneta - Borracha - Cola - Tesoura - Livros - Brinquedos 	<ul style="list-style-type: none"> - Otoscópio - Audiômetro e outros aparelhos para diagnóstico auditivo e vestibular - Descartáveis (luvas, abaixador de língua, gaze, lençol de papel) - Caneta - Lápis - Papel - Borracha - Cola - Tesoura - Jogos de entretenimento e didático - Filmes - Livros - Brinquedos - Gravador de voz - Filmadora - Espelho - Massageador Facial - Aparelho de som - Máquina fotográfica - Computador - Impressora
Imagens dos Ambientes	 	 

Quadro 6 - Recorte do quadro 4 retomando os instrumentos e as ferramentas da escola e da clínica e suas imagens.³⁵

Podemos observar nas imagens à direita no quadro 6, que correspondem a duas salas de consultórios fonoaudiológicos, as ferramentas e os instrumentos presentes em sala de terapia (destacados com setas amarelas) estão também disponíveis nas salas de aula. São eles: mesas e cadeiras infantis, quadro negro, brinquedos, livros, ilustrações coladas na parede. Porém, os gestos de interpretação quando do uso desses instrumentos na prática fonoaudiológica imprimem, nestes instrumentos e ferramentas, outros significados, fazendo deles instrumentos próprios da prática fonoaudiológica. É a interpretação que o profissional

³⁵ Imagens retiradas da internet.

faz desses instrumentos, voltados para a sua posição, posição sujeito fonoaudiólogo ocupando um espaço na clínica para agir sobre o seu objeto de intervenção, que transforma os sentidos desses instrumentos.

Já temos que, com o deslocamento do espaço da escola para a clínica, a fonoaudiologia ocupa um lugar que lhe é próprio por ter como prática a reabilitação terapêutica e transfere instrumentos da pedagogia para o seu interior, fazendo esses instrumentos próprios da sua prática.

Com esse novo funcionamento, a clínica fonoaudiológica é posta em paralelo a outras duas grandes clínicas que são partes integrantes da sua configuração. Há, portanto, nesta configuração, uma estrutura que lhe é singular. Não existe outra disciplina que tenha sido originada neste entremeio. Ilustramos este acontecimento com a figura 3:

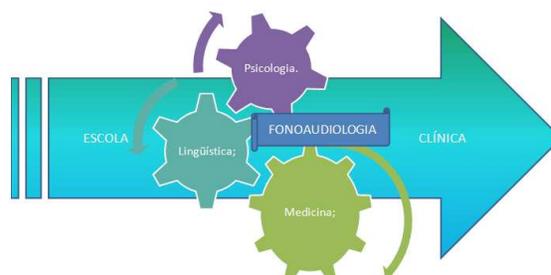


Figura 3 - Esquema demonstrativo da constituição da fonoaudiologia como disciplina clínico-científica reabilitadora.

A fonoaudiologia, na sua formação, não carrega simplesmente os conteúdos da medicina, da psicologia e da lingüística. Ela tem na sua estrutura fragmentos de cada uma delas deslocados e transformados para aquilo que é próprio do acontecimento da sua existência clínica. Como mostramos nos quadros 1 e 4 através da caracterização da clínica fonoaudiológica, há uma especificidade da sua atuação. Porém, de que maneira esta clínica,

ocupando um lugar simbólico na cidade, se diferencia da clínica médica e da clínica psicológica se, como vimos na figura 1³⁶, elas se confundem quando observamos, num primeiro olhar, seus ambientes. Estas clínicas se aproximam de tal modo que não somos capazes de identificá-las.

Para melhor compreendermos esse funcionamento que aproxima e afasta estas três clínicas, colocamos em evidência suas características (Quadro 8)³⁷.

A escolha por iniciar o quadro de caracterização das clínicas com a identificação dos objetos de intervenção³⁸ e dos sujeitos de cada uma delas não se deu por um acaso ou de maneira desinteressada. Acreditamos que os objetos de intervenção e os sujeitos dessas diferentes clínicas direcionam a elaboração e o uso das ferramentas e instrumentos de intervenção, assim como, a escolha de instituições passíveis às suas práticas, e os ambientes de trabalho.

Cunha (2000) nos orienta para a compreensão da relação da fonoaudiologia com conhecimentos científicos e saberes técnicos afirmando que “não há possibilidade de se fazer ciência fora do binômio sujeito/objeto” e que “as várias possibilidades de se fazer ciência decorrem das diferentes relações possíveis que se estabelecem entre sujeito e objeto” (p.04-05). A autora afirma que está na clínica o lugar da fonoaudiologia fazer ciência, e coloca como ponto fundamental, a compreensão da diferença entre método científico e método clínico:

O primeiro diz respeito à maneiras, aos caminhos pelos quais se constroem as teorias. O segundo é uma forma de ação: uma ação (sobre um objeto) que estabelece, “encarna” a relação teoria/prática... a natureza da ação é estabelecida pelo método, e a ação, propriamente dita, se efetiva por meio

³⁶ Pág. 19 deste trabalho.

³⁷ Pág. 112-114 deste trabalho.

³⁸ Observe-se que não estamos falando de objeto científico.

da(s) técnica(s) – um dos elementos do método clínico... - a relação entre: as teorias e as técnicas (idem, p.05)

Acrescentamos ao discurso de Cunha (op cit) a importância de se pensar os instrumentos das técnicas elaboradas e executadas no nível da ação sobre o objeto de intervenção. Eles são necessários para a aplicação das técnicas. Porém, sobre qual objeto se intervém na fonoaudiologia?

Ocupando um espaço próprio em paralelo às clínicas médicas e psicológicas, sendo o objeto da primeira a doença que incide no corpo humano e, da segunda, a subjetividade do indivíduo ou do sujeito em sofrimento psíquico, qual é o objeto de intervenção da clínica fonoaudiológica para o qual se elaboram tantas técnicas e se constroem instrumentos e ferramentas se há, na sua configuração, o acontecimento de divisões em campos de atuação, fazendo parecer que, para cada campo, há um objeto de intervenção diferente? E para quem?

A fonoaudiologia clínica pode ser separada em quatro áreas de especialização³⁹: audição e equilíbrio, voz, motricidade orofacial e linguagem (cf. apresentado no quadro 5)⁴⁰. São estas quatro especialidades voltadas para áreas de estudo que podem ser diretamente relacionadas ao corpo de *indivíduos*, ou *sujeitos* – fazemos aqui um alerta para que não se pense que, apesar de podermos relacionar todas estas áreas com lugares anátomo-fisiológicos do corpo humano (*audição e equilíbrio*: órgãos da orelha externa, média e interna e do sistema vestibulo-coclear; *voz*: órgãos dos aparelhos fonatório e respiratório; *motricidade orofacial*: órgãos do aparelho fonatório e digestório; *linguagem*: córtex cerebral, órgãos do sistema

³⁹ Referimos somente 4 áreas de especialização por considerarmos aqui somente as áreas clínicas. Não consideramos as áreas Fonoaudiologia Escolar e Fonoaudiologia em Saúde Pública. Estas duas especialidades são praticadas em espaços diferentes do espaço da clínica, e por essa razão, não nos colocamos para o estudo da sua singularidade.

⁴⁰ Página 93 deste trabalho.

motor, que o *corpo* é o objeto de intervenção da fonoaudiologia. Este é objeto da medicina clássica que, ao elaborar métodos e instrumentos para a ação sobre o corpo, descobre um novo objeto científico – a doença.

Partindo da afirmação de Cunha (2000) que não há clínica fora do binômio sujeito-objeto e da constatação que vimos fazendo ao longo do percurso desse trabalho do lugar da fonoaudiologia no espaço da clínica, nos colocamos a desvelar e compreender essa relação na clínica fonoaudiológica.

Logo abaixo, o quadro 8 apresenta como *paciente* da clínica fonoaudiológica o “indivíduo ou sujeito que procura por atendimento fonoaudiológico por apresentar queixas e questionamentos acerca da comunicação” e queremos apontar uma condição para se denominar este paciente como indivíduo ou como sujeito da clínica: o lugar teórico habitado pelo terapeuta.

Para nós, o paciente da clínica fonoaudiológica é *sujeito*. Assim o compreendemos porque ocupamos um lugar teórico (Análise de Discurso) que concebe que

“todo sujeito já é sujeito porque é interpelado pela ideologia, pela língua e pela história” numa “sujeição àquilo que é dos sentidos... é pelo assujeitamento à língua, na história, que o homem se subjetiva, significando e sendo significado na medida mesma em que as relações discursivas e sentidos são mobilizados” (Barros, 2004 p.57).

Este lugar de compreender o sujeito transforma a interpretação sobre o paciente, configurando a prática sobre o objeto de intervenção. Ou seja, a prática terapêutica é transformada pela força teórica anteriormente mobilizada. É esta uma prática que só existe

através de uma ideologia e só há ideologia por e para sujeitos” (cf Althusser, s/d⁴¹ apud Henry, 1992 p.23).

Dessa forma, a escolha da denominação do paciente enquanto indivíduo ou sujeito implica no comprometimento teórico, analítico e prático com um ou outro espaço teórico, pois são estas noções que alicerçam as disciplinas científicas, assim como, seus objetos de intervenção afetam a prática terapêutica.

Do mesmo modo, sem nos prolongar sobre cada um dos fundamentos das ciências humanas, pensamos que, neste processo de produção de conhecimento próprio da clínica, o terapeuta que se põe a pensar o paciente da sua clínica como indivíduo também habita teorias científicas que contém em seu substrato indícios que direcionam a sua prática. Porém, o objeto de intervenção não se modifica. O que muda em função das teorias científicas é o paciente (ver quadro 7, abaixo) sob as idéias de sujeito ou de indivíduo, transformando o modo de funcionar as teorias através dos métodos de intervenção.

Podemos observar, na apresentação que fazemos dos sujeitos teóricos-científicos de diferentes disciplinas, que há a consideração de um ou mais fundamentos para a indicação da natureza deste sujeito ou indivíduo: a ideologia e a história para o sujeito da Análise de Discurso, a cultura e as relações sociais para o sujeito do sócio-interacionismo, o inconsciente para o sujeito da Psicanálise, o comportamento humano na relação com o ambiente para o sujeito da teoria do desenvolvimento, a anatomia e a fisiologia sadias e doentes para o indivíduo da medicina e o ambiente com estímulos sobre o organismo humano para a mudança do comportamento para o indivíduo do behaviorismo.

⁴¹ L. Althusser, “Remarque sur une catégorie: procès sans sujet ni fin(s)”, p.70. Cf. indicado em Henry, 1992.

CORRENTE TEÓRICA	SUJEITO	INDIVÍDUO
Análise de Discurso	O sujeito é sempre já sujeito porque é afetado pela língua, pela história e pela ideologia. Este é o sujeito assujeitado, descentrado do seu poder sobre os sentidos. É o sujeito do discurso.	
Sócio-Interacionismo	O indivíduo se torna sujeito sob as influências da cultura e das relações sociais. Não há negação das condições biológicas e psicológicas do homem. O desenvolvimento e a aprendizagem do sujeito estão alicerçados sob o plano as relações, que tem na linguagem a possibilidade de acontecerem. Este é o sujeito bio-psico-social.	
Corrente médica		Compreende que o homem é dotado de condições anátomo-fisiológicas, e por esta razão, é capaz de falar, ouvir, compreender, tocar, sentir. Todas essas capacidades do corpo permitem os homens interagirem entre si.
Psicanálise	O sujeito é constituído de processos psíquicos que fazem aparecer no seu corpo sintomas de origem inconsciente. Este é o sujeito do inconsciente.	
Behaviorismo		Os Seres Humanos são determinados pelo ambiente. Para esta linha de estudo da psicologia, o comportamento humano é objeto de estudo e intervenção e dedica-se ao estudo da relação entre o indivíduo e o ambiente. O ambiente é responsável pelo estímulo sobre o organismo para o desenvolvimento da aprendizagem, enquanto as respostas são observadas no comportamento do indivíduo.
Teoria do Desenvolvimento	Esta área de conhecimento da psicologia estuda o desenvolvimento do seu humano, desde o nascimento até a idade adulta, em todos os seus aspectos: físico-motor, intelectual, afetivo-emocional e social. Para seu estudo, considera que o organismo (anátomo-fisiológico) influencia o comportamento ao mesmo tempo em que o comportamento influencia o organismo. São estes sistemas influenciáveis. Considera que o desenvolvimento precede a aprendizagem, o que tornou possível a elaboração de fases do desenvolvimento com a descrição de comportamentos característicos de cada uma das etapas pré-estabelecidas.	

Quadro 7 - Quadro de apresentação dos "sujeitos da ciência".

Devemos aqui nos lembrar a que se propõe a fonoaudiologia: à terapêutica do indivíduo ou sujeito que procura por atendimento fonoaudiológico por apresentar queixas e questionamentos acerca da comunicação (cf. quadro 8), através de métodos que possibilitem a “pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz” (Lei 6965/81).

O paciente que procura por atendimento fonoaudiológico será então submetido a práticas que visam a prevenção, a reabilitação e/ou o aperfeiçoamento das condições do seu corpo para a comunicação. Este não é um corpo – anatômico e fisiológico, e não é qualquer corpo – de qualquer lugar e espaço. Este é o corpo de um homem (indivíduo ou sujeito) que se relaciona com o mundo, que procura intervenção fonoaudiológica em espaço clínico próprio da terapêutica, para a adequação das condições anátomo-fisiológicas para a comunicação através deste aparato corporal, porém, incondicionalmente, sobre as considerações da relação deste corpo com o funcionamento da linguagem.

A linguagem é própria do homem, e isto o diferencia do animal (cf. Henry, 1992). Esta formulação – do homem em oposição ao animal - é uma máxima da compreensão das diferentes áreas da ciência. Conforme aponta Henry (op cit), a existência da linguagem, “invocada como apoio a uma irredutibilidade do humano à animalidade” (p.115) direciona para uma problemática dos estudos do homem (da linguagem) nas ciências humanas e nas ciências sociais, que chama de complementaridade, trazendo aos estudos das áreas o acontecimento de mais de um objeto de estudo científico. Henry (idem) resume esta condição com uma frase: “do humano, tudo aquilo que não é de ordem do psicológico, é social reciprocamente” (p.114).

O que para o autor é um problema – o hiato existente na relação do psicológico e do social, por tratar de compreender o lugar da lingüística para o estudo da linguagem –, para nós é necessário, pois nesta relação de complementaridade está a compreensão do sujeito e do objeto de intervenção⁴² da clínica fonoaudiológica, somados a um corpo anatômico e fisiológico (humano). Na fonoaudiologia o homem é um ser biológico, psicológico e social e, acrescentamos, afetado pela história e pela ideologia.

Pensamos que, independente da especialidade da clínica fonoaudiológica, é para o trabalho com a linguagem que a fonoaudiologia elabora a sua prática, de maneira intimamente relacionada ao corpo do sujeito (ou indivíduo). Em nome da prevenção, da reabilitação e/ou o aperfeiçoamento da *comunicação humana* (cf. Lei 6965/81). A capacidade e as habilidades de comunicação do homem são terapeutizadas para a adequação da sua existência no espaço social, para as relações na sociedade.

Pensamos que esta é uma singularidade da clínica fonoaudiológica. Esta clínica tem em sua constituição um sujeito e um objeto⁴³, que são próprios deste espaço, funcionando ideológica e praticamente e que independem da materialidade referida pelas especialidades fonoaudiológicas. Há um sujeito na clínica fonoaudiológica para a adequação das condições de um corpo-sentido⁴⁴ para significar comunicativamente. Sobre este objeto de intervenção são praticadas atividades elaboradas com objetivos específicos de cada área de especialização (conforme apresentamos com a figura 4 – abaixo).

⁴² Objeto de intervenção, e não do objeto científico fonoaudiológico.

⁴³ Objeto de intervenção.

⁴⁴ Elaboramos um sub-item neste capítulo para a compreensão do objeto de intervenção fonoaudiológica como *corpo-sentido*.



Figura 4 - Figura esquemática da atuação prática objetiva das especialidades fonoaudiológicas sobre o seu objeto de intervenção: corpo-sentido.

O especialista em voz poderá realizar práticas de adequação do sistema respiratório e vocal, assim como, das condições articulatórias para a expressão vocal. Na área de audição e equilíbrio o terapeuta poderá agir com mensurações audiológicas, com seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individuais para a facilitação da audição. Para a adequação das condições anatômicas e de funcionamento do complexo orofacial, o fonoaudiólogo selecionaria atividades para a isotonia muscular, massagens e estimulação de pontos e zonas motoras da face para a adequação anátomo-funcional da face para a fala e o especialista em linguagem poderá fazer a sua prática intimamente relacionada à estrutura e ao funcionamento da língua (enquanto entidade representativa de uma nação) pela leitura e pela escrita, para a adequação da comunicação escrita (compreensão e expressão comunicativas).

O desvelamento do objeto de intervenção fonoaudiológica encerra o problema com o qual a fonoaudiologia sempre se deparava ao discutir a sua singularidade enquanto disciplina prático-científica. A explicação sobre o seu objeto⁴⁵ tangenciava os objetos de intervenção da

⁴⁵ Objeto de intervenção.

medicina - o corpo para as práticas da audiolgia e equilíbrio, motricidade orofacial e voz, e da psicologia – a subjetividade para a prática na área de linguagem.

Consideramos que este acontecimento (do desvelamento do objeto de intervenção fonoaudiológica e da compreensão do sujeito da sua clínica) tem importância:

- por permitir que a prática fonoaudiológica seja elaborada para o sujeito da sua clínica, e não para o sujeito de outras clínicas, como vinha acontecendo desde o advento da promulgação da Lei 6965/81. Desse modo, os exemplos que oferecemos acima podem, sem qualquer impedimento, ser realizados com o mesmo sujeito-paciente, porque há um objeto da prática clínica que é comum a todas as áreas de especialização fonoaudiológica;
- por conferir à fonoaudiologia o status de disciplina prática-científica em condição de igualdade na relação com as demais clínicas científicas. Há um objeto e um sujeito para os quais se elaboram métodos, ferramentas e instrumentos;

3.1 Sujeito e Objeto de Intervenção Fonoaudiológica: corpo-sentido

Foi preciso percorrer um longo caminho teórico e analítico para reconhecer e compreender os lugares dos sujeitos e objetos das ciências, e dos sujeitos e objetos de intervenção das clínicas médica, psicológica e fonoaudiológica. Vimos que a fonoaudiologia não tem o corpo como objeto de intervenção, porque este é próprio da medicina clássica, e também não tem a subjetividade como objeto, porque este é próprio da psicologia.

Sabemos que o corpo humano, apesar da sua proximidade com o corpo do chimpanzé, apresenta anatomia e fisiologia próprias da espécie, porém é a linguagem que, permitindo a elaboração de um sistema de signos, faz com que os exemplares da espécie humana se reconheçam como homens.

Para o estudo dos fragmentos desse processo, como ciências estabelecidas historicamente, a medicina se coloca no lugar para o estudo do corpo, a lingüística se coloca para o estudo dos signos, a antropologia para o estudo dos processos de humanização, e a psicologia da subjetividade e dos processos de sofrimentos psíquico. Não há, assim, lugar para a fonoaudiologia, enquanto disciplina prática, se colocar para o estudo de um fragmento do homem. Ela é uma disciplina prática para a adequação das condições corporais para a comunicação.

É conhecendo e compreendendo os processos humanizatórios de um corpo, fundamentando-se em conhecimentos científicos de outras disciplinas, que a fonoaudiologia elabora a sua posição enquanto ciência e disciplina prática. Pensamos que, nestas condições, a fonoaudiologia atua na tensão entre o conhecimento das ciências com seus objetos e sujeitos científicos, e o seu próprio conhecimento, elaborado no interior da sua prática clínica, com sujeitos e objetos de intervenção próprios. Daí a necessidade de buscar em teorias da linguagem e do discurso, e teorias da medicina, a fundamentação para o seu método de intervenção.

Desse modo, temos que esta prática – fonoaudiológica – relaciona sujeitos e objetos, isto é, sujeitos científicos com sujeitos de intervenção e objetos científicos com objetos de intervenção. Os objetos e os sujeitos científicos fundamentam e direcionam a elaboração dos métodos de intervenção para um sujeito e objeto próprios da clínica fonoaudiológica.

Para nós, o sujeito da clínica fonoaudiológica é o “sujeito que (não)comunica”⁴⁶. É o paciente que busca por intervenção fonoaudiológica por apresentar déficit, alteração, dificuldade no processo comunicativo e estas alterações podem estar localizadas empiricamente no corpo do sujeito e/ou num nível simbólico e/ou significativo.

O homem é um Ser da linguagem, do simbólico, das relações. Para que o sujeito possa comunicar é preciso que ele considere (de forma consciente ou não) diversos aspectos: anatomia e fisiologia do corpo humano, a língua (estrutura e acontecimento), a audição, a fala (aspectos prosódicos, articulatórios etc), a voz (pitch, loudness, projeção etc), o interlocutor, o espaço que ocupa, as formas-sujeitos-históricas etc. Não é possível haver em situações de comunicação, enquanto condição de produção, separação de elementos que interdependem para a comunicação. Inclusive quando há a falta de qualquer um deles, ou quando há falhas no seu acontecimento.

Dessa maneira, reafirmamos a nossa posição de que é na relação de *complementaridade científica* que está a compreensão do sujeito e do objeto de intervenção da clínica fonoaudiológica, somados a um corpo anatômico e fisiológico (humano), constituindo um sujeito bio-psico-social para a fonoaudiologia. Porém, o seu objeto de intervenção não é uma somatória de elementos advindos de ciências e áreas afins, pois o pensamos no interior de uma clínica singular – a clínica fonoaudiológica.

Para nós, o objeto de intervenção da clínica fonoaudiológica é o corpo que significa, pois está investido de sentidos – *corpo-sentido*. Parafraseando Orlandi (2009), consideramos que o sujeito, como vimos, é individuado num mecanismo de interpelação do Estado pela

⁴⁶ O sujeito na busca da ilusão da transparência da linguagem (cf. Barros, 2004). Sob a perspectiva discursiva, esta linguagem funciona tanto para comunicar quanto para não comunicar. Porém, esta condição de linguagem será discutida em tempo oportuno.

ideologia, afetado pela língua e pela história em condições próprias de uma sociedade capitalista. Num modo de significar pela linguagem, ele simboliza em seu corpo marcas da relação com a sociedade. E é por existirem essas relações que acreditamos que tudo isso não pode ser pensado fora de suas condições políticas e ideológicas.

As condições políticas e ideológicas que referimos são as que circulam os sentidos da “boa comunicação”, ou seja, da ilusão da transparência da linguagem e dos sentidos que faz parecer aos sujeitos que aquilo que se diz é inteiramente compreendido por quem ouve (cf. Orlandi, 1996; Pêcheux, 1997^a). Funciona também a noção de imaginário,

que na relação discursiva, é um mecanismo dentro de uma conjuntura sócio-histórica e que faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas por relações de poder inscritas na sociedade (Barros, 2004 p.58).

Desse modo, temos que o sujeito é interpelado pela ideologia do bem-falar⁴⁷, da boa comunicação, numa sociedade regida por regras político-ideológicas que estabelece condições para que os sujeitos sejam considerados aptos ou não para ocupar lugares-sociais privilegiados cultural e economicamente.

Observe-se que não estamos afirmando aqui que uma ou outra alteração de comunicação acontece ou aparece no corpo do sujeito por ocasião da interpelação da ideologia do bem-falar⁴⁸, mas que este é um fator determinante para que este sujeito procure atendimento fonoaudiológico e não psicológico ou médico. Isto acontece porque este é o sujeito da clínica fonoaudiológica que, ao procurar por atendimento terapêutico

⁴⁷ Os trabalhos de Friedman (1994), importante autora sobre o tema *gagueira*, diferem do nosso por serem elaborados e pensarem a ideologia do bem-falar do lugar teórico da Psicologia Social e nós, da Análise de Discurso.

⁴⁸ Neste trabalho não objetivamos compreender as alterações em suas especificidades.

fonoaudiológico traz consigo o *seu corpo investido de sentidos*: da boa-má comunicação, do bom-mal falante, do sujeito-paciente que se subjetiva porque tem estabelecido relações de sentido únicas. Num gesto de procurar atendimento terapêutico fonoaudiológico, simboliza o desejo, a sua vontade de ruptura com esta forma de relação com a sociedade. É este corpo investido de sentidos o objeto de intervenção da clínica fonoaudiológica – o corpo-sentido.

Isto que chamamos de corpo-sentido, assim, não é o corpo como forma empírica, no qual se *localiza* o objeto de intervenção da fonoaudiologia. Corpo-sentido é o modo como o corpo significa num gesto discursivo (comunicativo).

De Souza (2010) aponta como o corpo – discursivizado corpo, ainda enquanto carne – apresenta sentidos como uma “presença de entremeio – que fica entre dois sujeitos” (p.03) (proposição elaborada a partir da leitura de Sartre) e pensa, como uma versão da leitura de Freud, que “o que seria individual e essencial no sujeito é a propriedade de ter sensações de que o eu é antes de qualquer coisa um ser corpóreo, derivando, em última instância, das sensações corporais, podendo-se considerá-lo como uma projeção do corpo” (p.04). A idéia (com Winnicott) de que o corpo (pensado numa biologia psicanalítica, como diz) é a “capacidade de existir”, é pensada posteriormente com Althusser (2007, apud De Souza, 2010 p.05) sob o efeito ideológico elementar “eu sou” – “indivíduo interpelado em sujeito pela ideologia”. É este um corpo-simbólico.

Sua materialidade se dá na individualização pelo Estado, na injunção ao Direito e no sentimento de ser alguém – um eu que é cidadão e vive sob os auspícios da lei. O efeito si-mesmo não é apenas da ordem “eu sou *um* eu”, mas sim da ordem “eu sou *este* eu”, “eu sou quem sou”, “sou o que sou” garantindo que a dependência inicial da carne tenha um representante existencial suficientemente engajado em si mesmo para não ser apenas um representante ideológico (um procurador da ideologia), mas sim um sujeito que é especialmente *ele mesmo* (já apagado o efeito ideológico elementar) (De Souza, 2010 p. 06).

Pensamos que a clínica fonoaudiológica é o espaço de se pensar, de compreender e de intervir sobre os gestos discursivos (comunicativos) do sujeito-paciente. Gesto aqui pensado como “ato no nível simbólico” (Pêcheux, 1969 apud Orlandi, 1996 p.18), não como ação empírica, mímica. São gestos comunicativos a escrita, a leitura, a fala etc. Estes gestos, numa condição de produção que aponte um sujeito que se percebe mal-falante, mal-comunicador, instaura uma prática possível de clínica terapêutica – a clínica fonoaudiológica.

Objeto de Intervenção	CLÍNICA MÉDICA		CLÍNICA PSICOLÓGICA		CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA	
	Doença		Subjetividade		Corpo-Sentido	
Profissional responsável	Médico		Psicólogo		Fonoaudiólogo	
Paciente	Portador de queixas e sintomas orgânico-funcionais indicativos de doença.		Indivíduo ou Sujeito ⁵⁰ em sofrimento psíquico.		Indivíduo ou Sujeito ⁵¹ que procura por atendimento fonoaudiológico por apresentar queixas e questionamentos acerca da comunicação.	
Quais espaços ocupam?	Públicos	Privados	Públicos	Privados	Públicos	Privados
	- Hospital - Unidade Básica de Saúde - Pronto Socorro - Centro de Referência de Atendimento Psicossocial - Núcleo de Atenção à Saúde da Família	- Hospital - Consultório - Hospital Dia - Clínicas de Saúde e Beleza -Domiciliar	- Hospital - Unidade Básica de Saúde - Pronto Socorro - Centro de Referência de Atendimento Psicossocial - Núcleo de Atenção à Saúde da Família	- Hospital - Consultório -Hospital Dia - Clínicas de Saúde e Beleza - Domiciliar	- Hospital - Unidade Básica de Saúde - Pronto Socorro - Centro de Referência de Atendimento Psicossocial - Núcleo de Atenção à Saúde da Família	- Hospital - Consultório - Hospital Dia - Clínicas de Saúde e Beleza -Domiciliar
Layout	Sala composta de mesa, cadeiras, estante, maca,		Sala composta de mesa, cadeiras, estante, divã, poltronas		Sala composta de mesa, cadeiras, estante, maca.	
Objeto(s) de conhecimento/ Intervenção	Anatomia e Fisiologia Humanas Sadias e Doentes.		Indivíduo, Sociedade, Comportamento humano, Linguagem, Subjetividade.		Anatomia e Fisiologia Humanas Sadias e Doentes, Linguagem, Subjetividade, Língua.	

⁴⁹ O quadro 8 não contém noções e idéias de outros autores. Este é resultado de discussões e debates sobre a apresentação das três clínicas na atualidade pautados na experiência e prática clínica da autora deste trabalho. Contribuiu para a confecção deste quadro a Psicóloga Ms. Sandra Soares.

⁵⁰ A escolha pela denominação de Indivíduo ou Sujeito está condicionada ao espaço teórico que o psicólogo ocupa para a elaboração do seu modo de produção.

⁵¹ A escolha pela denominação de Indivíduo ou Sujeito está condicionada ao espaço teórico que o fonoaudiólogo ocupa para a elaboração do seu modo de produção.

Instrumentos tecnológicos/ ferramentas	<ul style="list-style-type: none"> - Estetoscópio - Bisturi - Otoscópio - Balança - Aferidor de Pressão Arterial - Termômetro - Aparelhos para Diagnóstico - Descartáveis (luvas, abaixador de língua, gaze, lençol de papel) - Computador - Impressora 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuta - Testes psicológicos - Lenço de Papel - Caneta - Lápis - Papel - Borracha - Cola - Tesoura -Jogos de entretenimento e didático - Filmes - Livros - Brinquedos - Gravador de voz - Aparelho de som - Máquina fotográfica - Computador - Impressora 	<ul style="list-style-type: none"> - Otoscópio - Audiômetro e outros aparelhos para diagnóstico auditivo e vestibular - Descartáveis (luvas, abaixador de língua, gaze, lençol de papel) - Caneta - Lápis - Papel - Borracha - Cola - Tesoura - Jogos de entretenimento e didático - Filmes - Livros - Brinquedos - Gravador de voz - Filmadora - Espelho - Massageador Facial - Aparelho de som - Máquina fotográfica - Computador - Impressora
Atividades de intervenção	<p>Aplicação de técnicas (observação, toque e ausculta) para o diagnóstico de doenças de origem orgânica-funcional; indicação de medicamentos para a cura ou minimização dos sintomas da doença; indicação e prática cirúrgica (procedimento invasivo com a necessidade de corte do corpo humano) para reparação anátomo-funcional para a cura ou minimização da doença. Encaminhamento para procedimento terapêutico.</p>	<p>Avaliação e diagnóstico, observação, orientação, aplicação de testes, aconselhamento. Encaminhamento para avaliação e conduta médica e para outros procedimentos terapêuticos. Prática de intervenção através da escuta da subjetividade</p>	<p>Prática de reabilitação da forma e do funcionamento das estruturas do complexo orofacial (anátomo-fisiológico), aplicação de técnicas para o diagnóstico auditivo, seleção e adaptação de aparelhos de amplificação sonora para a deficiência auditiva, prática terapêutica reabilitadora para o déficit da compreensão e da expressão da comunicação humana, de natureza orgânica e/ou social. Encaminhamento para avaliação e conduta médica e para outros procedimentos terapêuticos.</p>

Imagens de consultórios (Imagens retiradas da Internet)



Imagem 01 - Consultório Médico



Imagem 02 - Consultório Médico



Imagem 03 - Consultório Médico



Imagem 04 - Consultório Psicológico



Imagem 05 - Consultório Psicológico



Imagem 06 - Consultório Psicológico



Imagem 07 - Consultório Fonoaudiológico



Imagem 08 - Consultório Fonoaudiológico



Imagem 09 - Consultório Fonoaudiológico

Quadro 8 - Quadro comparativo das características das clínicas médica, psicológica e fonoaudiológica.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao posicionar teoricamente a clínica fonoaudiológica como espaço clínico, que ocupa lugar próprio na cidade, como uma instituição política e ideológica, pudemos desvelar e compreender a existência da sua singularidade.

Ao nos confrontar com os resultados obtidos através da elaboração deste material podemos considerar que realizamos avanços consideráveis a partir da nossa proposta inicial, que era investigar e compreender a clínica fonoaudiológica em sua particularidade e em sua forma. As próprias discussões foram responsáveis pelo aprofundamento da pesquisa, nos provocando a inquirir aspectos científicos importantes a respeito da clínica fonoaudiológica.

Pensamos que a condição de produção e a possibilidade de descobertas neste trabalho apontou por isso que é próprio da Análise de Discurso – possibilitar a interpretação através do seu dispositivo teórico e analítico, desvelando as evidências e compreendendo sentidos que, ao circularem em um acontecimento podem ser tomados para análise.

Dessa forma, tendo a Análise de Discurso como dispositivo teórico e analítico para a compreensão do modo de significação da clínica fonoaudiológica, sem os limites de realizar apenas um percurso histórico cronológico da existência da fonoaudiologia enquanto disciplina, nos colocamos para o estudo da sua historicidade, sobre a clínica fonoaudiológica afetada ideologicamente pela medicina, pela psicologia, pela lingüística e pelos espaços simbólicos que ocupou e ocupa.

Porém, encontramos barreiras metodológicas no percurso da nossa pesquisa. Especificamente nos deparamos com a dificuldade em estabelecer academicamente as formas

de análise da configuração clínica fonoaudiológica contemporânea, uma vez que não havia disponibilidade de material de descrição e/ou apontamento da sua forma material. Por esta razão, nos colocamos a escrever também um material que pode servir de arquivo da disciplina fonoaudiológica com a elaboração de quadros e figuras que organizam as informações que colhemos através de leituras e a partir da nossa própria vivência como fonoaudiólogos.

Ao analisarmos esse material entendemos que o apontamento cronológico da constituição da fonoaudiologia e da sua clínica, assim como, a elaboração do corpus analítico do nosso trabalho, contribuem para o arquivo da fonoaudiologia.

Este material, elaborado e analisado por nós contribui, a nosso ver, para a compreensão da fonoaudiologia como uma disciplina teórico-prática científica que apresenta, singularmente, diversos fatores que lhe são constitutivos: é esta uma disciplina fundada no entremeio de disciplinas já estabelecidas cientificamente, fomentando a sua constituição com conhecimentos sobre o corpo, a língua e a subjetividade para a atuação com a linguagem voltada para a comunicação humana.

As contribuições advindas da medicina, da lingüística e da psicologia são transformadas ao passo do acontecimento da transferência desses conhecimentos para o interior da fonoaudiologia. Assim, pensamos que não há herança dessas disciplinas para a formulação da clínica fonoaudiológica e para o seu funcionamento por não haver reprodução metódica dos seus instrumentos e objetos frente a um paciente.

A aproximação, aparente, do objeto de intervenção fonoaudiológica dos objetos de outras disciplinas na sua prática clínica (o corpo da medicina, a subjetividade da psicologia e a língua da lingüística) se dá por estar, na relação de complementaridade entre as ciências aqui

relacionadas, o ponto de convergência para se pensar o homem no interior desta clínica – um ser biológico, psicológico e social.

Esta condição de sujeito complementar, constituído por aspectos não apenas biológicos, ou sociais ou psicológicos é necessária para a fonoaudiologia. A atuação fonoaudiológica se dá na estreita relação do corpo anátomo-fisiológico com o próprio da linguagem, afirmação esta que nos conduziu a pensar que a prática clínica fonoaudiológica intervém sobre um objeto que abarca a significação de homem como um ser da linguagem, que (não)comunica.

Para nós, este objeto de intervenção fonoaudiológica não é constituído complementarmente numa relação do corpo com a linguagem. Porque é pensado no interior da clínica fonoaudiológica, cremos que este objeto é o corpo investido de sentidos, marcado por uma condição própria da linguagem, da sua não transparência. Consideramos que este homem é abarcado pela história e pela ideologia.

Ao desvelar e compreender a singularidade da clínica fonoaudiológica encontramos um sentido que se mostrou latente para as nossas discussões e pensamos que esta é uma importante contribuição do nosso trabalho – a discussão acerca do objeto de intervenção dessa clínica, apresentando a noção de corpo-sentido, provocando esta disciplina prática para que se empenhe para a compreensão do seu objeto de ciência e, dessa forma, se coloque para a produção de conhecimentos que possam fundamentar a sua prática.

Para nós, esses conhecimentos já estão em funcionamento na prática clínica, aguardando para, num movimento de caracterização, ser colocados a mostra para aqueles que o produzem, diariamente, nos consultórios clínico-fonoaudiológicos.

Paradeiro
(*Marisa Monte*)

Haverá paradeiro
Para o nosso desejo
Dentro ou fora de um vício?

Uns preferem dinheiro
Outros querem um passeio
Perto do precipício.

Haverá paraíso
sem perder o juízo e sem morrer?

Haverá pára-raio
Para o nosso desmaio
No momento preciso?

Uns vão de pára-quedas
Outros juntam moedas
antes do prejuízo

Num momento propício
Haverá paradeiro para isso?

Haverá paradeiro
Para o nosso desejo
Dentro ou fora de nós?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Fernando. Método Clínico: Método Clínico?. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2001, vol.14, n.3, pp. 609-616. ISSN 0102-7972

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos do Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos do Estado.** 2ª edição. Tradução de Walter José Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro: Introdução Crítica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan. Marx e Freud.** Trad. Walter Evangelista. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

AMOROSO, Marcia Regina Moscato; FREIRE, Regina Maria. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: PASSOS, Maria Consuelo (org.) **A clínica fonoaudiológica em questão.** São Paulo: Plexus, 2001. p.13-29.

ARANHA, M.L.de A. **Filosofia da Educação.** São Paulo: Moderna, 2006.

AZEVEDO, Nádia P. G de; LUCENA, Jônia A. Perspectiva lingüístico-discursiva na terapêutica da gagueira. In: **Caderno de Estudos Lingüísticos 51(2).** Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. Campinas,SP. Jul/Dez, 2009. pp.167-186.

BAPTISTA, Tânia R. **Concepções Teóricas e Práticas Clínicas Fonoaudiológicas: o discurso do fonoaudiólogo.** São Paulo: Pancast, 2000.

BARROS, R. C. B. **A gagueira e sua terapêutica: estudo discursivo da escrita como possibilidade de recurso terapêutica.** Dissertação de Mestrado: IEL, 2004.

BERBERIAN, Ana Paula. **Fonoaudiologia e Educação. Um encontro histórico.** São Paulo: Plexus, 2007. 157p.

BERBERIAN, Ana Paula. Linguagem e fonoaudiologia: uma análise histórica. **Revista Distúrbios da Comunicação,** São Paulo, 12(2): 265-278, jun., 2001.

BOLAFFI, Clélia. Leitura e Escrita: uma prática clínica. In: MARCHESAN, I.Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I.C.D.; ZORZI, J.L. **Tópicos em Fonoaudiologia: diferentes abordagens.** São Paulo: Lovise, 1994. pp.65-81.

BORDIN, Sônia M. S. **“Fale com ele”:** um estudo neurolingüístico do autismo. Dissertação de Mestrado. IEL-UNICAMP, Campinas, SP, 2006.

BORGES, Sherrine Maria Njaine. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. **Cad. Saúde Pública.,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X1991000200011&lng=en&nrm=iso>. Access on: 04 Jan 2007. doi: 10.1590/S0102-311X1991000200011.

BRITO PEREIRA, M. M. de. A gagueira infantil como resultados da interação dos fatores sociais e emocionais. In: Meira, I. (org.) **Tratando gagueira: diferentes abordagens**. São Paulo: Cortes, 2002. p41-52.

CATRINI, Melissa. **A marca do caso: singularidade e clínica de linguagem**. Dissertação de Mestrado. Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2005.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina. Um Ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2005.

COUDRY, M. I. H. Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

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

CUNHA, M.C. Fonoaudiologia como lugar na ciência. In: FREIRE, R.M. (org.) **Fonoaudiologia: seminários de debates**. Vol. 3. São Paulo: Roca, 2000. pp02-06.

DICIONÁRIO AURÉLIO. Dicionário do Aurélio Online. Acesso em <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>

DICIONÁRIO MICHAELIS. Moderno dicionário da Língua Portuguesa. Online. Acesso em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>>

FEDOSSE, Elenir. **Processos alternativos de significação de um poeta afásico**. Tese Doutorado. IEL-UNICAMP, Campinas, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2005.

FIQUEIREDO, Luiz Cláudio M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FIGUEIREDO, Luiz Cláudio M.; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. **Psicologia. Uma (nova) introdução**. 2 ed. São Paulo: EDUC, 2002

FIGUEIREDO, Luís Cláudio M.. **Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 183p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5 ed. Rio de Janeiro, 2003.

FRIEDMAN, S. **A construção do personagem bom falante**. São Paulo: Summus, 1994.

HABERMAS, Jürgen. **Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos**. 2ª edição. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro, 2002.

HAROCHE CL; HENRY P; PÊCHEUX M. La semantique et la coupure saussureanne: Langue, Langage, Discourse. In: **Langages 24**, Larousse: Paris, 1971. pp93-106.

HENRY, Paul. **A ferramenta imperfeita: língua, sujeito e discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.

HENRY, Paul. Os fundamentos teóricos da “análise automática do discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, F; HAK, T. (orgs.) **Por uma análise automática do discurso. Uma introdução á obra de Michel Pêcheux**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.

HORKHEIMER, M. & ADORNO, T. W. **A dialética do Esclarecimento: fragmentos filiofísicos**. Tradução Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985

LABIGALINI, Ana Paula V. **Reflexões sobre a prática fonoaudiológica à luz da neurlingüística discursiva**. Dissertação de Mestrado. IEL-UNICAMP, Campinas, 2009.

LACERDA, Cristina B. F. **Oralidade, desenho e escrita. O processo de construção do conhecimento**. Taubaté: Cabral Editora, 1995.

LACERDA, C. B.; PANHOCA, I.; CHUN, R. Y. S. Formação em Fonoaudiologia: a construção de um caminhar, In: LACERDA, C. B.; PANHOCA, I. (org.) **Tempo de Fonoaudiologia II**. Taubaté:São Paulo, Cabral Editora, 1998. p09-28.

LANE, S.T.M. Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia In: LANE, S.T.M. & CODO, W. **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

DE SOUZA, Levi Leonel. O discurso encarnado: ou a passagem da carne ao corpodiscurso. In: **Entremeios: revista de estudos do discurso**. V.1, n.1, jul/2010. Disponível em <<http://www.entremeios.inf.br>>

LIBÂNIO, J.C.; OLIVEIRA, J.F.; TOSCHI, M.S. **Educação escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2009.

MALDIDIER, D. **A inquietação do Discurso: (re) ler Michel Pêcheux hoje**. Tradução Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes, 2003

MARCUSE, Herbert. **A Ideologia da Sociedade Industrial**. Tradução de Giasone Rebuá. Rio de Janeiro:Zahar Editores, 1967

MELLO, Rafaela de Campos. Aniquilação da Dor. In: Scientific American Brasil: Historia da Ciência, **O nascimento da medicina**, nº 5, São Paulo: Duetto Editorial, s/d.

NASCIMENTO, L. C. R. **Fonoaudiologia e Surdez: uma análise dos percursos da prática fonoaudiológica no Brasil**. Dissertação de Mestrado. UNICAMP: FE, 2002.

NAVARRO, Paloma R. **Sujeito, linguagem e escrita: um estudo neurolingüístico**. Dissertação de Mestrado. IEL-UNICAMP. Campinas, 2009.

NERY, Maria da Penha & COSTA, Liana Fortunato. **A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ao grupo**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2008, vol.25, n.2, pp. 241-250. ISSN 0103-166X.

NEUBERN, Maurício S. **Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica**. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2001, vol.14, n.1, pp. 241-252. ISSN 0102-7972.

ORLANDI, Eni P. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis: Vozes, 1996a.

_____. Discurso: fato, dado, exterioridade. In: CASTRO, M.F.P. de (org.) **O método e o dado no estudo da linguagem**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996b.

_____. **As formas do silêncio**. 4 ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997

_____. O próprio da análise de discurso. In: **Escritos 3**, Campinas: UNICAMP, 1998.

_____. Reflexões sobre a escrita, educação indígena e sociedade. In: **Escrita, escritura, cidade (I)**. **Escritos 5**, Campinas: LABEUB-NUDECRI-UNICAMP, 1999. p07-22.

_____. **Análise de Discurso. Princípios e procedimentos**. Campinas/SP: Pontes, 2000.

_____. **Discurso e Texto. Formulação e circulação dos sentidos**. Campinas/SP: Pontes, 2001.

_____. A Análise de Discurso e seus entremeios: notas a sua história no Brasil. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos 42**, Campinas: UNICAMP, 2002a. pp21-40.

_____. Cidade e Sentido: a sociedade e os espaços públicos. In: **Escrita, escritura, cidade (II)**. **Escritos 6**, Campinas: LABEUB-NUDECRI-UNICAMP, 200b2. pp.11-21.

_____. **Cidade dos Sentidos**. Campinas: Pontes, 2004.

_____. Espaço da violência: o sentido da delinquência. In: **Caderno de Estudos Lingüísticos 51(2)**. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. Campinas,SP. Jul/Dez, 2009. pp.219-234.

_____. Formas de individuação do sujeito feminino e sociedade contemporânea: O caso da delinquência. In: ____ (org.) **Discurso e políticas públicas urbanas: A fabricação do consenso**. Campinas: Editora RG, 2010.

_____. Os sentidos de uma estátua: espaço, individuação, acontecimento e memória. Fernão Dias, a identidade pousoalegrense e o sul mineiro. In: **Caminhos da indenticidade no Sul de Minas**. Campinas: RG editora, 2011.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Trad. Eni P. Orlandi (et. Al). 3 ed. Campinas: São Paulo, Editora da UNICAMP, 1997a.

_____. Análise Automática do Discurso (AAD-69). In: Gadet, F.; Hak, T. (org.) **Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Trad. Bethânia S. Marianu et al. 3 ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997b . pp 61-161.

_____. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Trad. Eni Orlandi. 2ed. Campinas: Pontes, 1997c.

_____. Sobre a (des)-construção das teorias lingüísticas. In: **Línguas e instrumentos lingüísticos 2**, jul-dez, Campinas: Pontes, 1998. pp07-32.

_____. Sobre os contextos epistemológicos da Análise de Discurso. In: **Escritos 4**, Campinas: UNICAMP, 1999. pp07-16.

PFEIFFER, Claudia. **Lugar**. Enciclopédia Discursiva da Cidade – ENDICI. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/endici/> , [índice-lugar] acessado em 28 de janeiro de 2011. Documentos até agosto/2002.

GADET, Françoise; PÊCHEUX, Michel. **A língua inatingível**. Campinas: Pontes, 2004.

RODRIGUEZ-ALCALÁ, Carolina. A Cidade e seus Habitantes: língua e ideologia na constituição do espaço. In: **Escrita, escritura, cidade (II). Escritos 6**, Campinas: LABEURB-NUDECRI-UNICAMP, 2002. pp.23-34.

RODRIGUES C., P. R. O tratamento do adulto gago. In: FRIEDMAN, S; CUNHA, M . (org.) **Gagueira e subjetividade: possibilidades de tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2001. pp.115-132.

SALFATIS, Daniele Guilhermino; PALLADINO, Ruth. Interpretação: o escutar para além da palavra e do silêncio. In: PASSOS, Maria Consuelo (org.) **A clínica fonoaudiológica em questão**. São Paulo: Plexus, 2001. p.31-49.

SANTANA, Ana Paula. **O lugar da linguagem escrita na afasiologia: implicações e perspectivas para a neurolingüística**. Dissertação de mestrado. IEL-UNICAMP, 1999.

SCLIAR, Moacir. O século miraculoso da medicina. In: Scientific American Brasil: Historia da Ciência, **O nascimento da medicina**, nº 5, São Paulo: Duetto Editorial, s/d.

SIQUEIRA, M. J. T. & NUERNBERG, A. H. Linguagem In: STREY, M. N. **Psicologia Social Contemporânea**, Petrópolis, Vozes, 1998, pp. 118-132.

SILVA, Mariza Vieira. Espaços urbanos – espaços da escrita. In: Escrita, Escritura, Cidade (I), nº5. Linguagem. Cidade. Política. Sociedade. Laboratório de Estudos Urbanos. Campinas: LABEORB, NUDECRI, UNICAMP, 1999. pp.23-30.

SPINK, Mary Jane P. Regulamentação das profissões da saúde. In: SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. pp.87-121.

ZANIBONI, Lilian F. **A contribuição da neurolingüística Discursiva para a fonoaudiologia na construção de um novo lugar sobre a linguagem de sujeito cérebro-lesado**. Tese de doutorado. IEL-UNICAMP, Campinas, 2007.

Referências Consultadas

BARROS, N.F. de. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.