



RESENHAS

**VERTENTES DE ATUAÇÃO NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA:  
A CAMINHO DA SINGULARIZAÇÃO DO PACIENTE**

*Maria Lúcia Vaz Masson*

**A Clínica Fonoaudiológica: reflexões sobre a questão  
das crianças com fissuras lábio-palatinas.**

*Beatriz Millan: Dissertação de Mestrado em Distúrbios  
da Comunicação, PUC-SP, 1990*

A partir de sua experiência clínica desenvolvida fundamentalmente com crianças fissuradas, Millan realiza uma reflexão acerca dos caminhos terapêuticos por ela percorridos. Coincidentemente, as críticas que foi tendo à sua atividade clínica refletem o próprio movimento histórico da Fonoaudiologia em busca de seus modos de existir e de se efetivar (e quem constrói a história senão as pessoas que nela vivem?).

O que quero dizer é que ao discutir sua prática, os “fazeres” e os “pensares” que a subsidiavam, Millan analisa, de forma sistematizada, duas vertentes ou tendências; duas possíveis maneiras de atuação clínica em Fonoaudiologia. A saber: uma “a serviço da doença”; outra “a serviço do doente”.

Nesta primeira tendência – “a serviço da doença” – vemos uma prática normativa, fundamentada em um modelo médico técnico-curativo, tendo como foco de atenção a doença trazida pelo indivíduo; o quadro

patológico; a patologia da linguagem em sua sintomatologia. Como diz a autora, “a criança nada mais era que um exemplo vivo das características esperadas nesta patologia” (p. 11); ou seja, simplesmente o lugar onde a doença iria manifestar-se.

A atividade terapêutica constituía-se de procedimentos técnicos organizados de forma hierarquizada; “uma seqüência de tarefas a serem cumpridas” como diz a autora, nesta ordem: entrevista com os pais, exame da criança e, paralelamente, contato com outros profissionais, planejamento terapêutico, atendimento à criança e orientação à pais. O objetivo final é a cura desta doença através da instalação de um “falar ideal”.

Na entrevista com os pais aplicava-se um questionário cujo intuito principal era levantar dados referentes ao histórico orgânico da criança, pois estes localizariam os sintomas e denominariam a doença: gestação, parto, desenvolvimento geral e tratamento cirúrgico realizado. Nas questões específicas da linguagem eram levantados os erros e as peculiaridades de pronúncia, aliás, já supostos em vista do quadro apresentado.

O segundo passo era o exame da criança. Aqui também seguia-se passos determinados *a priori*: “Eram aplicados testes articulatorios e testes de discriminação auditiva, basicamente a nível da sílaba e do vocábulo. A articulação era avaliada apenas no âmbito das alterações” (p. 11). Fazia-se ainda avaliação da respiração, da função velo-faríngea, da pressão intra-oral, da qualidade de ressonância oral, voz, etc. Assim o que era testado era o esperado em vista do quadro patológico apresentado: confirmação da doença.

Paralelamente ao exame da criança, estabelecia-se contatos com os outros profissionais com o intuito de elaborar o diagnóstico e estabelecer um possível prognóstico, seja com o cirurgião para se obter dados sobre o histórico cirúrgico, seja com o ortodontista, seja com qualquer outro profissional que pudesse ajudar nesta tarefa.

O terceiro passo era o planejamento terapêutico seguido da terapia propriamente dita. “Iniciava-se com um trabalho a nível corporal, usando-se relaxamento para dar consciência corporal à criança e a percepção de uma postura global adequada. Partia-se depois para um trabalho de coor-

denação pneumofônica, acompanhada de uma estimulação de sistema motor oral, adequando a tonicidade de lábios, língua, palato mole e a função de deglutição. Entrava-se num trabalho articulatório a nível fonêmico para a produção do som que a criança não apresentava ou apresentava com distorções. Finalmente, trabalhava-se com a hiper-nasalidade (parcial ou total) que gerava uma ininteligibilidade da fala. Trabalhava-se então a nível de ressonância oral para clarear as emissões da criança.” pp. 18-19).

Juntamente ao trabalho terapêutico, era feita orientação à mãe da criança, composta por dois momentos. Um primeiro onde a mãe era esclarecida quanto ao quadro patológico em questão: origem, causas, tipos, causas associadas, conseqüências e prognóstico. Um segundo onde a mãe era convidada a assistir a sessão terapêutica para aprender o quê e como fazer com seu filho em casa, assumindo assim, um papel co-terapêutico.

Contudo, a prática foi colocando à prova as bases teóricas iniciais da autora, levando-a à necessidade de redimensioná-las. Para entender o fato patológico não bastava compreender somente a doença manifesta em um indivíduo (fosse ele qualquer um), tornou-se preciso compreender quem era aquele indivíduo, “como” e “porquê” da doença nele. Tornou-se preciso entendê-lo como sujeito, sujeito de sua própria história, porque único e singularizado.

Assim, aos poucos, Millan abandona a idéia de uma prática pré-estabelecida, fundada em relações de causa-efeito e parte ao encontro do “inesperado” no processo terapêutico. Não será mais a doença, antiga conhecida, que aparecerá à sua frente, mas o indivíduo que a apresenta.

Para justificar esta questão, bem como o percurso de sua reflexão (da necessidade de redimensionar sua atividade prática), a autora conta um caso de um de seus pacientes que “fugia à regra” por não ter os sintomas descritos na literatura em vista do quadro patológico que apresentava. Vale transcrever *ipsis literis* o relato que faz deste caso, pois nele podemos perceber o seu movimento de reflexão.

R.V. é um exemplo. Ela chegou à clínica quando tinha seis anos. De escolaridade nula, seu universo social era restrito à família e alguns vizinhos. Com atividades rotineiras fixas, seu lazer correspondia ao brinqueado com ir-

mãos e amigos da rua. A história gestacional desta criança foi marcada por fatos importantes, já que a mãe apresentou problemas cardíacos e neurológicos ao longo de todo o tempo. São fatos importantes não porque tiveram qualquer relação direta com o quadro congênito apresentado por R.V., mas significação enquanto um 'período de doença' que esta gestação foi para a mãe. Igualmente, a história de desenvolvimento de R.V. foi considerada da mesma forma não só em função de seu quadro congênito de fissura transforame incisivo bilateral, com conseqüentes e sucessivas cirurgias, mas também em função de um problema renal que, da mesma forma, gerou a necessidade de um tratamento cirúrgico. Quando conheci R.V. a fissura transforame incisivo bilateral já estava reparada cirurgicamente, sendo que mais tarde seriam feitos retoques no lábio e no nariz. Ela nunca havia feito qualquer tipo de terapia fonoaudiológica. Ao realizar sua avaliação, pude observar que em termos de órgãos fono-articulatórios, a criança apresentava uma boa mobilidade de palato mole e uma alteração significativa na mobilidade de lábio e língua. Ao nível de produção articulatória R.V. produzia adequadamente e de forma sistemática os fonemas internos posteriores 'k' e 'g', tendo inclusive tomado esses fonemas como instrumento de substituição para fonemas periféricos e internos anteriores 'p', 'b', 't' e 'd'. É difícil acreditar que uma criança que teve tantos transtornos cirúrgicos pudesse apresentar uso/função de palato mole e articulação de fonemas posteriores tão adequadamente. Uma alteração similar à encontrada em zona frontal e, por conseqüência, em fonemas periféricos e internos anteriores, seria esperada para a zona posterior, já que a fissura era bilateral e transforame. O estado de R.V. não referendava a expectativa teórica e isso causou um transtorno em minhas próprias expectativas. Foi um momento difícil mas, ao mesmo tempo, elucidativo porque fiquei à espreita de acontecimentos que pudessem explicar o problema que havia com aquele tipo de conduta clínica. (p. 13).

A partir desses questionamentos, podemos observar um processo de transformação em sua prática. Percebe-se que não é a doença em si que significa o doente, mas como determinada doença se manifesta particularmente em cada sujeito. A autora fala aqui de uma "prática a serviço do

doente”, ou seja a serviço deste sujeito que nos procura. Ainda que a doença tenha características comuns, a discussão em pauta é como cada sujeito pode singularizá-la, e isto é de fundamental importância para o próprio desenvolvimento do processo terapêutico que também é singular.

Nesse sentido, todos os procedimentos terapêuticos anteriormente delineados sofrem uma mudança de fundo. Divididos de forma didática, somente para facilitar a compreensão, a autora avisa que o ato de examinar, bem como a própria entrevista dita inicial, já se constituem enquanto intervenção terapêutica.

A entrevista com a família passa a ter papel fundamental na construção do caminho terapêutico, que será único em cada caso. A família, antes reduzida à figura da mãe, passa a ser vista pelo fonoaudiólogo como interlocutor ativo nesta relação. É através dela que a família e o terapeuta irão colaborar na construção da história da criança passando, inclusive, pelo enfrentamento da doença.

O exame da criança não se reduzirá mais a um levantamento de erros de linguagem. Torna-se necessário conhecer a criança e a maneira como a patologia nela se manifesta. Sendo assim, começou a praticar um exame no qual tentava percorrer toda a linguagem da criança, buscando identificar os esquemas de compreensão e produção linguística, trabalhando a linguagem em nível discursivo.

Não adota mais um planejamento terapêutico pré-determinado e centrado na sintomatologia. Se o indivíduo é singular é porque tem uma história própria que não pode ser confundida ou generalizada com outras. O processo terapêutico será construído por ambos – terapeuta e paciente – sendo o último o sinalizador deste caminho.

Desta forma é que as orientações à família serão realizadas a partir das demandas dos pais e dos próprios pacientes. É nesse sentido que a “escuta terapêutica” torna-se essencial nesta perspectiva de atuação, pois o terapeuta não poderá estar a serviço de algo que não seja o próprio paciente.

Então, portanto, delineadas as duas vertentes; duas possíveis maneiras de atuação em Fonoaudiologia.

Gostaria, para finalizar, de fazer um elogio ao trabalho de Millan que, com muita coragem e propriedade sobre o assunto, realiza uma reflexão – crítica/auto-crítica – da atividade clínica, a partir da qual podemos percorrer esses dois “modelos” de maneira dinâmica, redimensionando, inclusive, o lugar da técnica na clínica fonoaudiológica.

Talvez o título da dissertação devido a sua especificidade, não tenha suscitado maior interesse em quem não trabalha com fissurados. Com relação a isso gostaria de dizer que o fato de Millan partir desse universo não significa que ela se restrinja a ele. Pelo contrário, é a partir do específico que ela propõe o repensar da atividade clínica em Fonoaudiologia.