

A função terapêutica em Fonoaudiologia

Lidiane Cavatorta Tahan*

Suzana Magalhães Maia**

Introdução

O presente artigo foi baseado na dissertação de mestrado (Tahan, 2003) na qual a relação terapêutica constituída no atendimento fonoaudiológico de uma paciente com distúrbio vocal, foi fruto de reflexão sobre os aspectos que permeiam o encontro terapêutico, principalmente no que se refere à função terapêutica do fonoaudiólogo. Portanto, este artigo é um relato de caso que inspira reflexões sobre a função terapêutica, bem como incentiva a busca de um suporte teórico para sustentar tal função.

Com o intuito de compreender os modelos de clínicas em que o fonoaudiólogo pode apoiar seu trabalho e desempenhar sua função, a dissertação de mestrado foi inserida na linha de pesquisa “Corpo, linguagem e psiquismo”¹ que, na vertente priorizada, investiga as particularidades da relação estabelecida entre o par terapêutico, utilizando, constantemente, do diálogo com a teoria psicanalítica de Winnicott e a prática clínica fonoaudiológica, de modo que seja possível promover o delineamento de métodos clínico-terapêuticos.

Sendo assim, este trabalho apoiou-se em um modelo de clínica que considera o espaço terapêutico como um lugar para o acontecer humano. Trata-se de uma clínica compartilhada, na qual o encontro humano é facilitador do desenvolvimento e da evolução do paciente.

Nessa perspectiva, a função do fonoaudiólogo vai além do treinamento específico para a correção dos distúrbios, que muitas vezes culmina com uma visão de homem fragmentada. O conceito de ho-

mem aqui enfatizado é aquele que acontece no tempo, no espaço, na corporeidade e no encontro com o outro.

Louro (2000) observou a importância de se contemplar em sua totalidade os pacientes com distúrbio vocal, sem que se dissociem as instâncias somáticas e psíquicas, o que a motivou na busca de subsídios na teoria de Winnicott. Por meio da análise do processo terapêutico de uma paciente com queixa vocal, Louro (ibid.) alerta para a importância de se considerarem as particularidades envolvidas na relação terapêutica e aponta a necessidade de se delinearem ações clínicas que contemplem a singularidade do paciente.

Magalhães Júnior (2000) investigou a constituição do *setting* no atendimento domiciliar de uma paciente afásica. O autor observou que o *setting*, configurado como um ambiente de *holding*, no qual o paciente se sinta seguro e acolhido, pode potencializar a intervenção fonoaudiológica. Na análise do caso clínico, o autor ressalta a importância de se ressignificar a técnica para além do treino e da correção da linguagem.

Matteo (2001), ao investigar a função terapêutica na área da Fonoaudiologia, sugere que a postura adotada pelo fonoaudiólogo está relacionada ao que ele compreende do acontecer humano. Para a autora, quando a função terapêutica está restrita à supressão do sintoma, o ser humano aparece dividido em funções corporais que necessitam ser corrigidas por meio das técnicas específicas. Por outro lado, o olhar humanizador do terapeuta, quando leva em conta a singularidade do paciente, atri-

* Mestre em Fonoaudiologia pela PUC-SP. ** Professora do Pós-Graduação em Fonoaudiologia.

¹ Em tal vertente, há um conjunto de pesquisas desenvolvido sob a orientação da Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia, na PUC-SP, voltado à problematização da clínica fonoaudiológica.



bui uma outra concepção ao espaço terapêutico: “[este espaço] não é um lugar de treinamento, mas sim de constituição de pessoas” (p. 5).

As bases teóricas de tal concepção de homem e do modelo clínica enfatizado nos trabalhos citados foram investigadas por um importante estudioso do acontecer humano: o pediatra e psicanalista inglês Donald Wood Winnicott.

A grande premissa da teoria winnicottiana é o reconhecimento de que as experiências constitutivas acontecem no espaço inter-humano. Isto significa que a constituição humana está intimamente ligada à presença do outro. Nos primórdios da vida, a mãe é fundamental no início do percurso de humanização do bebê, sendo que Winnicott utilizou seus estudos e observações sobre essa relação tão peculiar – mãe e bebê – para refletir sobre as relações humanas e, especialmente, sobre a relação terapêutica.

Para Winnicott, a mãe desempenha certas tarefas na relação com seu filho, possibilitando que ele coloque em marcha seu processo maturacional. Tais tarefas² são descritas por Winnicott (1988) como constitutivas do ser humano e quando compõem a função do terapeuta, podem ajudar a humanizar tal função, contribuindo, assim, para o posicionamento do fonoaudiólogo perante o paciente, de modo que seja possível considerar as particularidades e singularidade dele no atendimento fonoaudiológico, inclusive na utilização que se fizer necessária das técnicas específicas.

O *holding*, uma das tarefas investigadas e descritas por Winnicott, foi observado na relação mãe-bebê no início do processo de humanização. O termo *holding* vem do verbo inglês “to hold”, que significa, essencialmente, segurar. Porém, o segurar abrange a peculiaridade da provisão materna no momento anterior e posterior ao nascimento do bebê, sendo a forma como a mãe pode demonstrar seu amor ao filho.

No *holding* materno estão incluídos a rotina de cuidados que a mãe dedica ao bebê, o modo de segurá-lo, alimentá-lo, acariciá-lo, trocá-lo, entre outros. Pode-se observar que o autor atribuiu grande importância à presença e aos cuidados concretos da mãe no início do processo de humanização do bebê.

Nos primórdios da vida, o *holding* suficientemente bom possibilitará o desenvolvimento do bebê e, para isso, o cuidado materno deve ser compatível com as necessidades do filho e deve levar em conta que, de acordo com a evolução do bebê, esses cuidados sofrem transformações. Inicialmente, o cuidado prestado é mais consistente, no entanto, em virtude do crescimento físico e psíquico do bebê, a mãe pode se desadaptar gradativamente às exigências do bebê.

A mãe é capaz de prover o cuidado necessário, pois pode ocupar imaginariamente o lugar do bebê e assim compreender suas exigências. No estado de preocupação materna, a mãe se identifica intensamente com seu filho, mas sem perder sua própria identidade. Devido a essa identificação projetiva, a mãe sabe como o bebê deseja ser segurado, acariciado, alimentado. Enfim, somente ela sabe o que ele necessita e como se sente.

A mãe devotada é sensível no acolhimento das necessidades do bebê, sabendo oferecer no momento adequado o que ele necessita. Por se identificar com seu filho, a mãe não precisa fazer uma lista do que será necessário prover no dia seguinte. Ela saberá o que e quando prover no momento certo. Para Winnicott (1962), esta é uma preciosa lição que o terapeuta pode apreender com as mães. Quando, de algum modo, o terapeuta é capaz de se identificar com seu paciente, terá recursos para atender, sensivelmente, às necessidades dele, o que significa reconhecer seu jeito de ser, respeitar suas necessidades, seu tempo, limites e ritmo. As mães podem, portanto, nos ensinar como humanizar a função terapêutica.

Nesse aspecto reside uma das grandes contribuições da teoria de Winnicott para se pensar a constituição da função terapêutica na área da Fonoaudiologia. O fonoaudiólogo, quando é capaz de assumir uma atitude sensível perante seu paciente, possibilita que as necessidades singulares deste sejam compreendidas e também atendidas. Tal atitude sensível sustenta o posicionamento ético do terapeuta, quando este consegue compatibilizar e viabilizar o trabalho fonoaudiológico em relação à singularidade de cada paciente.

A teoria winnicottiana pode ajudar o terapeuta no reconhecimento do outro e de suas necessida-

² Na obra de Winnicott, são detalhadas as descrições de três tarefas constitutivas: o “*holding*”, que irá propiciar a integração, “a apresentação de objeto”, que possibilitará a experiência da realização e o “*manejo*”, fundamental para o processo de personalização. No presente artigo foi enfatizado apenas o *holding*, sendo assim, recomendo aos interessados que leiam Winnicott.





des particulares. O fonoaudiólogo, sustentando seu trabalho na idéia de clínica que prioriza o acontecer humano, ao exercer sua função, é capaz de oferecer um ambiente de *holding* ao paciente, isto é, um ambiente adaptado às necessidades singulares dele. Nesse ambiente, o sintoma fonoaudiológico do paciente é acolhido em sua dimensão singular, uma vez que o que interessa ao terapeuta é saber como o sintoma repercute na vida daquele paciente, como oferecer as técnicas para o tratamento considerando as possibilidades e tempo de cada paciente.

Para a constituição desse ambiente, o fonoaudiólogo necessitará, a partir da relação estabelecida com seu paciente, questionar-se e procurar desvendar qual a melhor forma de acolhê-lo e de lhe oferecer a provisão adequada, sendo que aqui incluem as técnicas oferecidas de tal maneira que o paciente possa melhor aproveitá-las e incorporá-las. As técnicas fonoaudiológicas podem portanto ser variadas no seu uso respeitando o percurso único de cada paciente no modo de se apropriar e de utilizar as técnicas.

No intuito de investigar a função terapêutica do fonoaudiólogo e a constituição do *holding* no ambiente terapêutico, foi utilizado, no presente artigo, o diálogo entre teoria e prática clínica para as reflexões. Este trabalho, portanto, sustentou-se no referencial teórico de Winnicott sobre o *holding* e o relato de caso da paciente Andrea, cujas sessões terapêuticas registradas foram primordiais para as reflexões. O relato do caso está pautado na dissertação de mestrado mencionada, na qual o estudo de caso é apresentado de modo mais detalhado.

O estudo de caso foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia de acordo com o protocolo de número 00105.

Percurso metodológico

A abordagem epistemológica qualitativa presente neste artigo possibilitou dimensionar a função terapêutica, bem como investigar a complexidade e a imprevisibilidade presentes no fenômeno singular.

A função terapêutica foi investigada em seu lugar natural de realização: a prática clínica. Portanto, o material clínico constitui-se na fonte principal em que os dados da pesquisa foram coletados.

Para a coleta de dados do relato de caso, foram utilizados os registros das sessões realizados logo após ou até um dia após o atendimento da paciente.³ A coleta de dados abrangeu o período de junho de 2001 a dezembro de 2002, totalizando 56 registros. Como não há uma padronização definida para a realização dos registros, foram utilizadas técnicas provenientes da literatura, sendo que os registros dos atendimentos estão escritos em tom de narrativa.

Arrigucci Júnior (1998), crítico literário, discutiu com psicanalistas sobre técnicas que poderiam ser utilizadas para os registros de casos clínicos. O autor enfatiza que a narrativa pode ser uma técnica útil para a confecção de tais registros e afirma:

O narrador conta as histórias daquilo que sabe por ter vivido ou se acumulou nele, porque ele passou pela vida e por aquelas coisas, ou porque as ouviu de outrem. (p. 30)

A narrativa das sessões está em primeira pessoa. Trata-se de uma narrativa autoral⁴, em que há a participação do eu-testemunha, “que viu as coisas acontecerem e que tem alguma relação com a história” (Arrigucci Júnior, *ibid.*, p.18).

Não há dentro da abordagem qualitativa padrões definidos na seleção dos dados; por isso, as partes dos registros selecionadas, escritas em itálico, são aquelas interessantes na discussão do tema central deste artigo e foram acontecimentos que possibilitaram a reflexão e o diálogo com a teoria de Winnicott.

Constituição do *holding* na função terapêutica fonoaudiológica

Andréa, uma jovem mulher, trabalhava, na ocasião deste estudo, como professora do ensino infantil há 12 anos. Esteve em atendimento fonoaudiológico no período de junho de 2001 a dezembro de 2002.

³ Vale ressaltar que os registros do material clínico foram realizados simultaneamente ao meu ingresso no Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP, onde iniciei meus estudos na teoria psicanalítica de Winnicott. Pude perceber, então, que na medida em que aprofundava meus conhecimentos na teoria do acontecer humano de Winnicott, a função terapêutica que desempenhava também se transformava.

⁴ Segundo Arrigucci Júnior (1998), além da narrativa autoral, há narrativa de personagens ou a história pode se contar por si mesma. Recomendo aos interessados ler Arrigucci Júnior (1998).





Na entrevista inicial, a paciente relatou que percebia sua voz rouca desde criança e que observava sua voz piorar e também aumentar a tensão na região do pescoço e dos ombros quando discutia ou brigava com alguém querido, familiares ou amigos próximos, diferentemente do que ocorria quando a discussão era com alguém de pouca importância; nesses momentos, simplesmente não percebia nenhuma mudança corporal.

Andréa também enfatizou o que aconteceu no dia em que seu pai faleceu: ficou afônica e desde então teve crises de faringite consecutivas. Devido aos fatores citados, a paciente percebia uma forte ligação entre sua voz e seu estado emocional.

Com a morte do pai, Andréa, a filha mais velha, assumiu as responsabilidades financeiras da casa e por isso passou a lecionar dois períodos, ocasião em que percebeu o agravamento de seu sintoma vocal. A médica do trabalho recomendou, então, que ela buscasse atendimento fonoaudiológico, caso contrário poderia ter afastamento em face ao seu distúrbio vocal.

O fato de mudar de voz era algo que, inicialmente, incomodava Andréa, pois em sua opinião as pessoas a reconheciam pela voz; além disso, havia uma forte identificação da paciente com seu distúrbio vocal, uma vez que ela sabia dizer se algum acontecimento a havia incomodado ou não, de acordo com o que era sinalizado em sua voz e na região do pescoço.

Após a realização da videolaringoscopia direta, foi constatado, segundo o diagnóstico otorrinolaringológico, que a paciente possuía sulco vocal, fenda fusiforme, edema e hipercinesia laríngea.

O distúrbio vocal conferia à voz da paciente uma qualidade rouco-áspera-soprosa, de grau moderado para severo. Foram também observados a presença de ataque vocal brusco, incoordenação pneumofonoarticulatória, além de tipo respiratório superior e ressonância laringo-faríngea com a presença de compensação nasal. Porém, foi constatado, no decorrer das sessões terapêuticas, que seu sintoma vocal se tornava mais ou menos evidente de acordo com suas experiências de vida, sinalizando o quanto era importante, dentro dessa abordagem, que Andréa fosse considerada em sua totalidade, sem dissociá-la de suas vivências.

No início do processo terapêutico, Andréa mencionou que algumas colegas e amigos haviam percebido melhoras em sua voz. Porém, esses progressos não eram sentidos pela própria paciente, para-

cendo que havia uma dificuldade, por parte dela, de se apropriar de sua voz já menos rouca e áspera. Para que ela pudesse escutar sua própria voz, pedia-lhe que emitisse um /a/ sustentado ao final das sessões, para que ela pudesse se escutar e para que eu pudesse saber como tais mudanças eram sentidas por Andréa. O espaço terapêutico se configurava como um lugar onde a paciente poderia, respeitando seus limites e ritmo, se apossar da própria voz.

Durante o processo terapêutico, foi observado que, em muitas ocasiões, a paciente chegava com a voz mais áspera e tensa e durante a sessão acabava relatando algum novo evento relacionado ao ambiente familiar ou escolar. Percebi, então, a importância de Andréa ter, no atendimento fonoaudiológico, um lugar para falar de suas vivências. Se excluísse sua voz de suas experiências de vida e focalizasse a intervenção apenas para os aspectos orgânico-fisiológicos de sua produção vocal, Andréa estaria sendo olhada de forma fragmentada e o trabalho fonoaudiológico não seria efetivo. De fato, a função terapêutica embasada nos pressupostos winnicottianos implica favorecer o acontecer da pessoa total, sem que os aspectos somáticos e psíquicos sejam dicotomizados.

Dessa forma, na constituição do ambiente de *holding*, além das intervenções técnicas, foi necessário que a paciente falasse de suas vivências diante da terapeuta. À medida que Andréa utilizava as técnicas fonoaudiológicas de acordo com suas possibilidades e à medida que ela encontrava no espaço terapêutico fonoaudiológico um lugar para falar de suas experiências de vida, ela pôde, aos poucos, apropriar-se de sua voz e ousar uma nova postura no trabalho e, especialmente, no ambiente familiar.

Nos momentos em que a paciente chegava às sessões triste, angustiada, agitada, e eu intuía que não era o momento de fazer um trabalho mais intenso com os exercícios vocais, mesmo que a paciente tivesse faltado à sessão anterior e mesmo que parecesse ter perdido os progressos obtidos, procurava, então, escutá-la, compartilhar suas experiências e oferecer um ambiente acolhedor e seguro e, assim fomos constituindo no *setting* fonoaudiológico o ambiente de *holding*.

Diante do sofrimento da paciente em relação aos assuntos familiares, principalmente no que se referia à relação conflituosa que mantinha com a mãe, que agia de forma controladora, diversas ve-





zes pensei sobre como encaminhá-los. Obviamente, a conduta terapêutica não poderia ser de aconselhamento sobre quais atitudes Andrea deveria assumir em relação à mãe; porém, tais conteúdos também não poderiam ser excluídos do trabalho fonoaudiológico.

No decorrer das sessões terapêuticas com Andréa, foi visível a importância de aprofundamento na teoria de Winnicott. Para o trabalho fonoaudiológico ser efetivo, foi extremamente importante saber como compartilhar a dor da paciente ante as questões familiares. Fui percebendo que compartilhar suas vivências favorecia a constituição de um ambiente acolhedor e adaptado às suas necessidades, isto é, um ambiente de *holding*.

Em certo momento, durante a realização de alguns exercícios vocais, Andréa pediu minha opinião sobre ceceio anterior, pois notou que muitos alunos da escola onde trabalhava, e também seu cunhado, apresentavam tal problema. Ela me perguntou se os usos prolongados de chupeta e mamadeira poderiam influenciar a postura da língua e, logo em seguida, disse que queria falar sobre um assunto que a estava incomodando.

Contou-me então sobre o modo como uma pessoa conhecida estava educando a filha. A garotinha, de um ano de idade, ainda era amamentada no seio e somente conseguia dormir sugando-o, sendo que ambas, mãe e filha, dormiam na mesma cama. Segundo Andréa, desde que a filha nasceu, a mãe havia perdido a vaidade e ficava pouco com o marido, pois sua vida estava voltada para a criança. Esta, por sua vez, nunca havia saído de casa, sendo extremamente preservada; por exemplo, quando alguém estava gripado, deveria usar uma máscara no rosto para não contaminar a bebê. Andréa já havia tentado conversar com a mãe dessa garotinha, mas disse que ela estava “cega”.

Essa conduta a incomodou muito. Andréa dizia que queria ter filhos, mas sem deixar de desfrutar bons momentos com seu marido. Comparou então a atitude de sua conhecida com a de sua mãe, afirmando que esta também fora assim – quando os filhos nasceram, dedicou-se inteiramente a eles, esquecendo-se, muitas vezes, de seu marido.

Andréa desculpou-se por estar ocupando o espaço com esses fatos, contudo, disse que precisava contá-los a alguém. Enquanto os narrava, eu a escutava atentamente. Em seguida, a paciente pediu para retornar aos exercícios vocais.

De acordo com os pressupostos winnicottianos, a mãe, ao reconhecer a necessidade do filho, é capaz de oferecer a provisão adequada, isto é, o

holding compatível com as necessidades. A provisão consistente e compatível oferece estabilidade para o bebê se desenvolver e colocar seu processo maturacional em marcha.

Tais observações de Winnicott sobre a relação mãe-bebê podem ajudar o fonoaudiólogo a perceber o quanto é importante para compor a função terapêutica o reconhecimento do outro e de suas necessidades e o quanto isso tudo é favorecedor da evolução do paciente.

Atender a necessidade vocal da paciente considerando sua história de vida possibilitou à mesma olhar para si, para sua voz e para suas vivências particulares. Conforme experimentava sua melhora vocal, Andréa também experimentava seu fortalecimento diante das relações familiares. A paciente, paulatinamente, foi percebendo que cuidar da voz não significava deixá-la mais aguda, como temia inicialmente, e também passou a não permitir que sua mãe exercesse um papel controlador em sua vida. Utilizando o espaço terapêutico para falar de sua existência, Andréa podia também ressignificar suas experiências de vida e ousar se posicionar de outra maneira no ambiente familiar.

O *holding* na função terapêutica também significava um comprometimento com tempo, ritmo e possibilidades da paciente em cada sessão. Foi desenvolvido um olhar terapêutico atento e observador, de tal modo que procurava compreender, por meio de detalhes, a condição da paciente em cada sessão, para que assim pudesse eleger a intervenção mais adequada à situação. Certamente, esse olhar, em muitas ocasiões, favoreceu a adaptação terapêutica às necessidades de Andréa em cada encontro e possibilitou que eu dispusesse das técnicas de acordo com tais necessidades, como será descrito no fragmento a seguir:

Andréa chegou bastante atrasada. Desculpou-se, dizendo que ainda não havia acabado de fazer os trabalhos da escola, sendo que nas últimas duas semanas vinha acordando às seis da manhã e dormindo de madrugada. Andréa comentou que se esforçou para comparecer na sessão, pois não queria perdê-la.

Logo que entrou percebi que estava mais rouca. Antes de fazer qualquer comentário a respeito, a própria paciente disse sentir sua voz assim e justificou-se, dizendo que não havia feito nenhum exercício durante essas duas semanas. Ela estava bastante agitada, conversando muito, com alta velocidade de fala, enquanto balançava os pés, comentando que sua vida ultimamente era dedicada à realização dos trabalhos escolares, os quais gostava de fazer com perfeição.



Andréa estava bastante cansada e mesmo sem realizar os exercícios vocais há duas semanas, senti que não poderia exigí-los hoje; minha intervenção deveria, pois, promover o relaxamento da paciente. Priorizei as técnicas de massagem na região do pescoço, da escápula, dos ombros e nas costas e também realizei manipulação digital sobre sua laringe.

Andréa chegou pontualmente, novamente parecendo cansada, o que pude perceber pela postura de seu corpo e pela qualidade de sua voz, que estava fraca e, em alguns momentos, falha. Perguntei se estava se sentindo bem, se estava cansada. A paciente mencionou então que vinha sentindo mais cansaço físico e vocal, atribuindo isso à entrada há pouco tempo na escola de uma aluna que lhe exigia muito. A todo o momento precisava chamar a atenção dela, pegá-la ou levantá-la do chão. Questionei se todo o dia sentia cansaço vocal, e Andréa negou. A partir daí, começou a recordar que durante a semana apenas sentira cansaço vocal no dia anterior, contando-me depois sobre um evento familiar.

Como vi que seus ombros estavam muito tensos e erguidos, resolvi fazer uma massagem nessa região, na cervical e na escápula. Andréa disse que chegou a pedir para que sua empregada lhe fizesse massagem, mas queria comparecer ao atendimento para que eu pudesse fazê-la.

Estar em disposição técnica significava eleger e até mesmo desistir de um determinado recurso técnico de acordo com as possibilidades da paciente em cada sessão, de acordo com seu ritmo e tempo. O respeito a esses aspectos fazia com que Andréa se sentisse acolhida e que pudesse resignificar suas experiências vocais.

As técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, técnicas para suavização de ataque vocal brusco, técnicas de vibração de língua, vibração de lábios, *vocal fry*, *pushing* leve, entre outras, faziam parte do acervo técnico disponível para atender Andréa. Tais técnicas, sendo manejadas de acordo com as possibilidades da paciente, tornavam-se um veículo para suas experiências e progressos vocais.

O comprometimento com as necessidades singulares de Andréa também assegurou que fosse constituída, dentro da relação entre terapeuta e paciente, a experiência da confiança, sendo esta de fundamental importância, tanto para proporcionar como também para manter a estabilidade e integridade da paciente.

Andréa passou a trazer as experiências vividas no ambiente escolar e familiar para o trabalho fonoaudiológico quando pôde confiar em minha disponibilidade para acolher tais experiências. Certa-

mente, cada paciente avalia, desde o início, a disponibilidade do terapeuta e o que este pode ofertar em termos de ajuda profissional para que uma relação de confiança seja estabelecida.

No trabalho fonoaudiológico, foi observado também que o compromisso maior era ajudar Andréa a se perceber em suas variações vocais, respeitando-as e mostrando que haviam técnicas que poderiam ajudá-la a equilibrá-las. Por meio das técnicas, Andréa pôde transformar suas vivências vocais, uma vez que estas eram manejadas respeitando seus limites, tempo e ritmo, sendo oferecidas de acordo com suas possibilidades em utilizá-las. Dessa maneira, os recursos técnicos fonoaudiológicos eram sentidos mais como um cuidado prestado do que como um treino corretivo.

Durante o exercício com a voz salmodiada, Andréa, inicialmente, falava seus dados pessoais, seu nome, idade, nome de sua mãe, irmãos, cachorro. Depois ela se propôs a falar também o nome de seus alunos. Antes, contou que um deles, José, era muito levado e que precisava chamar sua atenção diversas vezes. Perguntei como ela costumava fazer isso, e a paciente encenou uma bronca, emitindo o nome do aluno com a voz em forte intensidade, enfaticamente. Logo em seguida, sentiu que cometera ataque vocal brusco. Pedi para que ela falasse José em voz salmodiada e depois sugeri que chamasse sua atenção de modo que a laringe da paciente não fosse agredida, sugerindo que experimentasse esse modo a partir de sua própria percepção. Então Andréa falou o nome do aluno em forte intensidade, porém, de modo mais fluído.

Andréa começou a falar os dizeres que costumava usar na escola: “Vamos guardar os brinquedos”, “Vamos escovar os dentes”, “Camila, guarda sua lancheira”, primeiramente com voz salmodiada e, depois, reproduzindo-os normalmente.

No final da sessão, a paciente cantou uma música que costumava ensinar às suas crianças, perguntando-me em seguida se havia cometido ataque vocal brusco. Percebi que Andréa sentia-se feliz em poder trabalhar na terapia as situações que vivenciava na escola.

As técnicas fonoaudiológicas utilizadas, sendo oferecidas respeitando a condição da paciente em cada atendimento, considerando suas experiências de vida, seja no ambiente familiar, seja escolar, foram se constituindo como um veículo favorecedor e potencializador de sua produção vocal. O compromisso terapêutico, dentro desse modelo de clínica, era, fundamentalmente, com a paciente, considerada em todas suas dimensões.





Considerações finais

A constituição do ambiente de *holding* no atendimento fonoaudiológico torna-se possível quando o fonoaudiólogo, a partir da relação estabelecida com seu paciente, busca desvendar quais cuidados se fazem necessários e de que modo oferecê-los ao paciente. Isso implica que a função terapêutica não seja previamente estabelecida, e sim construída de acordo com as particularidades que permeiam cada sessão.

Há o desenvolvimento de um olhar terapêutico humano, uma vez que as intervenções consideram e reconhecem, fundamentalmente, a singularidade do paciente, sendo a partir desta premissa que todo o trabalho fonoaudiológico específico se desenvolve.

De acordo com as observações de Winnicott sobre a relação mãe-bebê, a mãe, ao oferecer o *holding* adaptado às necessidades do bebê, possibilita seu crescimento físico e psíquico. Isto é possível pois a mãe reconhece as particularidades do filho e articula sua provisão de acordo com tais particularidades.

Tais observações podem ajudar o fonoaudiólogo a perceber que o reconhecimento das necessidades singulares do paciente possibilita sua própria evolução. As mães podem então ajudar o fonoaudiólogo a desenvolver um olhar terapêutico atento e sensível à singularidade de cada paciente, sendo que o atendimento fonoaudiológico estará sustentado neste olhar. Será justamente a abertura do trabalho fonoaudiológico às particularidades de cada paciente que possibilitará a constituição do *holding* no atendimento fonoaudiológico.

O terapeuta fonoaudiólogo é capaz de oferecer um ambiente de *holding* ao paciente, quando consegue utilizar técnicas específicas para a superação do sintoma fonoaudiológico comprometidas com o tempo, o ritmo e as necessidades singulares de cada paciente.

Referências

- Arrigucci Júnior D. Teoria da narrativa: posições do narrador. J Psicanal 1998;31(5):9-43.
- Louro CR. Processo terapêutico na clínica das disfonias: constituição de um espaço potencial na relação terapêutica [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
- Magalhães Júnior HV. O setting na terapia fonoaudiológica: estudo de caso de atendimento domiciliar [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Matteo G. A função terapêutica na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Tahan LC. Uma reflexão sobre a função terapêutica no estudo de caso de uma paciente com queixa vocal [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional [1962]. Trad. ICS Ortiz. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. Provisão para a criança na saúde e na crise; p.62-9.

Winnicott DW. Natureza humana [1988]. Trad. DL Bogomoletez. Rio de Janeiro: Imago; 1990.

Recebido em abril/04; **aprovado em** maio/05.

Endereço para correspondência

Lidiane Cavatorta Tahan
Rua Luisiânia, 175, ap. 52, São Paulo
CEP 04560-020

E-mail: lidiane_tahan@hotmail.com

