

Estudo de caso de disfagia: uma reabilitação bio-psíquica*

Luana Almeida Magalhães**
Luiz Augusto de Paula Souza***

Resumo

O objetivo da pesquisa foi demonstrar a relevância dos aspectos psíquicos na reabilitação fonoaudiológica dos transtornos de deglutição, entendendo porque sintomas disfágicos se tornaram recorrentes mesmo que, do ponto de vista orgânico-funcional, a paciente não mais possuísse alteração alimentar. Trata-se de pesquisa descritiva, realizada a partir de estudo de caso clínico único de paciente atendida em domicílio, acometida por Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, que resultou em quadro de disfagia, parestesia e paresia facial à esquerda e alteração na expressão da linguagem e disartria. O AVE fragilizou-a subjetivamente e dificultou as relações cotidianas. A abertura da escuta às angústias inerentes à situação permitiu, a partir da reabilitação orgânica, deslocamento para construção de um novo perfil subjetivo, mais satisfatório em relação às suas condições atuais de vida, o que demonstra a relevância de se considerar, na reabilitação das disfagias, o corpo não apenas por sua face orgânica, mas também nas esferas simbólica e afetiva.

Palavras-chave: disfagia, transtornos de deglutição, terapêutica fonoaudiológica.

Abstract

The aim was to demonstrate the relevance of the psychic aspects in the swallowing disorders treatment, searching to understand why the dysphagic symptoms became recurrent since in the organic-functionary point of view, the patient had no more disorders. This is a descriptive research done by an unique clinical case study of a home care patient with stroke that caused dysphagia, paresthesia and paresis of the left facial side, beyond language expression disorder and dysarthria. The stroke brought fragility to the patient subjectivity and made it difficult to support her familiar relations and routines. The opening of the therapist listening to this suffering situation allowed the patient to be dislocated from the organic rehabilitation into a construction of a new subjective profile, more satisfactory in her current relationary condition of life, and demonstrated the relevance of considering the body in the dysphagia treatment, not only on its organic face, but also on its symbolical and affective spheres.

Keywords: speech therapy, dysphagia, deglutition disorders.

Resumen

El objetivo de la encuesta fue presentar la relevancia de los aspectos psíquicos en la rehabilitación fonoaudiológica de los trastornos de la deglución, entendiendo porque los síntomas disfágicos se tornaran recurrentes mismo que, del punto de vista orgánico- funcional, el paciente ya no posee alteración

* Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e VII Congresso Internacional de Fonoaudiologia (Gramado), 2007.

** Fonoaudióloga, Mestre em Fonoaudiologia pela PUC-SP. *** Fonoaudiólogo, Mestre em Distúrbios da Comunicação, Doutor em Psicologia Clínica pela PUC-SP e Prof. Titular da Faculdade e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

alimentar. Se trata de encuesta descriptiva, realizada a partir del estudio del caso clínico único del paciente atendido a domicilio, acometido por el Accidente Vascular Encefálico, que resulto como cuadro de disfagia, parestesia e paresia facial a la izquierda y alteración en la expresión del lenguaje y del habla. El AVE la fragilizo subjetivamente y dificulto las relaciones cotidianas. La apertura de la escucha de las angustias inherentes de la situación permitió, a partir de la rehabilitación orgánica, un deslucamiento para la construcción de un nuevo perfil subjetivo, mas satisfactorio en relación a sus condiciones actuales de la vida, quedando demostrado la relevancia de considerarse en la rehabilitación de las disfgias, el cuerpo no solo por su fase orgánica, sino también en las esferas simbólicas y afectivas.

Palabras claves: *disfagia, transtornos de deglucion, terapeutica fonoaudiológica.*

Introdução

Na terapêutica de pacientes disfágicos, há um comprometimento orgânico que necessita de intervenção direta no organismo e remete a uma terapêutica específica (Furkim, 1999). A disfagia não é considerada uma doença, mas a consequência de uma síndrome ou doença de base, decorrente de problemas congênitos ou adquiridos, e é classificada como disfagia neurogênica, mecânica, miogênica e psicogênica. Sanches et al (2003) consideram que as desordens mais frequentes nas disfgias neurogênicas são aquelas advindas de disfunções neurológicas, tumores de cabeça e pescoço, distúrbios musculares e distúrbios psíquicos. Desta forma, pensar nos efeitos que a intervenção fonoaudiológica dirigida às implicações advindas do acometimento disfágico, permite entender, segundo Cunha (2002) e Parisi (2003), de que modo esta situação marca o paciente, considerando a doença como parte de sua história de vida.

As terapêuticas da disfagia, geralmente, priorizam apenas a correção dos desvios e disfunções orgânicas que acometem o paciente. Nesta perspectiva, a intervenção terapêutica passa a considerar o sujeito pelo seu transtorno ou doença, o que significa abrir mão do que é inédito na clínica: a condição singular do paciente e seus modos de lidar com os problemas de saúde.

Tassinari (2000) considera que, sob a postura mencionada, pode-se dizer que uma abstração do sujeito se opera na prática clínica. Assim, o corpo orgânico é, com alguma frequência, tratado pela Fonoaudiologia como uma entidade fechada sobre si mesma, que apenas responde às pressões do meio externo, sem que essa relação interfira diretamente em sua constituição.

Quando é assim, o objetivo do tratamento seria, de acordo com Souza (1999), o de criar estratégias

terapêuticas para corrigir disfunções, com o intuito de eliminar o distúrbio de alimentação, e a efetividade da intervenção estaria ligada apenas à garantia de resultados favoráveis a partir da reabilitação orgânica. Ou seja, os procedimentos diagnósticos reconhecem a alteração apresentada e a terapia adota técnicas e procedimentos de combate à sintomatologia orgânica, para atuar nos comportamentos tidos por inadequados.

Porém, o corpo pode ser pensado e abordado também de outras maneiras. Nesse sentido, entendemos ser importante considerar, na reabilitação orgânica, as implicações subjetivas que um distúrbio alimentar pode causar. Ao demonstrar a relevância dos aspectos psíquicos na reabilitação fonoaudiológica dos transtornos de deglutição, busca-se compreender porque os sintomas disfágicos se tornaram recorrentes em uma paciente mesmo que, do ponto de vista orgânico-funcional, ela não mais possuísse alteração alimentar após a reabilitação.

Método

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (sob o protocolo número 0027/2005). A participante e os seus responsáveis tiveram suas identidades preservadas e foram esclarecidos de seus direitos, por meio do consentimento livre e esclarecido. Os dados para análise nesse artigo foram coletados entre junho de 2004 e dezembro de 2005 e o material clínico constituiu-se da análise das memórias dos atendimentos (ocorridos duas vezes por semana, por uma hora) e de registros semanais das terapias realizadas.

O estudo do caso clínico foi realizado pelo método clínico-qualitativo, por meio de levanta-

mento da história de vida e dos hábitos relacionais e alimentares de Dona Laura (nome fictício), paciente de 82 anos, acometida por Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, cujo exame de imagem (tomografia computadorizada) revelava lesão cerebral no hemisfério direito, localizada no lobo parietal, com diminuição de sensibilidade e de força na hemiface esquerda.

Tal diagnóstico, aponta para um quadro de disfagia, de parestesia e paresia facial à esquerda, de alteração na expressão da linguagem oral e escrita, e de disartria. A localização da lesão justificava o quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda, uma vez que uma das funções deste lobo é somestésica, no caso, responsável pela sensibilidade oral.

Na avaliação clínica e funcional da deglutição, observou-se assimetria facial à esquerda devido à paresia e parestesia facial, com presença de resíduos de alimento em vestibulo oral esquerdo após a alimentação. Havia diminuição de volume e alteração da postura de bucinadores e lábios, além de diminuição acentuada da mobilidade à esquerda; de tonicidade e coordenação de língua, lábios e bucinadores.

Para avaliar a deglutição, ofertou-se alimentos nas consistências sólida e líquida, com predominância de mastigação unilateral à esquerda e presença de estases alimentares em vestibulo oral, o que poderia levar à escape tardio do alimento e penetração laríngea e/ou aspiração traqueal. Mesmo após solicitação para que deglutisse diversas vezes, não havia tônus de língua suficiente para lateralização, centralização e ejeção completa do bolo alimentar, mas não ocorreram quaisquer episódios de tosse e/ou engasgos. A paciente não utilizou via alternativa de alimentação durante a internação hospitalar e não apresentou episódios de pneumonia, nem precisou dos cuidados da UTI ou procedimentos invasivos de intubação orotraqueal ou traqueostomia.

À ausculta cervical, não foi observado ruído sugestivo de escape tardio de alimento ao final das deglutições. Seu quadro pulmonar também não apresentava alterações anteriores ao período hospitalar e nem durante o mesmo. Assim, não

foi realizado exame objetivo da deglutição, como videodeglutograma, pois não havia sinais clínicos de risco de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal do alimento.

Resultados

O processo terapêutico foi pautado em grande medida pela realização de exercícios miofuncionais para aumentar sensibilidade, tonicidade, mobilidade e coordenação de musculatura orofacial, laríngea, faríngea e de coaptação glótica, a fim de maximizar controle oral, força de ejeção de língua, evitando possíveis ocorrências de aspiração traqueal do alimento. Com o trabalho de reabilitação, nesses três primeiros meses, Dona Laura apresentou mudanças significativas no padrão mastigatório e de deglutição, com aumento na sensibilidade e mobilidade da musculatura oral, o que levou ao aumento da propriocepção intra-oral.

Desta forma, foi possível enfatizar em terapia outras questões, consequentes das sequelas do AVE, como as dificuldades discursivas (orais e escritas) que se apresentavam em episódios de anomias, pausas e hesitações na oralização. A dificuldade de sustentar uma narrativa sempre esteve presente, desde a ocorrência do AVE, mas para Dona Laura o mais difícil era lidar com as eventuais faltas das palavras (sic). O silêncio se apresentava como incômodo e angústia, mas seguíamos conversando sobre sua família, suas atividades de vida diária e sobre seu passado, para que ela pudesse enfrentar a dificuldade que tanto expunha sua subjetividade: dificuldade de expressar-se e manifestar-se oralmente.

Depois de três meses de terapia, as questões relativas à alimentação foram minimizadas e Dona Laura não mais apresentava estase em cavidade oral e nem tosses ou engasgos ao deglutir. Porém, nesta época, ela apresentou dois episódios de convulsão na mesma semana, devido à diminuição, por prescrição médica, das doses do medicamento Tegretol¹, uma vez que seu quadro estava estável. A partir dessa ocorrência, o médico voltou à dose anteriormente prescrita. Houve alterações no padrão de deglutição e queixas relativas a tosses ou

¹ A carbamazepina, componente de base do Tegretol, atua sobre a motricidade do mecanismo neuronal, no sistema extra-piramidal, e tem ação anticonvulsivante, diminuindo a transmissão sináptica ou a adição da estimulação temporal que dá origem à descarga neuronal. Tem atividade anticonvulsiva, antidepressiva e antineurálgica, e é indicada para tratamento das crises convulsivas e de epilepsia.

engasgos na deglutição com qualquer consistência de alimento, com a retomada de realização de exercícios miofuncionais.

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

Parece que a alteração de dose do medicamento, diante de um quadro de estabilidade na dose anterior, indicava que Dona Laura tinha poucas condições (físicas e psíquicas) para suportar mudanças, ou seja, para sair de um estado de equilíbrio, alcançado pela equação entre terapia e as doses de medicação, anteriormente prescritas.

Além disso, para ela, havia algo neste episódio que não podia ser exposto: falar sobre a convulsão lhe causava constrangimento e sofrimento, principalmente por pensar sobre a imagem que o outro poderia fazer dela. Passamos a conversar sobre os imprevistos da vida e a minimizar a importância de realizar exercícios miofuncionais como forma de cuidado direto às queixas de engasgos. Nesse momento, passados quatro meses de reabilitação, ela contou bastante emocionada sobre a morte de três pessoas muito importantes (ocorridas, cronologicamente, nesta ordem: marido, irmão e cunhado), no ano de 2002.

O choro parecia indicar que ela estava, de algum modo, voltando a encontrar formas de expressar suas dores e seus sofrimentos, que não pela produção de sintomas na boca, enquanto órgão que representava suas dificuldades de deglutição e de fala. Após algumas semanas, sua filha e sua cuidadora, de novo, não referiam mais engasgos durante as alimentações; assinalavam também que sua condição de falante mudava para melhor, embora ainda com dificuldades.

Ao longo de seis meses de terapia fonoaudiológica, embora o trabalho de reabilitação da fala progredisse, novamente houve retorno dos sintomas de deglutição. Conversamos sobre tal possibilidade, em função de ainda existir instabilidades físicas e psíquicas, e sobre quanto ela se incomodava, sobretudo com os efeitos emocionais de seus sintomas. Assim, restabeleceu-se a terapêutica voltada para

disfagia e, após um período de aproximadamente dois meses, novamente havia melhora do quadro: não mais engasgava nas refeições e nem durante a fala.

Porém, os sintomas de engasgos e tosse durante a alimentação retornam e a paciente e os familiares voltam a referir disfagia, o que tornou necessário retomar, mais uma vez, a estimulação miofuncional, voltada ao fortalecimento da musculatura oral, promovendo aumento da força de bucinadores, de ejeção de língua e da sensibilidade intra e extra-oral.

Nesse período, aos nove meses de intervenção clínica, sua alimentação foi acompanhada sistematicamente por várias sessões de terapia, não havendo episódios de engasgos ou tosse, nem presença de resíduos de alimentos em cavidade oral, o que significava condições de alimentação segura por via oral, sem riscos de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal. Entretanto, a cuidadora e sua filha ainda referiam presença de engasgos às refeições, o que mantinha o alerta e o monitoramento da deglutição. Porém, não se priorizou um novo retorno à estimulação miofuncional dos órgãos fonoarticulatórios, pois ela apresentava condições de se alimentar de forma segura, conforme foi verificado em terapia, inclusive com proteção de vias aéreas superiores (a presença da tosse era um indicativo deste fato).

No tratamento, consideramos que os esparsos reaparecimentos dos sintomas disfágicos advinham da instabilidade afetiva da paciente, da fragilidade psíquica que seu quadro físico e social lhe impunha. Sendo assim, consideramos suficiente o trabalho de reabilitação das condições de alimentação, passando a concentrar a ênfase da terapia na linguagem oral, inclusive porque sabemos da relevância da linguagem no corpo, isto é, sabemos que a linguagem também age sobre o corpo, interferindo em seu funcionamento, o que era oportuno, pois nosso entendimento era de que Dona Laura precisava ser ouvida, falar e elaborar simbolicamente seu estado e suas condições de vida.

Ao conversarmos sobre sua infância, ela conta que iniciou sua atividade de costura desde muito nova, na adolescência. Trabalhava junto com sua mãe, que lhe ensinou o ofício, e passou a auxiliá-la nas encomendas para as lojas. Pergunto se ela não tem mais interesse em costurar e ela aponta para a mão, indicando que a dificuldade de movimentação do membro esquerdo não lhe permitia a realização

de atividades refinadas, de costurar e de bordar. No entanto, ela tentou e conseguiu costurar pequenos pedaços de retalhos e também consertou uma almofada com o auxílio de sua filha.

Na tentativa de valorizar suas potencialidades, levamos um kit de costura (com linha de lã e agulha grossa) de modo que pudéssemos exercitar e reativar suas habilidades de costura e bordado. Esse desafio, mesmo com as dificuldades motoras, a fez reviver momentos de sua vida, quando trabalhava e ajudava o marido no sustento da família. Ela também pôde enfrentar o desafio de confeccionar algumas peças, mesmo com a dificuldade motora apresentada no hemitórax esquerdo.

Se, inicialmente, Dona Laura dificilmente dirigia o olhar à terapeuta, aos poucos e a partir de situações aparentemente triviais (como as relatadas acima), ela começava a se expor e pontuar suas questões e posições. Eram discretas as mudanças em seu modo de ser. Em alguns momentos, ela dizia “eu fiz!” (sic), quando falávamos sobre atividades da vida diária. Consideremos falas como estas marcas de uma outra possibilidade de vir a ser, pois, para alguém que estava vivendo sob certa dependência do outro, aquilo parecia ser algo diferencial. Ela passava a olhar o interlocutor mais freqüentemente, dirigindo-se a ele, sustentando sua presença e sua condição de sujeito.

No últimos seis meses da coleta de dados, observamos que sua fala também passou a indicar significativas mudanças de posição frente ao interlocutor; ela a reformulava (o que não ocorria anteriormente, devido às anomias e parafasias), por exemplo: “Dona Mara é muito cojoso, coraja, corajossa, corajosa” (sic). Ou ainda, quando notava que não havia dito exatamente o que queria, ao invés de desistir da produção e lamentar-se por não conseguir, tentava produzir o segmento desejado. Para tanto, utilizava-se de pausas, muitas vezes prolongadas: “tinha pêra, não, (...) maçã” (sic).

A possibilidade de ler textos de seu interesse (revistas semanais e alguns poucos livros) também motivava a narrativa oral. No período final da coleta de dados, após 18 meses de terapia fonoaudiológica ininterruptos, a paciente apresentava menor dificuldade na leitura em voz alta: apresentava menos episódios de pausas, hesitações e trocas de segmentos do que inicialmente. Ainda assim, não desistia de ler e passava a fazê-lo silenciosamente, também indicando que este recurso permitia encadeamento das informações, não apenas leitura isolada das

palavras. Quando ela silenciava a leitura, passava a correr os olhos na linha do texto, apontando com o dedo indicador onde lia.

Nesse momento, também observamos gestos indicativos de modificações em suas ações diárias: ela se cuidava sozinha, ou seja, penteava o cabelo e não necessitava de ajuda para resolver suas necessidades de higiene íntima, a não ser no banho, quando recebia apoio em movimentos mais difíceis de serem executados. Outras mudanças, também relativas às suas atitudes e comportamentos de rotina, referem-se ao modo como passou a ser incluída pela família, fazendo-se mais presente, participando ativamente dos momentos de escolha dos produtos no supermercado; bem como na cozinha, opinando freqüentemente sobre a realização das receitas para as refeições durante o preparo. Ela também passou a fazer alguns pratos, nos quais ajudava nas diversas etapas de preparação, a partir das suas possibilidades e limites, além de se servir à mesa e de oferecer “um cafezinho”, ou servir as visitas que a acompanhavam nos lanches da tarde.

Desta forma, foi possível observar que Dona Laura voltou a experimentar as diversas situações de vida, e de modo menos sofrido, demonstrando condições de contar, minimamente, com seus recursos para viver a partir do que acontecia a cada dia. Aliás, os sintomas disfágicos não mais se repetiram.

Discussão

O advento do AVE fragilizou subjetivamente a paciente e dificultou tanto as relações familiares quanto suas rotinas de vida diária. A abertura da escuta da terapeuta para as angústias advindas desta situação permitiu que a paciente pudesse se reorganizar subjetivamente, apoiada pela reabilitação orgânica.

Devido a realização de técnicas de reabilitação miofuncional, é possível, em vários casos, alcançar os objetivos de restabelecer o processo de deglutição compensatório ou mais próximo possível da normalidade. As técnicas utilizadas no atendimento do disfágico, apresentam particularidades quanto a terapia miofuncional, sendo necessária a realização de manobras posturais e técnicas de estimulações orofaciais, aplicadas diretamente no organismo, oferecendo novos padrões adaptados de deglutição segura, conforme referem Magalhães e Bilton (2004).

Considerar a reabilitação do disfágico, significa levar em conta que esta intervenção cria marcas no corpo do sujeito, pois há uma mudança funcional decorrente das adaptações advindas da reabilitação. Mas também se compreende, de acordo com Cunha (2002) e Parisi (2003), que esta intervenção terapêutica produz marcas simbólicas no corpo, realizadas pela linguagem, por meio da relação estabelecida entre terapeuta e paciente.

A paciente apresentou mastigação bilateral e diminuição do resíduo alimentar em cavidade oral. A mudança no padrão articulatório foi obtida pelas modificações nos padrões dos órgãos fonoarticulatórios. Foram observados episódios nos quais foi possível alcançar alimentação sem presença de estase em cavidade oral e sem escape labial de saliva ou engasgos, sugerindo que poderiam ser também enfatizadas outras ações terapêuticas, voltadas às dificuldades de linguagem, que a incomodavam intensamente.

A recorrência dos sintomas de disfagia implicou na retomada da estimulação miofuncional em três momentos distintos. Entretanto, tal intervenção não desconsiderou o trabalho com a linguagem, isto é, não foi introduzida uma terapêutica voltada apenas para o problema orgânico de deglutição. A dificuldade de deglutição foi articulada à dificuldade de linguagem e aos conteúdos psíquicos que tal associação de sintomas desencadeou ou intensificou: angústia, ansiedade e necessidade de chamar atenção para o seu sofrimento, ligado às conseqüências da lesão cerebral e de seus desdobramentos.

Neisser (2003) afirma que pensar no paciente enquanto um sujeito significa não separar as dimensões do corpo físico e do corpo simbólico, pois são dimensões de um mesmo processo de constituição do sujeito; processo construído por meio dos afetos, da capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro. Nesta relação intrincada, a dimensão física é atravessada pela dimensão simbólica do corpo e, portanto, afetada pela linguagem, isto é, o corpo, tal como é visto, sentido e imaginado pelo sujeito, está sempre marcado pela linguagem.

A partir das relações entre o orgânico e o psíquico, é possível encontrar planos de escuta ao sofrimento dos pacientes (Bom e Cunha, 2006). Embora a reabilitação sensorio-motora seja potente para resgatar as funções de alimentação por via oral, nem sempre ela é suficiente, no sentido estrito de sua aplicação. O encontro terapêutico é espaço

para produzir diferença de sentido por meio da linguagem, o que dá contorno ao corpo (Palladino et al, 2004).

O processo terapêutico permite a oferta de ferramentas técnicas e conceituais à elaboração e à reconstrução da história do sujeito. Abre-se espaço para que o sujeito se movimente, circule na relação terapêutica e nas outras que estabelece, em encontros de (des/re)construção contínua, cuja finalidade é permitir que o paciente se disponha ao novo, a novas formas de pensar e de agir. Ao terapeuta, cabe compartilhar e sustentar o atravessamento das dificuldades do processo com o paciente (Cunha, 2004; Parisi, 2003 e Neisser, 2003).

No caso estudado, os comprometimentos orgânicos foram sobredeterminados pela fragilização do sujeito, impondo-lhe um estranhamento em face do outro e de si. Através do vínculo e do desdobramento do processo terapêutico operou-se uma abertura ao reconhecimento e à elaboração de sua nova condição de vida: enfrentamento de angústias e de sofrimentos, após as marcas orgânica e simbólica conseqüentes do AVE, que lhe pareciam tão ameaçadoras quanto as mortes de seu marido, irmão e cunhado.

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

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

As dificuldades discursivas e de deglutição, mostravam como era penoso lidar com suas perdas, bem como falar sobre o que lhe constrangia e angustiava. Parece que a presença do AVE, com as seqüelas subseqüentes, (re)encenavam passa-

gens de sua vida, pelas quais fora surpreendida e abalada.

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

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

Conclusões

No que se refere à terapia de reabilitação da disfagia, nota-se que a paciente apresentou melhoras significativas, permitindo investir no trabalho voltado à atividades discursivas.

A vinda à tona de questões ligadas à história de vida, aos hábitos alimentares e à recorrência dos sintomas de disfagia, a despeito dos resultados da adequação da deglutição – anteriormente alcançados –, indica presença de fatores psíquicos implicados com a disfagia.

O trabalho destinado à terapia da disfagia supõe a abordagem ao corpo físico para promover readequação de funções orais, por meio da estimulação miofuncional. Entretanto, Souza (2004) menciona que o corpo deve ser pensado e abordado também por outras vias, uma vez que é afetado pelo outro e pela palavra.

A partir das relações entre o orgânico e o psíquico criam-se condições de escuta e de disponibilidade ao sofrimento dos pacientes que demandam atendimento ao fonoaudiólogo. A pesquisa realizada por Magalhães e Souza (2005) corrobora nossa afirmação, demonstrando a relevância de considerar o corpo – na reabilitação fonoaudiológica das disfagias – não apenas por sua face orgânica, mas também nas esferas simbólica e afetiva.

O trabalho miofuncional, voltado ao manejo de órgãos e sistemas miofuncionais, anatômicos e neurofisiológicos, para possibilitar alimentação funcional ao paciente, convoca um caminho que articule tal reabilitação com intervenção sobre a subjetividade do paciente; o que também lhe traz mudanças na postura e nos padrões musculares. Segundo Cunha (2004), trata-se de pensar os “gestos terapêuticos pautados pela interpretabilidade”, para que gerem efeitos simbólicos, ajudando o paciente a criar novas possibilidades de descobrir as funções de seu corpo, se apropriando das mudanças obtidas no processo terapêutico.

Acolher Dona Laura produziu efeitos em seu organismo. Mais do que tomar o corpo enquanto objeto – que passivamente se submetia a uma estimulação reabilitadora –, uma abordagem à subjetividade ampliou e reinventou os cuidados à paciente. As ocorrências de engasgos denotavam o modo como o corpo de Dona Laura podia se expressar, revelando os signos ali encarnados. Era por meio do sintoma (engasgo e dificuldade de fala) que ela falava e era falada. Ao interpretar as expressões do corpo, produzimos, com Dona Laura, um “texto terapêutico” sobre as maneiras de sentir e de efetuar experiências, atribuindo sentido e criando uma espécie de narrativa de suas dores e de como as encarou e equacionou.

Pudemos notar como a alimentação (e seus transtornos) está permeada pelos afetos. Não só no caso de Dona Laura, mas em todos nós e desde sempre: a alimentação é o primeiro vínculo de qualquer ser humano, é por meio dela que o bebê se liga à mãe, num enlace que passa a contornar seu corpo, por meio dos afetos. Significa dizer que estabelecemos relações afetivas e sociais a partir do corpo, enquanto encarnação de nossa produção simbólica. Gil (1997) afirma que o corpo humano só é corpo, inclusive em seu aspecto físico, porque vive social e intersubjetivamente, calcado na linguagem e nos afetos.

Por fim, ao ampliar as potencialidades do trabalho fonoaudiológico pela escuta ao sujeito, cabe dizer à Fonoaudiologia que é preciso e pertinente desenvolver sua escuta para perceber as manifestações implicadas com a história de vida de cada paciente, de modo a compor uma rede ampla de cuidados na intervenção clínica, contemplando simultaneamente o manejo do sistema sensório-motor e das marcas simbólicas no organismo, ou seja, deslocando-se de uma posição na qual o corpo

é mero objeto, mecanicamente concebido, para assumi-lo como corpo afetivo, porque construído pela capacidade biopsíquica de afetar e de ser afetado por outros corpos.

Referências

- Aguiar PHP. Meningiomas: diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico: aspectos atuais. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
- Bigal A, Hárumi D, Luz M, Luccia G, Bilton T. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson. *Distur Comun* 2007;19(2):113-223.
- Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC* 2008;10(4):503-12.
- Furkim AM, Silva RG. Programa de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis; 1999.
- Golse B, Guinot M. La bouche et l'oralité. *Reeduc Orthophon* 2004;220: 23-30.
- Machado FP, Cunha MC. Refletindo sobre o novo: La langue, organe clé des oralités. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2007;12(2):158-9.
- Palladino RRR, Souza LAP, Cunha MC. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. *Rev Psicanal* 2004;21:95-108.
- Palladino RRR, Cunha MC, Souza LAP. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Pro Fono* 2007;19(2):205-14.
- Silva LM. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006; 9(2): 93-106.
- Steenhagem CHVA, Motta LB. Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;9(3):89-100.
- Viude A, Giannini MLB. Tratamento fonoaudiológico da disfagia. São Paulo: Semong; 2001.

Recebido em junho/08; aprovado em agosto/08.

Endereço para correspondência

Luana Almeida Magalhães
Av. Adolfo Pinheiro, 760 ap.222
Alto da Boa Vista, São Paulo, SP
CEP 04734-001

E-mail: luana.magalhaes@gmail.com