

Voz e psiquismo: efeitos recíprocos em um paciente laringectomizado total

Rodrigo D. do Carmo*
Maria Cláudia Cunha**
Ana Carolina de A M Ghirardi***

Resumo

A voz constitui-se na história do sujeito, revelando marcas e características individuais (e intransferíveis), advindas das experiências subjetivas. No presente estudo, enfoca-se uma condição patológica vocal peculiar, a saber, aquela em que o sujeito perde estruturas importantes do aparelho fonador em decorrência da laringectomia total (retirada do arcabouço laríngeo), procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de alguns casos de câncer nessa região corporal. Várias pesquisas focaram o grau de eficiência dos dispositivos utilizados para promover a comunicação desses pacientes, mas há carência de estudos sobre as demandas psíquicas envolvidas nesses casos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é discutir os conteúdos psíquicos envolvidos nos sintomas vocais de um paciente laringectomizado. Trata-se de pesquisa de natureza clínico qualitativa, desenvolvida por meio de estudo do caso clínico de um sujeito do sexo masculino, 59 anos de idade, que realizou tratamento fonoaudiológico após laringectomia total. A interpretação dos resultados se deu nas interfaces entre corpo, voz e psiquismo; subsidiada por referenciais teóricos da Fonoaudiologia e da Psicanálise. Resultados: o paciente utilizou-se do “setting” terapêutico para expressar conflitos psíquicos associados à mutilação laríngea, sustentado pela intervenção fonoaudiológica na vertente bio-psíquica, isto é, orientada pela escuta dos conteúdos subjetivos associados aos sintomas vocais. Contudo, prevaleceram os conflitos psíquicos gerados pela condição orgânica irreversível, conduzindo o paciente ao abandono do tratamento. Conclusão: apesar do insucesso na superação das mutilações orgânicas, o paciente pode expressar e elaborar o sofrimento advindo da sua condição patológica, o que não deve ser excluído da proposta terapêutica fonoaudiológica frente aos distúrbios vocais.

Palavras-chave: laringectomia, voz alaríngea, psicanálise

Abstract

The voice is constituted in the subject's history, and reveals individual marks and characteristics resulting from subjective experiences. In the present study, the focus lies on a peculiar pathological voice condition, in which the subject loses important structures of the vocal tract due to a total laryngectomy, a surgical procedure to treat some of the cases of cancer in this body region. Many studies have focused on the efficiency of the methods for promoting communication in these patients, but there is a lack of studies regarding the mental issues involved in these cases. Therefore, the aim of this paper is to discuss the contents pertaining to the psychism involved in the vocal symptoms of a totally laryngectomized patient.

* Fonoaudiólogo Mestrando em Ciências da Saúde pela UnB. ** Professora titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP. *** Fonoaudióloga Doutoranda em Fonoaudiologia na PUC-SP

This is a clinical qualitative study, developed as a case study of a male, 59 year-old subject, who underwent speech therapeutic intervention after a total laryngectomy. The interpretation of the data occurred in the interfaces between body, voice and psychism, and was subsidized by theory referentials from both Speech Language Pathology and Psychoanalysis. Results: The patient used the therapeutic setting to express mental conflicts associated to laryngeal mutilation, sustained by the speech therapeutic intervention of a biological and mental mindset, i.e., oriented by the listening to the subjective contents associated to the vocal symptoms. However, the mental conflicts generated by the irreversible organic condition prevailed, and this led to treatment abandonment. Conclusion: In spite of the failure to overcome organic mutilation, the patient was able to express and elaborate the suffering generated by his pathological condition, and this should not be excluded from the therapeutic proposal regarding vocal disorders.

Keywords: laryngectomy, alaryngeal speech, psychoanalysis

Resumen

La voz se construye durante la historia del sujeto, revelando marcas y características individuales (y transferibles), procedentes de experiencias subjetivas. En el presente estudio se pone el foco en una condición vocal patológica peculiar, aquella en el que el sujeto pierde importantes estructuras del aparato fonador como consecuencia de la laringectomía total (extirpación del marco de la laringe), procedimiento quirúrgico indicado para el tratamiento de algunos cánceres en esta región del cuerpo. Varios estudios se han centrado en el grado de eficacia de los dispositivos utilizados para promover la comunicación de estos pacientes, pero ha habido pocos estudios sobre las demandas psicológicas que intervienen en estos casos. Así, el objetivo de este trabajo es discutir los contenidos psíquicos que participan en los síntomas vocales de un paciente laringectomizado. Se trata de una investigación de carácter clínico cualitativo, desarrollada a través de estudio del caso clínico de un sujeto del sexo masculino, 59 años de edad, que se sometió a tratamiento fonoaudiológico después de la laringectomía total. La interpretación de los resultados se realizó en las interfases entre cuerpo, voz y psique, con la ayuda de referenciales teóricos de la Fonoaudiología y Psicoanálisis. Resultados: El paciente se utilizó del “setting” terapéutico para expresar conflictos psíquicos asociados a la mutilación laríngea, apoyado por la terapia fonoaudiológica en la vertiente bio-psíquica, es decir, guiada por escuchar los contenidos subjetivos asociados a los síntomas vocales. Sin embargo, prevalecieron los conflictos psíquicos generados por la condición orgánica irreversible, que llevaron al paciente a abandonar el tratamiento. Conclusión: a pesar de no lograr superar las mutilaciones orgánicas, el paciente pudo expresar y elaborar el sufrimiento resultante de su condición patológico, lo que no debe ser excluidos de la propuesta terapéutica fonoaudiológica para los trastornos vocales.

Palabras claves: laringectomía, voz alaríngea, psicoanálisis.

Introdução

A voz expressa os afetos, isto é, os estados prazerosos e dolorosos da mente: emoções, sentimentos e paixões. Assim, constitui-se na história do sujeito; revelando marcas e características individuais (e intransferíveis), advindas das suas experiências subjetivas.

Para Anzieu (1989), tal processo inicia-se precocemente: no recém nascido a voz instaura o surgimento do bebê fora do corpo materno, promo-

vendo as primeiras diferenciações eu/outro. Nas palavras de Catão (2009) “... ouvir vozes é a ligação mais primitiva do homem com outro ser humano”.

No presente estudo, enfoca-se uma condição patológica vocal peculiar, a saber, aquela em que o sujeito perde estruturas importantes do aparelho fonador em decorrência da laringectomia total (retirada do arcabouço laríngeo), procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de alguns casos de câncer nessa região corporal. Nessa condição,

que implica em privação da voz laringea, aspectos psíquicos e sociais são afetados.

Tradicionalmente, o fonoaudiólogo que atua nesses casos realiza um trabalho terapêutico focado no estímulo ao desenvolvimento de mecanismos vocais compensatórios, com vistas à minimização das limitações impostas pela cirurgia à comunicação oral. Isto é, intervem, primordialmente, na dimensão orgânica dos sintomas vocais (Behlau, 2005).

Estudos recentes destacam as relações entre voz e psiquismo, cada vez mais reconhecidas no campo fonoaudiológico. Mas, para Pinheiro e Cunha (2004), a produção científica e a prática clínica tendem a dicotomizar as dimensões psíquica e orgânica, priorizando a segunda. Nessa direção, os processos terapêuticos tendem a não lidar com os conteúdos subjetivos trazidos pelo paciente, no sentido de resgatar-lhes o valor simbólico (Cunha, 1997), associado aos conflitos psíquicos desencadeados pela patologia vocal (Bergantin, 2002).

Em outras palavras, o sintoma vocal não sinaliza apenas um organismo doente, mas também um sujeito que sofre e, por meio desse sintoma, pede para ser ouvido (Salfatis e Cunha, 2006). Assim, assumir que corpo e mente são indissociáveis e afetam-se reciprocamente, abre caminho para intervenções fonoaudiológicas na perspectiva dessa unidade biopsíquica.

Nessa direção, é possível afirmar que o psiquismo imprime suas marcas nas formas da linguagem. E, partindo-se do pressuposto de que a voz é uma dimensão da linguagem, observa-se que as alterações vocais manifestam-se quando há o desejo de se dizer algo a alguém e, ainda, segundo Märtz (2004), mesmo no silêncio resultante de impossibilidade ou recusa.

Portanto, é indispensável que o fonoaudiólogo ofereça escuta ao que o paciente diz, para além da forma pelo qual o faz (orgânica e lingüisticamente). Em outras palavras: a voz, e seus distúrbios, são também produções psíquicas (Gonzales, 2003).

A laringectomia total promove um profundo impacto na vida dos pacientes, na medida em que gera uma ruptura abrupta da comunicação oral, perturbando a sua interação com outras pessoas. Desse contexto, resultam problemas psíquicos e sociais para esses sujeitos (Costa et al, 2001), que indicam que o processo terapêutico não pode restringir-se à dimensão orgânica do quadro vocal. Portanto, a extensão da mutilação obriga o cirurgião e a equipe

que acompanha o caso a compreender e lidar com toda a gama de conseqüências dos tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos (Guatimosim e Bento, 2010).

Atualmente, vários procedimentos de restauração vocal tem sido desenvolvidos e utilizados no tratamento de pacientes laringectomizados: variações da fala esofágica, próteses traqueoesofágicas e laringe eletrônica. Contudo, existem casos em que nenhum deles é eficaz e, conseqüentemente, os pacientes comunicam-se por meios não verbais (gestos e/ou expressões faciais) e/ou escrita.

Porém, de maneira geral, a produção científica na área ainda é tímida em relação ao estudo do nível de satisfação desses pacientes quanto aos resultados dos processos terapêuticos.

Observa-se, a partir da experiência clínica, que a demanda do paciente laringectomizado total, inicialmente mascarada pela aparente aceitação da condição de sobrevivente, evidencia-se à medida que o vínculo terapêutico se intensifica. Nesse contexto, observa-se que os pacientes buscam, fortemente, um amparo para lidar com as efetivas limitações inerentes à mutilação (Ghirardi e Ferreira, 2008).

A partir dessas considerações, destaca-se a necessidade de investigar e intervir no funcionamento psíquico do paciente laringectomizado total, isto é, no modo como ele lida com as implicações psíquicas das mutilações orgânicas. Sendo assim, o tema deste trabalho são os efeitos recíprocos entre doença orgânica e psiquismo e o objetivo, discutir os conteúdos psíquicos envolvidos nos sintomas vocais de um paciente laringectomizado total.

Apresentação do caso clínico

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da instituição em que foi realizada. O paciente e familiares tiveram seus nomes substituídos por fictícios.

Foram feitos registros, por escrito, após cada seção de terapia e também das discussões com a Equipe de Saúde da Família (ESF).

Renato, 59 anos, procurou atendimento fonoterápico após realizar o procedimento de laringectomia total em decorrência de câncer laríngeo. Foi assistido por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que integra o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual possibilita, segundo Carmo e Mendes (2006) que os profissionais atuem com o paciente em seu contexto social e familiar, por meio de Visitas Do-

miciliares (VDs). Essas são realizadas pelo técnico em saúde indicado (nesse caso, o fonoaudiólogo), que é acompanhado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável pela área geográfica de abrangência em questão.

É importante salientar que Renato estava laringectomizado há 01 ano e, antes de chegar ao atendimento fonoaudiológico na UBS, havia feito apenas duas sessões (logo após a cirurgia) em um hospital, as quais teve que interromper em função de dificuldades financeiras que não lhe permitiam custear o transporte até lá.

Foi tabagista por 50 anos e procurou atendimento médico após constantes dores na garganta e rouquidão, sendo diagnosticado o câncer.

Após o procedimento cirúrgico, passou um mês e quinze dias alimentando-se com sonda nasogástrica e, na seqüência, fez sessões de radioterapia.

No primeiro atendimento fonoaudiológico, Renato estava acompanhado de sua filha Sandra. Inicialmente, pedi que me informasse seus dados pessoais, para o preenchimento da ficha de identificação. Aceitou (gestualmente) mas, logo em seguida, sua filha disse que “ele não falava”. Pedi, ainda assim, que ele continuasse utilizando o recurso dos gestos, sugerindo que ela nos auxiliasse quando necessário.

O “não falar” referia-se à impossibilidade de emitir sons verbais, pois Renato não tinha condições de produzi-los utilizando as estruturas anatômicas remanescentes após a cirurgia.

No entanto, Renato comunicava-se por meio de sobrearticulação não sonorizada, e de compensações tipicamente realizadas por sujeitos nessas condições, a saber: sons que, embora egressivos, não tem a câmara pulmonar como sua iniciadora e são descritos como “cliques bucais”; além de sons plosivos não pulmonares produzidos pelos órgãos remanescentes do trato vocal (Ball e Muller, 2007). Esse procedimento auxiliava, embora precariamente, a sua comunicação.

Dessa forma, no decorrer do preenchimento da ficha, pude observar que, com muita dificuldade, Renato expressava-se por meio de gestos, da articulação silenciosa e dos movimentos compensatórios (sonorizados) descritos acima.

Conseguimos concluir a tarefa após várias intervenções da filha que o compreendia bem, dada a minha dificuldade em compreendê-lo. Em seguida, combinamos um encontro para a semana

seguinte, para efetivamente darmos início ao processo terapêutico.

Começamos na residência de Renato, mas atendendo ao seu desejo de caminhar, optamos pelo atendimento na UBS, inclusive para favorecer a constituição do “setting” terapêutico.

Renato estava viúvo há dez anos e é pai de três filhos, dentre eles Sandra (filha adotiva), que o levava aos atendimentos. Morava sozinho, mas as fotos espalhadas pela casa marcavam a presença simbólica da esposa falecida. Após a cirurgia, sua atividade preferida era caminhar. Expressando-se com dificuldade, me fez compreender que “gostava de andar para lembrar”.

Na avaliação pode-se notar que Renato utilizava uma sobrearticulação para compensar a falta de sonoridade em sua fala e a produção de sons não vocálicos tinha o apoio dos movimentos exagerados de lábios e língua.

Desde o início, Renato mostrou-se disposto a submeter-se a “qualquer tipo de tratamento” que pudesse lhe proporcionar uma “nova voz”, apesar de um tanto descrente em relação a isso. Ao mesmo tempo, pareceu-me que necessitava de um acolhimento terapêutico que recuperasse/fortalecesse sua auto-estima e mobilizasse suas potencialidades.

Seu maior desejo era voltar a falar, “emitir sons”. Ao ser indagado sobre o que queria dizer com “emitir sons”, pois de forma não convencional já o fazia (com os cliques e outras compensações), respondeu que queria falar com “palavras saídas da boca”. Esse dado corrobora a literatura que refere que um sintoma vocal não diz apenas sobre um corpo doente, mas sim de um sujeito que sofre, e pede para ser ouvido (Salfatis e Cunha, 2006). E Renato percebia que os cliques e compensações que utilizava na fala não eram o suficiente para ser ouvido. A propósito, a literatura destaca a relação entre auto-percepção de fala com qualidade de vida do paciente laringectomizado total, trazendo à tona a discussão de até que ponto a percepção negativa da “nova voz” o incomoda e, conseqüentemente, afeta sua qualidade de vida (Carmo, Camargo e Nemr, 2006).

Após algumas sessões, Sandra relatou que o pai estava “muito saudosista”, completando: “não é somente pela falta da fala, mas com tudo”. Disse também que, diariamente, ele se dirigia à rua em que moram as outras duas filhas e ficava olhando para as casas, “sem incomodar ninguém”. Esse fragmento sinaliza a importância do terapeuta in-

tervir quanto aos efeitos da laringectomia total no cotidiano do indivíduo, de forma a revelar e lidar tanto com as possibilidades quanto com os impedimentos vivenciados nas situações de comunicação inerentes a essa condição clínica (Carmo, Camargo e Nemr, 2006).

A propósito, a ACS que me acompanhou nas VDs iniciais, já havia comentado que, antes da cirurgia, Renato era extremamente comunicativo e extrovertido, conversava com todos os vizinhos e tinha muitos amigos, mas, atualmente só o via “de cabeça baixa, sem falar com ninguém.”

Durante a fase inicial do processo terapêutico Renato mostrou-se implicado no tratamento. Nos exercícios de articulação labial, variava a intensidade dos movimentos, proporcionando ao interlocutor uma sonoridade ritmada bastante peculiar.

Quanto à fala laríngea, sabemos que existem três dispositivos para favorecê-la: os vibradores laríngeos (eletrolaríngeos), cuja principal limitação é a de produzirem qualidade vocal artificial, já é que muito próxima de uma voz eletrônica. As próteses fonatórias, que permitem a produção de uma voz traqueoesofágica, e são instaladas por meio de procedimento cirúrgico de alto custo financeiro. E a voz esofágica, isto é, a produção vocal por meio do desenvolvimento do esôfago como fonte sonora substituta, pela introdução do ar ambiente na região do esfíncter cricofaríngeo, procedimento desenvolvido em terapia fonoaudiológica (Ghirardi e Ferreira, 2008).

Antes mesmo da cirurgia, Renato teve acesso a informações sobre essas três possibilidades, e optou pela voz esofágica já naquele momento. Portanto, investimos nesse recurso.

Renato era assíduo e esforçava-se para seguir minhas orientações, movido pelo forte desejo de produzir os sons da fala. Porém, avaliei que o enrijecimento da musculatura, decorrente das várias sessões de radioterapia, dificultava a mobilidade do trato vocal, impedindo a produção de sons que dependiam de movimentos articulatorios amplos.

Assim, a articulação travada aliada à ausência da arcada dentária superior e o número de sessões de radioterapia (em torno de 50 sessões) foram os principais empecilhos para a aquisição da voz esofágica ou mesmo para que, nas próprias palavras de Renato, “falasse um som”. Ou seja, para que conseguisse ter “alguma voz”.

Nesse cenário, gradativamente, começou a utilizar-se do espaço terapêutico principalmente

para expressar suas angústias. Mesmo com grande esforço, cansaço e tensionamento visível da musculatura facial, tentava dialogar comigo. Mesmo que, a seu ver, “não saísse nenhum som”, dizia que eu era a única pessoa capaz de compreendê-lo. E que não se sentia constrangido na minha presença, pois, de maneira oposta, não tinha coragem de fazer esse esforço diante de outras pessoas, por medo de ser rejeitado. Nessa perspectiva, estudos demonstram a importância de que o fonoaudiólogo ofereça escuta ao que o paciente diz, para além da forma pelo qual o faz (orgânica e linguisticamente). Em outras palavras: a voz, e seus distúrbios, são também produções psíquicas (Gonzales, 2003).

Certa vez relatou-me que a caminho da UBS viu seus amigos no bar, mas seguiu em frente, sem cumprimentá-los, pois achava que não mais pertencia àquele grupo. Seu único vínculo era o terapêutico, rompeu com os demais, isolando-se cada vez mais. Assim, por não poder falar com as pessoas, Renato também desfaz os laços afetivos estabelecidos com elas (Salfatis e Cunha, 2006).

Durante os 04 meses de terapia, Renato não conseguiu produzir nenhum som esofágico. Sugerir, então, a utilização da eletrolaringe, mas ele afirmou que, apesar do desejo, não tinha condições financeiras para custeá-la. Disse-lhe que poderíamos buscar meios de financiá-la junto à comunidade. Contudo, cada vez menos comunicativo, expressava sua frustração por não ter conseguido produzir a voz esofágica e culpava-se por isso. A literatura e a experiência clínica nos traz que o psiquismo imprime suas marcas nas formas da linguagem, partindo-se do pressuposto de que a voz é uma dimensão da linguagem, observa-se que as alterações vocais manifestam-se quando há o desejo de se dizer algo a alguém e, ainda, segundo Märtz (2004), mesmo no silêncio resultante de impossibilidade ou recusa.

Investi na lida com essa frustração argumentando que as inúmeras sessões de radioterapia pelas quais havia passado, haviam comprometido o funcionamento da musculatura cervical e esofágica, dificultando extremamente a injeção de ar e a vibração do segmento faringo-esofágico. O segmento faringo-esofágico e as paredes do esôfago e da hipofaringe não possuem mucosa organizada em camadas como as pregas vocais, assim quando apresenta produção vocal, esta é caracterizada por instabilidade, ruído, frequência de vibração aproximada de 80 Hz e variações de frequência e intensidade restritas (Fúria, 2000). Assim, quanto

maior o enrijecimento deste segmento, maior será a dificuldade de se produzir a voz esofágica

O processo terapêutico, como sugerem Ferreira e Vilela (2006), pautou-se no acolhimento do sujeito quanto às questões orgânicas e subjetivas (sociais e psíquicas), por meio de vivências e intervenções em diversas situações de comunicação. Mas, apesar de oferecer minha escuta e priorizar os conflitos psíquicos emergentes, Renato começou a faltar às sessões. Depois, sugeriu que nos encontrássemos em intervalos quinzenais, pois se sentia cansado. Na sequência, propôs atendimento domiciliar, mas ele recusou-se.

Nessa fase, voltei a sugerir o uso da eletrolaringe. Nova recusa, agora mais radical: disse-me que aquele era seu último dia de terapia, afirmando que não fazia sentido continuar tentando falar e que precisava acostumar-se com o fato de que isso não aconteceria jamais. Neste momento chorou, me agradeceu e nunca mais nos vimos. Tentei novos contatos, mas nem mesmo a ACS teve acesso a ele.

Observa-se que a rigidez muscular dificultou a aquisição da voz esofágica. Contudo, tal insucesso pode ser associado aos fatores subjetivos citados, os quais também parecem estar envolvidos na recusa em utilizar a eletrolaringe. Renato viveu um processo psíquico de perdas significativas: a esposa, a laringe, os amigos e a voz; tornado-se melancólico e, no limite, deprimido.

Assim, emerge o conflito: embora Renato se dispusesse a buscar uma nova forma de comunicação, ainda vivia o luto pela voz perdida. Essa condição psíquica associada às limitações orgânicas, promoveu uma angústia que o paralisou. Sem a voz, findava o desejo. Essa constatação emerge da compreensão de que o componente afetivo manifesta-se a partir da singularidade da história de vida de cada paciente (Friedman e Petroucic, 2006) e, no caso de Renato, essa história estava marcada por perdas anteriores (da esposa), simultâneas (da laringe) e posteriores (dos amigos) à da voz.

Constata-se, nesse caso, que a voz revelou sua função psíquica, para além da organicidade. Ao mobilizar o corpo, as técnicas vocais também mobilizam conteúdos psíquicos, ancorados na dimensão transferencial do vínculo terapêutico, isto é, o despertar de lembranças inconscientes após a superação de resistências (Zanello, 2007), como ilustra o caso de Renato.

Conclusão

Do caso estudado surge o seguinte questionamento: a terapia fonoaudiológica foi totalmente ineficaz ou teve efeitos benéficos na vida do paciente com o sofrimento psíquico advindo de sua condição organicamente irreversível?

A tendência é a de considerar a segunda possibilidade, o que enfatiza a importância da associação entre intervenções técnicas eficazes para o tratamento das mutilações orgânicas e escuta terapêutica para as mutilações psíquicas.

Nesse caso, o paciente procurou atendimento fonoaudiológico somente após um ano de cirurgia, intervalo de tempo muito dilatado para o início da reabilitação. Tal circunstância, provavelmente, acarretou uma experiência subjetiva intensa de frustração e impotência, decorrentes das limitações que as dificuldades de comunicação imprimiram nos vínculos interpessoais.

Dessa forma, a interação entre os fatores orgânicos (a rigidez decorrente da radioterapia) e psíquicos citados implicou no insucesso do processo terapêutico fonoaudiológico.

Contudo, o estudo desse caso nos remete à consideração final de que a abordagem bio-psíquica permanece sendo, teórica e metodologicamente, uma opção pertinente para o aprimoramento do método clínico fonoaudiológico no tratamento dos quadros vocais; particularmente nas laringectomias totais - condição clínica que radicaliza o sofrimento advindo de mutilações orgânicas irreversíveis e mutilações psíquicas proporcionais à intensidade das primeiras.

Referências bibliográficas

- Anzieu D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
- Ball MJ, Muller N. Non-pulmonic-egressive speech in clinical data: a brief review. *Clin Linguist Phon.* 2007; 21(11-12): 869-74.
- Behlau M. Aperfeiçoamento vocal e tratamento fonoaudiológico das disfonias. In: Behlau M., organizadora. *Voz: O livro do Especialista.* 1 ed, v.2. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- Bergantin M. Considerações sobre o atendimento terapêutico realizado pelo estudante de Fonoaudiologia: a propósito dos sintomas vocais. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
- Carmo RD, Mendes VLF. Atendimento Domiciliar a pacientes de risco social como estratégia de inclusão social. In: VII Congresso Nacional da Rede Unida. Curitiba: Revista Olho Mágico; 2006.
- Cunha MC. Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território. 1 ed. São Paulo: Plexus; 1997.



- Ferreira ICH. A voz na constituição do sujeito e na clínica do autismo: o nascimento do outro e suas vicissitudes. [tese de doutorado]. Distrito Federal: Universidade de Brasília; 2005.
- Ghirardi ACAM, Ferreira LP. Laringectomizados Usuários de Prótese Traqueoesofágica: Princípios e Métodos da Prática Fonoaudiológica. *Appl Cancer Res* 2008; 28: 134-43.
- Gonçalves MIR, Pedreiro A, Pontes P. Reabilitação fonatória em cabeça e pescoço. In: Campos CAH, Costa HO, organizadores. *Tratado de otorrinolaringologia*. v.4. São Paulo: Roca; 2002. p. 364-70.
- Gonzalez TC. Marcas do psiquismo no sintoma vocal. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.
- Märtz MLW. Alterações de voz e gagueira: problemas de linguagem? *Disturb Comun*. 2004; 16(2): 241-45.
- Pinheiro MG, Cunha MC. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. *Disturb Comun*. 2004; 16(1): 83-91.
- Figueiredo LC. A complexa noção de voz. *Rev Bras Psicanal*. 1998; 32(3): 605.
- Salfatis D, Cunha MC. Disfonia focal laringea; investigações no corpo que remetem à mente. *Pró-Fono*. 2006; 18(2): 207-12.

Recebido em março/10; **aprovado em** abril/10.

Endereço para correspondência

Rodrigo Dornelas do Carmo
SQN 314 Bloco A Apto 309 – Brasília – DF
CEP: 70767-010

E-mail: rodrigodornela@uol.com.br

