

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TEORIAS DO TEXTO E DO DISCURSO**

**POR UMA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA:  
OS EFEITOS DO DISCURSO MÉDICO E DO DISCURSO  
PEDAGÓGICO NA CONSTITUIÇÃO DO DISCURSO  
FONOAUDIOLÓGICO**

**FABIANA DE OLIVEIRA**

**ORIENTADORA: PROFa. Dra. FREDA INDURSKY**

**Dissertação apresentada como  
requisito parcial para obtenção  
do título de mestre em Estudos  
da Linguagem**

**Porto Alegre, abril de 2002**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, por terem sempre me incentivado e marcado a importância do estudo e por terem me mostrado que na vida as conquistas são fruto de muito trabalho e esforço. Em especial à minha irmã Silvana, pelo diálogo que tivemos ao longo do trabalho, o que nos permitiu uma aproximação ainda maior.

Às amigas e colegas fonoaudiólogas *Lisiane e Luiza* por terem sido as grandes interlocutoras desta construção.

Às colegas de trabalho e também amigas, *Ana Néri, Marcia e Tatiane*, pelo apoio e por terem sido, enquanto uma equipe interdisciplinar, muito importantes nas reflexões tecidas no decorrer do trabalho.

À companheira de estudos *Heloisa*, pela troca nas horas de angústia e, principalmente, pela amizade que construímos.

Ao *Michel*, por ter compartilhado desta caminhada ao meu lado.

À *Freda*, primeiramente por ter se disposto a enfrentar o desafio de orientar esta “alienígena” e pela grande dedicação na orientação do trabalho.

Ao Instituto de Letras, em especial aos professores da área de Teorias do Texto e do Discurso.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ser uma universidade pública e gratuita, o que permitiu a concretização desta pesquisa.

*“O sentido do ser, os rumos do ser, vibram e se transportam no som das palavras. Em sua especial sonoridade, as palavras têm o poder de nos manter no âmbito do ser.”*

Critelli, 1996.

## SUMÁRIO

RESUMO	06
RÉSUMÉ	07
<b>INTRODUÇÃO</b>	08
<b>I A HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA: TRANSCENDENDO A HISTÓRIA OFICIAL”</b>	13
1.1 Antecedendo a História Oficial	13
1.2 A evolução do Processo de Escolarização do Brasil	17
1.3 O Discurso Fundador da Fonoaudiologia	24
1.4 A Higiene Escolar e o Movimento da Escola Nova	29
1.5 A Entrada da Psicologia na Educação	34
1.6 Fonoaudiologia e Clínica	39
1.7 Terminando e Começando a História	43
<b>II UM CAMINHO SEM VOLTA...</b>	49
2.1 Do Pedagógico ao Terapêutico	50
2.2 Fonoaudiologia: seu Surgimento como uma Especialidade Clínica	64
2.3 O Nascimento da Clínica Médica: uma transformação do “Olhar”	72
2.4 A Expansão da Clínica: um “Olhar” sobre o Inconsciente	78
2.5 A Clínica Fonoaudiológica e as Marcas do Modelo Médico	82
2.6 O Retorno do Terapêutico ao Pedagógico	88

<b>III AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA: DUAS FACES DA MESMA CLÍNICA</b>	91
3.1 Princípios Metodológicos	91
3.2 Efetuando as Análises	98
3.2.1 Avaliação Fonoaudiológica: Análises do Recorte Discursivo 1	98
3.2.2 Terapêutica Fonoaudiológica: Análises do Recorte Discursivo 2	119
3.3 Concluindo as Análises	141
<b>IV POR UMA <i>TERAPÊUTICA</i> NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA</b>	147
4.1 O Sujeito Fonoaudiólogo e a Clínica Fonoaudiológica	150
4.2 Uma <i>Outra</i> Leitura acerca da Linguagem	153
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	172
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	177
<b>BIBLIOGRAFIA DAS SEQÜÊNCIAS DISCURSIVAS</b>	185

## RESUMO

O presente trabalho se propõe realizar uma análise discursiva da constituição do discurso fonoaudiológico. O objetivo do mesmo é refletir, à luz da teoria da Análise do Discurso de linha francesa, acerca dos efeitos do discurso médico e do discurso pedagógico no processo de constituição do discurso da fonoaudiologia.

Propomos um releitura da história da fonoaudiologia, partindo da noção de *historicidade*, que nos permitiu ver que o fazer terapêutico é atravessado por suas relações históricas, sociais e ideológicas. Buscamos, no processo histórico da Educação no Brasil e, posteriormente, na instauração de diversas disciplinas que compõem o arsenal técnico-científico da modernidade, as bases da constituição da fonoaudiologia.

Realizamos uma reflexão centrada na passagem da fonoaudiologia, enquanto uma disciplina vinculada à instituição escolar, para uma disciplina que vai delineando-se como Clínica. Neste sentido, abordamos diferentes concepções de Clínica e as aproximações da clínica fonoaudiológica com a clínica médica. Na instância da terapêutica, evidenciamos a presença do discurso pedagógico como aquele que efetivamente sustenta os procedimentos terapêuticos.

Partindo da premissa de que a linguagem não é passível de ser ensinada, buscamos uma alternativa à noção de linguagem preconizada pela fonoaudiologia, deslocando a idéia de que a mesma é fruto de um processo de ensino-aprendizagem.

Finalmente fazemos uma discussão do estatuto da Terapêutica na fonoaudiologia. Rompendo com concepção que equipara terapêutica e ação pedagógica, propomos uma re-significação do olhar e da escuta clínica no campo da terapêutica da linguagem.

## RÉSUMÉ

Le présent travail propose une analyse discursive de la constitution du discours phonoaudiologique. Son objectif est de réfléchir, sous l'optique de la théorie de l'Analyse du Discours de l'école Française, sur les effets du discours médical et du discours pédagogique dans le procès de constitution du discours de la phonoaudiologie.

Nous proposons une relecture de l'histoire de la phonoaudiologie, en partant de la notion de historicité, qui nous a permis de percevoir que l'activité thérapeutique est traversée de relations historiques, sociales et idéologiques. Nous avons cherché au procès historique de l'éducation au Brésil et à l'instauration de diverses disciplines qui composent l'arsenal technique-scientifique de la modernité les bases de la constitution de la phonoaudiologie.

Nous avons réalisé une réflexion centrée sur le passage de la phonoaudiologie, en tant que discipline liée à l'institution écolière, au statut d'une discipline qui s'instaure comme clinique. Dans ce sens, nous abordons des différentes conceptions de clinique et examinons les approches de la clinique phonoaudiologique à la clinique médicale. Dans le domaine de la thérapeutique, nous visualisons la présence du discours pédagogique comme celui qui soutient, effectivement, les procédés thérapeutiques.

En partant de la prémisse que le langage n'est pas susceptible d'être enseigné, nous cherchons une alternative pour la notion de langage préconisée par la phonoaudiologie, en déplaçant la conception qu'elle soit le fruit d'un procès d'enseignement-apprentissage.

Finalement, nous faisons une discussion du statut de la thérapeutique dans la phonoaudiologie, en rompant avec la conception qui égale thérapeutique et action pédagogique. Nous proposons, à la place, une ressignification du regard et de l'écoute clinique dans le champ de la thérapeutique du langage.

## INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo desde os primórdios de sua atividade clínica intervém na linguagem que falha, incluindo também sua falta. Por falhar, gera uma demanda de intervenção. Adentrando pelo processo sócio-histórico de constituição da fonoaudiologia, podemos ver que esta intervenção é determinada por diferentes formas de se conceber o que é a clínica fonoaudiológica dentro deste processo.

O que nos impulsionou na construção deste trabalho foi sobretudo a percepção de que quando se fala em clínica fonoaudiológica é preciso que se saiba de que clínica está se falando. Quando nos referimos a clínica, estamos encampando a instância terapêutica, pois entendemos que no campo fonoaudiológico não há como se separar estas duas instâncias. A fonoaudiologia circunscreve uma prática clínico-terapêutica.

A percepção de que falar em terapêutica fonoaudiológica demandava uma demarcação teórico-clínica, nos levou a considerar a necessidade de uma análise mais profunda dos sentidos que ancoravam o discurso da fonoaudiologia. Deparamo-nos com o fato de que havia uma heterogeneidade de saberes, oriundos de diferentes campos discursivos, intervindo e produzindo efeitos no discurso fonoaudiológico. Refletir sobre os diferentes saberes que atuam na clínica em fonoaudiologia, implicava no deslocamento de sentidos considerados naturais e já cristalizados.

Por isso, saímos de dentro da fonoaudiologia e fomos buscar um curso de Letras. Desejávamos, desde o início, mexer com a questão do sentido. Havia algo que nos inquietava e que, mesmo tendo passado por diversas modificações, foi uma questão central nesta dissertação: porque a clínica fonoaudiológica, mesmo diante da sua diversidade, parte do *ensinar a falar*? Neste sentido é que elegemos uma interlocução com a Análise de Discurso de linha Francesa. Um arcabouço teórico-metodológico que nos permitiria sair de dentro do discurso fonoaudiológico para colocá-lo em relação com



a sua exterioridade constitutiva. Queríamos sair da tradição, talvez ingênua ou acomodada, que reflete sobre a fonoaudiologia partindo da idéia de que seus pressupostos teóricos e clínicos independem de suas relações históricas, sociais e ideológicas. Não há um questionamento sobre esta ilusória neutralidade que trata os sentidos como algo que se constitui por si só como uma obra da causalidade.

A Análise de Discurso de linha francesa, ou AD, procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, constitutivo do homem e da sua história (Orlandi, 1999a). Ela concebe a linguagem como mediação necessária entre homem e realidade, mediação operada pelo conceito de *discurso*. A concepção de discurso para a AD é a de “efeito de sentido entre interlocutores”, conforme Pêcheux (1969), o que significa que o sentido não está amarrado a nada *a priori*, ele se constitui através dos processos de interpretação dos sujeitos do discurso.

A AD não trabalha, como a lingüística, com a língua fechada nela mesma. Ao operar com o discurso, ela concebe que o lingüístico intervém neste objeto sócio-histórico, como pressuposto. Segundo Rodrigues (1998), a AD se institui como uma disciplina semântica, sendo o seu principal objeto explicar como os sentidos são produzidos na e pela materialidade da língua.

Ao longo do trabalho, fomos mobilizando conceitos da teoria da Análise do Discurso que julgamos pertinentes. Quando se fala em dispositivo teórico em AD, está se pensando neste dispositivo individualizado para cada análise específica. Segundo Orlandi (1999 a), o que define a forma do dispositivo teórico e analítico é a questão posta pelo analista, sua natureza e finalidade. Os conceitos que mobilizaremos estão comprometidos com a análise que nos propomos a realizar. Não elegemos um capítulo específico para tratar do referencial teórico da Análise do Discurso, os conceitos foram sendo desenvolvidos ao longo do texto, principalmente através das notas de rodapé.

No primeiro capítulo do trabalho, fizemos uma incursão pela história da fonoaudiologia. Procuramos *transcender a história oficial*, não somente redimensionando o tempo, os fatos, mas, sobretudo, propondo-nos a uma leitura da rede de relações histórico-discursivas que a fonoaudiologia estabeleceu, desde seus primórdios, com os campos da educação e da medicina. Fomos buscar na própria história da educação no Brasil os atravessamentos desta com a história da fonoaudiologia. Partimos do pressuposto da AD de que a história, enquanto “fatos que reclamam sentidos” (Orlandi, 1996 b), passa a ser constitutiva e não complementar da relação da língua com a exterioridade. Sendo assim, a AD vai trabalhar com a *historicidade*, com o trabalho dos sentidos no texto, com a história constituindo a língua. Deste modo, atravessar a história da fonoaudiologia, ou melhor, sua *outra* história, nos permitiu avançar no entendimento dos determinantes históricos e sociais que refletem no funcionamento do discurso fonoaudiológico, tal como ele se apresenta hoje.

No segundo capítulo, fomos buscar os efeitos da relação fonoaudiologia e *saúde escolar*, que levaram à instauração da fonoaudiologia como uma especificidade clínica. Seguindo na linha dos atravessamentos históricos, alcançamos o *Discurso Fundador da Fonoaudiologia*<sup>1</sup>. Analisando um dos primeiros textos que falavam dos desvios da linguagem, chegamos à conclusão de que se tratava do primeiro registro de uma demanda fonoaudiológica. Como nos diz P. Henry, “ não há “fato” ou “ evento” histórico que não faça sentido que não peça interpretação.” (HENRY, 1997, p. 51-52). Aventuramo-nos neste dar sentido, acreditando que tal documento marcava uma nova ordem de sentidos, uma re-significação ( Orlandi, 1993).

---

<sup>1</sup> A noção de Discurso Fundador foi desenvolvida no capítulo I seção 1.3.

Analizamos também neste capítulo, a instauração da fonoaudiologia enquanto um novo espaço discursivo; o clínico-terapêutico. Discutimos o surgimento de várias disciplinas com o objetivo de “terapeutizar”<sup>2</sup> diferentes demandas sociais, configurando-se num arsenal técnico visando o controle disciplinar. Neste movimento, está a fonoaudiologia, que vai afastando-se do campo pedagógico para aproximar-se do clínico. Avançamos também, na história do nascimento da clínica, na medicina e no rompimento que se estabelece com esta forma de clinicar através da psicanálise. Este mergulho na “história da clínica”, fez-nos ver o quanto a fonoaudiologia encontra-se sustentada pelo modelo de clínica da medicina, ao mesmo tempo que o pedagógico faz retorno em sua terapêutica.

No capítulo seguinte, realizamos as *análises discursivas*, que dividimos em dois grande recortes. O primeiro trata do processo de Avaliação Fonoaudiológica, que se estende da anamnese à definição do diagnóstico. O segundo, aborda a Terapêutica Fonoaudiológica, analisando como a fonoaudiologia retrata a sua própria prática, vendo de que forma o seu discurso define sua terapêutica. Em todo processo de análise das seqüências discursivas de referência, imbuímo-nos da tarefa de analisar a presença do discurso médico e do discurso pedagógico no discurso fonoaudiológico. Neste sentido, estamos de antemão partindo de uma hipótese: estes discursos ressoam ( Serrani, 1997) no discurso fonoaudiológico, podendo ser identificados no funcionamento discursivo do mesmo. Como vimos, são discursos que fizeram parte da constituição do discurso da fonoaudiologia, sendo fundadores e marcantes em todo seu processo de historicização.

No capítulo final, apresentamos os “resultados” das análises discursivas, evidenciando, através da materialidade discursiva, os vestígios dos processo de significação. A partir do que “descobrimos” através das análises, ou seja, as

---

<sup>2</sup> Segundo Raggio (1997)

aproximações entre o discurso da fonoaudiologia, o discurso médico e o discurso pedagógico, passamos ao terreno das proposições, onde apontamos outras possibilidades para a clínica fonoaudiológica. Propomos uma outra leitura acerca do que significa ser uma disciplina *terapêutica*.

Pensar nas relações da fonoaudiologia com a educação e a medicina, não é algo inédito nas produções teóricas da área, no entanto, queremos que estas relações possam ser pensadas e teorizadas em uma perspectiva que subverta a impressão de realidade, de verdade. Não entraremos aqui em reflexões clínicas propriamente ditas, alcançaremos a clínica através da análise do discurso fonoaudiológico. Procuramos vislumbrar quais os efeitos do processo de constituição do discurso fonoaudiológico em seu contexto clínico-terapêutico.

Efetuamos o que chamamos de uma leitura epistemológica da fonoaudiologia, projetando sobre ela um olhar “de fora”, mas também “de dentro”. Leitura essa, que, sem dúvida, não é neutra. Nosso objetivo neste trabalho é o de analisar a *constituição do discurso da fonoaudiologia*. Para tanto, interagimos com a teoria da Análise do Discurso.

# I

## A HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA: TRANSCENDENDO A “HISTÓRIA OFICIAL”

Entrar pela história da fonoaudiologia é um passo não somente necessário, como fundamental, para o entendimento da constituição do discurso fonoaudiológico. Buscamos caminhar não pela história *oficial*, mas investir em estudos que retratam de uma *outra* forma o processo histórico da fonoaudiologia. Pretendemos evidenciar o quanto a história da fonoaudiologia está, desde os primórdios de sua constituição, quando ainda não havia sido institucionalizada, entrelaçada com a própria história da Educação em nosso país. Não nos interessa aqui a história enquanto cronologia, mas, como diz Orlandi (1996 b), enquanto “fatos que reclamam sentidos”.

### 1.1 Antecedendo a História Oficial...

Na grande maioria dos trabalhos que retratam a história da fonoaudiologia, encontramos como referência ao marco oficial de sua fundação, os primeiros cursos de formação de profissionais da área. Segundo esta perspectiva, as origens da fonoaudiologia estariam circunscritas à década de 60. Mais precisamente ao ano de 1961, data de criação do primeiro curso superior em fonoaudiologia, vinculado à clínica de otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas da faculdade de medicina da USP e, à 1962, instituição do segundo curso, ligado ao Instituto de Psicologia da PUC de São Paulo. Nestes estudos sobre a história da fonoaudiologia, observamos também que “a prática” fonoaudiológica aparece como algo que já existia no Brasil, muito tempo antes de sua instituição acadêmica. Para alguns, é algo que sempre existiu, para outros ela

teria iniciado na década de 50, ou seja, dez anos antes. Podemos observar nas palavras de Ferreira<sup>3</sup> (1991) a referência ao surgimento dos cursos de graduação como a marca do nascimento da profissão, bem como a visão de que a prática fonoaudiológica antecede esta institucionalização:

“A década de 60 marcou em São Paulo o princípio da institucionalização da fonoaudiologia entre nós. Antes disso, algumas pessoas já se preocupavam com o “ensinar” a falar ou escrever, outras com problemas de linguagem oral ou escrita, mas foi com o surgir de cursos para a preparação desses profissionais que a fonoaudiologia deu seus primeiros passos, em busca de seu objeto e papel social”. ( FERREIRA, 1991 p. 07 )

Fica claro, no discurso das produções que abordam a questão das origens da fonoaudiologia, que esta prática, que surge antes da formação acadêmica, pode ser considerada de certa forma como *clandestina*, pois não era entendida como científica. Podemos observar isto na citação acima, ao afirmar que foram os cursos de preparação de profissionais que definiram o objeto da fonoaudiologia. Que estatuto teria o *exercício* anterior a estes cursos? É o que podemos notar também em Amorim<sup>4</sup> (1982), ao referir-se à história da fonoaudiologia no país:

“ No Brasil, a nossa referida disciplina científica data de vinte anos. Como *técnicas* particulares ela *sempre* existiu. Há e sempre houve no Brasil pessoas preocupadas com o problema da comunicação humana: entretanto só agora é que essa atividade está se definindo em *nível científico* e sistematizado”. ( AMORIM, 1982 p. 141) ( grifos meus).

Nesta nossa garimpagem às produções que retratam o histórico da profissão, encontramos uma outra perspectiva, que não vê as práticas fonoaudiológicas pré-acadêmicas como não-científicas ou enquanto atividade sem objeto e papel social. Pelo

---

<sup>3</sup> Léslie Picolotto Ferreira é fonoaudióloga clínica.

contrário, são produções teóricas que vislumbram este período como um momento fundamental no processo de constituição da fonoaudiologia. Fundamental justamente por ter tido sua função social, produzindo seus efeitos até hoje no discurso fonoaudiológico. Nesta perspectiva, o discurso não mais faz uma cisão entre uma *pré* e uma *história* da fonoaudiologia, mas entende que a mesma não surge nesta relação de causalidade com a formação acadêmica, mas que sua prática é anterior a este marco oficial.

Segundo Berberiam (1995), o surgimento da fonoaudiologia se dá quarenta anos antes da fundação dos primeiros cursos de formação, na década de 60. Este surgimento não estaria atrelado, como se aprende nos cursos de graduação, a uma necessidade, devido à existência das patologias da comunicação em si, mas fundamentalmente a uma problemática histórico-social. A fonoaudiologia surge dentro da instituição escolar (e, como veremos mais adiante, a escola era o lugar privilegiado para isto), como um dos instrumentos de homogeneização da linguagem no país, enquanto uma tentativa de apagamento das diversidades culturais e sociais existentes.

Nosso interesse nesta “outra” visão acerca das origens da fonoaudiologia se dá em função de duas questões centrais. A primeira questão se refere a uma busca, nesta chamada “pré história”, dos sentidos que foram de certa forma silenciados. Tentaremos traçar que relações discursivas podem ser estabelecidas entre este período e o discurso fonoaudiológico conforme ele se apresenta hoje; que efeitos de sentido<sup>5</sup> advêm deste momento de constituição. A segunda questão, que está intimamente ligada à anterior, é

---

<sup>4</sup> Antônio Amorim é fonoaudiólogo, foi presidente da Associação brasileira de Fonoaudiologia tendo sido um dos pioneiros em produções teóricas sobre o campo fonoaudiológico no Brasil.

<sup>5</sup> **Efeito de sentido** é uma noção central da teoria da AD, pois permite a compreensão da noção de *discurso*. Discurso, segundo Pêcheux (1997 b), significa “efeito de sentidos entre interlocutores”, fazendo-se um deslocamento fundamental na concepção de sentido, linguagem e sujeito. Indursky (1998) afirma que não é mais possível se pensar na transmissão de informações entre interlocutores pois isso conduz a uma concepção de sentido estabilizado, único. Na AD o sentido pode ser sempre outro, não há garantias de que um discurso produza o mesmo sentido para quem formulou como para quem o interpretou.

evidenciar que esta perspectiva histórica irá resgatar o quanto a fonoaudiologia esteve na sua formação vinculada à Educação. Isto para nós é fundamental na análise que nos propomos a fazer do discurso fonoaudiológico, onde buscaremos posteriormente marcas desta relação, ou seja, marcas do discurso pedagógico no discurso fonoaudiológico quando este retrata sua terapêutica.

Antes de aprofundarmos nossa pesquisa a cerca das relações históricas entre a fonoaudiologia e a Educação, gostaríamos de destacar qual a noção de história que sustenta a mesma. Como já referimos no início do capítulo, propomo-nos a uma reflexão que não seja cronológica ou baseada na sucessividade de fatos e acontecimentos. A noção sustentada aqui é aquela assumida pela Análise do Discurso onde o interesse não está nas datas, mas no modo como os sentidos são produzidos e circulam. A história enquanto “fatos que reclamam sentidos” (Orlandi, 1996 b) passa a ser constitutiva e não complementar da relação da língua com a exterioridade. Sendo assim, a AD vai trabalhar com a noção de *historicidade*<sup>6</sup>, com o trabalho dos sentidos no texto, com a história constituindo a língua. Sendo o discurso o lugar de encontro da língua e da história, estas duas instâncias tornam-se inseparáveis no processo de constituição dos sentidos e do sujeito. Para que se compreenda o funcionamento de um discurso, é fundamental que se tenha a compreensão de sua história, pois como nos diz Orlandi (1996 b), o repetível é histórico e não formal.

---

<sup>6</sup> Entendemos o conceito de **historicidade** como fundamental para este capítulo, por isso ressaltamos outros autores que dentro da teoria da AD abordam o mesmo. Segundo Rodrigues (1998), a AD propõe a instituição de uma reflexão histórica, materialista, do funcionamento da linguagem. História entendida como a *trama de sentidos* que determina o funcionamento da linguagem e da realidade humana. O real natural só pode ser apreendido através da linguagem, ele é fruto de uma construção simbólica. O sentido que não é *historicizado* não é passível de compreensão, não existe sentido sem história. P. Henry, ao analisar o lugar da história nas ciências humanas e sociais, diz que “não há ‘fato’ ou ‘evento’ histórico que não faça sentido, que não peça interpretação, que não reclame que lhe achemos causas e conseqüências” (HENRY, 1997 p. 51). Segundo este autor a história consiste neste fazer sentido. Na AD, a história é importante na medida que ela está inscrita no discurso, ou seja, na medida em que ela faz sentido. Neste ponto já não é mais de história que estamos falando, mas de **historicidade**, da relação constitutiva entre história e linguagem.



Conforme pontuamos anteriormente, as produções teóricas acerca da história da fonoaudiologia antecedente à sua institucionalização, tem como ponto nodal a imbricação da constituição da fonoaudiologia com a história da Educação. Em vista disto, tornou-se para nós fundamental ir em busca da história da Educação, o que implica falarmos da própria história do Brasil. Nosso objetivo será o de levantar alguns pontos que consideramos importantes neste histórico para que possamos ter um entendimento deste processo *histórico-social*, desde as primeiras ações pedagógicas no país, e também de como a fonoaudiologia irá se inscrever neste processo posteriormente.

## **1.2 A Evolução do Processo de Escolarização do Brasil**

Remontamos à época do Brasil colonial. A ação escolar tem como papel, nesta fase, servir de instrumento para a sociedade nascente impor e preservar a cultura transplantada de Portugal. Segundo Romanelli<sup>7</sup> (1999), durante a colonização do Brasil, a distribuição das terras, a estratificação social, o controle do poder político, aliados ao uso de modelos importados de cultura letrada, determinam a evolução da educação escolar brasileira. A economia colonial alicerçava-se no grande poder dos donos de terra e na mão de obra escrava. A família patriarcal, detentora do poder político e econômico, também tinha que ser dona dos bens culturais importados. Isso favoreceu a importação de formas de pensamento e idéias dominantes na cultura européia, feita através da obra dos Jesuítas. O ensino dos padres Jesuítas era “completamente alheio à realidade da vida na colônia”(Romanelli, op.cit). O objetivo prático da ação jesuítica era o recrutamento de fiéis e servidores. A educação dada à população indígena estendia-se aos filhos dos

---

<sup>7</sup> Otaíza de Oliveira Romanelli, doutora em Educação pela Sorbonne, foi professora de história da Educação no curso de pós-graduação da faculdade de Educação da UFMG.

colonos, o que garantia a evangelização de ambos. A população indígena e branca (menos as mulheres) recebiam a educação elementar, os homens da classe dominante estudavam em colégios de ensino médio em busca de *status* e a classe sacerdotal possuía formação superior exclusiva. Este tipo de educação “livresca, acadêmica e aristocrática” foi fator essencial na construção das estruturas de poder na Colônia. Cada vez mais foi se tendo consciência do poder deste tipo de educação na formação da classe política do país.

A expulsão dos Jesuítas, em 1759, acarretou inúmeras dificuldades ao sistema educacional brasileiro, pois desmantelou toda sua estrutura administrativa. Aos poucos, foram sendo introduzidos leigos no ensino e o Estado assumiu pela primeira vez os encargos da educação. Na verdade, a ação pedagógica segue ainda por muito tempo indiretamente nas mãos dos jesuítas, pois muitos dos educadores continuaram sendo sacerdotes formados por estes. Conforme Sodré, os objetivos e métodos pedagógicos seguiram sendo os mesmos:

“O ensino mais variado nos seus aspectos orientou-se para os mesmos objetivos, religiosos e literários, e se realizou com os mesmos métodos pedagógicos, com apelo à autoridade e à disciplina estreita, concretizado nas varas de marmelo e nas palmatórias de sucupira, tendendo a abafar a originalidade, a iniciativa e a força criadora individual, para por em lugar a submissão, o respeito à autoridade e a escravidão aos modelos antigos” (Sodré, 1970 APUD Romanelli, 1999 p. 37).

A independência política do Brasil não modificou o quadro da situação de ensino de imediato. A educação na monarquia teve como principal meta o preenchimento de cargos administrativos e políticos, que deveriam ser ocupados por pessoas letradas. A educação popular estava abandonada e a educação média era meramente propedêutica. Surgem os primeiros cursos superiores não teológicos, como

os de Engenharia Civil, Medicina e Direito. A constituição da República de 1891, que instituiu o sistema federativo de governo, mantém a descentralização do ensino, ficando a cargo das províncias o ensino primário e secundário, e a cargo do poder central o ensino superior<sup>8</sup>. Entretanto, nestes primeiros anos após a independência política, a falta de recursos e um sistema tributário falho nas províncias acarreta o abandono do ensino primário no Brasil. A maioria dos colégios secundários passam a ser particulares, administrados pela igreja católica e apenas as famílias de altas classes podiam pagar pela educação de seus filhos.

No século XIX, surge no Brasil uma estratificação social mais complexa, com vários estratos sociais emergentes. Estes passaram a buscar a escola como forma de ascensão social para obter um mínimo de condições para empregarem-se nas poucas fábricas existentes. Mas, para a grande massa da população trabalhadora da zona rural, a escola não era motivo de nenhum interesse. A permanência da velha educação acadêmica e aristocrática e praticamente nenhuma atenção à educação popular fundava-se na estrutura e organização da sociedade vigente na I República. Segundo Romanelli (op. cit.), foi somente quando esta estrutura começou a dar sinais de ruptura que o sistema educacional começou a ter outros rumos.

No campo das idéias, surgem movimentos culturais e pedagógicos em favor de reformas mais profundas: no campo social, aumenta a demanda escolar impulsionada pela aceleração do processo de urbanização após a I Guerra mundial. Decorre daí que a organização do ensino, neste período que antecedeu a década de 20, centrou-se na formação do quadro administrativo e político do país. Foi a intensificação do processo de urbanização que fez com que as classes intermediárias e populares passassem a pressionar os governantes para que a oferta de ensino se expandisse.

---

<sup>8</sup> O que reforça a mesma idéia da educação na época da colônia: primava-se pela valorização dos cursos superiores, visando a formação da classe político-administrativa; a educação primária é relegada a um

A escola passa a ocupar um lugar central na sociedade, constituindo-se numa das principais organizações da estrutura ideológica. Enguita ( 1989), em seu livro “A face Oculta da Escola”, questiona esta visão de que a escola foi uma conquista operária e popular. Segundo ele, a escolarização, identificada com o progresso social, é uma interpretação enviesada dos dados históricos. Antes da identificação da classe operária com a escola, principalmente na Europa, houve um amplo movimento de auto-instrução. Enguita ( op. cit.) refere que a classe de artesãos possuía tecedores poetas, biólogos, matemáticos, com grandes conhecimentos teóricos. No entanto, esta rede informal de capacitação profissional de iniciativa popular perde sua força com a entrada da escolarização sob a égide do Estado. Segundo ele, o processo de industrialização, a superpopulação, foram elementos que fizeram com que a força de trabalho deixasse de ter somente valor de troca mas passasse a ter valor de uso. O instrumento *idôneo* para que o trabalhador fosse moldado desde sua formação era a escola:

“ O acento deslocou-se então da educação religiosa e, em geral do doutrinamento ideológico, para a disciplina material, para a organização da experiência escolar de forma que gerasse, nos jovens, hábitos, formas de comportamento, disposições e os traços de caráter mais adequado para a indústria.” ( ENGUITA, 1989 p. 114).

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Lima (1985) afirma que a escola investe socialmente os corpos que circunscreve em seu espaço de três formas:

- Preparando-os para ocupar um lugar no sistema de produção;
- normalizando-os pela ideologia dominante no sentido de preparar um senso comum que aceite a direção da classe dominante como “ natural”, “ racional” e “ justa”;

- justificando sua posição social através de um sistema meritocrático de aprovação. Este é aplicado tanto aos que estão dentro da escola, como serve para aqueles que estão fora dela. A ascensão social é explicada através do mérito que é conferido a cada indivíduo pela sua exposição ao sistema escolar.

Acreditamos ser importante levantar estas formas de investimento social da escola, para entendermos o papel da mesma neste momento do processo de evolução da escolarização que, num período mais à frente, terá as práticas fonoaudiológicas inseridas no seu funcionamento. Também ressaltamos que, mais adiante, ao tratarmos do discurso pedagógico, a noção da função social do ensino enquanto uma função de dominação será importante no entendimento do funcionamento discursivo do discurso pedagógico.

No final da década de 20 e início da década de 30, ocorreram muitas mudanças econômicas e políticas no país. O que se convencionou chamar de revolução de 30 foi o ponto alto de uma série de revoluções e movimentos armados que, dos anos 20 até 64, foram responsáveis por vários rompimentos com a velha ordem social oligárquica. No caso da evolução do sistema educacional neste período, Romanelli (1999) refere que as mudanças ocorridas na escola, em atendimento às exigências da demanda, foram predominantemente quantitativas. O capitalismo industrial engendra a necessidade de se fornecer, cada vez mais, conhecimentos à população, tanto pela necessidade da própria produção como para ampliar o consumo. Ampliar a área social de atuação do sistema capitalista é sua condição de sobrevivência. A escrita e a leitura surgem como forma de melhorar as condições no mercado de trabalho. As elites buscavam conter a democratização do ensino e, através da legislação, mantinham seu direcionamento elitizante.

A partir da década de 10, as organizações civis também vão surgindo no país, principalmente as associações privadas de cunho nacionalista, com ideais positivistas, racionalistas e modernizadores. Segundo Lima (1985), estas diversas formas de organização expressavam o desejo de uma reforma moral na sociedade. Lutava-se contra a dominação da oligarquia do café, a corrupção, a favor do voto fechado, etc. Não coincidentemente começa a ganhar importância a corrente migratória estrangeira (que irá se reduzir significativamente na década de 30) e o surgimento de uma corrente migratória interna, representada por nordestinos expulsos de sua terra pela seca e pela reorganização da produção açucareira. Esta situação gera a organização dos movimentos nacionalistas. Na educação primária, passa a ser obrigatório o ensino da Língua Portuguesa, História e Geografia do Brasil, o que evidencia uma certa adequação do ensino às mudanças políticas e sociais do país naquele momento<sup>9</sup>.

Segundo Berberian<sup>10</sup> (1995), a industrialização fez com que houvesse espaços de concentração de trabalhadores, sobretudo na cidade de São Paulo. Estes grupos populacionais eram formados por trabalhadores oriundos de diferentes regiões do país, pessoas de nacionalidades diversas e por negros semi-empregados:

“ Se os que vieram atraídos aos centros urbanos organizaram-se por identificação de costumes, línguas e interesses, na resolução de problemas decorrentes do descompasso entre o crescimento populacional e a falta de escolas, habitações, recursos médicos, lazer, etc., setores da sociedade passaram a identificar estas formas de organização como sinal de autonomia e estes agrupamentos como uma ameaça à tranquilidade social.”  
(BERBERIAN, 1995 p. 29)

---

<sup>9</sup> A guerra de 1914 trouxe consigo o medo da estrangeirização do Brasil, havendo inclusive escolas no RS onde não se falava português. Isto implicou uma intervenção da União na autonomia dos Estados, obrigando-os a uma uniformidade mínima de currículos; à proibição do ensino em línguas estrangeiras e à implantação definitiva da Língua Portuguesa como língua oficial da escola.

<sup>10</sup> Ana Paula Berberian é fonoaudióloga. O trabalho que estamos citando é referência na questão da relação histórica da fonoaudiologia com a educação.

Surtem então, por parte de diferentes segmentos da sociedade e do poder público, a necessidade de se ter um certo *controle* sobre estes grupos, pois as diferenças morais, de valores, de comportamento, representavam uma espécie de *patologia social*. Os movimentos de cunho nacionalista propunham uma ampla reforma visando a unificação nacional, através da escola, da saúde, da cultura e da organização do trabalho. A escola passa a ocupar um lugar privilegiado na campanha de nacionalização, sobretudo aliando-se aos ideais da Escola Nova<sup>11</sup>. Buscava-se a formação de alunos preparados para serem trabalhadores adequados ao novo sistema de produção urbano-fábrica.

Outros segmentos da sociedade, compostos por profissionais e especialistas de diferentes ramos, imbuem-se da tarefa de “salvar o país”. Médicos, higienistas, educadores, engenheiros e agentes públicos elegeram a escola como o local para a resolução, desde as bases, dos problemas sociais do Brasil. A propagação deste ideal reformador tinha como norte a formação da imagem do brasileiro-padrão. O objetivo da escolarização, segundo Berberiam ( op. cit.), muito mais do que instruir era o de moralizar, o lema “ Escola para Todos” passa a ser de “ Todos para a Escola”. Deste modo, cria-se a obrigatoriedade do ensino, a obrigatoriedade da frequência ao ensino, bem como passa-se a efetivar a desarticulação das escolas estrangeiras.

A uniformização da língua nacional foi um dos recursos de controle e apagamento das diversidades oriundas da grande heterogeneidade que compunha a sociedade brasileira na época. Era necessário este esforço como forma de silenciamento das minorias étnicas, lingüísticas e culturais que deveriam se “adaptar” aos valores dos grupos dominantes em expansão. Não só a escola, mas os diferentes meios de comunicação, ou seja, as mais variadas formas de acesso educativo e cultural dirigidas à

---

<sup>9</sup> Aprofundaremos mais adiante quais eram as propostas deste movimento.

população tinham o dever de utilizar e valorizar a língua pátria e o “conteúdo nacional”. Com o propósito de fomentar esta reorganização social e a normatização da língua pátria, Berberiam (1995) destaca os seguintes acontecimentos históricos: a reforma ortográfica de 1934, a nacionalização da Imprensa falada e escrita; os estudos e as propostas aos problemas do ensino da Língua Portuguesa; a nacionalização da língua no ensino e o *I Congresso de Língua Nacional cantada* ( ICLNC), em 1937.

### 1.3 O Discurso Fundador da Fonoaudiologia

O I Congresso de Língua Nacional Cantada<sup>12</sup> é uma referência fundamental no histórico da constituição da fonoaudiologia no Brasil. Encontramos no trabalho de Figueiredo Neto (1988)<sup>13</sup> um estudo particularizado deste Congresso, tendo em vista que se trata do *primeiro registro* de problemas referentes à fala de crianças. Neste estudo, também surge a primeira alusão a uma necessidade de um profissional para atuar na “eliminação” destes desvios de fala, destacando para esta tarefa um *professor especializado*. O Congresso<sup>14</sup> tem como tema central combater as *impurezas* da língua nas manifestações artísticas. O objetivo principal do mesmo, segundo a autora, era o do estabelecimento de uma língua-padrão a ser usada na pronúncia artística da língua nacional. A justificativa do uso de uma língua padronizada vai além do plano estético, encontramos explicitamente referido o fator de ordem social, centrado na busca da

---

<sup>12</sup> Realizou-se de 7 a 14 de julho de 1937, no Teatro Municipal de São Paulo, sob a organização do Escritor Mário de Andrade, então diretor do Departamento de cultura, e apoio da Secretaria da Educação e Saúde pública da prefeitura de SP. ( Neto, 1988 p. 20)

<sup>13</sup> Lucia Figueiredo Neto é fonoaudióloga. A pesquisa que estamos referindo é, no entender da maioria dos fonoaudiólogos, pioneira no resgate da constituição da fonoaudiologia, antecedendo os primeiros cursos de graduação.

<sup>14</sup> Vale lembrar que este congresso realizou-se na cidade de São Paulo, que representava, naquela época, assim como hoje, o pólo de desenvolvimento do país, recebendo uma enormidade de imigrantes e migrantes principalmente da região nordeste.



unidade nacional. Podemos observar isto no seguinte trecho retirado dos Anais do Congresso:

“ O Brasil encontrará porventura nessa língua-padrão escolhida, que de norte a sul se normalizará no seu teatro e no seu verso declarado, um orgulho de consentimento nacional, um treino de disciplina, uma organização consciente, um fator verdadeiro de unidade” ( Anais do I Congresso de Língua nacional Cantada, 1937. APUD Netto, 1988 p. 21)

O trabalho da fonoaudióloga Figueiredo Neto (1988) é um referencial importante nesta busca dos primórdios da profissão. A autora divide o trabalho em três diferentes momentos; o primeiro, que ela denomina de *ideação* do profissional; o segundo, em que ela trata da atuação dos *pioneiros* e o último que se refere à criação dos  *cursos de graduação* em fonoaudiologia. O momento inicial, delimitado como o da *ideação*, é definido pela autora como o período anterior à atuação propriamente dita do profissional, podemos dizer que se trata de um momento onde se “constataria” a necessidade deste profissional. Pensamos que este momento, que antecede às próprias práticas fonoaudiológicas<sup>15</sup>, oferece uma grande contribuição para pensarmos na constituição do discurso fonoaudiológico. Entendemos que este momento se constituiria como sendo aquele onde começam os primeiros movimentos discursivos acerca do que, mais adiante, seria a fonoaudiologia enquanto profissão. Dentro deste período, definido por Neto (op. cit.) como de *ideação*, a autora faz um estudo do I Congresso de Língua Nacional Cantada (I CLNC), abordando mais detalhadamente a pesquisa que se denomina “Vícios e Defeitos na fala das crianças dos Parques Infantis”<sup>16</sup>. Por acreditarmos ser de interesse para este trabalho, analisaremos alguns dos

---

<sup>15</sup> Estamos chamando de “práticas fonoaudiológicas” toda e qualquer intervenção de cunho terapêutico que envolvesse a questão de “desvios” na linguagem.

<sup>16</sup> Os parques infantis foram criados na cidade de SP em 1935 com o propósito de assistir crianças carentes, prestando-lhes atendimento médico, dentário e atividades pedagógicas. Segundo Neto (op. cit.), pretendia-se formar a consciência sanitária, através da inculcação de hábitos de higiene, do

pontos principais desta pesquisa no que tange às propostas de “solução” para os vícios e defeitos da fala. Destacamos o que diz a pesquisa sobre o descaso por parte dos pais, *educadores, médicos* e poder público quanto aos *distúrbios* na articulação e na voz:

“ Dislálícos ou Disfônicos poderiam mediante processos *reeducativos* obter *correção dos vícios e defeitos das palavras*. Mas infelizmente tal problema que requer *medidas profiláticas, terapêuticas e pedagógicas* está ao mais lastimosos abandono”. (Anais do I CLNC, 1937 APUD Neto, 1988 p. 28).

Convém aqui analisarmos os efeitos de sentido deste recorte. A citação inicia, denominando através de um vocabulário advindo da medicina as alterações na fala e na voz e, em seguida, refere que não a cura mas a *correção dos vícios e defeitos* da palavra é possível por meio da *reeducação*. As medidas elencadas para a resolução de tais problemas estão diferenciadas entre medidas pedagógicas e terapêuticas. As pedagógicas, apontam para algo a ser resolvido na escola, ao mesmo tempo refere também a necessidade de medidas terapêuticas. Fica-nos as questões: Este terapêutico seria de responsabilidade dos médicos? Estaria relacionado também ao pedagógico? Seria uma terapêutica ainda a ser construída? A pesquisa aponta ainda a existência de Centros de *Ortografia e Caligrafia*<sup>17</sup> em países da Europa e nos EUA e que no Brasil pouco se estava fazendo neste sentido. Os autores justificam a importância dos cuidados com a fala e com a voz nas crianças, pelo fato de que, na “tenra idade”, estes males são mais fáceis de serem combatidos. O referencial da pesquisa nos parece estar vinculando a necessidade de “combater” as alterações da fala como sendo uma demanda não somente de ordem pedagógica, mas também terapêutica. No entanto afirma que a

---

desenvolvimento de atividades físicas bem como de valores como cooperação, lealdade, honestidade, etc. Em 1949 existiam 22 Parques Infantis.

<sup>17</sup> Segundo Aurélio ( 1999 ), Caligrafia é a arte da dicção expressiva para se interpretar um trecho falado ou cantado; Ortografia significa tratamento que visa corrigir os vícios de pronúncia ou outros problemas na fala

*correção* destes desvios pode ser obtida através de um processo *reeducativo*, o que nos leva a relacionar terapêutica com reeducação. O sentido de reeducação pode ser tomado como um educar outra vez, uma nova tentativa, atrelando o tratar a uma intervenção de cunho educativa. A tendência de interligar pedagógico e terapêutico é, segundo Neto (op. cit.), bastante enfatizada pelos autores da pesquisa, que pontuam em vários momentos a importância da junção do médico e do educador, sendo as medidas terapêuticas uma mescla da conduta médica com propostas pedagógicas.

Entendemos que esta perspectiva está ainda hoje muito presente no discurso a cerca da terapia fonoaudiológica, o referencial médico entra como alicerce do diagnóstico e o referencial pedagógico como aquele que sustenta a terapêutica<sup>18</sup>. Neste primeiro documento que registra estudos sobre desvios na fala, vemos que há uma tendência a aproximar estes *desvios* e *defeitos* do referencial médico, principalmente quando descreve-se as dificuldades e quando trata-se das causas. No entanto, quando passa-se ao processo de “correção” dos mesmos são intervenções do campo pedagógico que darão conta. Seguindo a mesma lógica, temos um outro fator salientado na pesquisa, que é a problematização da necessidade de um profissional que fosse “meio médico, meio professor”. Também há menção da existência de profissionais especializadíssimos para este fim, sem especificar quais seriam estes, mas determinando que seja acelerado este processo de especialização do médico e do professor como medida útil ao desenvolvimento do *processo reeducativo*.

Resta-nos ainda perguntar: quem é este profissional meio médico meio professor? Vemos que este é um profissional inexistente naquela época, um devir, sendo que a pesquisa pontua uma demanda que não é propriamente da medicina, nem da escola. Há uma demanda de *reeducação*, direcionada ao que começa a se instituir na

---

<sup>18</sup> Sobre esta forma de funcionamento do discurso fonoaudiológico e a respeito da relação terapêutica e reeducação, trataremos mais especificamente no capítulo III, referente às análises discursivas.

educação; um *professor especializado*. Um professor diferente, que tenha não só conhecimentos pedagógicos, mas também conhecimentos médicos.

Entendemos que esta pesquisa, apresentada no primeiro Congresso de Língua Nacional Cantada, representa o que Orlandi (1993) define como a instauração de uma nova ordem de sentidos. As alterações de linguagem passam a ter nome, passam a ser descritas, relacionadas, buscam-se suas causas, apontam-se medidas para a resolução, bem como a pesquisa abre espaço para o surgimento de um profissional para intervir nestas alterações. Pensamos que este é um momento diferenciado de significação, pois dizeres nascem, irrompem, e este próprio surgir produz sua memória ( Orlandi, op. cit.). Desta forma, a pesquisa “Vícios e Defeitos na fala das crianças dos Parques Infantis” é fundadora de uma discursividade, é doadora de sentidos e portanto a elegemos como o *Discurso Fundador da fonoaudiologia*. Esta é uma teorização proposta pela Análise do Discurso, desenvolvida por Orlandi (1993), baseada nos postulados de Pêcheux (1991), que afirma que não há ritual sem falhas, permitindo assim a ruptura, o novo. No entanto, o ritual já instalado não se apaga, o sentido já-lá servirá de rudimentos para a instalação do diferente. Destacamos as seguintes palavras de Orlandi ( op. cit. ) a respeito:

“ ... dar sentidos é construir limites, é desenvolver domínios, é descobrir sítios de significância, é tornar possíveis gestos de interpretação. E aqui também a noção de historicidade mostra sua especificidade, seu aspecto paradoxal: ela constrói o gesto de interpretação, porque sua matéria é simbólica”. ( ORLANDI, 1993 p.15)

Acreditamos que esta pesquisa representa um Discurso Fundador não somente por entendermos ser ela referência de um primeiro registro no Brasil sobre alterações na linguagem, mas fundamentalmente porque ela aponta para uma filiação, estabelecendo uma outra tradição não existente ainda. A pesquisa constitui-se em um

discurso que promove o surgimento de uma nova especificidade, pois toma *vícios e defeitos* como algo a ser tratado. No capítulo seguinte, voltaremos a este estudo apresentado I CLNC, analisando os deslocamentos discursivos operados por este em relação ao discurso médico.

#### **1.4 A Higiene Escolar e o Movimento da Escola Nova**

Acreditamos que a questão da “junção” médico/ professor está atrelada ao discurso do movimento da saúde escolar que se consolidava cada vez mais como um recurso importante no combate aos “males” que afetavam a sociedade entre a primeira e a segunda década do século. Aliados a este movimento, e não coincidentemente, também cresciam dentro da Educação os ideais da Escola Nova. Segundo Lima (1985) a saúde escolar, em suas origens, fez parte de um movimento mais amplo de idéias, para cá transplantado, representando uma ideologia de modernização, racionalização e moralização. A partir das mudanças econômicas, políticas e sociais advindas do capitalismo, o Estado precisou se reorganizar, em práticas de interferência na vida da população, acarretando também na reordenação de vários campos de saber, entre eles a Medicina. A saúde deixa de ser um bem individual para ser um bem do Estado. As desordenadas concentrações urbanas, associadas à miséria da população recém-urbanizadas, gerou um aumento significativo de doenças. Para Neto (1988), isto fez com que, no ideário do Estado Novo, a Saúde e a Educação ocupassem um lugar fundamental no projeto de reconstrução nacional. Melhorar as condições de saúde do povo, principalmente das crianças, era uma garantia para a sustentação de novas forças produtivas, coerentes com o modo de produção em consolidação. O momento político também é propício para o desenvolvimento destes ideais “reformadores”. O primeiro

governo Vargas, no plano econômico, caracterizou-se pela perda de poder da oligarquia cafeeira e, no plano político, pela centralização do poder. Neste sentido, havia a necessidade de se ter uma supremacia do poder público sobre o privado. Para o fortalecimento do poder público mais centralizado, o Executivo realizou uma reestruturação burocrática, criando os Ministérios da Educação e Saúde.

A saúde escolar é institucionalizada pelo Estado Novo, significando a intervenção da prática médica na vida do escolar. A classe trabalhadora é vista como já referimos anteriormente, como sendo possuidora de um espírito vicioso, imoral, desregrado. A pobreza, e conseqüentemente a falta de saúde, é concebida como sendo resultado da insuficiência de princípios morais e de higiene individuais, ou seja, deixa de ser tratada como um problema social, fruto da falta de estrutura gerada pelo crescimento populacional desordenado, e passa a ser vista como uma problemática de responsabilidade individual. Sob uma denominação mais coerente com a proposta, os profissionais de saúde estavam inseridos em um trabalho classificado como de Higiene Escolar, “ legitimados pelo poder público” (Neto, 1988), passando a intervir nas normas de vida dos cidadãos. As funções principais do movimento de Higiene escolar eram assim descritas:

- Inspeção das condições de saúde dos envolvidos com o ensino;
- Função sanitarista: controlar a salubridade dos locais de ensino;
- Difusão das regras de viver bem para professores e alunos e interferência no processo de ensino em nome de uma pedagogia mais adequada aos corpos escolares.

Como podemos notar, a interferência da higiene escolar se dá, desde o controle dos espaços urbanos, chegando ao processo de ensino-aprendizagem. As idéias da higiene escolar justificavam-se em nome da ciência, buscava-se dentro de uma perspectiva nacionalista a “criação de uma geração perfeita no físico e na moral”, que seria “o capital de maior valor de um Estado”<sup>19</sup>, pois a nação necessitava de cidadãos instruídos e sadios. O grande interlocutor da Higiene Escolar era sem dúvida a Pedagogia. Segundo Lima ( op. cit.), o corpo era seu objeto de ação, era ele que deveria ser *eugenizado*. O prédio, os espaços externos, as pessoas que trabalhavam na escola e primordialmente o instrumento da escola, a Pedagogia, deveriam ser higienizados, reformados pelo novo saber. A Pedagogia é influenciada pelas novas correntes psicológicas que surgem na Europa e nos Estados Unidos, o escolanovismo vai abrindo caminhos, baseando-se numa nova concepção de infância. Podemos observar esta nova concepção que relaciona a saúde escolar a uma nova pedagogia, através das palavras de Lima:

“ É a infância diabólica, desordenada e caótica, que precisa ser moldada, ainda que ao peso da palmatória, que vai cedendo lugar à infância-inocência, fim em si mesma, que também precisa ser moldada, mas com suavidade. Da imposição à sugestão, da coação a compreensão e persuasão conscienciosa. Neste processo a higiene escolar se constituía, também ela, em conhecimento essencial a nova educação, orientando a pedagogia pelo desvendar da fisiologia do educando, pelo delinear de suas capacidades e fraquezas, pelo caracterizar do potencial de cada um, que devia ser investido por uma didática circunstanciada, que respeitasse os limites e que nortearse o avanço do aprendizado sem ferir a natureza da criança” ( Lima, 1985 p. 102).

---

<sup>19</sup> Basile, 1920: 14, APUD Lima 1985 p. 99

O movimento da Escola Nova, antes de ter seus métodos mais divulgados, começou com pequenas experiências isoladas nas últimas décadas do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX. Havia uma preocupação que o ensino teórico fosse ligado ao conhecimento prático da natureza e da vida social. Aos poucos, as experiências, que eram feitas apenas em nível de internato, passaram a ser pensadas e sistematizadas para escolas de regime normal. Mudanças importantes foram sendo propostas, como a institucionalização da escola pública, sua expansão e o direito dos dois sexos à educação. Estes três aspectos, laicidade, obrigatoriedade do Estado de assumir a função educadora e a coeducação, constituíram o ponto de discórdia entre os reformadores e a Igreja Católica. Esta última entendia que a obrigatoriedade e a democratização do ensino acarretava na perda do monopólio que exercia sobre a educação. Segundo Romanelli (1999), além da questão econômica estava em jogo também nesta disputa a ameaça aos privilégios das elites, tendo em vista que somente estes tinham acesso à educação. Em 1932, surge o “Manifesto dos Pioneiros da Educação” elaborado por Fernando Azevedo e 26 líderes do movimento de “renovação nacional”. Para este autor, o manifesto representa um avanço em vários pontos em relação à educação tradicional preconizada até então. No entanto, demonstra uma compreensão da realidade ainda muito próxima da concepção liberal e idealista dos educadores românticos do século XIX.

Vários pensadores destacaram-se dentro do movimento escolanovista, como Decroly, Dewey, Freinet, Claparède e Maria Montessori. A pedagogia de Montessori, bastante divulgada no Brasil e atuante até hoje, baseava-se nos princípios científicos da biologia e da psicologia. A Educação deveria centrar-se nas necessidades da criança, concedendo lugar à ação e ao empírico com aplicação de métodos científicos baseados nas investigações psicológicas da época (observação, hipótese e comprovação); o



ensino centrava-se na experimentação, nas observações pessoais, no interesse da criança. Para Neto (1988), tendo como eixo principal a preocupação com o aluno, a Escola Nova promove a bio-psicologização da escola ao deter-se no desenvolvimento integral do indivíduo, programando o sistema educacional para atender ao interesse e possibilidade do educando. A questão das diferenças individuais passa a ser considerada, acompanhando um movimento mais amplo da sociedade e da ciência que inclui a preocupação com a individualização, com o controle sobre o corpo, estando estes ideais diretamente relacionados às propostas higienistas da época.

Várias reformas no ensino em diferentes Estados foram propostas neste período com a finalidade de expandir o ensino primário, fruto do ideário republicano e dos movimentos nacionalistas. Romanelli (op. cit.) postula que historicamente as conquistas do movimento reformador do ensino resultam da decadência da antiga ordem aristocrática e estão relacionadas às influências da ascensão da burguesia na Europa. Representam a nova ordem social e econômica que começa a se definir no país a partir dos anos 30. Pontua também a autora que o “Manifesto” dos pioneiros do movimento escolanovista vislumbra a Educação como um problema social e, mais ainda, preconiza a mudança de métodos pedagógicos fundamentados nas novas descobertas da psicologia. É possível verificar que a escola aparece como uma micro sociedade dentro da qual não há diferenças de classe, ela é um instrumento de preparação para um novo tipo de trabalhador, educado para a vida social, para a solidariedade e a integração, aprendizados necessários ao industrialismo. Modificava-se e legitimava-se uma nova concepção de infância, conforme a citação de Nagle (1976) retirada de um documento sobre a Reforma Educacional Mineira: “a infância é um estágio necessário à formação e amadurecimento humano”. O professor deixa de ser o transmissor do conhecimento para ser um “intermediário” das relações do aluno com o meio. As escolas normais

sofrem também um processo de transformação, incluindo-se nos currículos disciplinas como anatomia, fisiologia, sociologia, higiene escolar e, principalmente, psicologia. Identificamos uma forte corrente biológica intervindo na relação ensino-aprendizagem.

### **1.5 A Entrada da Psicologia na Educação**

Como já podemos observar, a entrada da psicologia na Educação se dá de forma consistente, interferindo diretamente nas novas propostas para o sistema educacional como um todo. Parece-nos que a principal marca da psicologia está na construção de uma visão diferenciada à cerca da infância. Campos<sup>20</sup> (1996) realiza um estudo sobre o desenvolvimento da psicologia educacional no Brasil no contexto das políticas educacionais dos anos 20 e 30. Este estudo parte da premissa de que as escolas são instituições constitutivamente contraditórias: se, por um lado, se apresentam à sociedade como veículos de oportunidades de ascensão social, por outro, têm a função de reprodução da divisão social do trabalho. Segundo a autora, o desenvolvimento da Psicologia, considerada *científica*, mostrava que, desde o início do século XX, as teorias da inteligência se dividiam em três tendências:

- Apriorista: as habilidades intelectuais são parte do patrimônio genético individual e transmitidas hereditariamente;
- Ambientalista: a inteligência é produto do impacto do meio sobre o aparato cognitivo humano;
- Sociointeracionista: a inteligência como resultado da ação do indivíduo sobre o ambiente.

---

<sup>20</sup> Regina Helena de Freitas Campos é psicóloga, professora do programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Estas tendências serviram de base para o trabalho da psicologia, que tinha como função, naquela época, fornecer os meios científicos de lidar com a diversidade cultural e intelectual da população de estudantes. Estes meios eram os testes psicológicos, que eram introduzidos nas escolas para justificar o fracasso escolar, principalmente nas séries primárias. Os primeiros psicólogos atuantes no Brasil, segundo Campos ( op. cit.), foram Lourenço Filho e Helena Antipoff. Ambos desenvolveram instrumentos de medida da capacidade intelectual das crianças, amplamente utilizados nas escolas elementares: os testes ABC (L. Filho, 1957) e a adaptação de Binet-Simon ( Antipoff, 1931). A trajetória destes psicólogos, no entanto, era bastante diversa: o primeiro teve um papel importante enquanto pioneiro da Escola Nova; trazia consigo uma visão comum às elites brasileiras de que o “ensino deveria civilizar a população e selecionar as elites dirigentes”. A segunda trazia em sua bagagem uma visão “democrática do papel político da educação popular”<sup>21</sup>. No entanto, havia algo que compartilhavam, apesar das diferentes tendências referidas acima: a fé na ciência para resolver os problemas das escolas e a concepção de que as classes deveriam ser formadas homoganeamente, seja pelo nível de maturidade ou pelo nível de desenvolvimento mental. Os números de repetência permaneciam altíssimos e a explicação era de que os alunos não possuíam *habilidades intelectuais* ou faltavam *condições ambientais*. Para Campos ( op. cit.), as relações entre as capacidades intelectuais e o sucesso escolar tocavam num tema central da dinâmica da política educacional: a questão da igualdade de oportunidades. A solução encontrada pelas escolas atendia muito mais aos interesses das elites do que da classe popular. Foi montada no Brasil, desta forma, a máquina de reproduzir repetentes, que se encontra em funcionamento até hoje no ensino brasileiro.

---

<sup>21</sup> Campos, 1996 p. 136.

É justamente aqui que retomamos a questão do papel social da fonoaudiologia nas políticas educacionais daquele momento. Em função do fato da *biopsicologização* estar sendo um forte instrumento de “seleção” nas escolas, passou-se a ter como norte o normal e o anormal. É possível inferir que a entrada da psicologia no campo pedagógico se dá à luz de um movimento maior, que é a medicalização do ensino. A psicologia e, mais tarde, a fonoaudiologia entram a serviço deste processo que torna o “corpo”, enquanto entidade orgânica, passível de visibilidade e manipulação. A este respeito, Foucault faz a seguinte afirmação:

“O corpo, do qual se quer que seja dócil até suas mínimas operações, opõe e mostra as condições de funcionamento próprias a um organismo. O poder disciplinar tem por correlato uma individualidade não analítica e “celular”, mas também natural e orgânica” (FOUCAULT, 1987 p. 132).

A linguagem das crianças também passa a ser alvo da detecção de anomalias orgânicas e funcionais, sendo vista como um componente do corpo orgânico. Neto (1988) aponta para o fato de que é neste momento que inicia o processo de delineamento do perfil do portador de patologias na fala, bem como do profissional a desempenhar a função de sua recuperação: *o professor especializado*. Berberiam (1995) destaca uma pesquisa<sup>22</sup> realizada pelo Laboratório de Fonética na cidade de São Paulo, com o objetivo de organizar, através de um perfil fonético, um Atlas Lingüístico do vocabulário infantil. O resultado da pesquisa aponta para a existência de 32 nacionalidades influenciando a nossa língua. A autora expressa ainda que havia uma tendência a se tomar os distúrbios da linguagem como sendo fruto do contato com outros idiomas, ou seja, conferia-se o fator da *hereditariedade* aos mesmos. A família e o meio social eram os fatores etiológicos principais, sendo portanto dever da escola ficar

---

<sup>22</sup>A realização desta Pesquisa foi influenciada pela anterior: Vícios e defeitos da fala de crianças dos parques infantis, apresentada no I CLNC, 1937.

com o papel do ensino “correto” da língua. Reforçava-se a idéia de estar a cargo dos professores a tarefa de educar e corrigir a fala. São propostos aos Parques Infantis de SP atividades pedagógicas visando este objetivo, utilizando técnicas de ginástica respiratória, música, teatro, hora do conto, etc. Também neste movimento de uniformização da língua nacional inclui-se no currículo dos Cursos Normais a disciplina Metodologia da Linguagem, onde propunha-se, além dos conhecimentos técnicos-científicos acerca do ensino da linguagem, também a necessidade de se despertar nos alunos o zelo pela *pureza e elevação* da língua nacional.

A medicina e a psicologia entram na escola como um suporte científico na normatização dos educandos. As alterações na linguagem, vistas como *defeitos* ou *vícios* da fala, também necessitam ser normatizadas, uniformizadas. Descobrem-se, ou melhor, criam-se as anormalidades, surgindo também a necessidade de campos de atuação que possam trabalhar com estes que fogem do padrão. A inserção da psicologia nas escolas fez com que, após a aplicação dos testes e da detecção dos “problemas”, surgisse uma demanda de intervenção junto a estes alunos “problemáticos”. Acreditamos que há aí um conjunto de aspectos intervindo na construção do processo de *ideação* do profissional fonoaudiólogo. Neste sentido, destacamos primeiramente a tendência do movimento *nacionalista*. Este, tendo como alicerce de seus ideais a formação do brasileiro-padrão, busca resgatar o espírito de preservação e de formação da identidade nacional, o que representava uma garantia de sustentação do poder vigente. Somado a este movimento, encontramos o discurso *higienista* que visava o combate aos males sociais que assolavam a população brasileira da época. Na mesma direção, sobressai-se o *escolanovismo* que prega em seu discurso o interesse particularizado na criança, nas suas capacidades e aptidões para o aprendizado.

Entendemos que os efeitos de sentido destes discursos caminham para uma mesma direção; aquela do *controle* da população. Estes diferentes saberes, oriundos de diferentes campos discursivos, do sócio-político, da saúde e da psicologia, irão compor o discurso da Educação daquela época. Tendo em vista que a fonoaudiologia “nasce” na Educação, entendemos que isto influenciará mais adiante a constituição de seu discurso. Cabe aqui ressaltar que não entendemos este reflexo como algo que se daria numa natural continuidade. Foucault, em sua *Arqueologia do Saber*, ao referir-se à noção de influência, diz que esta fornece um suporte demasiado mágico aos fatos de transmissão, que atribui a um processo de andamento causal os fenômenos de semelhança e repetição. As unidades não se propagam nesta transmissão e comunicação direta, mas é preciso desalojar essas evidências pelas quais se tem o hábito de interligar o discurso dos homens.

Pensamos que estamos diante de uma rede de sentidos, amparadas por um conjunto de saberes e técnicas distintos, que convergem para a escola suas intervenções. Isto irá retornar ao discurso fonoaudiológico, não de forma evidente, numa relação de contigüidade, mas fundamentalmente através do *Interdiscurso*<sup>23</sup>. O que entra em jogo,

---

<sup>23</sup> Para definirmos o conceito de **Interdiscurso**, torna-se fundamental aqui introduzirmos outros conceitos centrais na teorização da AD: **Formação Ideológica** (FI) e **Formação Discursiva** (FD). Pêcheux, situando a relação ideologia e discurso postula que o sentido de uma palavra, expressão ou proposição não existe em si mesmo, em sua relação transparente com a literalidade do sentido; ele é determinado pelas posições ideológicas no processo sócio-histórico no qual são produzidas. A FI representa um conjunto complexo de atitudes e representações nem individuais nem universais, que se relacionam mais ou menos às posições de classe em confronto; ela tem como um de seus componentes uma ou várias Formações Discursivas interligadas. O conceito de Formação Discursiva foi primeiramente construído por Foucault (2000) sendo tomado pela AD como objeto teórico de reflexão. Pêcheux (1997 b. p. 160) define Formação Discursiva (FD) como “... aquilo que, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito...”. Segundo o autor, isto equivale a dizer que as palavras recebem seu sentido da FD na qual são produzidas, os indivíduos são “interpelados” em sujeitos falantes pelas Formações Discursivas que representam na linguagem as Formações Ideológicas, as quais correspondem. Indursky (1998) aponta para a FD como o lugar de constituição do sentido, desmistificando o ideal de transparência da linguagem. **Interdiscurso** é um conceito proposto por Pêcheux (1997b p. 162), definido como “todo complexo com dominantes das formação discursivas, intrinsecamente no complexo das formações ideológicas”. O interdiscurso também é submetido à lei de desigualdade-contradição-subordinação que caracteriza o complexo das formações ideológicas. Conforme Cazarin (1998), o interdiscurso é o lugar onde se constituem os objetos do saber, ou seja, os enunciados. Ele está fora da FD, no entanto será nele que o sujeito buscará os enunciados que constituirão o seu discurso. Para Orlandi (1995 p. 89), Interdiscurso significa “o conjunto do dizível,

nesta relação do discurso fonoaudiológico com os outros discursos, são os efeitos da memória discursiva que não deixa de marcar o seu desaparecimento. O Interdiscurso, enquanto o já –dito, aquilo que fala antes, em outro lugar, disponibiliza dizeres desta memória, atualizando-os de modo que o sujeito da fonoaudiologia “apropria-se” deste dizer. Este saber discursivo, além de tornar possível o dizer, retorna sob a forma de pré-construído, constituindo-se na exterioridade do enunciável no discurso fonoaudiológico.

## **1.6 Fonoaudiologia e *Clínica***

Seguindo o processo de constituição da fonoaudiologia, adotaremos o segundo momento construído por Neto (1988) e definido por ela como o da atuação dos *pioneiros* da fonoaudiologia, abrangendo as décadas de 40 e 50. Nesta fase, a autora contextualiza a concretização da prática de uma nova especialidade, relacionando esta concretização com a ideologia progressista dos anos 50. A primeira iniciativa oficial em São Paulo na atuação com os *defeitos* na voz e na fala foi o Laboratório de Fonética e Acústica (LFA), criado em 1947, vinculado à Secretaria de Educação e Cultura. O próprio diretor do LFA vincula sua criação à pesquisa já descrita do I Congresso Língua nacional Cantada (I CLNC) em 1937. As atividades iniciais estavam diretamente ligadas à investigação da fala e audição das crianças dos parques Infantis e das escolas.

Para nós, há um particular interesse nas propostas terapêuticas deste Laboratório, que estão descritas numa publicação da prefeitura de São Paulo. A parte educativa é sinteticamente dirigida à realização de estudos que visam a correção dos defeitos da voz e da fala, à determinação de normas que impedem a intromissão de características

---

histórica e lingüísticamente definido”. O interdiscurso de uma FD, como instância de formação/repetição/transformação dos elementos do saber dessa FD, pode ser entendido como o que regula o deslocamento de suas fronteiras. O interdiscurso é a relação do discurso com outros discursos, o que Courtine (1984) define como um espaço vertical, estratificado e desnivelado dos discursos.

da sintaxe estrangeira em nosso idioma e na contribuição para o aprimoramento da fonação. A parte cultural e estética é direcionada ao estudo das diferenças dialetais e regionais. Por último, a parte técnica é vinculada a possíveis aplicações clínico-foniátricas, visando à correção dos órgãos fonador e auditivo. Como podemos observar, as propostas do Laboratório abrangem um leque bastante amplo de intervenções, evidenciando tanto os efeitos do discurso da Educação, que marcamos anteriormente, como o esboço de uma certa diferenciação entre medidas educativas, estéticas e técnicas. As medidas educativas centraram-se ainda no controle sobre a língua, bem como no aperfeiçoamento da fala; as medidas estéticas estariam ligadas as questões lingüísticas e as medidas técnicas parecem relacionadas aos aporte médicos, pois utilizam termos como clínica, foniatria<sup>24</sup> e referem-se à correção do quadro orgânico. Novamente encontramos, nas descrições que tratam das medidas terapêuticas, a aproximação do termo *correção* com o termo *orgânico*, o que interpretamos como uma outra aproximação: a do discurso pedagógico com o discurso médico.

Segundo Neto (op. cit.), a ênfase das atividades do LFA<sup>25</sup> vão se modificando ao longo do tempo, passando do estudo da língua (setor Lingüístico) para a ênfase no setor Ortofônico e Acústico. Estes dois últimos se estruturam para dar atendimento aos escolares da prefeitura. As atividades de *correção* eram feitas por professores que recebiam uma formação<sup>26</sup> básica necessária. Chega-se a tomar estas atividades como “um campo novo dentro do ensino<sup>27</sup>”. As educadoras deste setor recebiam diferentes designações: *educadoras ortofonistas*, *foneticistas* ou simplesmente *ortofonistas*. Destacamos também na fala do diretor do Laboratório, o médico Dr. João Lellis

---

<sup>24</sup> Foniatria é um especialidade da medicina que se dedica ao tratamento de alterações referentes à fala, voz e linguagem.

<sup>25</sup> Laboratório de Fonética e Acústica.

<sup>26</sup> Na formação das educadoras ortofonistas é utilizada bibliografia estrangeira, principalmente as publicações Argentinas.



Cardoso, estas designações que definiam a função dos profissionais que atuavam no Laboratório:

“... porque *ela* é *educadora* e como é ligado à fonética, *Foneticista*. E a *ortofonista* porque era tão aperfeiçoamento da linguagem, que precisava ter um nome adequado. Então era ortofonista: orto seria perfeição, fonia fala, perfeição da fala”. (grifos meus)

Reforça-se, desta forma, a idéia de que a fonoaudiologia está alicerçada na *correção* e na busca de uma “fala perfeita”. Segundo Surreaux (2000), a designação Ortofonista, vinda do francês, pressupõe que a prática do ortofonista deve buscar “o dizer corretamente”, o que implica em um modelo ideal de língua ao qual todos devem convergir. Não somente as denominações dos responsáveis pela correção nos chama a atenção, mas também as denominações que definem o público alvo destas intervenções. Aparecem, ao mesmo tempo, nas entrevistas realizadas por Neto (op. cit.) com algumas dessas “pioneiras”, as designações: *educandos*, *alunos* e *pacientes*. Podemos inferir que este é um momento de transição, isto é, a saída do espaço escolar ressignifica o lugar de *aluno*, surgindo uma nova designação: *paciente*. Parece-nos que começa a surgir, no discurso, o caráter clínico das intervenções dirigidas à questão da linguagem.

Um questão que se repete, principalmente nestas falas que a pesquisa de Neto (op. cit.) destaca, é o fato de que, com exceção do médico diretor, os profissionais que atuavam com os alunos/pacientes eram todas mulheres. Inclusive o próprio diretor usa palavras “mocinhas” em determinado momento. Sabemos que o magistério é um campo basicamente feminino e que isto não é uma casualidade. São efeitos de uma concepção que equipara docência e sacerdócio, o que, no Brasil, durante muitos anos, foi uma realidade e que toma ambos como expressões de um *dom*. A mulher, investida

---

<sup>27</sup> Estas foram as palavras usadas por uma das educadoras do Laboratório, em entrevista feita por Neto (1988).

de seu *dom maternal*, está apta a *este* exercício profissional. Enguita (1991) diz que o motivo primeiro para a “feminilização” no campo da educação é a visão da ideologia patriarcal de que o ensino enquanto atividade extra-doméstica é adequado às mulheres, porque se constitui numa atividade importante para as jovens na sua preparação para a maternidade.

A atuação do Laboratório de Fonética e Acústica, enquanto pioneiro na atuação junto aos distúrbios da comunicação, é determinante no delineamento do perfil clínico do profissional fonoaudiólogo. Percebe-se que o caráter educacional vai sendo transformado em um caráter clínico, voltado para a doença e para o atendimento individual. A definição das patologias sobre as quais interviriam os profissionais do LFA parte de um referencial: a ausência, aquilo que falta, pressupondo um modelo que passa a delimitar o normal e o patológico. Observa-se também, por parte do LFA, grande preocupação com estudos, investigações, pesquisas, enfim com a cientificidade. Isto não está distante do momento histórico dos anos 50. A grande difusão do Positivismo, o interesse governamental no desenvolvimento das áreas técnicas e na capacitação de profissionais especializados, voltados para as necessidades do desenvolvimento econômico do país.

Outras experiências pioneiras na área da fonoaudiologia são também descritas por Neto ( op. cit.). A autora refere o serviço de fonoaudiologia vinculado ao setor de otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo, em 1956, e a inserção de práticas de tratamento da fala na AACD ( Associação de Assistência à Criança Defeituosa- SP). No Hospital da Santa Casa, o trabalho é realizado por uma fonoaudióloga argentina, sendo um serviço criado por um médico e a serviço do setor de otorrinolaringologia, basicamente dedicado a exames de medição da audição. Na AACD, uma pessoa leiga, supervisionada por médicos, passa a estudar bibliografia estrangeira sobre neurologia,

*speech therapy*, etc., e cria-se, nesta instituição, o trabalho de Reabilitação da Fala com pacientes portadores, principalmente, de lesões neurológicas. Estas duas últimas experiências apontam novamente para um redirecionamento da demanda de intervenção das práticas fonoaudiológicas. Vemos que a medicina toma tanto a questão das medições da acuidade auditiva, como a necessidade do trabalho de reabilitação de certos problemas orgânicos, diagnosticados por ela, como um campo novo do qual ela não se ocuparia. A medicina centra suas atenções no diagnóstico, mas não na questão terapêutica. Havia também o fato de ser um período pós-guerra e a incidência de lesões e seqüelas relacionadas à fala aumentava consideravelmente em todo mundo.

Entendemos que vai surgindo, neste processo sócio-histórico, a necessidade da clínica de fonoaudiologia. Vai sendo configurado um espaço para que esta clínica se instaure de forma particular. A escola e a medicina criaram a demanda, mas não deram conta da mesma.

### **1.7 Terminando e Começando a História**

Empiricamente, podemos afirmar que há uma tendência, na própria fonoaudiologia, de conceber que sua história começa neste ponto, com o aparecimento de uma demanda clínica e, decorrente disto, se dá a implantação da formação acadêmica. É possível afirmarmos, inclusive, que muito pouco se produziu em termos de trabalhos sobre a história da profissão, sendo algo superficialmente tratado na formação acadêmica<sup>28</sup>. Por isto, falamos no início deste capítulo em sentidos silenciados, porque acreditamos que, com o apagamento deste referencial histórico, deixam de ser feitas reflexões fundamentais acerca do fazer fonoaudiológico. O

---

<sup>28</sup> Podemos tomar o nosso caso como exemplo: desconhecíamos grande parte do que teoricamente trabalhamos neste capítulo.

desconhecimento acerca das “raízes” da fonoaudiologia promove, de certa forma, a idéia de que isto não é importante para o profissional. Neste sentido, a teoria da Análise do Discurso nos possibilitou ressignificar o lugar da história da fonoaudiologia. Concordamos com Surreaux (2000) que, ao abordar a constituição heterogênea do discurso fonoaudiológico, entende ser a história da fonoaudiologia formada por momentos de silenciamento, tomado no sentido utilizado por Orlandi (1995), enquanto *política do silêncio*.

Nosso estudo histórico termina justamente onde anteriormente acreditávamos que ele iniciava, ou seja, no momento da institucionalização da fonoaudiologia. Esta se dá na década de 60, com a formação dos primeiros cursos de graduação<sup>29</sup>. A formação acadêmica legitima o perfil *clínico* do fonoaudiólogo, que vinha sendo delineado. Cada vez mais a fonoaudiologia foi criando relações de dependência com outras áreas, principalmente com a medicina. Cappelletti (1985), ao analisar o parecer 2013/74 do Conselho Federal de Educação, o primeiro documento oficial no Brasil que fala sobre o papel do profissional em fonoaudiologia, destaca que a mesma é conceituada como parte integrante da Foniatria, tendo por finalidade a *avaliação e reabilitação técnica* dos sistemas de comunicação do ser humano. O fonoaudiólogo é legitimado enquanto um *técnico* exercendo atividade *paramédica*.

Neste sentido, uma questão parece-nos relevante: os documentos oficiais, que legalizam os cursos de graduação, sempre marcaram a prioridade da formação prática do fonoaudiólogo. Cappelletti (op. cit.) destaca, na análise que realiza desta documentação, a ênfase de que se faz necessário a este profissional um aprendizado eminentemente prático. Entendemos aqui que este “discurso oficial” sobre a

---

<sup>29</sup> Para um aprofundamento sobre a constituição da fonoaudiologia remetemos aos seguintes trabalhos que fazem uma reflexão importante sobre este período inicial de institucionalização: Cappelletti (1985) e Surreaux (2000).

fonoaudiologia é reflexo do processo sócio-histórico que apresentamos, onde identificamos um deslocamento da atuação inicial muito vinculada ao educativo e o estabelecimento posterior de um vínculo forte com a medicina. Ser uma profissão *técnica* conduz a uma prática de aplicação de técnicas e, neste caso, a serviço do campo médico. A atividade *paramédica*, como define o referido parecer, que significa *junto, ao lado de*, sugere também o sentido *para os médicos*. Ter uma formação eminentemente prática é dispensar o fonoaudiólogo da tarefa de teorização, de uma produção teórico-clínica própria, a cerca do seu fazer. O apagamento de sentidos historicamente constituídos também contribui nesta direção.

O histórico que esboçamos neste capítulo tornou-se para nós de primordial importância na reflexão que nos propomos neste momento, pois acreditamos que tem efeitos significativos no funcionamento do discurso fonoaudiológico atual. Apoiamo-nos no postulado da AD de que todo discurso precisa ser remetido às suas condições de produção, pois estas são a possibilidade de entendimento dos sentidos que o compõem. Resgatar as relações histórico-sociais entre a fonoaudiologia e as práticas pedagógicas do início do século 20 faz-nos pensar sobre as mudanças discursivas operadas na transformação de uma disciplina que sai de dentro da escola para ser terapêutica, uma mudança de lugares que não são apenas físicos, mas fundamentalmente sociais. Entendemos que não encontraremos esta historicidade refletida no discurso fonoaudiológico, pois esta não pode ser apreendida diretamente. Nossas investigações buscam o entendimento da construção dos processos de significação deste discurso.

A fonoaudiologia, enquanto uma disciplina<sup>30</sup> que se inscreve no campo terapêutico esteve, como vimos, fortemente entrelaçada com o discurso que representava a instituição escolar, estabelecendo uma relação com o discurso que está

na base desta instituição: o *discurso pedagógico*. Utilizaremos como referência, na definição de discurso pedagógico, a definição de *tipo de discurso* proposta por Orlandi (1996 a). A autora, retomando Marandin (1979), refere que um *tipo de discurso* é uma configuração de traços formais associados a um efeito de sentido que caracteriza a relação entre os interlocutores e o referente. Ao traçarmos, neste capítulo, um percurso histórico sobre as práticas pedagógicas no Brasil, já estávamos, de certa forma, apresentando as relações que a instituição escolar estabelece com seus sujeitos, com o saber, com o poder, etc. Na verdade, a escola, enquanto instituição, garante-se através de seu discurso, é o que Orlandi (op. cit.) chama de a característica principal do funcionamento discursivo do discurso pedagógico: a sua circularidade. De acordo com a dinâmica das condições de produção, o discurso pedagógico (ou DP) é considerado um discurso de tipo autoritário<sup>31</sup>, que se dissimula como transmissor de informações garantidas pela cientificidade. O saber que é validado pela escola é o saber legítimo, que ela mesma legitima. O professor, enquanto o detentor do saber, domina plenamente os sentidos. O DP se constrói enquanto um discurso neutro, que transmite informações imparciais, onde o sujeito poderia ser qualquer um e onde existe uma distância máxima entre o emissor e receptor. Nota-se que não estamos falando de interlocutores, mas de emissor e receptor visto que não há interação, trocas entre os sujeitos, apenas um transmite informação ao outro que a recebe, estagnando-se aí o processo.

---

<sup>30</sup> A questão da fonoaudiologia ser uma disciplina ou uma ciência é algo que merece uma importante discussão, a qual não está contemplada neste trabalho, visto que acreditamos ser algo muito extenso e que foge aos objetivos do mesmo.

<sup>31</sup> O **discurso autoritário** é umas das tipologias discursivas propostas por Orlandi (1996 a), baseando-se nos processos parafrástico e polissêmico que são constitutivos da tensão que produz o texto. A autora caracteriza três tipos de discurso a partir de seu funcionamento, ou seja, da relação sujeito e objeto (Gallo, 1992). O discurso lúdico caracteriza-se pela expansão da polissemia, pois o referente está exposto à presença dos interlocutores. No discurso polêmico, a polissemia é controlada, pois os interlocutores direcionam individualmente o referente do discurso e, por último, o discurso autoritário contém a polissemia, o agente do discurso se pretende único e oculta o referente do dizer.

Arantes<sup>32</sup> (1997), ao fazer uma análise do histórico das práticas fonoaudiológicas, coloca a clínica como tendo três instâncias de intervenção: a primeira seria a entrevista inicial, denominada de Anamnese<sup>33</sup>, onde se tomaria a “verdade”, a literalidade da fala de quem procura o atendimento na busca da etiologia do problema. O que está em jogo para o terapeuta são os dados orgânicos e as etapas evolutivas para justificar o estado patológico. Na segunda instância, da avaliação, se toma primordialmente o modelo lingüístico como a base descritiva das alterações. A terceira e última instância, a terapêutica, é subsequente ao diagnóstico. Ela estaria permeada por uma intervenção ligada à pedagogia, onde o norte do trabalho terapêutico está no *ensinar*, no *corrigir*. Acreditamos que esta configuração do funcionamento da clínica fonoaudiológica é a realidade que todos os fonoaudiólogos vivenciam. Partindo deste referencial é que centraremos nossas investigações, aprofundaremos esta análise, atravessando o processo de constituição do discurso fonoaudiológico.

O que deixamos como um fechamento do que desenvolvemos até aqui é a idéia de que, desde os primórdios da constituição da fonoaudiologia, estava de certa forma evidente o papel estruturante e subversivo da linguagem. Tornou-se fundamental controlar, mesmo que ilusoriamente, a linguagem para que se pudesse ter o controle sobre o homem. A fonoaudiologia inscreve-se nesta história enquanto uma forma de intervenção social de superação das diferenças.

O discurso fonoaudiológico, tal como ele se apresenta hoje, é fruto desta rede de relações histórico-discursivas que ele estabeleceu desde seus primórdios com os campos da educação e da medicina. Dando continuidade ao que foi exposto, no capítulo

---

<sup>32</sup> Lucia Arantes é fonoaudióloga clínica, doutora em Lingüística Aplicada aos Estudos da Linguagem, pela PUC de São Paulo.

<sup>33</sup> Segundo Aurélio (1999) a palavra Anamnese significa: Informação a cerca do princípio e evolução de uma doença até a primeira observação do médico.

seguinte, abordaremos os efeitos destas relações e a instauração da fonoaudiologia como uma *especificidade clínica*.



## II

### UM CAMINHO SEM VOLTA...

Conforme vimos no primeiro capítulo, a constituição da fonoaudiologia esteve, nos seus primórdios, atrelada à história da Educação e, aos poucos, foi sendo também fortemente vinculada à Medicina. Com a entrada da saúde no âmbito da educação, através do movimento da “higiene escolar”, a atuação junto a crianças com “vícios e defeitos na fala”<sup>34</sup> deixou de ser uma demanda puramente educativa, passando a ser direcionada para uma intervenção clínico-terapêutica. Parece-nos que a percepção de que havia diferentes formas de falar o português brasileiro - formas estas advindas de sotaques de diferentes regiões do país, bem como de línguas de outros países trazidas pela imigração - deveria ser *corrigida* dentro da escola. Visava-se à uniformidade, caracterizando-se numa prática direcionada a todos os alunos. A escola, com a função de manter a unidade da língua nacional, assumiu a tarefa de diluir as diferenças socioculturais e regionais, numa tentativa de padronizar e “higienizar” a fala da população. A escola não era mais responsável apenas pela “instrução” dos alunos; seu papel passou a ser também de integração social de diferentes grupos à ordem moral do trabalho, utilizando o *controle sobre a linguagem* como um dos seus mais importantes instrumentos. Como vimos anteriormente, foram introduzidas no ensino diversas medidas<sup>35</sup> visando esta “nobre” tarefa. No entanto, existiam aqueles alunos que necessitavam de uma intervenção mais “específica” e o ensino regular das disciplinas curriculares não daria conta das “dificuldades comunicativas” destas crianças.

---

<sup>34</sup> Termos já referidos no capítulo anterior, utilizado no I CLNC ( 1937) e que decidimos manter, porque, para nós, refletem a concepção da época a cerca dos desvios da fala.

<sup>35</sup> Dentre estas medidas destacamos as seguintes:

- a desarticulação de escolas dirigidas para e por estrangeiros;
- a proibição do uso de língua estrangeira dentro da escola;

## 2.1 Do Pedagógico ao Terapêutico

Iniciaremos nossa discussão, retomando a noção do *desvio*, como foi abordada pelo I Congresso de Língua Nacional Cantada ( I CLNC)<sup>36</sup>. Segundo Neto (1988), esse congresso produz uma visão de língua como sistema único, fechado e uniforme, com ênfase na forma da língua. O desvio é tomado, dentro desta mesma lógica, como “tudo que escapa ao sistema de língua eleito”<sup>37</sup>. Na preservação da unidade deste sistema, dois campos de saber são destinados para intervir de forma decisiva: a *educação* e a *medicina*. Deste modo, o professor e o médico passam a ter um papel preponderante: deveriam sanar estes “desvios”. No entanto, o papel do professor é educar, transmitir “o” saber para que todos tenham igual acesso a ele, não interessando a singularidade de cada sujeito. Ao médico cabe curar, disponibilizar seu saber para intervir na doença, diagnosticá-la e tratá-la. Na escola, além de diagnosticar as doenças, a medicina irá fazer parte da formação dos professores para que estes possam ensinar seus alunos a serem saudáveis. A demanda da “correção” dos “vícios e defeitos da fala” não é portanto só do médico nem só do professor, ela perpassa os dois fazeres, mas não se constitui na prática de nenhuma destas especificidades.

Quando nos referimos, no capítulo anterior, à pesquisa realizada e apresentada no I CLNC, denominada “ Vícios e defeitos na fala de crianças dos Parques Infantis”, e à atuação dos “pioneiros” no Laboratório de Fonética e Acústica, ressaltamos o quanto é enfatizado, tanto na pesquisa como no trabalho do Laboratório, que o profissional, para trabalhar com estas alterações, deveria ser *um professor*

---

- a exaltação dos valores e símbolos nacionais nos materiais didáticos, tornando-se um dos temas centrais do currículo escolar.

<sup>36</sup> Conforme discutimos no primeiro capítulo, assumimos a pesquisa apresentada no ICLNC ( 1937) denominada “Vícios e Defeitos da fala de crianças dos Parques Infantis” como o *Discurso Fundador da fonoaudiologia*.

<sup>37</sup> Neto , 1988 p. 55.

*especializado*. Podemos notar que está sendo proposta uma diferenciação na prática pedagógica: este *professor especializado* necessita de um saber outro, que o diferencia dos demais educadores, pois irá lidar com alunos “diferentes” dos demais. Esta especialização já é prevista pelo Código de Educação da cidade de São Paulo, em vigor a partir do ano de 1933. Um dos itens do Código (Artigo 799) refere-se à *educação especializada* e prevê, segundo Barros:

“escolas *ortofônicas* que se destinem a alunos que apresentem perturbações articulatórias ou dislalias, balbucio, tartamudeio e gagueira”<sup>38</sup> ( BARROS, 1937, apud Neto 1988).

Também prevê a formação de quem atuará nestas escolas:

“para ministrar preparo pedagógico especializado, serão organizados anualmente, no Instituto de Educação, cursos teóricos e práticos sobre *educação de anormais* e sobre *diagnóstico e processo de correção de vícios de linguagem*” (Artigo 800). Parágrafo Único: serão designados, para servir em comissão em escolas ou *classes especiais de ortofonia* e para *educação de anormais*, os professores de quadro de magistério primário que tiverem seguido com eficiência, durante 2 anos, 2 cursos pelo menos da especialidade a qual pretendam dedicar-se”.

O código de Educação situa as chamadas escolas ou classes *ortofônicas* como uma forma de educação especializada, dirigida a alunos “especiais”. Segundo Neto ( op.

---

<sup>38</sup> Explicaremos sucintamente como são entendidas, hoje, estas perturbações na prática fonoaudiológica:

- **Dislalia:** é considerado um distúrbio articulatório; a partir dos estudos da fonologia passaram a ser chamados de desvios fonéticos e/ou fonológicos.
- **Balbucio:** é uma fase do desenvolvimento da linguagem, são as vocalizações do bebê que antecedem as primeiras palavras. Acreditamos que pudessem denominar de balbucio, quando a criança estendesse demasiadamente esta fase, ou se referisse àquelas crianças que não desenvolveram a linguagem e, mesmo grandes, permanecessem neste período. Na clínica hoje não se utiliza esta designação como uma perturbação de linguagem, mas como uma etapa do desenvolvimento da mesma.
- **Tartamudeio e Gagueira:** no referido documento, estas perturbações estão separadas, como se fossem duas. Na bibliografia fonoaudiológica, estas duas palavras aparecem como sinônimas, significando alterações ligadas à fluência da fala.

cit.), este código vem oficializar a doença na linguagem, situando-a entre as *anormalidades* abarcadas pela Educação as quais exigem *cuidados especiais*. Legitima também o professor com formação especializada, como o responsável, tanto pelo ensino de crianças portadoras de diversas formas de deficiência<sup>39</sup>, como pela correção dos vícios e defeitos da fala. É possível analisar, através destes artigos, que as políticas educacionais visavam à segregação dos alunos considerados anormais, relacionando os vícios e defeitos da fala com os demais tipos de deficiência encontrados nas escolas. Isso reforça a nossa idéia de que os desvios *não* deviam ser tratados pela educação regular, dita normal, mas fora dela.

É possível visualizarmos a existência de um amplo processo de designação em direção à anormalidade. Temos a legitimação do professor *especializado*, que implica na formação de uma *educação especial*, dirigida aos alunos tidos como *anormais*, *deficientes*. Estão inclusas as dificuldades inerentes à fala, como *perturbações articulatórias*, *dislalias*, prevendo-se também para estas últimas uma *classe específica*, visando a *correção* de tais *vícios da linguagem*. Tomaremos aqui a noção teórica de *designação*, partindo da relação *sentido e história*. Perpassando esta relação, conforme discutimos no capítulo anterior, está o Interdiscurso, enquanto “o conjunto do dizível, histórica e lingüisticamente definido” (Orlandi, 1992). Considerando o Interdiscurso como a memória do dizer, Guimarães (1995) afirma que o sentido, num acontecimento enunciativo, remete para efeitos da presença deste, ou seja, são efeitos do cruzamento de discursos diferentes. O acontecimento enunciativo cruza enunciados de discursos diferentes em um texto; assim, pela interdiscursividade e sua necessária

---

<sup>39</sup> Segundo Januzzi (1992), a partir de 1911, através do serviço de inspeção médico-escolar da cidade de SP, iniciou-se a criação das primeiras classes especiais, que foram depois oficializadas pelo Código de Educação, em 1933. Os primeiros deficientes que tiveram algum tipo de escolarização foram os cegos e surdos; mais tarde é que direcionaram classes àqueles deficientes que não tinham uma marca física, como no caso dos deficientes mentais. Estes estavam misturados com os adultos em hospitais psiquiátricos, e

intertextualidade, o sentido deixa de ser formal, tendo sua materialidade na historicidade. Entendemos que se cruzam, nestes primeiros textos a cerca da ideação do fonoaudiólogo, enunciados do discurso médico e do discurso pedagógico, que convergem para a instauração de uma demanda educativa para aqueles considerados anormais. Inicialmente, as práticas de intervenção junto aos vícios e defeitos da fala ainda se mantinham no campo pedagógico, porém já estavam sendo tomadas por sentidos que advinham do discurso médico. Cada vez mais os efeitos deste cruzamento provocarão, especificamente no que tange às anormalidades da linguagem, um deslocamento do campo pedagógico para o clínico.

Presumimos, a partir do que foi discutido até aqui, que a fonoaudiologia “nasce” neste *intervalo* que se instaura entre o *fazer médico* e o *fazer pedagógico*. É neste intervalo que ela assume uma nova especificidade, um *saber diferenciado* que atuará fora da sala de aula, com estes alunos enquadrados como “anormais”. Apenas os conhecimentos pedagógicos não davam conta do entendimento e da solução para estes “desvios” da linguagem; era necessário que outros campos de saber pudessem intervir. Estes desvios inicialmente colocados como “vícios e defeitos da fala”, passam a ter caracterizações advindas da lingüística, da psicologia e, principalmente, da medicina. No entanto, mesmo aproximando-se de outros campos de saber, acreditamos que a fonoaudiologia mantinha (e ainda mantém), quando se referia (e refere) à sua terapêutica, um referencial pedagógico, ou seja, tratar os vícios e defeitos da fala significava, ainda, corrigi-los<sup>40</sup>.

Pensando nas influências de outras áreas de conhecimento na constituição da fonoaudiologia, sobretudo nas aproximações com o discurso médico, faremos a análise

---

passaram a ser escolarizados, mudando a concepção médica da época de que eram todos “loucos”. Passou-se a ter uma visão de que estas crianças deveriam ser educadas para o convívio social.

<sup>40</sup> Mais adiante desenvolveremos esta discussão sobre as influências dos discurso pedagógico na terapêutica fonoaudiológica.

de um recorte da pesquisa apresentada no I Congresso de Língua Nacional Cantada<sup>41</sup>, que tratava da questão dos desvios na fala de crianças dos Parques Infantis. O objetivo da pesquisa era o de esclarecer e documentar todos os vícios e defeitos “etiopatogênicos”<sup>42</sup> encontrados na fala destas crianças. O termo etiopatogênico aponta para o sentido de que tais “vícios e defeitos” apresentam uma causa patológica, o que nos leva a pensar em uma relação dos mesmos com um problema orgânico, localizável no corpo. Dentro desta perspectiva organicista, destacamos a seguinte seqüência discursiva retirada dos anais do Congresso:

“... o processo de realização da linguagem se dá a partir de duas vias: a impressiva e a expressiva. A primeira *leva ao centro da linguagem interior o material necessário para a realização da palavra* e a outra que *expede ordens emanadas daquele mesmo centro e se manifesta em suas expressões íntimas pela emissão de sons* acompanhados de expressões mímicas”. (Anais do ICLNC, 1937p.216, APUD Neto 1988 p.30) (grifos meus).

O estudo divide o processo de realização da fala em duas vias: *impressiva (ou sensorial)* e *expressiva (ou motora)*. Em cada uma destas “fases” da fisiologia da fala, os autores apresentam uma listagem de distúrbios, dentre eles destacamos *afasia, disfasia, parafasia, dislalia, afonia, disfonia, tartamudeio e gagueira*<sup>43</sup>, classificados

---

<sup>41</sup> Não esqueçamos que esta pesquisa apresentada no I CLNC foi, segundo Neto (1988), o primeiro registro de um estudo referente ao tema dos problemas da fala, no Brasil.

<sup>42</sup> Segundo Neto (1988), retirado do texto do I CLNC

<sup>43</sup> Esclareceremos de forma breve o significado destas perturbações da linguagem, conforme são concebidas hoje, na clínica fonoaudiológica :

- **Afasia:** alterações complexas da linguagem, com uma sintomatologia ampla e diversificada, resultante de lesão neurológica. ( a=negação; fasia= linguagem – ausência de linguagem).
- **Disfasia:** refere-se ao não surgimento da linguagem oral em determinadas crianças que não apresentam traços de outras síndromes que justificariam esta ausência, como a surdez, autismo, deficiência mental profunda, etc. Pode afetar a compreensão e a expressão, ou afetar mais a expressão. Na verdade, é um diagnóstico de exclusão, atualmente pouco utilizado na prática da fonoaudiologia, sendo ainda utilizado por alguns médicos. ( dis= distúrbio; fasia= linguagem)
- **Parafasia:** Termo hoje não mais usado pelos fonoaudiólogos; acreditamos que se trata de uma afasia mais leve, talvez com menor comprometimento da linguagem.
- **Afonia:** distúrbio vocal que gera ausência total da voz, geralmente é transitória. ( fonia= fonação, voz)

conforme a via (impressiva e expressiva) na qual se manifestavam. Observamos, através desta seqüência discursiva, que o referencial para a apresentação dos *distúrbios* da fala é fundamentalmente um referencial médico. Começamos pela dicotomia *via impressiva* e *via expressiva*, onde entendemos que existe uma correlação entre o funcionamento da linguagem e o funcionamento periférico e central da motricidade, ou seja, dos movimentos musculares, o que já é possível analisar através das designações de *via sensorial* e *motora*. Os estudos médicos postulam a existência de duas vias que conduzem os estímulos; a sensorial (de input), que envia os estímulos ao sistema nervoso central, e a motora (de output), que responde, produzindo os movimentos. Parece-nos que a pesquisa toma a linguagem enquanto uma forma de expressão motora, composta por uma via de entrada e outra de saída, que são reguladas por um “centro da linguagem interior”, que recebe e emana ordens. Sendo assim, localizam os distúrbios em uma ou outra destas vias.

Desde este momento inaugural da fonoaudiologia, assim como hoje, há a concepção de que a linguagem é dividida nestas duas vias como se estas fossem duas instâncias independentes. Encontramos, na grande maioria das propostas de avaliação da linguagem na fonoaudiologia, a avaliação da linguagem expressiva separada da avaliação da linguagem compreensiva. Vale buscar aqui, para contrapor a esta visão, alguns pressupostos da teoria bakhtiniana, que entende que esta separação não existe, pois expressar e compreender constituem-se num mesmo processo. Como nos diz Bakhtin (1998), o receptor não tem um papel passivo no processo, ou seja, ele não compreende e depois expressa. O ouvinte, já nas primeiras palavras, inicia o que ele chama de “atitude responsiva ativa”, pois toda compreensão é “prehe de resposta”. A mensagem não estanca na compreensão do ouvinte e recomeça quando este fala, como

---

- **Disfonia:** alteração das características normais da voz, normalmente é associada à rouquidão, sopro na produção da voz, intensidade vocal reduzida, etc. Os termos dislalia, tartamudeio e

se este fosse um processo mecânico (ou orgânico, como vimos acima). A troca de papéis não se dá somente fisicamente, quando o ouvinte passa a ser locutor; esta troca é constitutiva e está acontecendo o tempo todo na linguagem. Isto possibilita que os enunciados também estejam em constante relação; dividir a linguagem nestas duas vias é tomar os enunciados como se estes pudessem ser isolados, em o *que entra* e o *que sai*. Para Bakhtin (op. cit.), os enunciados formam um elo ininterrupto e extremamente complexo, dentro de uma cadeia que é a linguagem. Temos aqui um equívoco fundamental na construção do discurso fonoaudiológico que, ainda hoje, retorna do Interdiscurso, produzindo efeitos na própria clínica: tomar a linguagem como uma função orgânica/mecânica.

Seguindo a análise da pesquisa em suas relações com o discurso médico, destacamos o *distúrbio* no qual esta mais se deteve: a chamada *dislalia*, definida como:

“distúrbio da voz falada resultante de perturbações da articulação, da prolação ou do ritmo. São resultantes de uma má posição ou um falso movimento dos órgãos da articulação que determinam a substituição, a deformação ou a supressão de uma ou muitas consoantes”. (Anais do I Congresso de Língua Nacional Cantada, 1937 APUD Neto, 1988).

Percebemos, através desta definição, que não havia uma diferenciação do que seriam alterações fonéticas e fonológicas, dificuldades de produção vocal (na fonação), dificuldades no processo de desenvolvimento da linguagem, daquelas ligadas às influências de outras línguas, sotaques e, até mesmo, do registro coloquial ou “mais vulgar”. Nos exemplos que ilustram as distorções das palavras, causadas pela *dislalia*, aparecem tanto alterações fonéticas e fonológicas como expressões coloquiais de origem cultural do tipo /muler/, /pobrema/ que expressam um português não culto, mas que são tidas, neste caso, também como desvio. Além disto, foram elaboradas, através



dos dados da pesquisa, algumas conclusões a partir dos quadros estatísticos encontrados. A seguir, destacamos algumas delas que pensamos serem mais significativas para uma análise:

1. “Inúmeras afecções bucais, nasais, oculares, laringeas, traqueais, etc ocasionam distúrbios vocais”.
2. “A influência da nacionalidade paterna na gênese de vícios e defeitos na fala da criança é cabalmente evidenciada”.
3. “Muitos vícios e defeitos da fala não são permanentes e sim peculiares à idade”.
4. “Os distúrbios da fala quase sempre acarretam retardamento da inteligência”.
5. “As hipertrofias adenoidianas e amigadalianas e a glossoptose acarretam sempre disfonias”. ( ICLNC, 1937, APUD Neto 1988 p. 36)

Como já apontamos, o objetivo da pesquisa era o de apresentar “os vícios e defeitos etiopatogênicos” encontrados na fala. Verificamos que é clara esta busca de causas orgânicas para estes desvios, como é possível observar nas conclusões **1** e **5**. A conclusão **2** também refere-se à origem dos desvios, atribuindo sua etiologia à influência da língua paterna, não esclarecendo o porque desta referência e o porque da influência somente à nacionalidade do pai. No entanto, podemos ver nesta assertiva uma tendência a tomar as origens dos desvios da fala como algo hereditário, o que reforça a tendência da pesquisa em vincular os desvios da fala com o fator genético/orgânico. Também podemos inferir que esta visão *individualiza* os problemas da fala; no nosso entendimento, ao particularizá-los, se responsabiliza o indivíduo, justificando a necessidade de uma intervenção também individualizada. Na conclusão número **4**, notamos uma relação de causa e efeito entre distúrbios da fala e retardamento intelectual. Isto nos leva a considerar que, além de uma visão organicista, aparecem também outras concepções de linguagem que vão se instituindo no discurso

fonaudiológico: estabelecer uma relação direta e transparente entre pensamento e linguagem e não diferenciar o que são desvios referentes à fala, ou seja, no nível da articulação<sup>44</sup> e o que são alterações da linguagem. Acreditamos que esta confusão conceitual tem repercussões ainda hoje na clínica fonaudiológica. Observamos que, em muitos casos, a terapêutica em fonoaudiologia, ao intervir nas alterações de linguagem, está na verdade tratando a fala do paciente, ou seja, tomando a linguagem como articulação. Ou seja, ocorre aqui a consideração coloquial de linguagem e não sua acepção teórica.

Gostaríamos de destacar, ainda, quanto às relações da pesquisa com o discurso médico, a seguinte análise: o título da pesquisa anuncia que irá tratar dos *vícios e defeitos da fala*, no entanto, no seu desenvolvimento, a pesquisa passa a usar o termo *distúrbio* como equivalente a *vícios e defeitos*. Teriam os mesmos sentidos os termos, *vícios, defeitos e distúrbios*? Parece-nos que, ao utilizar o termo *distúrbios*, ocorre um deslizamento de sentido, tendo em vista que *distúrbio* é um termo legitimamente oriundo do discurso médico, o que, no nosso entendimento, é mais uma marca discursiva da tendência deste Discurso Fundador em tomar os desvios da fala enquanto sintomas de origem orgânica. As designações dos desvios apresentadas na referida pesquisa, como vimos anteriormente, na sua grande maioria, são compostas pelo prefixo *Dis*. Este prefixo é utilizado, em muitas palavras, para indicar um *distúrbio*, como vimos na palavra *dislalia*, que podemos desmembrar em: *dis* = *distúrbio*; *lalia* = *fala*, significando *distúrbio da fala*. Canguilhem<sup>45</sup> (2000) faz uma referência interessante para refletirmos a respeito destas patologias chamadas “DIS” que passam a definir os mais diferentes desvios na linguagem. Segundo ele, o pensamento médico oscila entre

---

<sup>44</sup> Nosso objetivo aqui é diferenciar as alterações de linguagem e fala; dentro desta segunda ainda temos de distinguir entre alterações fonéticas e fonológicas.

<sup>45</sup> Georges Canguilhem é médico e filósofo. Desenvolve este tema em seu famoso livro *Le Normal et le Pathologique* (1966/2000).

duas representações da doença; uma ontológica, que busca a localização dos sintomas, e outra totalizante, que vê a doença como algo não localizável numa parte do homem, mas estando em todo ele. O autor postula que todas as doenças marcadas pelo prefixo DIS reafirmam esta segunda teoria, chamada totalizante ou funcional. Essas duas concepções, no entanto, possuem algo em comum que consiste em diferenciar *doença* e *saúde*, o *patológico* do *normal*. Desta forma, pensamos que as propostas da pesquisa apresentada no I CLNC sobre os vícios e defeitos da fala em crianças, de uma forma geral, estão inseridas numa tendência que se expandia na época, que é a de fazer uma cisão entre *normal* e *patológico*. A pesquisa, partindo sobretudo de uma visão baseada no funcionamento orgânico da fala, propõe, através de um modelo de língua, o que é saudável ou não.

Pensamos que é importante aqui nos determos um pouco mais sobre esta questão do que é *normal* e do que é *anormal*, tendo em vista que esta é uma dicotomia que se instituiu de forma marcante na educação (possivelmente advinda da aproximação desta com a medicina) e que influenciou diretamente na constituição de uma “demanda fonoaudiológica”. Canguilhem (op. cit.) apresenta um exame crítico do conceito de *normal*, iniciando tal discussão por duas definições para este termo. A primeira, de um dicionário médico<sup>46</sup>, define o normal como “o que está conforme a regra”<sup>47</sup>. A segunda definição, de um vocabulário de filosofia<sup>48</sup>, refere que *normal*, etimologicamente, vem de *norma*, que significa “esquadro”, e é definido como “aquilo que não se inclina nem para direita, nem para esquerda, portanto o que se conserva num justo meio-termo”. Segundo o autor, destas definições derivam dois sentidos: é *normal* aquilo que é como deve ser; e é *normal* no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte

---

<sup>46</sup> Dictionnaire de médecine de Littré e Robin Em seu livro *Le Normal et le Pathologique*

<sup>47</sup> Gostaríamos de referir um comentário do autor sobre este verbete; para ele, o laconismo deste não surpreende em nada, tendo em vista que se trata de um dicionário médico.

<sup>48</sup> Vocabulaire technique et critique de la philosophie de Lalande.

dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. A concepção de normal, neste sentido, precisa ser *desnaturalizada*, ou seja, não é algo que se dá de forma lógica e natural. Segundo Canguilhem ( op. cit.), o processo da *normalização* é a expressão de exigências coletivas que define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura com aquilo que ela considera seu bem particular, não sendo isso consciente por parte dos indivíduos. Um fato tido como normal está referido, necessariamente, a uma regra, que é estabelecida por determinada sociedade; portanto, não se trata de um conceito estático, pacífico, mas de um conceito dinâmico e polêmico. O *normal*, em uma sociedade, é aquilo que “está na média”, apresentando, em si mesmo, um juízo de valor, uma delimitação do padrão, do modelo. O autor entende que o termo *normal* apresenta um sério equívoco ao designar, ao mesmo tempo, um fato e um valor atribuído a este fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação. Esse equívoco, para ele, foi facilitado pela tradição filosófica realista, segundo a qual “toda generalidade adquire um valor de perfeição”; o comum passa a ter um caráter de valor, de *ideal*. Canguilhem ( op. cit.) refere ainda que o termo *normal* passou para a língua popular e nela se naturalizou a partir do vocabulário específico de duas instituições: a *instituição pedagógica* e a *instituição médico-sanitária*. *Normal* é o termo pelo qual a Europa do século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica ideal. As duas reformas, a hospitalar e a pedagógica, exprimem uma exigência de racionalização, que se manifesta em todas as esferas, política, econômica, sob a influência de uma industrialização nascente, que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, de *normalização*.

A partir deste referencial, podemos inferir que, no Brasil, este processo também ocorre com o advento da industrialização, onde educação e medicina irão se empenhar

na formação de uma sociedade apta às necessidades urbano-fabris. Neste contexto, a escola passa a buscar um tipo ideal de aluno, a partir de um modelo desejado. Pensamos que o aluno *normal*, que vai sendo construído pelo imaginário da escola, tomando a etimologia da palavra, é aquele que se *enquadra*; que não se afasta do padrão, ou seja, aquele que passivamente apreenderá os conhecimentos “necessários”, que saberá falar bem a língua padrão do país, que saberá cuidar de sua saúde, aquele que não oferecerá riscos à soberania nacional. Esta concepção de aluno, como veremos mais adiante, também ressoará no discurso fonoaudiológico, não mais como o aluno ideal, mas como o paciente ideal, que se designará futuramente como o *paciente colaborador*.

Retomando a trajetória que vínhamos construindo à cerca da constituição da fonoaudiologia, não podemos perder de vista que estamos tratando aqui do momento de *ideação* do profissional que vai atuar neste campo. No entanto, já é possível pensarmos que é, neste momento, que consideramos inaugural para a fonoaudiologia, que surgem as marcas das “aderências”<sup>49</sup> que constituirão o seu discurso. Neste sentido, destacamos o trabalho de Surreaux (2000) ao se referir à heterogeneidade que constitui o discurso fonoaudiológico. Conforme a autora, já no processo de designação do nome da profissão<sup>50</sup>, encontramos uma tentativa de homogeneização deste discurso, visto que a fonoaudiologia comportava objetos e práticas muito distintas. Nesta constituição heterogênea, Surreaux ( op. cit.) aponta para três posições-sujeito<sup>51</sup> dentro

---

<sup>49</sup> Encontramos o termo “aderências” em Surreaux (2000), quando esta autora se refere a algumas aproximações forçadas que a fonoaudiologia estabeleceu com outras áreas de conhecimento, com objetivo de tornar o fazer fonoaudiológico científico. Este termo, para nós, retrata bem a forma como se deram estas aproximações: estes saberes *aderidos* ao discurso fonoaudiológico não chegam a causar uma reflexão mais profunda na prática fonoaudiológica, não se estabelece uma efetiva interlocução, há apenas uma colagem, daí o termo aderência.

<sup>50</sup> Muitas designações eram utilizadas antes da fixação do nome *fonoaudiologia* no momento do reconhecimento da profissão, em 1981. Segundo Surreaux ( 2000), os profissionais que atuavam na área denominavam-se reeducadores, logopedistas, ortofonistas, terapeutas da linguagem, da palavra ou da fala, audiolgistas ou foniatras. Para um aprofundamento sobre os possíveis sentidos de cada uma dessas designações, recomendamos o trabalho desta autora.

do discurso fonoaudiológico. A primeira, denominada de *Colcha de Retalhos*, correspondente ao primeiro momento histórico da profissão, não deixando no entanto, de ser uma realidade, hoje, no fazer fonoaudiológico. Nesta perspectiva, verifica-se uma “colagem de discursos oriundos de diferentes campos de saber, de diferentes campos discursivos” ( Surreaux, 2000) o que faz com que o fonoaudiólogo seja chamado de *professor, reeducador, doutor, etc.* Acreditamos que esta posição-sujeito *Colcha de Retalhos*, preponderante nos primórdios do histórico da profissão, começa a ser construída nestes movimentos discursivos que antecedem a instituição de um discurso próprio da fonoaudiologia. As outras duas posições-sujeito sugeridas pela autora são denominadas de *Interdisciplinar e Entremeio*. A primeira é uma tentativa de tornar o fazer fonoaudiológico científico através de aproximações forçadas com outras disciplinas e a segunda, uma busca de interlocução com estas disciplinas, mas visando o delineamento de seu próprio objeto.

Quando a autora recupera as diferentes formas de se referir ao fazer do fonoaudiólogo, chama-nos a atenção que estas designações apontam ou para a relação com a escola ( professor, reeducador) ou para a relação com a medicina (médico,

---

<sup>51</sup> O termo **posição-sujeito** foi primeiramente produzido por Foucault em *Arqueologia do Saber*, tendo sido, nesta ocasião, denominada posição de sujeito, determinando a concepção de sujeito deste autor. Não se trata do sujeito da lingüística ( gramatical), do sujeito da enunciação ( subjetividade psicológica), mas de uma posição vazia, indiferente aos sujeitos enunciadores que venham a preenchê-la. Para Foucault, descrever uma formulação enquanto enunciado não significa analisar as relações entre o autor e o que ele enuncia, mas consiste em “determinar qual é a posição que pode e deve ocupar qualquer indivíduo para ser sujeito”. (Foucault, 2000 p. 109). Em Pêcheux (1975/1997 b), esta “função vazia” é na verdade “ocupada” pela forma-sujeito, sendo através desta que o sujeito se identifica com a formação discursiva que o constitui. A forma-sujeito é quem regula o saber de uma FD. Courtine (1981) diz que a posição-sujeito, é uma relação de identificação, que se estabelece, em uma formulação, entre um sujeito enunciador e o sujeito do saber de uma FD. Dentro de uma mesma FD, podemos ter diferentes formas de identificação com a forma-sujeito. Courtine (op. cit.) diz que descrever o domínio da forma-sujeito conduz à descrição do conjunto das diferentes posições de sujeito em uma formação discursiva como modalidades particulares de identificação do sujeito da enunciação ao sujeito de saber, com os efeitos discursivos específicos que lhe estão ligados. Esta identificação, segundo Pêcheux (1975), irá produzir um efeito-sujeito.

doutor). Esta constatação da autora é para nós de suma importância e por isto a aprofundaremos neste trabalho.

Em nossa prática diária, é muito comum ouvir dos pais, dos professores, da comunidade em geral, que os filhos ou os alunos freqüentam *aula* de fonoaudiologia, que levam *tema* para casa, que a terapeuta é *tia* ou *professora*. Observamos também que é próprio do senso comum a idéia de que o fonoaudiólogo é o profissional que *ensina a falar*<sup>52</sup>. É ainda próprio do senso comum o uso dos termos *doutora da fala*, *médica da fala*, assim como é usual designarem a sessão terapêutica de *consulta* ou *aula*. É interessante analisarmos porque estas duas posições, a da concepção da prática fonoaudiológica como um fazer pedagógico e a da superposição da prática fonoaudiológica à prática do médico, estão presentes no discurso dos pais, das crianças e da comunidade em geral. Entendemos que tais correlações não se dão por acaso e que é importante considerarmos alguns aspectos.

O primeiro, e menos relevante, é o fato de a fonoaudiologia, durante muitos anos, ter sido um atendimento elitizado, com pouca inserção em locais de atendimento público, o que gera um certo desconhecimento sobre as funções da profissão. Porém, acreditamos que este imaginário a cerca do discurso fonoaudiológico, que o situa circulando ou por uma intervenção de natureza médica ou por uma intervenção de natureza pedagógica, não está apenas no discurso do senso comum como fruto de desconhecimento, mas, como vimos, faz parte da constituição do próprio discurso fonoaudiológico. Estas designações, oriundas, segundo Surreaux (op. cit.), desta posição–sujeito *Colcha de Retalhos*, determinada por uma colagem de discursos, são marcas destes movimentos discursivos, historicamente constituídos. Parece-nos que o lugar do fonoaudiólogo enquanto terapeuta é algo que ainda está em construção; no

---

<sup>52</sup> Acreditamos que este é um enunciado que circula fortemente quando se trata da questão: o que faz um fonoaudiólogo? Por isto aprofundaremos os efeitos de sentido deste enunciado, no capítulo final.

imaginário social, ele tende ainda a ser confundido com o lugar do médico ou do professor.

## **2.2 Fonoaudiologia: seu Surgimento Como uma Especialidade *Clinica***

Buscamos, até aqui, discutir a respeito da passagem das “práticas” de correção dos vícios e defeitos da fala, que inicialmente era uma incumbência da escola, para uma prática especializada, que vai sendo retirada do campo pedagógico para se tornar uma intervenção clínico-terapêutica. Acreditamos que este não é um deslocamento isolado; na verdade, há uma convergência de fatores histórico-sociais que provocam a institucionalização de várias “terapêuticas” no campo da saúde. Segundo Raggio<sup>53</sup> (1997), a modernidade, como uma nova época inaugurada pelo capitalismo, produz uma lógica de controle que vai desde o controle da produção até o controle da própria subjetividade. Nos séculos XVIII e XIX, este *disciplinamento*<sup>54</sup> era feito através dos espaços de reclusão ( fábrica, escola, quartel, hospital, prisão). No século XX, surgem movimentos pós-modernos de controle; o *controle disciplinário* e o *controle tecnológico*. Como exemplo de controle “disciplinário”, o autor remete ao modelo de sanidade imposto aos nossos corpos<sup>55</sup> pela medicina. Sobre o controle tecnológico, o autor ressalta a eclosão de todo um arsenal técnico, cada vez mais especializado, destinado a corrigir e eliminar qualquer tipo de anormalidade, tornando igual o diferente.

Dentro deste contexto, Raggio ( op.cit) postula o nascimento de um exército de técnicos e especialistas, considerados “profissionais liberais”, que possuíam a função de agentes encarregados de proporcionar bem estar, corrigir as anormalidades e

---

<sup>53</sup> Alejandro Raggio é psicólogo e psicanalista, de origem Argentina.

<sup>54</sup> *Disciplinamiento* no original em espanhol.



*terapeutizar*<sup>56</sup> nossas angústias. A reflexão do autor nos remete muito claramente à trajetória que tentamos evidenciar a cerca da constituição da fonoaudiologia, enquanto uma terapêutica que se constrói sobre uma tentativa de controle disciplinar sobre a linguagem. O surgimento da fonoaudiologia e das demais *clínicas terapêuticas* constituiu-se, como afirma Coimbra (1995), como um conjunto de discursos que se afirmam “científicos e neutros” produzindo, na família e na sociedade em geral, “verdades” dotadas de fortes poderes. Este chamado “discurso da competência” (Chauí, 1989), composto por estas falas especializadas e técnicas, surge e se fortalece no mundo capitalista, não pela necessidade de modernização e desenvolvimento da sociedade, mas por sua função de melhor controlar, disciplinar e normatizar a divisão social do trabalho, estruturada sobre a dominação e a submissão.

A história da fonoaudiologia, durante muito tempo, foi contada como se a profissão tivesse surgido pelo simples fato de existirem pessoas com “deficiências na linguagem” que necessitavam de um tratamento. Partilhamos da mesma idéia de Berberiam (1995), de que ocorreu durante muitos anos um movimento de apagamento das relações históricas e sociais que envolveram o surgimento da fonoaudiologia como uma nova especificidade clínica. Pensamos que, ainda hoje, há uma lacuna na formação dos profissionais em fonoaudiologia no que tange a uma reflexão sobre o processo histórico de construção da profissão e de seus efeitos na clínica atual.

Um outro ponto importante a ser retomado e que está intimamente ligado a esta questão do “*boom terapêutico*” ocorrido no século XX, é o que chamaremos de fenômeno da *patologização da linguagem*. Como vimos no primeiro capítulo, havia um forte movimento de uniformização da língua nacional, que buscava, através do apagamento das diversidades lingüísticas e culturais, uma língua padrão dotada de

---

<sup>55</sup> O que nos faz pensar em *corpos* não só como uma entidade física, mas fundamentalmente psíquica.

<sup>56</sup> *Terapizar* no original em espanhol.

unidade, por conseguinte uniforme, para todos os brasileiros. São elencados, então, uma enormidade de *erros* e *desvios*, tomando-os enquanto aquilo que fugia deste padrão estabelecido, ameaçando a pretensa “unidade” lingüística. Neste sentido, estes *erros* ou *desvios* passam por um processo de *patologização* ao serem classificados dentro do discurso médico.

Ressaltamos que, até hoje, as alterações das quais a fonoaudiologia se ocupa são, na sua maioria, descritas, classificadas e definidas pelo referencial da medicina, através dos estudos da neurologia, da fisiologia da fala, da audição, das funções da respiração, voz, deglutição e mastigação, dos aportes da pediatria, da otorrinolaringologia, etc. O quadro nosográfico atual das patologias referentes à linguagem, nos seus diferentes aspectos, é composto essencialmente por referenciais da medicina. Segundo Barembli<sup>57</sup> (1997), este processo que “pathos-logiza”, ou seja, que racionaliza o sofrimento, torna as diferenças singulares como algo sofrido e inviável, pois a lógica vigente na sociedade não permite o diferente. Para este teórico, foi este processo que produziu todo um conjunto de disciplinas terapêuticas (e incluímos aí a fonoaudiologia), enquanto aparatos cognoscitivos e operativos destinados a gerenciar a dissidência e o desvio. Aquilo que foge da norma, que está socialmente legitimado no discurso como um “problema”, torna-se, para os indivíduos que possuem esta característica, um sofrimento que precisa ser tratado. Como nos diz Barembli ( op. cit.), cabe a estas disciplinas gerenciar estes desvios, no sentido de que são elas que detêm o saber sobre os mesmos, sabendo como eliminá-los, como amenizá-los, definindo se tais desvios se constituem ou não em algo a ser tratado. Não podemos esquecer que este saber técnico não deixa de ser determinado também pelo que é ou não socialmente aceito.

---

<sup>57</sup> Gregório Barembli é psicólogo e psicanalista, argentino e naturalizado brasileiro. Desenvolve suas atividades em Minas Gerais.

Tomemos aqui, na fonoaudiologia, o exemplo da *gagueira*. Aprendemos nas disciplinas de *avaliação fonoaudiológica* que uma pessoa que gagueja, será ou não tratável, conforme o número de vezes que a gagueira aparecer num determinado número de palavras. Perguntamos: Será que um número poderá definir uma demanda de tratamento? Será possível determinar que uma pessoa que gagueja apenas duas vezes em um número “x” de palavras sofre menos do que aquela em que a disfluência surge mais vezes na sua fala? Ou, ainda, é possível se medir os efeitos subjetivos que um problema como gagueira pode ter para um sujeito? O desejo de uma pessoa se tratar é mensurado através de um número? Levantamos tais questionamentos para pontuarmos o quanto um *saber técnico* pode ser superposto ao saber do sujeito; uma *medida técnica* pode estar descontextualizada da realidade singular de cada sujeito, podendo tornar-se um imperativo à prática clínica.

Clavreul (1983), ao referir-se ao que ele chama de *Ordem Médica*, afirma que o discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, busca sempre recolocar o paciente numa linha reta, a da normalidade, o que implica ao médico definir uma sanção: *a sanção terapêutica*. Assim como na medicina, pensamos que a fonoaudiologia, enquanto um conjunto de saberes técnico-científico, se coloca neste lugar normatizador, onde o terapeuta encarna um lugar de *suposto saber* e deste responde por sua função na relação terapêutica.

Inferimos, então, que, para que as práticas de correção dos desvios da fala se constituíssem enquanto um fazer não mais educativo, mas sobretudo ligado à terapêutica, estas foram se aproximando da medicina. Os vícios e defeitos da fala passam a ser considerados como *doenças*. Canguillhem (2000), ao analisar a determinação médica sobre a relação saúde e doença, entende que são sobretudo as idéias dominantes do meio social que determinam o que se chama *doença*. Estar doente

significa ser nocivo, indesejável, socialmente desvalorizado. O que queremos pontuar é que não é possível estabelecer uma linearidade neste processo de *patologização* das alterações e desvios da linguagem. Não há como definir o que se deu primeiro ou o que é mais preponderante, se a necessidade de controle sobre a população ou a existência efetiva de problemas na linguagem que justificassem uma intervenção clínica; sabe-se apenas que ocorre a instauração de várias disciplinas com o objetivo de “terapeutizar”<sup>58</sup> diferentes demandas sociais. Enfim, no que tange à fonoaudiologia, há aí todo um conjunto de enunciados que representam saberes e que irão formar um discurso a cerca das *patologias de linguagem*. Pensamos ser primordial situar que a *patologização* dos desvios da fala e da linguagem surge da necessidade de controle sobre a população, que se efetiva através da normatização. Faz parte da constituição da fonoaudiologia, enquanto uma das várias especialidades clínicas/terapêuticas, estar imbuída desta tarefa.

Seguindo a proposta deste segundo capítulo, de analisar como a fonoaudiologia constrói seu próprio caminho em direção a sua constituição clínico-terapêutica, mostraremos como seu discurso “rompe” com o discurso pedagógico e com o discurso médico, para constituir-se enquanto uma prática clínico-terapêutica e, ao mesmo tempo, de que forma estes discursos “permanecem”<sup>59</sup> hoje no discurso fonoaudiológico. A institucionalização da fonoaudiologia, nos anos 60, e sua legalização por ocasião do reconhecimento da profissão, em 1981, foram momentos de legitimação de práticas e de saberes que iniciaram na década de 20. São estas práticas e esses saberes, inscritos no contexto histórico-social e cultural do Brasil, que procuramos discutir até aqui. Práticas e saberes que vão, aos poucos, definindo seu objeto, aproximando-se de algumas áreas e

---

<sup>58</sup> Segundo Raggio (1997).

<sup>59</sup> No capítulo seguinte, faremos as análises discursivas justamente para investigar de que forma o discurso médico e o discurso pedagógico, enquanto saberes localizados no Interdiscurso, ressoam e produzem sentidos no discurso fonoaudiológico. Entendendo que estes saberes não são trazidos automaticamente, mas são recuperados pelo Interdiscurso, conceito que desenvolvemos na seção 1.5, nota

afastando-se de outras, buscando um caminho próprio, *um caminho sem volta*. É neste movimento que a prática fonoaudiológica vai sendo delineada e constituída por diferentes campos de saber.

Partindo da premissa que a fonoaudiologia se constrói enquanto uma disciplina terapêutica, seu discurso se constrói num entrecruzamento de saberes advindos do discurso pedagógico e do discurso médico. Este entrecruzamento provoca um deslocamento que irá constituir o que chamamos de Discurso Clínico-Terapêutico. Entendemos que duas grandes formações discursivas, a da medicina e a da pedagogia formam um novo campo de saber, uma nova formação discursiva: a *terapêutica*. Como vimos, há todo um sistema de idéias e atitudes que geram este deslocamento discursivo. Cabe ressaltar que estamos tomando o conceito de Formação Discursiva (FD), conforme Pêcheux (1975), como aquilo que, a partir de uma posição dada, numa conjuntura dada, determina o que pode e deve ser dito. E, mais ainda, que estas Formações Discursivas, enquanto espaços de constituição do sentido, apontam para a contradição, para o conflito, conforme postula Courtine (1981)<sup>60</sup>. Partimos então de uma concepção de formação discursiva heterogênea em relação a si mesma, cujas fronteiras são flexíveis e, portanto, suscetíveis de deslocamentos. Será então esta heterogeneidade que marcará o surgimento de um novo campo de saber, que caracterizamos como o Discurso Clínico-Terapêutico.

Acreditamos que estão abarcadas, neste campo discursivo que se inaugura, diferentes disciplinas, como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a psicologia. São as chamadas *especialidades clínicas*, clínica não mais como uma das instâncias do ato

---

número 23 do primeiro capítulo. Para esta análise, recortamos seqüências discursivas de referência que tratam especificamente do discurso sobre a prática clínica.

<sup>60</sup> O conceito de Formação Discursiva (FD) sofre mudanças dentro da teorização da Análise do Discurso. A partir da AD- 75, as FDs passam a ser vistas como interligadas, não mais com fronteiras fixas, concebendo-se portanto uma abertura para o conflito. Courtine (1981) redefine do conceito de FD definindo a contradição como constitutiva das formações discursivas, tomando suas fronteiras como

médico, ou como representante do olhar deste profissional, mas como uma prática dirigida a um ser em sofrimento. Ao compormos a palavra clínico-terapêutico, ou seja, ao unirmos as palavras clínica e terapêutica estamos propondo um sentido de aproximação, mas não de unificação. O que queremos dizer é que, nesta designação, estamos efetivando um gesto de interpretação, marcando um referencial. Acreditamos que a fonoaudiologia, assim como outras especificidades terapêuticas<sup>61</sup>, opera uma mudança nesta relação entre o clínico e o terapêutico. As concepções de *clínica* e de *terapêutica* se aproximam, deixam de ter uma relação de contiguidade, como na medicina. Parece-nos que tal mudança se dá por uma diferença fundamental no que se refere às propostas de terapêutica. Tanto nas áreas médicas, como na fonoaudiologia, há a busca da *cura* como o alicerce do saber. Entretanto, o clínico fonoaudiólogo é um clínico terapeuta, na medida em que ele se institui como o profissional que media, junto ao paciente, os passos para se alcançar a cura.

Nesta perspectiva, podemos dizer que o médico não é um terapeuta, ele é quem determina a terapêutica, mas acompanha o processo de longe. No momento da *prescrição* da terapêutica, através dos medicamentos, das indicações, o clínico médico transfere a condução deste processo para o próprio paciente, ou melhor, para seu organismo. Como postula Clavreul (1983), não existe relação médico-doente, mas relação da instituição médica e doença. Visando a cura da doença, e não do portador da doença, o médico irá objetivar sua terapêutica de forma pontual e definitiva.

Na clínica fonoaudiológica, entendemos que a condução do caminho da cura cabe ao terapeuta. Não existem os recursos objetivos dos quais a medicina se utiliza

---

fundamentalmente instáveis, postulando, enfim, que a FD é formada constitutivamente por elementos de outras formações discursivas, ou seja, toda formação discursiva é heterogênea a si mesma.

<sup>61</sup> Nosso estudo pretende problematizar os deslocamentos discursivos da fonoaudiologia, sem pretender abranger as demais especificidades terapêuticas. Pensamos que possam haver questões semelhantes à da fonoaudiologia na constituição de outras especificidades, todavia, esta é uma questão que não será alvo de estudo neste trabalho.

quando se afasta do paciente. As disciplinas terapêuticas existem justamente porque a medicina se propõe a atuar de forma direta no sintoma, quando isto deixa de ser possível, ela então encaminha o paciente para uma “outra” forma de terapêutica. Acreditamos que, se existissem recursos objetivos que operassem diretamente nos sintomas de linguagem, sem dúvida a clínica médica dava conta, também, destes sintomas na linguagem.

Em nosso estudo, procuraremos entender como a fonoaudiologia se inscreveu neste entrecruzamento de discursos. De que forma ela se insere neste deslocamento que institui um outro campo discursivo. Acreditamos que a *clínica fonoaudiológica* se constrói num espaço que se instaura entre o saber pedagógico e o saber médico. Sua demanda surge no campo pedagógico, mas afasta-se (aparentemente) dele, ao se tornar uma intervenção terapêutica e, para isto, aproxima-se do campo da medicina. A fonoaudiologia institui-se como uma intervenção de cunho terapêutico, inicialmente muito mais como uma prática, a serviço do saber médico. A formação dos primeiros fonoaudiólogos era fundamentalmente uma formação técnica. Aos poucos, a fonoaudiologia vai buscando outras áreas de conhecimento, delineando seu objeto e tentando construir uma clínica própria. Entretanto, sabemos o quanto ela está e esteve, desde as suas primeiras intervenções, calcada no modelo médico.

Vale destacar que o termo clínica sem dúvida tem uma forte herança médica. No grego, “Kliné” significa cama e “klinikos” designa aquele que “visita a quem guarda a cama”. Barembliit (1997) acredita que, em parte, se tem conservado um leque de denotações que situa a clínica como um serviço de cuidado da saúde, prestado diretamente ao usuário. A clínica nasce no campo médico e provoca um série de deslocamentos dentro do mesmo. Da mesma forma, outros deslocamentos se operam ao ampliar-se o campo de intervenção da clínica.

### **2.3 O Nascimento da Clínica Médica - uma Transformação do “Olhar”.**

Conforme desenvolvemos anteriormente, houve um grande movimento que instituiu várias terapêuticas no campo da saúde, o que nos leva a inferir que o ato clínico deixou de estar estritamente vinculado à medicina, passando a ser um “fazer” de várias outras disciplinas que se propõem a uma intervenção curativa. No entanto, situamos como essencial fazermos uma leitura de como a clínica se desenvolveu dentro da medicina. A partir disto, podemos posteriormente pensar em como a clínica, ao mesmo tempo que deixa de ser um conjunto de saberes e de práticas restritos da ciência médica, é o modelo que sustentará a *experiência clínica* de outras áreas terapêuticas e, neste caso, também irá fundamentar a clínica da fonoaudiologia.

Para esta leitura, destacamos o reconhecido trabalho de Foucault (1963/1998), “O Nascimento da Clínica”. O autor faz uma análise profunda da transformação operada pela clínica, na organização e na prática do conhecimento médico. Esta transformação, segundo o autor, iniciou nos últimos anos do século XVIII e começo do século XIX. O objetivo da investigação não é fazer um histórico das idéias da medicina, mas propor uma análise arqueológica, não sucessiva e linear, mas centrada na busca e no entendimento das rupturas, explicitando os princípios de organização do saber médico em diferentes períodos. A oposição entre a medicina moderna e a medicina clássica não se deu de forma lógica e contínua, como se opõe ciência e pré-ciência, racionalidade e irracionalidade, verdade e erro ( Machado, 1979). Para o autor, o *nascimento da clínica* instaura um novo olhar da medicina sobre o doente, um olhar não mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. A experiência clínica foi possível através de uma reorganização, formal e profunda, dos conhecimentos médicos e não pelo simples abandono das teorias e dos velhos sistemas. Ocorre uma virada do



“olhar” médico que passa a descrever o que durante séculos, não foi visível e muito menos enunciável. A clínica, então, não surge na descoberta de novos métodos, em função de grandes mudanças conceituais, por algum novo acontecimento teórico, ela surge de uma reorganização dos conhecimentos médicos e, fundamentalmente, da possibilidade de um discurso sobre a doença.

Na medicina anterior à clínica, segundo Foucault, dominada pelo pensamento “classificatório”, a doença é percebida em um “espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento”( Foucault, 1998 p.4): ela existe no plano e no instante em que se manifesta. Ela é definida pela justaposição dos elementos históricos (sintomas), sem levar em conta sua rede de determinações recíprocas e suas relações temporais. É um espaço em que, segundo ele, “as analogias definem as essências”, ultrapassam-se as relações de parentesco e acede-se ao essencial das doenças. São as analogias que definem a ordem racional das doenças, que equivale à ordem natural (nascer, crescer, viver e morrer), o que Foucault entende como um deslocamento do modelo botânico para o pensamento médico. O conhecimento dos males funda-se no reconhecimento da lei da vida que os rege. No pensamento classificatório, a doença só existe na medida em que é tomada como *natureza*. A doença, torna-se portanto um entidade positiva, constituindo-se num complexo de sintomas cuja essência é inacessível. Desta forma, para que se conheça a verdade do fato patológico, o médico toma o doente como um fato exterior àquilo que sofre, isto é, o doente é “abstraído” do entendimento da doença. Para o autor, médico e doente não estão implicados no espaço racional da doença: paradoxalmente, o papel da medicina consiste em neutralizá-los, estabelecendo uma grande distância, para que a configuração ideal da doença apareça neste espaço entre eles. O homem era tido como apenas o “local” em que se desenvolvia o conjunto de sintomas.

A doença, portanto, aparece através do corpo. O espaço do corpo e o espaço da doença têm liberdade de deslocamento de um em relação ao outro. Há pontos de contato entre a doença e o organismo, mas trata-se de setores em que a doença segrega e transpõe suas qualidades específicas. O olhar médico precisa estar atento a todas as modulações, a decifração da doença em suas características, repousando nesta percepção de cada equilíbrio singular. Mas não se trata do singular de um organismo, único, tomado por um estado patológico. Mesmo sendo o corpo o lugar da doença, o olhar médico não tem razões para nele se fixar, vendo somente sua espessura e seu funcionamento. Posição novamente paradoxal, pois quem deseja conhecer a doença deve subtrair do olhar o paciente, com suas qualidades singulares. A medicina das classes vai cedendo seu lugar para a medicina das epidemias, que visava o controle das doenças epidêmicas, que se constituía na grande demanda de intervenção da prática médica. Há uma mudança importante do ato médico, este deixa de ser um ato apenas de demarcação, situando um sintoma em uma doença e esta em um conjunto específico do mundo patológico. Na análise das epidemias, trata-se de estabelecer uma *cadeia*, confrontar as observações climáticas com a análise nosológica dos doentes, com a evolução das crises, término das doenças, etc. O que define o ato do conhecimento médico não é o encontro deste com o paciente, nem o confronto de um saber com uma percepção, mas o cruzamento sistemático de várias informações, de várias séries de acontecimentos separados que, interligados, fazem surgir em sua dependência o fato individual. Vai sendo instituída uma difusão, tanto da medicina no espaço social, como dos conhecimentos médicos na vida da população.

A medicina passa a requerer mais do que técnicas de cura; o desenvolvimento de um homem saudável, através da experiência do homem não-doente, define o homem modelo. O século XVIII referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade, e isto se

inverte no século seguinte. É em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que esta nova medicina constrói seus conceitos e prescreve intervenções.

O surgimento de um método clínico representa, para Foucault, a passagem de uma medicina clássica para a medicina moderna; entretanto, o autor não faz esta oposição de forma direta, mas entende que a possibilidade de uma clínica médica advém do próprio pensamento classificatório. O que ele chama de *Protoclínica* será um primeiro movimento neste sentido. Esta é concebida não como um estudo sucessivo e coletivo dos casos, ela “deve reunir e tornar sensível o corpo organizado da nosologia”, para que possa “manifestar em um percurso completo o círculo das doenças” (Foucault, 1998 p. 65). A clínica que nasce não deve ser um instrumento para desvelar a verdade, mas uma forma de dispor esta verdade. Ela passa pela procura de um *nome*, onde não será o olhar em si que terá o poder de analisar e de sintetizar, mas a discursividade de um saber que se sobrepõe a este olhar. Neste método clínico, a percepção oculta uma verdade que nomeia, faz-se uma decifração, não um exame. Esta forma de clinicar ainda não possuía uma dinâmica própria, atrelava-se muito às formas já constituídas de saber e por isso não permitiu uma transformação geral do conhecimento médico.

A clínica vai ser, no final do século XVIII, bruscamente reestruturada, saindo do campo teórico em que nasce, onde limitou-se a um *dizer* do saber, para “fazer corpo com a totalidade da experiência médica”( Foucault, op. cit. p. 70). Ocorre uma nova disposição dos objetos de saber, o hospital passa a ocupar um lugar importante nesta mudança, pois a verdade nele se ensina por si mesma. O olhar não se contenta mais em constatar, ele quer descobrir. No século XIX, a clínica é o tema central na reorganização institucional da medicina. Ela torna-se um momento significativo na legalização e formação do profissional médico, na instituição de uma coerência

científica, na reorganização do domínio hospitalar. Foucault nos diz sobre esta nova inserção da clínica na medicina:

“ Novos objetos vão se dar ao saber médico, na medida e ao mesmo tempo em que o sujeito cognoscente se reorganiza, se modifica e se põe a funcionar de uma forma nova. Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e, em seguida, a teoria; mas todo conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui ( FOUCAULT, 1998 p.101).

Percebe-se nesta clínica uma relação muito próxima entre o olhar atento do médico e o que se enuncia deste olhar, no sentido de que tudo que o olho do clínico registra pode passar pela linguagem. Este “olho que fala” representa, na experiência clínica, um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo. Sobre esse desejo de tornar enunciável tudo o que é visível, o autor refere que se trata mais de um sonho de pensamento do que de uma estrutura conceitual de base. Restava ainda, para a clínica, um passo decisivo: articular o visível enunciável ao invisível do corpo doente ( Arantes, 2001). Esta outra mudança se dá pela regressão da medicina dos sintomas, com a conseqüente expansão da medicina dos órgãos, passagem esta ordenada pela anatomia patológica. Para Foucault, originariamente, anatomia e clínica não têm o mesmo “espírito”; uma é histórica e a outra, geográfica. Há, neste ponto, um conflito entre estas duas figuras do saber. Foi o pensamento clínico que fez com que as idéias de Morgagni (1692/1771), precursor no estabelecimento de associação entre os achados anatômicos e a sintomatologia, pudessem ser escutadas somente 40 anos depois.

Esta reorganização, que permite o aparecimento de novas linhas geográficas na clínica e de uma nova leitura do tempo na anatomia patológica, é atribuída a Bichat<sup>62</sup>,

---

<sup>62</sup> Traité des membranes, 1827.

que postula uma percepção diferenciada a respeito dos órgãos. Através de sua análise tissular, ele vê acima das repartições geográficas (de Morgagni), formas patológicas gerais: através do espaço orgânico se delineiam grandes famílias de doenças, tendo os mesmos sintomas principais e o mesmo tipo de evolução. A classificação nosográfica encontra substrato na decomposição anatômica (Canguilhem, 2000). Os estudos anatômicos de Bichat transformam a *análise* num momento fundamental do processo patológico. O pano de fundo deste processo é a vida, “a doença é apenas a forma patológica da vida”( Foucault, op. cit. p. 147). A vida, que anteriormente estava num segundo plano em relação à doença, passa a ter um novo estatuto epistemológico na medicina. A vida e a morte passam a ter uma nova relação: a morte , interrogada por Bichat, deixa de ser o medo essencial da medicina, para ser onde a verdade se funda. A medicina passa a ler, na testemunha de seu fracasso, os princípios da demarcação da doença, sua localização, que possibilita estabelecer seus parentescos e suas conseqüências.

A história da clínica, desvelada por Foucault, revela um constante jogo de deslocamentos do saber. E o último deslocamento, evidenciado nesta proposta, é a descoberta, realizada através do estudo das febres, cujo sintoma particular não é o signo local: é, pelo contrário, índice de generalização. Broussais ( 1832) é quem faz esta dissociação<sup>63</sup> entre sintoma e lesão. A partir desta visão, o espaço orgânico da localização não depende mais da configuração nosológica. Os sintomas não são somente reconhecidos, como ocorre na clínica do final do século XVIII, mas passam a ser explicados.

Para finalizar este mergulho no surgimento da clínica no pensamento médico, marcamos a importância dada pelo autor ao surgimento do *homem como objeto de*

---

<sup>63</sup> Segundo Foucault, esta conversão conceitual já havia sido autorizada pelo método de Bichat, mas não esclarecida.

*ciência*. Na cultura ocidental, a história da medicina assinala a possibilidade do indivíduo ser, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de seu conhecimento. Isso significa que ele pode se colocar no interior de sua linguagem e é nela e por ela que se dá uma existência discursiva referida à sua própria destruição. O nascimento da psicologia está atrelado a esta medicina como ciência do indivíduo, segundo Foucault:

“... dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular e dá à palavra de cada um o poder de ser indefinidamente ouvida: o indivíduo lhe deve um sentido que nele não se detém. ( FOUCAULT, 1998 p. 227).

Como podemos ver, a clínica não se constitui somente em um método de intervenção do médico no corpo do doente; através dela, a ciência médica fez uma leitura da própria existência do homem.

#### **2.4 A Expansão da Clínica: um “Olhar” Sobre o Inconsciente**

A clínica na medicina passou a ser um olhar *interrogante*, que localiza, faz relações, generalizações, enfim, é uma visão que busca a cura. A clínica define o diagnóstico e “nominaliza” o sofrimento do doente. Sofrimento este que precisa ser localizado no corpo, mesmo que não diretamente; todo sintoma tem uma causa e cabe ao clínico, ao localizá-la, nomeá-la e defini-la. O orgânico é o escopo do trabalho médico, ele é toda referência para a clínica. Mas, desde muito tempo, havia aqueles pacientes cujos sintomas não eram localizáveis no corpo, não se podia fazer um diagnóstico clínico, porque não era possível correlacionar o conjunto de sintomas com o quadro orgânico. Formavam-se dois grandes grupos de doenças: por um lado, aquelas com sintomatologia regular e que remetiam a lesões orgânicas, passíveis de

identificação pela anatomia patológica; por outro, as *neuroses*, perturbações não identificáveis organicamente e com sintomatologia não regular (Garcia-Roza, 1996)<sup>64</sup>. Nesta segunda forma de divisão das doenças, encontravam-se as chamadas históricas<sup>65</sup>, sobre as quais irá se deter Charcot, médico neurologista (1885) que acreditava que, mesmo sem correlato orgânico, a histeria tinha sintomas bem definidos e que obedecia a determinadas regras. Ao incluir a histeria nas perturbações do sistema nervoso, Charcot buscava novas formas de intervenção clínica, sendo a hipnose uma das mais importantes. Os estudos através da hipnose possibilitaram a concepção de *trauma psíquico*<sup>66</sup>, onde as narrativas do paciente eram fundamentais para que o médico pudesse localizar o momento traumático responsável pela histeria.

Mais uma vez, a clínica estava buscando uma localização, uma causa. Nestas narrativas, a sexualidade ocupava um papel preponderante, selava-se um pacto entre histeria e sexualidade, pacto descartado por Charcot e que se tornou o ponto de partida e núcleo central de toda investigação freudiana. Freud, com sua extensa e profunda investigação da subjetividade humana, vai afastando-se da clínica médica. Na pré-história da psicanálise, suas intervenções iniciais, como a técnica da hipnose e da sugestão, estavam ainda próximas à posição médica de *sujeito que sabe*; o médico mantinha o comando sobre as idéias do paciente.

Segundo Clavreul (1983), a psicanálise vem romper com este suposto controle sobre a subjetividade, ao operar com a *escuta* ao invés da *sugestão*. Acreditamos que a psicanálise teve um papel fundamental no deslocamento da clínica, tal como era concebida na medicina; a descoberta do inconsciente fez com que o ato clínico pudesse ir além de uma investigação, buscando uma causa. É oportuno esclarecermos que não

---

<sup>64</sup> Luiz Alfredo Garcia-Roza é licenciado em filosofia e psicologia, professor do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica na UFRJ.

<sup>65</sup> Utilizamos o termo “históricas”, no feminino, porque se acreditava na época que só as mulheres padeciam destas manifestações. Histeria vem do grego *hystéra*, que significa útero ( Garcia-Roza, 1996).

pretendemos aprofundar acerca dos conceitos da psicanálise; eventualmente poderemos nos deter mais especificamente em alguns; nosso objetivo aqui é de fazer um contraponto entre *clínica médica* e *clínica psicanalítica*, sendo, no nosso entender, a segunda uma forma de “rompimento” com a primeira. O sintoma na clínica médica e na clínica psicanalítica possuem estatutos muitos diferentes; esta última não tem como cerne de sua especificidade o que é “contabilizável nas categorias nosológicas que definem o patológico” (Clavreul, op. cit. p. 190).

A clínica na medicina instaura-se discursivamente, enquanto a possibilidade desta tornar-se ciência; era preciso que todas as relações entre doença, sintomas e corpo pudessem ser “comprovadas”. O discurso do doente (seu sujeito) serve enquanto suporte para ser transformado dentro do vocabulário médico, para ser enquadrado na *Ordem Médica*. (Clavreul, 1983). A clínica, na psicanálise, dá um estatuto oposto ao discurso do paciente e, portanto ao sujeito; é o discurso do sujeito que sustenta todo processo analítico. A clínica da psicanálise rompe com a lógica do par lesão-sintoma, o que acreditamos ser uma importante mudança na concepção de clínica.

Ao fazermos este percurso, procurando entender como a clínica se desenvolve dentro do campo médico e, posteriormente, como desliza desta concepção de clínica para aquela da psicanálise, tentamos evidenciar (sem pretensões maiores), que há uma diferença radical que separa estas duas especificidades clínicas. Sobre a clínica psicanalítica, Garcia-Roza (op. cit.) afirma:

“... epistemologicamente, ela não se encontra em continuidade com saber algum, apesar de arqueologicamente estar ligada a todo um conjunto de saberes sobre o homem que se formou a partir do século XIX (GARCIA-ROZA, 1996 p. 22).

---

<sup>66</sup> Sobre este tema indicamos o trabalho de Garcia-Roza, “Freud e o inconsciente”, 1996, capítulo I.



Parece-nos difícil precisar que fio mantém a unidade da clínica em si. Levantamos a possibilidade de que possa ser a *cura*, pois a noção de clínica nos leva a pensar que algo deve ser curado, que há um sofrimento que precisa ser tratado, pois temos algo que está “fora do normal”. Na medicina, esta relação é mais do que clara, o objeto da clínica é a doença, isto é, o que está fora do estado normal do organismo. Na psicanálise, originariamente vimos que a questão da cura é de outra ordem; a cura da medicina não é a mesma da cura psicanalítica. O sofrimento na clínica psicanalítica não está identificado ao orgânico. Clavreul (1983) faz brilhantemente a distinção que marca estas duas clínicas:

“ uma psicanálise pode ser chamada de “terapêutica”, com a condição de que não nos omitamos de colocar aí as aspas de rigor” (CLAVREUL, 1983 p. 192).

Nossa intenção é justamente demarcar um ponto de encontro que nos ajude a visualizar uma unidade discursiva entre essas formas de intervenção clínica. Sabemos que, inicialmente, a busca de um médico, um psicanalista (ou também um fonoaudiólogo), é a mesma, pois o estatuto do consultado é o mesmo. Atribui-se ao médico, assim como aos terapeutas, um suposto saber de que este tudo sabe sobre seu sofrimento, um saber que possibilita a cura. É o que a própria psicanálise chama de *transferência*<sup>67</sup>, o estatuto do Grande Outro, enquanto lugar onde estão capitalizados os significantes, onde o consultante pode inscrever seu sofrimento, dos quais não tem

---

<sup>67</sup> Relação transferencial, ou somente **transferência**, é um conceito que possui, no campo psicanalítico, especialmente nos estudos de Freud, o sentido de um fenômeno que se estrutura na relação psicanalítica, podendo também aparecer em determinados tipos de relações interpessoais, como médico-doente, professor-aluno, etc. Numa relação terapêutica, Freud designa a noção de transferência como um deslocamento de representações inconscientes; segundo este autor, “a transferência, tanto na sua forma positiva como negativa, entra a serviço da resistência, mas, nas mãos do médico, torna-se o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos e desempenha um papel que não pode deixar de ser hipervalorizado na dinâmica do processo de cura” (FREUD, 1923, apud Laplanche e Pontalis – Vocabulário de Psicanálise, 1992 p. 522). Posteriormente em Lacan a transferência é tomada como a “colocação em ato da realidade do inconsciente”. Um dos eixos fundamentais do conceito de transferência é a função do sujeito suposto saber.

conhecimento. Clavreul (op. cit) postula que a clínica médica visa responder a esta demanda de “cure-me com seu saber”, com fins de suprimi-la, pois esta demanda cessa desde o momento em que o doente está sob o encargo da medicina, ela não condiciona o prosseguimento ou o encerramento da intervenção médica. O médico encarna este sujeito suposto saber, prometendo a cura. Jerusalinsky (1999) diz que, embora Hipócrates tenha cortado na ética da medicina a justaposição deliberada da magia e da superstição, ao separar saber médico e prática religiosa, ele não pode impedir que, na montagem do saber científico, os pacientes lançassem ainda uma demanda de onipotência ao médico. Se a religião, por um lado, exerce a onipotência, por outro, a ciência a promete. Na clínica em psicanálise a sustentação da demanda é o motor da cura, é dela que prosseguirá todo movimento em direção à cura. O fenômeno da transferência possui um outro estatuto: é preciso que o psicanalista renuncie a este suposto saber num incessante exercício de fazer irromper aquilo que não se pode responder. Acreditamos que o ponto central de distinção está na instância da *singularidade*; na medicina, existe a singularidade da doença; na psicanálise, a singularidade é do sujeito. Nossa intenção é de marcar tal diferença, que consideramos fundamental para reforçar a distância entre estas duas modalidades de *clínica*.

## **2.5 A Clínica Fonoaudiológica e as Marcas do Modelo Médico**

Como já foi exposto anteriormente, acreditamos que a fonoaudiologia instaure-se enquanto um novo *espaço discursivo*, dentro do *campo discursivo* terapêutico que se inaugura a partir de dois grandes campos de saber: a medicina e a pedagogia. Vimos também que há todo um movimento histórico-social, imanente à economia capitalista,

de “terapeutização”<sup>68</sup>, como forma de controle dos corpos e dos desejos. A fonoaudiologia surge, então, dentro de um novo campo discursivo; vai sendo construída por saberes provenientes de várias outras disciplinas, tornando-se uma Formação Discursiva fortemente heterogênea.

A saída da prática fonoaudiológica do campo da educação equivale à passagem da prática pedagógica especializada, que visava a correção dos vícios e defeitos da fala, a uma prática que começa a configurar-se como clínica. Mudança esta que ocorre, fundamentalmente, pelas relações que estabelece com a medicina. Os *vícios e defeitos da fala*, ao se transformarem em *distúrbios*, passam a ser uma demanda de intervenção clínica- terapêutica. Mesmo sendo a terapêutica fonoaudiológica originariamente de outra ordem, sua clínica, aderindo ao modelo médico, torna a diferença entre as terapêuticas na medicina e na fonoaudiologia apenas uma questão de diferença no uso de recursos e de estratégias. Sobre esta aderência, afirma Arantes:

“A noção de sintoma como se tem basicamente operado na clínica fonoaudiológica tem relação estreita com aquela presente no discurso médico. O **sintoma é sinal** observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de uma causa”. ( grifos da autora; ARANTES, 2001 p. 106).

Sabemos que a clínica fonoaudiológica muitas vezes toma o diagnóstico das alterações de linguagem como o eixo de todo seu processo terapêutico. Ao definir o *distúrbio de comunicação* que o paciente apresenta, estabelece o enquadramento nosológico, suas relações, e desta forma a terapêutica será a mesma para todos aqueles pacientes que apresentarem o mesmo distúrbio. Não estamos aqui querendo diminuir a importância do diagnóstico fonoaudiológico, pois todo entendimento das dificuldades

---

<sup>68</sup> Criamos este termo a partir do verbo *Terapizar* ( em espanhol), proposto por Raggio ( 1997).

e possibilidades do paciente é fundamental. O que queremos questionar é o fato da clínica em fonoaudiologia sustentar-se no modelo médico, no sentido de tomar como o cerne do clínico a supressão de um sintoma apreensível. A linguagem é assim tomada como uma das funções superiores do funcionamento orgânico do homem, seus *desvios* são tomados como *doenças*. Assim como vimos no Discurso Fundador da fonoaudiologia, desde lá segue-se buscando uma causa localizável em algum nível do corpo para os problemas de linguagem. Se não a encontramos, fazemos como os médicos, um diagnóstico de exclusão, ou seja, se não está no corpo, se não se localiza o problema no discurso médico, este é então excluído. Deverá então ser uma causa psicológica, de incapacidade cognitiva, algo não possível de ser definido, localizável. Encontramos em Clavreul (1983) uma interessante formulação sobre o sintoma na clínica médica. Para o autor, o sintoma para o médico tornou-se sinônimo de signo, não como definiu Saussure (1997) numa relação significante-significado, mas como definiu Lacan: “ Um signo é o que representa alguma coisa ( e não um Sujeito) para alguém (que saiba lê-lo)”. A semiologia médica tornou-se científica, estabelecendo relações fixas, não problemáticas, entre os signos e o que representam, ou seja, um sintoma remete a alguma coisa. Isto torna o trabalho do médico redutor, no sentido de que não há nenhum sujeito atrás do sintoma médico.

A fonoaudiologia trabalha com aquilo que não é passível de ser tratado pelo discurso médico, mas insiste na mesma metodologia; lê os sintomas como representantes de alguma coisa. Há uma busca da etiologia, atribui-se que os sintomas não diretamente apreensíveis são frutos de outras relações com o orgânico, como, por exemplo, dificuldades respiratórias, desvio no crescimento facial, alteração no processamento auditivo central, etc. A clínica fonoaudiológica está vinculada ao saber da medicina, seja para tratar do que a ela não cabe, seja para complementar sua

intervenção, seja ainda para prevenir lesões orgânicas, aproximando de forma evidente corpo e linguagem. Como vimos, as disciplinas terapêuticas surgem justamente por existirem estas alterações que são *excluídas* do que é medicamente tratável. É interessante pensarmos que muitas das alterações da linguagem, como nos casos de atraso no seu desenvolvimento, alterações fonéticas e/ou fonológicas na fala, gagueira, certas alterações vocais, e outros distúrbios não apresentam nenhuma correlação com algum tipo de lesão orgânica. Mesmo nos casos em que há uma causa orgânica, como ocorre na Afasia, na Paralisia cerebral, nas Deficiências mentais, não é possível estabelecer uma relação direta com a lesão. Os efeitos do orgânico, na linguagem, não podem ser mensurados, previstos e correlacionados diretamente. Muitas vezes, evidencia-se, no trabalho clínico, um paciente com um quadro de lesão neurológica de pequena extensão, com alterações na linguagem muito mais complexas do que um outro com uma lesão organicamente mais grave. Há algo que se interpõe neste par lesão-sintoma, algo que transcende uma leitura organicista.

Sobre a questão do sintoma na clínica da linguagem, Arantes (2001) reivindica um recorte específico da fonoaudiologia. Afirma que, se por um lado, não é possível reduzir este sintoma a uma ótica do funcionamento da máquina, por outro, devemos considerar que este faz presença na fala, o que especifica e pede um olhar que não apague sua especificidade. No que tange a um tratamento de linguagem, vemos que, mais importante do que localizar a causa ou a lesão e definir um nome, é fundamental entender quais são os efeitos do sintoma para cada sujeito, em cada momento. Neste ponto, a psicanálise tem algo a oferecer à clínica fonoaudiológica; seus pressupostos ajudam-nos a conceber que existe o real do sintoma, mas que a cura passa também pelo acesso desse sintoma ao simbólico. Uma mudança subjetiva, com a qual a terapêutica de linguagem deve operar, é uma mudança de posição do sujeito em relação à própria

fala (Arantes, op. cit). Mancopes (2001), ao analisar discursivamente o tratamento fonoaudiológico com pacientes afásicos, propõe a existência do *real da afasia*. Definindo-o como um limite corporal, orgânico, que remete o paciente ao real da língua; às impossibilidades de produção lingüística que o sintoma da afasia carrega.

Acreditamos e reivindicamos que a clínica fonoaudiológica possa fazer algo diferente da medicina em relação à demanda que lhe é dirigida. Suprimir esta demanda em nome da doença é retirar o sujeito da clínica. Sem sujeito, no entanto, não há linguagem. A clínica fonoaudiológica necessita afastar-se do real do sintoma, pois, mesmo quando há um limite orgânico efetivo, este limite não pode ser um imperativo à clínica. Neste caso, o corpo, o orgânico, a etiologia, o limite, as falhas ou as faltas ocuparão o lugar do sujeito. Um sujeito sem nome, sem história, sem experiências de linguagem, desprovido de um passado.

Sendo assim, é paradoxal e ilusória a posição de manter a clínica fonoaudiológica amparada no modelo da clínica médica. A fonoaudiologia precisa expandir o seu olhar, sem deixar de ser, sobretudo, o *olhar de um fonoaudiólogo*. Pleiteamos que as decisões clínicas possam perpassar o entendimento das várias instâncias que se relacionam com a linguagem e suas alterações, que a leitura de um sintoma na linguagem possa se dar para além de um olhar redutor ao sintoma-sígnio; esta é a via para que se configure a leitura e a construção de uma clínica própria.

A fonoaudiologia, por ser uma disciplina que tem um campo de atuação bastante amplo, durante muitos anos após sua institucionalização, necessitou fazer delimitações e definições a cerca de qual seria seu objeto, de especializar sua prática, numa tentativa de cientificizar o seu saber. Alguns trabalhos de fonoaudiólogos referem que esta foi uma fase inicial dentro da clínica, em que o fonoaudiólogo exercia uma atividade eminentemente técnica, a serviço da medicina, e que esta não seria mais uma realidade

hoje no fazer fonoaudiológico. Pensamos que esta posição é, em parte, verdadeira; a fonoaudiologia deixou de ser uma atividade essencialmente de cunho técnico e concebida como paramédica; houve um afrouxamento da relação de dependência que tinha com a medicina. Neste sentido, a fonoaudiologia redefiniu seu papel enquanto uma forma particular de clínica, o que a fez aproximar-se de outras áreas, como a psicologia, a lingüística, a psicanálise, entre outras. Entretanto, acreditamos que, de uma forma geral, sua clínica ainda está calcada no modelo médico, pois ainda o que está em jogo é delimitar um “quadro nosográfico”, definir a relação sintoma-causa e este diagnóstico permanece guiando e sustentando sua terapêutica.

Conforme já apontamos, esta forma de conceber a clínica fonoaudiológica não é a única. Estão sendo produzidos muitos trabalhos, questionando esta lógica médica da clínica na fonoaudiologia. Pensamos que a possibilidade de conceber a clínica, a partir de uma outra leitura, se dá em função de uma reflexão epistemológica. Deslocando esta obsessão da garantia da cientificidade, a fonoaudiologia pode refletir sobre seus próprios pressupostos, permitindo deslizar sentidos cristalizados no seu discurso.

A clínica fonoaudiológica necessita de autonomia, de ser mais coerente com seu objeto, visto que o alvo de sua intervenção *não* é a doença. Entendemos que, para que este deslizamento aconteça, a fonoaudiologia deve afastar-se do modelo de clínica da medicina. A psicanálise, enquanto uma clínica que surge justamente em função das perturbações não localizáveis organicamente, tem, nesta perspectiva, muito a nos interrogar e inquietar. Mas, é preciso que se tenha o cuidado de guardar muito bem suas diferenças e os limites desta aproximação para não cair no mesmo funcionamento de aderência.

## 2.6 O Retorno do Terapêutico ao Pedagógico

Construímos até aqui uma importante trajetória na construção do discurso fonoaudiológico. Iniciamos este percurso no campo da educação e a ele voltamos neste momento. Parece-nos que a “passagem” inicial das práticas fonoaudiológicas pelo campo pedagógico, de certa forma, apaga-se no imaginário dos profissionais da área. Historicamente, vimos o quanto esta é uma questão considerada pouco explorada em pesquisa, sendo considerada como distante da realidade clínica. O referencial médico, mostra-se mais “assumido” pela fonoaudiologia na sua prática clínica atual.

O que estamos pleiteamos, para fins de refletir sobre a prática da fonoaudiologia, é que o discurso pedagógico não se “apagou” efetivamente na formação do discurso fonoaudiológico. Quando afirmamos que a fonoaudiologia surge enquanto um novo espaço discursivo a partir do entrecruzamento dos discursos Pedagógico e Médico, já marcávamos que este conjunto de saberes pedagógicos estão arraigados na constituição do discurso fonoaudiológico. Pensamos que o discurso médico está explicitamente marcado no discurso fonoaudiológico, através do referencial teórico, da nosologia, no modelo clínico que visa à cura do distúrbio, ou seja, centrado na doença, etc. Já o discurso pedagógico é algo que está menos explicitamente marcado, afinal os pressupostos pedagógicos, diferentemente daqueles da medicina, não oferecem garantia de cientificidade, assim como não possuem historicamente o status que relaciona saber e verdade e marca o imaginário lugar de poder.

Cabe salientarmos novamente, neste momento, a filiação teórica que sustenta este estudo, representada pela Análise do Discurso. Desta forma, não trabalharemos aqui com a noção de língua, fechada nela mesma. Ao operarmos com o conceito de Discurso, estamos lidando, segundo Orlandi (1999), com um objeto sócio-histórico em



que o lingüístico intervém como pressuposto. O objetivo deste trabalho é expor o discurso fonoaudiológico à opacidade, ou seja, lidar como o não-dito, com o não-explicito, buscamos desvelar a relação discurso e exterioridade. Para isto, mobilizaremos outra vez o conceito de Interdiscurso, enquanto o conjunto de formulações já-feitas e já-esquecidas que determinam nosso dizer. Segundo Courtine (1984), o Interdiscurso representa o eixo vertical, onde se encontra um conjunto de enunciados composto por todos os dizeres já-ditos e já-esquecidos, que representa o dizível. No eixo horizontal ou da formulação, encontramos o Intradiscurso<sup>69</sup>. Segundo Orlandi ( op. cit.), todo dizer se encontra num jogo de confluência entre estes dois eixos: o da memória ou da constituição e o da atualidade ou da formulação.

Por isto, acreditamos que o discurso médico está mais apreensível ou melhor mais visível no plano da formulação do discurso fonoaudiológico e o discurso pedagógico poderia ser pensado como algo diluído na memória discursiva, menos presente no eixo intradiscursivo.

Sabemos que o discurso fonoaudiológico é composto por saberes de diferentes discursos, conforme o estudo de Surreaux (2000), quando a autora propõe como uma das três posições –sujeitos que constituem o discurso, a posição Colcha de Retalhos. No entanto, tendo em vista o percurso que fizemos na construção do discurso da fonoaudiologia, pretendemos mostrar como o discurso pedagógico está aí presente, quando analisamos seqüências discursivas referentes à terapêutica fonoaudiológica. Será neste *recorte*<sup>70</sup> do discurso fonoaudiológico que centraremos nossas análises

---

<sup>69</sup> Pêcheux ( 1997 b), define o **Intradiscurso** como o funcionamento do discurso em relação a si mesmo, ou seja, aquilo que é dito agora em relação ao que foi dito antes e ao que será dito depois. É apresentado como o “fio do discurso”, enquanto discurso de um sujeito. Segundo Courtine ( 1981), o Intradiscurso constitui o lugar da enunciação por um sujeito falante, ao passo que o Interdiscurso apresenta-se como o lugar de construção do pré-construído.

<sup>70</sup> A noção de **recorte** decorre do entendimento de que a AD não trabalha com o segmento, pois este é uma unidade da frase ou do sintagma. Partindo então da noção de discurso, o recorte é definido como um fragmento da situação discursiva. O princípio segundo o qual se efetua o recorte varia segundo os tipos de discurso, a configuração das condições de produção e, ainda, de acordo com os objetivos de cada análise.

discursivas, pois acreditamos que nele encontraremos fortes vestígios do discurso pedagógico *ressoando*<sup>71</sup> desde o interdiscurso. Quando tratamos do Discurso Fundador da fonoaudiologia, marcamos a passagem da figura do professor responsável pela “correção” dos vícios e defeitos da fala para a de um *professor especializado*, que sai do espaço escolar, constituindo-se inicialmente em um técnico a serviço do médico, até chegar ao que se designou mais adiante como fonoaudiólogo<sup>72</sup>. Este processo esteve sempre atrelado a um cruzamento de discursos, sustentado preferencialmente pelo discurso pedagógico e pelo discurso médico. O discurso médico, ao entrar no campo pedagógico, promove deslocamentos neste discurso, sendo um deles a instituição da normatização. Conforme vimos já no primeiro capítulo e continuamos desenvolvendo neste segundo, a definição do aluno *normal* passa por uma concepção de saúde e doença, noções estas que visam à manutenção da ordem social. A fonoaudiologia se inscreve como um instrumento de *normatização*, o que entendemos que se constitui tanto pela via do discurso médico como do discurso pedagógico.

No capítulo seguinte, desenvolveremos as análises discursivas com o intuito de investigar de que forma o discurso fonoaudiológico se relaciona com estes outros campos de saber, procurando ver as marcas desta memória discursiva.

---

<sup>71</sup>Para desenvolvermos o conceito de **Ressonância**, proposto por Serrani (1997), primeiramente é necessário falarmos do que a autora entende por paráfrase. A noção de paráfrase sustentada por Serrani (op. cit.) é a de *funcionamentos parafrásticos das unidades lingüísticas no discurso*. É concebida como uma relação semântica não estável, que não decorre de nenhuma qualidade própria das frases diretamente observável. A paráfrase, neste sentido, situa-se no nível do Interdiscurso. O conceito de *ressonância de significação*, introduzido pela autora, baseia-se no entendimento de que há paráfrase quando é possível se estabelecer entre as unidades envolvidas uma ressonância interdiscursiva de significação. Ou seja, para que haja paráfrase a significação é produzida por efeito de vibração semântica mútua. Conforme Serrani, “as paráfrases ... ressoam significativamente na verticalidade do discurso e concretizam-se na horizontalidade da cadeia, através de diferentes realizações lingüísticas (SERRANI, 1997 p. 47).

<sup>72</sup> Vale lembrar o estudo de Surreaux (op. cit.) que entende a definição do significante fonoaudiologia como resultante de uma tentativa de unificação de objetos e práticas bastante distintas, sofrendo um efeito de homogeneização.

### III

## AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA: DUAS FACES DA MESMA CLÍNICA

Neste terceiro capítulo, nos empenharemos na construção das análises do corpus discursivo. Primeiramente é importante clarearmos a metodologia que será a referência de todo nosso processo analítico. Na verdade, não encontraremos esta metodologia pronta para ser aplicada, ela será uma construção do analista na sua relação com seus objetivos, com a teoria e com a própria análise. No entanto, introduziremos aqui alguns pontos decisivos que constituirão as bases de nossas análises, ou seja, estabeleceremos alguns princípios teórico-metodológicos que permitirão a sua compreensão.

### 3.1 Princípios Metodológicos

A constituição do *corpus* em AD, segundo Orlandi (1998), é algo instável e provisório. Nesta perspectiva, o objetivo das análises não é alcançar uma *exaustividade horizontal*, que visa a extensão, a completude. Partindo da idéia de que todo discurso está em constante relação com outros discursos, podemos pensar que seria impossível esgotar as possibilidades de análise. Desta forma, desejamos alcançar uma *exaustividade vertical*, em profundidade, que somente pode ser definida na relação dos objetivos da análise com sua temática. Esta forma de *exaustividade*, proposta por Orlandi (op. cit.), gera um deslocamento fundamental, pois não se propõe a lidar com dados, mas com “fatos” de linguagem, isto é, com a materialidade lingüístico-discursiva, suas significações e sua memória. Ao fazer a passagem da análise do dado

para a análise do fato, a AD propõe um trabalho com os processos de produção dos sentidos, visando desta forma não apenas seus produtos.

O estabelecimento de um campo discursivo de referência e de um espaço discursivo consistem na primeira etapa da constituição do corpus. Courtine (1981) define que é preciso partir de um *universal discursivo*, compreendido como um conjunto potencial de discursos que são possíveis de ser analisados para se estabelecer um *campo discursivo de referência*, do qual se parte para a delimitação de um tipo específico de discurso, o *espaço discursivo*<sup>73</sup>. A definição do *corpus empírico* se dá a partir deste espaço discursivo e, por fim, a partir do corpus empírico, se faz a seleção das seqüências discursivas de referência, que constituirão, efetivamente, o *corpus discursivo*, sendo que, neste momento, já está se configurando um gesto analítico.

Acreditamos que o campo discursivo de referência deste estudo é o Discurso Clínico-Terapêutico, conforme discutimos no capítulo anterior, e o espaço discursivo é o Discurso Fonoaudiológico. Na delimitação do *corpus* empírico, que ainda não se configura como *corpus* discursivo, estabelecemos um primeiro critério que foi selecionar *textos*<sup>74</sup> oriundos de livros, revistas, periódicos, artigos, manuais, ou qualquer outro tipo de material de natureza escrita, produzido por fonoaudiólogos (brasileiros e estrangeiros). A segunda delimitação, visando estabelecer o corpus sobre o qual incidirá as análises, refere-se à montagem de um *corpus* composto por seqüências discursivas que tratem do processo terapêutico fonoaudiológico, ou seja, que se refiram às diferentes instâncias da clínica: **avaliação**, **diagnóstico** e **terapêutica** propriamente

---

<sup>73</sup> As definições de universo, campo e espaço discursivo foram também formuladas por Maingueneau, 1997.

<sup>74</sup> Destacamos que a noção de **texto** para a teoria da AD representa uma unidade de análise que permite ao analista ter acesso ao discurso. Segundo Orlandi (1999), compreender o sentido de um texto em AD é compreendê-lo enquanto objeto lingüístico-histórico, explicitando como este realiza a discursividade que o constitui. O texto é considerado heterogêneo quanto às diferenças da natureza dos materiais simbólicos, à natureza das linguagens, quanto ao atravessamento de diferentes formações discursivas e diferentes posições sujeito. Para esta autora (1995), o texto deve ser tomado não como um dado, mas como um fato

dita. Este recorte somente pode ser definido a partir de um primeiro trabalho de análise, que é uma forma de *de-superficialização* do objeto analítico (Orlandi, 1998). Ao passar por esta abordagem inicial de “tratamento”, este objeto bruto perde a ilusão de evidência explícita dos sentidos.

Quando falamos em recortes em AD, estamos nos referindo a uma forma de “seleção” da situação discursiva, a fragmentos relacionados de linguagem-e-situação (Orlandi, 1996 a), buscando-se a representatividade ao invés da linearidade e exaustividade. O ato de recortar é a via pela qual se chega à representação das relações textuais referidas às suas condições de produção.

Delimitando o espaço discursivo, passamos a constituir o corpus empírico; a partir deste, realizamos a coleta das seqüências discursivas (Sd) que comporão os nossos recortes discursivos. As Sd são definidas por Courtine como “seqüências orais ou escritas de dimensão superior à frase” (1981, p.25). As seqüências discursivas são unidades componentes dos recortes, que são organizados a partir dos objetivos do analista, sendo por intermédio delas que podemos alcançar as características dos processos de significação do objeto que estamos analisando. A análise tenciona mostrar como o funcionamento discursivo de uma operação lingüística determinada permite a um grupo de seqüências discursivas, levando sempre em conta suas condições de produção, integrar contraditoriamente elementos de seu exterior heterogêneo ( Serrani, 1997).

De acordo com o que viemos tecendo desde o começo deste estudo, buscaremos analisar, neste terceiro capítulo, os ecos do discurso médico e do discurso pedagógico no discurso fonoaudiológico, o que nos remete à heterogeneidade desse discurso. A heterogeneidade é algo que constitui todo e qualquer discurso, é o que

---

de linguagem, pois os fatos nos remetem à memória, a historicidade. O texto é um objeto simbólico em funcionamento.

Authier (1990) chama de *heterogeneidade constitutiva*, uma exterioridade interna ao sujeito que não é possível de ser localizada e representada. Lidar com a significação envolve considerarmos uma instância muito maior do que aquela do sistema da língua. Determina a consideração da presença incontestável do *Outro* no discurso, assim como impõe-se desfazermos (mesmo que provisoriamente) o imaginário da existência de um sujeito uno, autônomo, um enunciador totalmente responsável por suas decisões. Apoiando-se nos pressupostos psicanalíticos<sup>75</sup>, a autora propõe que os estudos enunciativos possam validar a concepção de que a fala é fundamentalmente heterogênea, pois o sujeito é na sua essência um sujeito dividido, descentrado. Nossas análises do discurso fonoaudiológico estarão atravessadas pela certeza de que o *Outro* emerge no discurso, fazendo vacilar o domínio do sujeito.

Antes de iniciarmos os procedimentos de análise propriamente ditos, gostaríamos de fazer uma discussão que julgamos fundamental: considerar que, também eu, enquanto fonoaudióloga, estou assujeitada aos efeitos discursivos do discurso fonoaudiológico. Sabemos que, assim como em toda e qualquer manifestação de linguagem, em todo processo analítico está inerente a *interpretação*. Orlandi afirma a respeito:

“... ao significar o sujeito se significa, o gesto de interpretação é o que – perceptível ou não para o sujeito e/ou para seus interlocutores – decide a direção dos sentidos, decidindo, assim sobre sua (do sujeito) direção”. (ORLANDI, 1996a p. 22)

O que estamos pontuando nesta introdução às análises é o fato de que, duplamente neste estudo, não sustentaremos um olhar isento. Misturam-se, sobretudo neste momento do trabalho, leituras de uma fonoaudióloga e de uma analista de

---

<sup>75</sup> Segundo Jaqueline Authier, os pontos de vista exteriores que fundamentam suas produções são o dialogismo do círculo de Bakhtin e a teoria psicanalítica (laciana).

discurso, e todos os nossos gestos interpretativos não poderão fugir desta condição. Não quero dizer que, se não fosse fonoaudióloga, faria uma leitura neutra, isenta, pois, cremos que nenhuma leitura se dá partindo da neutralidade. A neutralidade nos remeteria à literalidade dos sentidos, ao sentido verdadeiro e único. Estaríamos, pensando desta forma, contrariando todos os pressupostos da Análise do Discurso, teoria que elegemos como interlocutora e norteadora desta dissertação. Salientamos que, enquanto profissional do campo de conhecimento da fonoaudiologia, estou identificada e assujeitada ao funcionamento discursivo do discurso fonoaudiológico e isto significa que muitos dos desvelamentos de sentidos a que se chegará, através das análises que seguem, foram e ainda são reproduzidos por mim, enquanto sujeito deste discurso. Pensamos que, ao entender e considerar estes vínculos, desejamos reconhecer que estou, e todos estamos enquanto, “sempre já-sujeitos”, submersa numa relação de *alteridade constitutiva*. A esse respeito, Pêcheux (1997) apresenta uma formulação central na teoria da AD, que é a noção de assujeitamento ideológico<sup>76</sup>. Segundo o autor, a categoria de sujeito é uma evidência primeira, onde o sujeito, na sua existência como origem de si, somente é sujeito pelo fato de que sofre um processo de identificação-interpelação:

“ Na verdade o que a tese a ‘Ideologia interpela os indivíduos em sujeitos’ designa é exatamente que o ‘não-sujeito’ é interpelado-constituído em sujeito pela Ideologia” ( PÊCHEUX, 1997 p. 155).

---

<sup>76</sup> Fundamentando-se em sua releitura da obra *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado*, de Althusser (1974), Pêcheux (1975/1997) parte da tese segundo a qual a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos. Essa interpelação ideológica consiste em fazer com que cada indivíduo (sem que ele tenha consciência disso, mas, ao contrário, tenha a impressão de que é senhor da própria vontade) seja levado a ocupar seu lugar em um dos grupos ou classes de uma determinada formação social.

Para o autor, a idéia de EU é um efeito imaginário do sujeito que não está consciente da sua condição de subordinação, de seu assujeitamento ao Outro<sup>77</sup>, pois esta subordinação-assujeitamento se realiza no sujeito sob a forma da autonomia, ou seja, através de uma ilusória e fascinante liberdade. O sujeito, portanto, irá se constituir pelo esquecimento daquilo que o determina, sendo assim sempre um “já-sujeito”.

O que move nossos empreendimentos nesta análise do discurso fonoaudiológico é justamente poder deslocar seus efeitos de evidência, de produto acabado, de homogeneidade, de neutralidade, de realidade, que o sustenta, pois são estas ilusões que embasam o discurso enquanto tal. Entretanto, deslocar tais evidências é também, de certa forma, tirar a própria máscara. Reconheço que assim como qualquer falante e, sobretudo, como fonoaudióloga, estou à mercê dos efeitos de sentidos que constituem o discurso fonoaudiológico; no entanto, é preciso marcar que, como analista de discurso, disponho de ferramentas que a teoria me oferece, que me dão o recuo necessário para efetivar estes deslocamentos.

Na execução dos procedimentos de análise, teremos como norte o entendimento do funcionamento discursivo do discurso da fonoaudiologia, enquanto uma unidade de sentido. Unidade que, como veremos, não significa homogeneidade. Buscamos, através do dispositivo de análise, chegar ao modo de funcionamento do discurso fonoaudiológico, compreendendo como este, enquanto objeto simbólico, produz sentidos. Ao propormos analisar a presença do discurso médico e do discurso pedagógico no discurso fonoaudiológico, estamos, de antemão, partindo de uma hipótese: estes discursos ressoam no discurso fonoaudiológico, podendo ser identificados no funcionamento discursivo do mesmo. Como vimos, são discursos que fizeram parte da constituição do discurso da fonoaudiologia, sendo fundadores e

---

<sup>77</sup> Outro com maiúsculo é uma formulação Lacaniana que aponta para a condição humana de alteridade.



marcantes em todo seu processo de historicização. Quando dizemos fundadores, remetemo-nos ao fato de que foi a partir destes discursos e, principalmente, com a aproximação de ambos que se constituiu uma demanda terapêutica para os ditos “vícios e defeitos da fala”<sup>78</sup>. Destacamos que tomar o discurso pedagógico e o discurso médico como os que “originaram” o discurso fonoaudiológico é uma forma de *ficção*, pois atribuir a algo ser a “origem de” é uma função imaginária da historicidade (Orlandi 1996 a), um ato de interpretação. Ressaltamos, também, que não estamos propondo que o discurso da fonoaudiologia seja composto apenas pela relação com estes dois discursos que elegemos para efetuar as análises. Pelo contrário, sabemos e consideramos isto em diferentes momentos do trabalho, que este é um discurso fortemente heterogêneo, marcado por diversas relações discursivas, estabelecendo diálogos e muitas vezes “aderências”<sup>79</sup> com vários outros campos de conhecimento, como a lingüística, a psicologia, a psicanálise, etc.

Entretanto, conceber que o discurso pedagógico e o discurso médico foram fundadores na constituição do discurso fonoaudiológico não é suficiente para entendermos como hoje estes discursos produzem sentidos no discurso da fonoaudiologia. Procuramos evidenciar, ao longo de todo primeiro capítulo, a rede de significações históricas que se formou desde as primeiras práticas pedagógicas no Brasil, suas relações com a medicina e o “nascimento” da fonoaudiologia. Esta rede de significações históricas foi tecendo uma rede de sentidos; é isto que possibilita a construção da materialidade histórica da linguagem.

---

<sup>78</sup> Tratamos sobre este tema no primeiro capítulo, seção: 1.3 denominada: O Discurso Fundador da Fonoaudiologia.

<sup>79</sup> Lembramos que este termo foi cunhado por Surreaux (2000) quando trata da composição heterogênea do discurso fonoaudiológico e já contemplada neste trabalho, no capítulo 2, nota 49.

## 3.2 Efetuando as Análises

Iniciaremos nossas análises, explicitando a composição dos dois recortes discursivos sobre os quais incidirão nossas análises. O primeiro reúne seqüências discursivas de referência que tratam da *avaliação fonoaudiológica* e o segundo recorte elencará as seqüências discursivas de referência que tratem da *terapêutica fonoaudiológica*. Na elaboração destes dois grandes recortes discursivos, estamos antecipando que encontraremos diferenças na análise destas duas instâncias que compõem a clínica fonoaudiológica. Os recortes estão, portanto, apontando que a Avaliação Fonoaudiológica e a Terapêutica Fonoaudiológica produzem processos de significação que os diferenciam, de acordo com as relações que estabelecem na rede de filiação dos sentidos historicamente constituídos. A definição dos recortes segue, desta forma, um critério analítico que define a forma de organização do corpus em análise. Os recortes se organizarão nesta ordem:

**Recorte 1** – Avaliação Fonoaudiológica: Anamnese, Avaliação e Diagnóstico fonoaudiológico. (AF)

**Recorte 2** – Terapêutica Fonoaudiológica. (TF)

### 3.2.1 Avaliação Fonoaudiológica: Análises do Recorte Discursivo 1

Tendo como meta investigar a presença do discurso médico e do discurso pedagógico no funcionamento discursivo do discurso da fonoaudiologia, destacamos as seguintes seqüências discursivas de referência, que tratam da *avaliação fonoaudiológica*, seguindo a ordem dos itens: *anamnese, avaliação e diagnóstico*.

Pensamos que seria importante na execução das análises fazer esta “divisão” da Avaliação Fonoaudiológica, que é composta por estes três momentos. A ordem que seguiremos não foi escolhida aleatoriamente; representa o ordenamento dos procedimentos clínicos utilizados na fonoaudiologia. Todo processo de Avaliação, que antecede o processo terapêutico, segue esta lógica; busca-se inicialmente o conhecimento e o entendimento da problemática apresentada pelo paciente; define-se então o diagnóstico para, posteriormente, tratá-lo. Decidimos por separar estas etapas dentro do processo de Avaliação, reunindo seqüências discursivas em blocos que identificarão as respectivas etapas: o primeiro trata mais especificamente da *Anamnese* e o segundo dos procedimentos de *avaliação* e da definição do *diagnóstico*. O bloco discursivo referente a Anamnese foi separado, por sua vez, em dois grupos: o primeiro com seqüências discursivas de referência que contêm a designação *anamnese* e o segundo com seqüências discursivas de referência que apresentam a designação *entrevista inicial*, sendo portanto o mesmo fato que está em análise. Salientamos que o objetivo é verificar possíveis diferentes efeitos de sentidos destas duas formas de designar o primeiro contato do fonoaudiólogo com a família e/ou com o paciente. No segundo bloco discursivo, optamos por agrupar as seqüências discursivas referentes à avaliação e ao diagnóstico, tendo em vista que, na análise das mesmas, verificamos que estas duas instâncias estão muito próximas, muitas vezes se apresentando como interdependentes e, portanto, as manteremos no mesmo bloco discursivo.

Sendo assim, a organização dos blocos, neste primeiro recorte, tem a seguinte disposição:

**Bloco 1** – Anamnese ( grupo 1 e grupo 2)

**Bloco 2** – Avaliação e Diagnóstico

Cabe reafirmar aqui que a delimitação dos recortes foi estabelecida de acordo com os objetivos da análise. Acreditamos que é nesta instância clínica da Avaliação, que se inicia com a anamnese e vai até a definição do diagnóstico do paciente, que encontraremos mais fortemente a presença do discurso médico. Ratificamos também que, na organização dos blocos discursivos, seguimos um ordenamento que condiz com a realidade clínica presente na fonoaudiologia. Não coincidentemente, como veremos, o mesmo ordenamento é seguido pela clínica médica.

### **Bloco 1 – Anamnese**

Os blocos serão identificados por um nome que sinaliza o fato em análise, neste caso a **Anamnese**, dentro do recorte **Avaliação Fonoaudiológica**. Conforme antecipamos, haverá dois grupos dentro deste bloco discursivo; o grupo 1, que enfoca a designação *anamnese* e o grupo 2, que enfoca a designação *entrevista inicial*. As seqüências discursivas de referência que comporão este bloco serão identificadas pela sigla **AF**, que sinaliza o recorte e pela sigla **An**, que indica o bloco discursivo. Cada seqüência será também identificada por um número seguindo sua ordem de apresentação ao longo de toda análise.

A seguir, as seqüências discursivas de referência do **bloco 1 – Anamnese**:

#### **GRUPO 1 - *anamnese***

**AF – An- sd1** - “A realização de *anamnese* detalhada é de extrema importância. Deve-se *investigar todos os sistemas do corpo humano e não somente* aqueles diretamente relacionados à laringe” (Pinho, Silvia 1992).

**AF – An- sd2**- “Os dados obtidos na *anamnese* serão de utilidade tanto na avaliação da criança como no processo terapêutico. Para *facilitar esta entrevista*, aconselha-se ao terapeuta que elabore um *questionário*” (Gomes, Proença e Limongi, 1991).

AF- An- sd3- “ Os dados gerais de *anamnese* foram *obtidos no arquivo médico* e foi realizada uma *avaliação fonoaudiológica padronizada*, tanto nos pacientes com comprometimento da *musculatura de inervação bulbar*, como nos que ainda não apresentavam esta queixa (Dores, Chiappetta, et. Alii. 1994).

AF – An- sd4- “É importante buscar *os dados médicos* que usualmente são coletados na *anamnese tradicional*, mas que devem ser entendidos como parte da vida e *não como informações isoladas e estanques*, que teriam apenas a possibilidade de oferecer uma *hipótese etiológica organicista* (Gomes, I. 1994).

## **GRUPO 2 – entrevista inicial**

AF- An- sd5- “Os procedimentos recomendados para esta avaliação consistem numa *entrevista inicial* com os pais para *coleta de dados* e num *exame* do paciente. A partir das informações obtidas, um *programa de orientação aos pais* deverá ser elaborado (Gomes, Proença e Limongi, 1991).

AF- An- sd6- “ A *entrevista inicial* é um momento da maior importância. É nele que vamos *começar a construir uma relação favorável, ou não, com o paciente e seus pais* e também *conhecer alguns aspectos do problema* em razão do qual fomos procurados (Marchesan, 1993).

Podemos verificar, nas seqüências discursivas acima, diferentes pistas lingüístico/discursivas que nos levam a tecer algumas relações significativas entre o discurso fonoaudiológico e o discurso da medicina. Começemos pelo **grupo 1**, com a seqüência **An-sd1** que se refere à importância da *Anamnese*; o primeiro contato do terapeuta com a família ou com o próprio paciente<sup>1</sup>. A *Anamnese* é o termo *técnico* que designa este contato inaugural do tratamento, passando a ser chamada também de Entrevista Inicial. Nesta seqüência (**sd1**), temos que a *Anamnese* deve ser *detalhada*, ou seja, deverá colher o maior número de informações possíveis e não deve restringir-se à *laringe*, mas *investigar todos os sistemas do corpo humano*. Este termo, oriundo do

discurso médico, não foi apenas apropriado a partir dele, mas ele cumpre, na fonoaudiologia, as mesmas funções que tem no seu discurso de “origem”. O objetivo da clínica médica é levantar *todas* as informações relevantes a cerca do desenvolvimento da doença. Estes dados são obtidos através de um conjunto de perguntas elaboradas pelo médico, na sua maioria tendo como objetivo conhecer a história pregressa do paciente, para conhecer sua enfermidade. Não sendo quaisquer as perguntas, elas possuem uma determinada lógica e portanto buscam determinadas respostas. Observamos, em **An-sd2**, a sugestão para que o fonoaudiólogo elabore um *questionário*, que tenha um instrumento visando *facilitar a entrevista*, o que, no nosso entendimento, é um instrumento que permite um certo controle da situação discursiva. Na fonoaudiologia, o terapeuta formula uma série de questões que se referem ao desenvolvimento da linguagem, como *com que idade a criança disse as primeiras palavras, com que idade começou a formar frases*, questões ligadas à *evolução do processo de alimentação*; também perguntas para saber *como é o comportamento da criança, afetividade, relações familiares*, etc. Quando o paciente é adulto, as questões são mais específicas em relação à queixa e suas possíveis causas. Algumas, inclusive, questionam pontos bem específicos da medicina, como *cirurgias já realizadas, uso de medicamentos*, etc.

Na seqüência discursiva **An-sd3**, observamos a relevância que possuem os dados do *arquivo médico*, pois afirma que os *dados da anamnese* foram obtidos no *arquivo médico*, não havendo, portanto, uma entrevista específica com o fonoaudiólogo. Deste modo, os dados que interessam ao terapeuta são aqueles já sabidos por intermédio do médico. Como na medicina, o importante é o conhecimento da doença, esta também passa a ser, neste caso, o foco de interesse do fonoaudiólogo. Pensamos que existe um sentido latente nesta seqüência que é o de desconsiderar a importância de certos “dados” de interesse específicos à clínica fonoaudiológica. Entendemos que um atendimento

fonoaudiológico, que se estrutura somente nas informações requisitadas pelo médico, evidencia uma sobreposição do saber deste ao saber do fonoaudiólogo. Isto nos remete a um momento inicial das práticas fonoaudiológicas, quando estas estavam totalmente submetidas ao saber médico, sendo o fonoaudiólogo um aplicador de técnicas por ele determinadas. Parece-nos que ressurge, nesta seqüência, marcas de uma relação de subordinação da fonoaudiologia ao saber médico, o que para nós são efeitos da ordem da memória discursiva. O fazer do fonoaudiólogo atrelado ao fazer médico é algo considerado muito distante da realidade de hoje na clínica em fonoaudiologia. Mas as marcas discursivas apontam para uma “aproximação” com este passado. Conforme desenvolvemos, quando mobilizamos em outros momentos do trabalho a noção de memória discursiva, os sentidos não se apagam porque vivem enquanto *enunciados*<sup>80</sup>, no espaço interdiscursivo. Deste modo, a sobreposição do saber médico ao saber do fonoaudiólogo irrompe no discurso fonoaudiológico enquanto marcas de um sentido que na materialidade discursiva está próximo.

Estamos verificando que, tanto na medicina como na clínica em fonoaudiologia, os efeitos da anamnese parecem estar relacionados apenas a uma coleta de informações preestabelecidas. O médico apreende o que deseja e, com estas informações, passará a fazer sua investigação diagnóstica, estacionando aí a função da entrevista. A Anamnese na fonoaudiologia vem com a mesma função; servir apenas ao clínico, sendo uma escuta que possui “mão única”, isto é, não há movimento, circulação de saberes. A família e/ou o paciente ocupam o papel de informantes, transmitem as informações que o fonoaudiólogo precisa saber para ir fechando suas hipóteses centradas na organicidade. Além disto, o dizer do paciente ou de sua família perdem a essência da singularidade no momento em que o que interessa é o preenchimento de espaços discursivos definidos

---

<sup>80</sup> Para AD, o **enunciado** não é o dito aqui e agora, ele está na ordem da verticalidade, pois existe somente no Interdiscurso. O enunciado discursivo é na verdade uma virtualidade no sentido de que no discurso

pelo clínico, antecipados e programados. Ferreira<sup>81</sup> (1992) afirma que o fonoaudiólogo, ao fazer perguntas fechadas, com respostas de antemão previstas, está centrando-se mais na história do distúrbio do que na história do sujeito. Isso está posto em **An-sd1**, quando fica a sugestão de que o terapeuta deve *investigar*, não somente os sistemas relacionados à *laringe*, mas *todos os sistemas* do corpo. Sabemos que esta é uma seqüência discursiva que pertence a estudos específicos da voz, mas entendemos que uma entrevista não pode resumir-se à coleta de dados que dizem respeito a um determinado órgão, neste caso a *laringe*. Saber informações referentes ao *corpo* é relevante nos casos de problemas vocais, mas será somente sobre questões referentes ao corpo que deverá saber um fonoaudiólogo? *Rouquidão, voz enfraquecida, frequência alterada* são sintomas da ordem do orgânico, porém podem também ser sintomas de uma outra ordem. Estamos nos referindo à concepção de sintoma para a psicanálise, que não pretendemos aprofundar, mas evidenciar as diferenças conceituais que tem em relação ao sintoma na medicina. Esta é uma diferenciação fundamental que perpassa uma outra possibilidade de leitura dos sintomas dos quais se ocupa a clínica fonoaudiológica. Na teoria psicanalítica, o sintoma possui um outro estatuto, não mais de representante da doença. Freud nos oferece a seguinte definição:

“... o sintoma é um indício e um substituto de uma satisfação pulsional não consolidada; um resultado do processo de recalçamento. (FREUD, 1969 p. 05).

Segundo Garcia-Roza (1996), baseado nos estudos freudianos, um material psíquico recalçado faz seu “retorno” sob a forma de sintomas, assim como ocorre nos sonhos, atos falhos, etc. Não temos como saber *a priori* qual o estatuto do sintoma para

---

está ou estão as formulações do enunciado discursivo.

<sup>81</sup> Leslie Picolotto Ferreira é fonoaudióloga clínica. No trabalho que destacamos, faz uma análise crítica das avaliações de voz e utiliza, em vários pontos desse estudo, pressupostos de Orlandi.



cada paciente que chega para tratamento. Será a partir da escuta no trabalho clínico que se poderá saber, ou não, que sentidos possuem determinados sintomas na história de cada sujeito.

Na seqüência discursiva de referência **An-sd4**, ainda do **grupo 1**, a mesma refere que é importante se *buscar os dados médicos* como se costuma coletar na *anamnese tradicional*. O termo *anamnese* está amarrado ao termo *tradicional*, marcando que há uma relação entre eles, a saber, a coleta dos dados médicos é constituinte da anamnese tradicional. A seqüência segue afirmando: *mas* estes *dados médicos* devem ser entendidos como parte da vida, *não como informações isoladas*, oferecendo uma *hipótese etiológica organicista*. Percebemos, analisando **An-sd4**, que ocorre um deslizamento de sentido em relação às seqüências discursivas anteriores deste grupo. Entendemos que a designação *anamnese tradicional* é uma pista lingüística que sinaliza o termo *anamnese* sob uma perspectiva dita tradicional na fonoaudiologia. Há uma tomada de posição que considera a anamnese que visa somente a coleta de dados médicos, como algo da ordem do tradicional, que não é a posição do enunciador. Isto torna-se mais evidente quando é utilizado *mas*, que opera como marca lingüística de um conflito entre dois enunciados. Estamos diante de duas posições-sujeito conflitantes. Uma que defende a anamnese como um conjunto de informações do campo médico, buscando, neste primeiro contato com a família ou com o paciente, coletar dados referentes a questões orgânicas. Outra que se posiciona contrária a esta forma de entender este contato inicial e propõe que se vá além desta coleta de dados médicos. Nesta perspectiva, estes dados são considerados *importantes*, porém, correm o risco, se não forem considerados *como uma parte da vida*, de possibilitarem apenas uma *hipótese etiológica organicista*. Há uma diferença na dimensão que estes dados tomam para

cada posição-sujeito, o que equivale a dizer que a diferença está na forma como cada posição-sujeito se relaciona com o discurso da medicina.

Analisando a primeira seqüência do **grupo 2** do bloco discursivo 1, **An-sd5**, encontramos a designação *entrevista inicial* ao invés de anamnese. Esta é uma designação que não existia no discurso fonoaudiológico inicialmente; há alguns anos é que passou a ser utilizada na fonoaudiologia. A seqüência referida afirma que os *procedimentos de avaliação* consistem numa *entrevista inicial com o pais para coleta de dados*, ou seja, define bem qual é a função desta entrevista: coletar dados. A designação *dados* esteve presente em quase todas as seqüências que utilizavam a designação *anamnese*, aparecendo como *dados no arquivo médico* e *dados médicos*. Deste modo podemos dizer que existe uma relação de proximidade entre coleta de dados, anamnese e dados médicos. Esta proximidade com o discurso médico pode ser também observada na seqüência **An-sd5**, quando a mesma indica que nos *procedimentos da avaliação*, além da *entrevista com os pais para coletar dados*, se faça um *exame* do paciente. Este termo, também legítimo na clínica médica, reforça as marcas do discurso médico nesta seqüência discursiva de referência. Vemos, a partir da análise, que **An-sd5** mantém o mesmo sentido que verificamos nas análises das três primeiras seqüências do grupo 1: buscar a história do distúrbio e não a do sujeito.

Na análise da seqüência **An-sd6**, também encontramos a designação *entrevista inicial*. No entanto, acreditamos que a mesma possui um sentido diferente da seqüência anterior, pois nesta a importância deste momento está na construção de uma relação com o paciente e seus pais. Ao afirmar que a entrevista tem a função de *começar a construir uma relação, favorável ou não, com o paciente e seus pais*, entendemos que desloca-se o foco do conhecimento da doença. Há uma abertura para que se constitua uma relação, ou seja, o lugar da família e do paciente não é o de meros informantes.

Esta relação, poderá ser favorável ou não, isto será constituído a partir da própria entrevista, o que dá um caráter mais singular a este procedimento. A seqüência refere ainda que também na entrevista se dá o conhecimento de *alguns aspectos do problema* pelo qual o fonoaudiólogo foi procurado. Chama-nos a atenção o fato de se considerar que *alguns aspectos* serão conhecidos e não todos, havendo um espaço para um não-saber. Da mesma forma, não está determinado que serão conhecidos aspectos da ordem do orgânico, mas do problema que leva à procura de um fonoaudiólogo, ou seja, considera-se a *queixa* do paciente, seu dizer sobre aquilo que sofre.

Poderíamos pensar que o uso da designação *anamnese* estaria vinculada a uma fonoaudiologia mais “tradicional”<sup>82</sup>; que atualmente o termo *entrevista inicial* teria substituído esta primeira designação e que isto seria uma evidência de uma nova concepção sobre este contato inaugural de um tratamento. No entanto, vimos no material analisado que o termo *anamnese* é ainda bastante utilizado e que seu uso está atrelado a uma visão de clínica ainda muito presente na fonoaudiologia. Atualmente, a *anamnese* também é chamada de *entrevista inicial*. Será que por deixar de ter um nome dito “tradicional” e oriundo da medicina, ela deixa de ter o mesmo sentido que possui no discurso médico? Vimos no **grupo 1** que a designação *anamnese* aponta sempre para o discurso médico. No **grupo 2**, a designação *entrevista inicial* também aponta em **An-sd5** para o discurso médico, contrariando a hipótese de que por não ser um termo oriundo deste, teria um outro efeito de sentido. Mas há também *entrevista inicial* marcando uma outra concepção. Na seqüência discursiva **An-sd6** a designação *entrevista inicial* possui um efeito de sentido que rompe com a lógica médica, marcando uma outra posição-sujeito.

---

<sup>82</sup> Salientamos que, ao utilizar o termo tradicional corremos o risco de reproduzirmos um pensamento maniqueísta de que existe o bem e o mal, o velho e o novo, como se fosse possível estabelecer categoricamente estes limites. Para marcar este cuidado, colocamos o termo entre aspas.

Estamos, pois, frente a posições-sujeito que fazem fronteira entre si, que mostram a ocorrência de diferentes discursos em confronto, o que sugere um processo discursivo heterogêneo. As designações na verdade não garantem a diferença, pois *anamnese* e *entrevista inicial* podem ter o mesmo efeito de sentido. Mesmo diferentes designações podem mostrar a superposição do discurso médico ao discurso fonoaudiológico. Observamos também, que há uma outra posição-sujeito que reconhece o vínculo da anamnese na fonoaudiologia com o discurso médico, mas que pode utilizar, tanto *anamnese tradicional* para diferenciar-se desta, como *entrevista inicial*. A teoria da AD nos faz pensar sobre estas formas de fronteiras, o novo pode apenas ter “roupa” de novo e ser, na verdade, um velho sentido. Vale lembrar as palavras de Pêcheux (1975/1997):

“...é necessário também admitir que palavras, expressões e proposições literalmente diferentes podem, no interior de uma formação discursiva dada, “ter o mesmo sentido”...” (PECHÊUX, 1997 b p.161).

Podemos inferir, partindo do que postula o autor, que *anamnese* e *entrevista inicial* apontam para o mesmo sentido; ambas estão marcadas pelo vínculo com a medicina. O sentido, portanto, não está na *literalidade do significante*, pois a forma material é opaca, sujeita aos mal-entendidos, aos deslizamentos, ao não-sentido.

Arantes faz uma discussão bastante interessante sobre o tema da entrevista inicial; ela chama este contato primeiro de a “porta de entrada da clínica” (ARANTES, 2001 p. 80), entendendo que este é um ato onde o clinicar está em causa e que este ato produz efeitos no tratamento. A entrevista inicial não seria apenas uma etapa importante para a avaliação e definição do diagnóstico, ela significa um espaço de acolhimento do

paciente, definitivo no estabelecimento da relação transferencial<sup>83</sup> que sustentará todo processo terapêutico.

Entendemos que saber alguns dados objetivos da história da criança ou do adulto são importantes numa avaliação, são elementos que comporão a possibilidade de entendimento do caso em questão. O que estamos propondo refletir é sobre a dimensão que estes dados terão para o terapeuta. Se o centro de interesse da anamnese for coletar todos os dados objetivos da doença, buscando no dizer do paciente vestígios da doença, deixa-se de ter uma outra possibilidade de *escuta* do que é dito nas entrevistas. Estes dizeres, pelo princípio mesmo da forma como se estrutura a entrevista, já passam por uma forma de higienização; as questões propostas pelo terapeuta nas anamneses circunscrevem sentidos previamente determinados.

A respeito disto, Clavreul (1983) afirma que a medicina constitui seu objeto, a doença, como o sujeito de seu discurso, apagando a posição do enunciador do discurso. Apaga-se a posição do próprio doente no enunciado do sofrimento, não é ele quem fala mas a doença, e apaga-se a posição também do próprio médico, pois toda a enunciação do discurso médico é colocada como se não fosse ele, o sujeito médico, quem falasse, mas a instituição medicina. O sofrimento no discurso médico tem o nome *dor, febre*, etc. Para o médico este sofrimento existe apenas como *sintoma*, ou seja, na medida em que é formulável nos significantes constituintes de alguma síndrome que caiba na nosologia do discurso médico. A fonoaudiologia cai nesta mesma armadilha pois, se é preocupado com a doença que o fonoaudiólogo questiona, será deste mesmo lugar que os pais ou o próprio paciente responderá. A posição do enunciador paciente está subjugada ao enunciado do “problema” na linguagem. O fonoaudiólogo corre o risco de

---

<sup>83</sup> Sobre esta questão da relação transferencial, ver capítulo II, nota número 67.

escutar, no lugar do sofrimento, somente a *falta*, o *atraso*, o *déficit*, o *erro*, etc., ensurdecendo-se àquilo que leva um sujeito à busca de um tratamento: o seu sofrer.

Sobre este fato - de que lugar se pergunta e de que lugar se responde - é importante aqui recuperarmos um conceito desenvolvido por Pêcheux (AAD- 1969) a respeito das condições de produção do discurso. Ele postula que os interlocutores atribuem, cada um, a si e ao outro, lugares que representam a imagem que fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro. Para o autor, todo processo discursivo supõe a existência dessas *formações imaginárias*. Neste sentido, na situação de uma anamnese, a imagem que o fonoaudiólogo faz de si é aquela de quem tem o saber sobre o que o paciente padece, e a imagem que faz do paciente é a daquele que tem algo a ser normalizado, sendo sobre este algo que questionará. Já há, por antecipação uma certa definição de como será o jogo discursivo; um pergunta e o outro responde, não se configurando um espaço de trocas. No caso do paciente, a imagem que faz de si é a daquele que nada sabe sobre seu problema, mas será deste problema que terá que falar a alguém que tudo deverá saber. Não é do sofrimento que falará, mas da entidade “doença”, porque é ela que o terapeuta quer conhecer. Neste jogo de formações imaginárias, temos, como produto final, um espaço de interlocução onde os dizeres estão previstos, não havendo lugar para a interpretação. Sobre esta “redoma discursiva” na qual está posta a situação de anamnese, Sobrino<sup>84</sup> (1996) faz uma análise, sob a perspectiva discursiva, de uma entrevista inicial em fonoaudiologia. Neste trabalho, a autora postula que o dizer, nesta situação, torna-se transparente, ou melhor, tem um efeito de transparência, pois dizer o fato significa o próprio fato e ao clínico resta apenas constatar a história. Desta forma, segundo Sobrino ( op. cit.), temos uma *interdição à interpretação*.

---

<sup>84</sup> Andrea Sobrino é fonoaudióloga clínica, inscreve seu trabalho na perspectiva discursiva.

Esta interdição, no nosso entendimento, se dá por duas vias. O dizer do paciente é limitado pelo terapeuta; as possibilidades deste dizer são fechadas pela própria anamnese, que vai conduzindo os sentidos até chegar, ou não, a uma hipótese sobre as dificuldades que o paciente apresenta e que se confirmará, ou não, na seqüência do processo de avaliação. Entendemos, porém, que há uma interdição à interpretação não somente em relação ao *dizer* dos pais ou do paciente, mas, sobretudo, no que se refere à *escuta* do clínico. Todos, família ou paciente e terapeuta, estão colocados em um jogo discursivo que permite certos sentidos e não permite outros. A escuta do terapeuta busca algo no dizer paciente, ela está circunscrita a validar o que é possível relacionar-se com o “ problema” do paciente, ou melhor, com sua doença e seus sintomas. O terapeuta elege o que lhe serve. Arantes afirma que o fonoaudiólogo, de certa forma, considera na fala dos pais ou do paciente:

“ o que é previsível e/ou desejável: dados sobre o desenvolvimento orgânico da criança que pudessem justificar o estado patológico” (ARANTES, 1997 p. 29).

Quando referimo-nos à doença, ao patológico, estamos marcando que o fonoaudiólogo vê no sintoma do paciente uma doença, tal como o médico faz, ou seja, há uma concepção biologicista, uma lógica médica mesmo quando não se configura uma doença, como na medicina. A fonoaudiologia acaba por sobrepor doença e sintoma, ela toma o sintoma como doença. Estamos falando, portanto, de uma concepção médica que subjaz aos procedimentos fonoaudiológicos, como a anamnese.

Acreditamos que a clínica em fonoaudiologia perde, ao tomar a entrevista inicial do ponto de vista médico, uma grande oportunidade de transformar este espaço onde se configura a “porta de entrada” da clínica, em um espaço onde poderá formar vínculos fundamentais para a relação clínica que se inicia. Muito mais do que uma

etapa necessária ou do que um momento de coleta de informações, a entrevista inicial ou anamnese deve ser um espaço de escuta do clínico, de escuta de um sofrer, não como signo da doença, mas fundamentalmente como o sofrer de um sujeito; ao escutar só a doença, o fonoaudiólogo torna-se surdo ao sujeito.

## **Bloco 2 – Avaliação e Diagnóstico**

Este bloco discursivo reúne seqüências discursivas que tratam da Avaliação Fonoaudiológica e do Diagnóstico Fonoaudiológico. A primeira sigla AF, assim como no bloco anterior, anuncia o recorte em questão: Avaliação Fonoaudiológica. A segunda referência representa o bloco discursivo *avaliação e diagnóstico (Ad)* e, a seguir, temos a numeração indicando a ordem de apresentação das seqüências discursivas de referência. Segue a apresentação do bloco discursivo - Avaliação e Diagnóstico.

**AF –Ad- sd7** - “O primeiro item a ser abordado na avaliação fonoaudiológica é a *hipótese diagnóstica* que envolve a *classificação* do tipo da fissura e ainda *um exame físico geral* para verificar se há outras *alterações associadas*”( Altman, 1997).

**AF – Ad- sd8** - “O fonoaudiólogo deve *sempre examinar aqueles aspectos anatomofisiológicos* que estão relacionados com o *déficit articulatório* em questão, seja para descartar qualquer *relação de causa-efeito* entre ambos, ou para solicitar uma *consulta interdisciplinar* com outros profissionais relacionados com a *alteração orgânica* ( otorrinolaringologia, neuro, etc) ( Aguado, 1992 ).

**AF –Ad- sd9** - “Hoje a terapia fonoaudiológica é baseada no *diagnóstico clínico e instrumental*. A *avaliação objetiva* do Esfíncter Velo Faríngeo ( EVF) fornece ao fonoaudiólogo dados reais, permitindo que estabeleça um *planejamento lógico de tratamento*, com conhecimento do *prognóstico* e limitações de cada caso, *atuando diretamente nas causas das alterações*” ( Altman, 1997).



**AF –Ad- sd10** - “O fonoaudiólogo deve *verificar se as estruturas orgânicas* relacionadas com a fala são eficientes. Deve ter em conta a forma, tamanho e inter-relação entre tais estruturas (*fatores anatômicos*), assim como seu funcionamento durante a articulação verbal (*fatores fisiológicos*)” (Sanchez, 1992).

**AF- Ad- sd11** - “Na avaliação levanta-se uma *hipótese científica*, uma teoria do caso e o teste aplicado vai apenas confirmar a hipótese e especificar as *falhas no processo da comunicação patológica*” (Issler, 1996).

Na análise deste bloco, destacamos primeiramente que todas as seqüências discursivas de referência nele inscritas evidenciam a relação causal entre avaliar e definir a hipótese diagnóstica. O ato de avaliar é o momento que antecede e que leva ao diagnóstico do paciente. Na maioria das seqüências, evidenciamos que a avaliação objetiva investigar *as alterações orgânicas*, seja no *exame dos aspectos anatômicos, fisiológicos* ou no verificar as *alterações associadas*. A avaliação fonoaudiológica, nesta perspectiva, tem como meta detectar o que não está funcionando, o que resume o processo de diagnóstico na definição de um nome para o *déficit* ou para as *falhas* verificadas na avaliação do paciente.

O que estamos explicitando, é algo que já abordamos anteriormente, quando analisamos a pesquisa que elegemos como o discurso fundador da fonoaudiologia, “Vícios e Defeitos da Fala de Crianças nos Parques Infantis” (1937). Naquela seção, vimos o fenômeno que chamamos de *patologização da linguagem*, fenômeno que, como estamos podendo ver, retorna do interdiscurso, permanecendo até hoje no discurso fonoaudiológico. Os vícios e defeitos da fala passaram a ser denominados pelo discurso médico e enquadrados no campo do patológico. Como vimos no segundo capítulo, a fonoaudiologia como *clínica* surge a partir desta *patologização*. Este processo segue tendo seus efeitos no discurso fonoaudiológico atual, permanecendo no espaço interdiscursivo, no chamado “domínio de memória” (Foucault, 2000). Segundo Courtine

(1999), este espaço constitui a exterioridade do enunciável, um espaço vertical, estratificado e desnivelado dos discursos.

Outro fator significativo que encontramos nas seqüências selecionadas e que marca um modo de funcionamento do discurso fonoaudiológico é o objetivo comum de se chegar, através do processo de avaliação, às causas do “problema”. Em **Ad-sd7** e **Ad-sd8**, este sentido está bem explícito; **Ad-sd7** indica que é necessário descartar qualquer relação de *causa-efeito* entre os aspectos *anatomofisiológicos* e o *déficit articulatório*. Em **Ad-sd8**, vê-se que a avaliação permitirá o conhecimento para se *atuar diretamente nas causas das alterações*. Também podemos observar estas marcas do discurso médico na seqüência **Ad-sd9**, que refere a necessidade de se investigar se as *estruturas orgânicas relacionadas à fala* são *eficientes*, assim como em **Ad-sd10**, onde lemos que a avaliação deve especificar as *falhas* no processo da *comunicação patológica*. Podemos inferir que, ao investigar a *eficiência* das estruturas especificando-se as *falhas* na *comunicação patológica*, está-se também visando à etiologia das alterações fonoaudiológicas. Acreditamos que esta é uma herança forte do modelo da clínica médica; o diagnóstico é algo definitivo que se formula após se obter todos os dados clínicos.

Como vimos em Foucault (1963/1998), no processo de constituição da clínica médica, chega-se ao *olhar que interroga o sintoma*, estabelecendo-se, a partir desta mudança, um quadro classificatório dos males que atingem o homem. A investigação da causa da doença era, e ainda é, na medicina, um dos pontos principais da articulação do saber sobre a doença. No entanto, na clínica fonoaudiológica, não se está lidando com o orgânico, sendo esta objetividade algo ilusório. Na fonoaudiologia, é do sintoma que se ocupa o terapeuta e não da doença. Muitos casos possuem uma relação direta entre a lesão orgânica e os sintomas na linguagem, como nas *Afásias*, *Disfásias*, nas *lesões de*

*pregas vocais*, etc. Entretanto, existem situações clínicas, o que representa a maioria dos casos, em que não é possível se estabelecer esta relação, como nos casos de *retardo de desenvolvimento da linguagem*, na *gagueira*, nas *alterações vocais sem componente orgânico*, etc.

Acreditamos também que, mesmo nos pacientes em que é identificado o componente orgânico como desencadeador de determinados sintomas, não será do mesmo lugar da medicina que se tratará o sintoma na fonoaudiologia. O que distingue a clínica médica da clínica fonoaudiológica, neste sentido, é o entendimento de que é do *sujeito* que se está tratando e não da entidade *doença*. Esta distinção é para nós fundamental porque determina que tipo de clínica estará se concretizando. Uma clínica voltada ao sujeito e a tudo que isto representa é praticamente oposta ( se é que é possível se fazer este tipo de oposição) a uma clínica norteada pelo patológico<sup>85</sup>. A direção da cura seguirá caminhos muito distintos.

A questão da objetividade e da cientificidade também é um ponto que podemos observar como almejado no discurso fonoaudiológico. É possível verificarmos isto na seqüência discursiva **Ad-sd8**, em dois momentos: quando é reivindicada uma *avaliação objetiva*, que forneça *dados reais* e quando diz que a avaliação permite um *planejamento lógico* de tratamento. Em **Ad-sd9**, vemos que a avaliação deve levantar uma *hipótese científica*, uma *teoria sobre o caso*. Nessas duas seqüências, entendemos que há marcas da busca da garantia de se ter uma disciplina que tem seus métodos de avaliação pautados no científico, no lógico, na objetividade. O processo que leva o fonoaudiólogo a um diagnóstico do caso necessita ter um valor de verdade que somente é possível através destes requisitos. Segundo Clavreul (op. cit.), este é também o imperativo metodológico que sustenta o discurso médico: a objetividade científica.

---

<sup>85</sup> No capítulo final retomaremos esta questão.

Estas são exigências que a medicina enquanto discurso impõe para si mesma e por isso não há limites para elas. No caso da fonoaudiologia, estamos pleiteando que possam haver limites em relação a este imperativo, justamente por acreditarmos que não se trata de uma clínica sustentada pela doença. Ao abarcar o sujeito como eixo de sustentação da clínica, necessariamente haverá limitações à objetividade científica, pois o terapeuta se deparará com outras exigências. O termo *sujeito* nos remete à subjetividade; não é por acaso que este termo é o antônimo de objetividade.

Quando efetivamos a análise do *corpus empírico*, ou seja, na preparação das seqüências discursivas de referência que seriam objeto de análise, verificamos a presença massiva de sugestões de instrumentos de avaliação nas produções em fonoaudiologia. São instrumentos padronizados que visam, conforme o tipo de “problema” a ser avaliado pelo fonoaudiólogo, oferecer um roteiro, um instrumento padrão. Apesar de não termos analisado estes roteiros de avaliação diretamente (por fugir dos nossos objetivos), pensamos ser interessante pontuarmos a existência destas propostas de avaliação fonoaudiológica e o que elas significam. Para nós, este é mais um indicativo da constante necessidade do fonoaudiólogo, além da situação de *anamnese* já discutida no bloco 1, de assegurar seu fazer por meio de instrumentos padronizados, calcados no “tipo de problema” que apresenta o paciente. Vemos, no uso destes instrumentos de avaliação, um certo risco de se ter o *olhar clínico* recortado para aquilo que se quer avaliar, ou seja, ter o olhar e a escuta direcionado ao distúrbio.

Se o instrumento delimita a investigação fonoaudiológica a questões relativas à voz, por exemplo, pode-se deixar de ver outros fatores essenciais, talvez não explicitamente relacionados às alterações vocais, mas que são de suma importância no entendimento mais amplo da problemática deste paciente que chega com queixas de

problemas na voz. Novamente, podemos ter, no uso destes instrumentos, aquilo que já apontamos quando nos referimos à anamnese: uma *interdição à interpretação*.

Entendemos que o olhar e a escuta do clínico precisa ter um recorte, seja na entrevista inicial ou nas sessões de avaliação. Certamente não será qualquer coisa que se investigará ou de que se falará; se há uma busca por um profissional fonoaudiólogo, algo da linguagem estará em questão. É a partir da fala da família e/ou do paciente que se constituirá este recorte; haverá um direcionamento dos sentidos para se formar uma rede de relações que possa articular o dizer do paciente sobre seu sofrimento, sobre sua história de vida; e o entendimento, por parte do terapeuta, das alterações que o paciente apresenta, buscando ver como as alterações da linguagem se relacionam com a subjetividade do paciente, com os aspectos cognitivos, orgânicos, sociais, etc.

O sujeito em tratamento não é apenas um corpo, ou melhor, *uma boca*, que não funciona bem; por isso, é preciso que os instrumentos de avaliação possam investigar para além da patologia que está supostamente em jogo. Estes instrumentos, criados para “ajudar” o fonoaudiólogo a avaliar determinada patologia, tendem a impor a leitura da problemática do caso, justamente o corte da patologia. Será o patológico que norteará a investigação, relegando o sujeito e tudo que o constitui a um plano secundário. Neste sentido, é que reiteramos a idéia de interdição à interpretação do terapeuta, pois seu olhar, sua escuta, tornam-se auxiliares, deixando de ser as ferramentas essenciais de toda e qualquer investigação clínica.

Ressaltamos que muitas mudanças ocorreram desde as primeiras práticas fonoaudiológicas, no que se refere aos procedimentos de avaliação. Pressupostos teóricos e metodológicos de diferentes áreas de conhecimento passaram a ser utilizados, como análise dos diferentes níveis lingüísticos, postulados da teoria Piagetiana, estudos da ortodontia, das diversas correntes da psicologia, da psicanálise, e outros. No entanto,

baseando-nos no *corpus* que analisamos, podemos dizer que o discurso médico é dominante, produzindo efeitos significativos no que tange às propostas de investigação que se centram no referencial organicista. Identificamos esta presença, em seqüências discursivas oriundas de propostas de avaliação bastante heterogêneas, nas diversas áreas da fonoaudiologia.

Há um outro ponto em comum que pudemos verificar nas análises do bloco 1 e do bloco 2. A natureza do léxico empregado é uma pista lingüística fundamental da presença do discurso médico. Começamos pelo próprio termo *Anamnese*<sup>86</sup>, verificado nas seqüências discursivas **An-sd1**, **An-sd2**, **An-sd3**, legitimamente oriundo do discurso médico e que, como vimos nas análises, mantém o sentido deste discurso do qual é originário.

Além deste, vários outros termos nos possibilitam reconhecer o discurso da medicina, como em: *Hipótese diagnóstica*; *Exame*; *Aspectos anatomofisiológicos*; *Consulta*; *Diagnóstico*; *Prognóstico*; *Fatores anatômicos*; *Fatores fisiológicos*. Cabe aqui ressaltar que, em muitos momentos da análise, tínhamos dificuldade em saber até onde certos termos eram do discurso fonoaudiológico e quando pertenciam ao discurso médico. Podemos inferir que tais discursos estão muito imbricados. Na verdade, estes termos que destacamos são utilizados com muita propriedade pelos fonoaudiólogos. Podemos dizer que são termos situados no campo fonoaudiológico, mas que carregam os efeitos de sentido que possuem na medicina. São termos e expressões que foram apropriados e naturalizados pelo discurso fonoaudiológico; entretanto, pensamos ser válido que esta naturalização possa ser questionada. Pleiteamos uma reflexão que permita não somente “aderências” e aproximações de dependência com a medicina, mas

---

<sup>86</sup> Do grego *anámnesis*, que, segundo Dicionário Aurélio (1999), significa “que desperta a memória; na medicina, tem o significado de “informação a acerca do princípio e evolução de uma doença até a primeira observação do médico”.

que o discurso fonoaudiológico possa construir suas próprias designações ou, quando os termos “originários” de outros discursos forem mantidos, possa provocar deslizamentos de sentidos e teorizações em prol de uma clínica específica da fonoaudiologia.

Concordamos com Arantes (2001) quando a autora diz que, mesmo com todas as críticas que a própria fonoaudiologia se tem feito com relação a esta adesão ao modelo de diagnóstico médico, este **não** é um modo de atuação superado. Porém, segundo ela, e compartilhamos desta mesma posição, não se trata mais de um modo hegemônico de intervenção, como ocorria nas primeiras práticas fonoaudiológicas no Brasil. Como vimos no bloco discursivo *Anamnese*, há posições-sujeito que rompem com a lógica médica, atuando no discurso fonoaudiológico, assim como pode haver em relação à avaliação e ao diagnóstico, mesmo que isto não tenha sido verificado em nossas análises. Não queremos aqui fechar esta questão; sabemos que as práticas fonoaudiológicas são muito distintas; entretanto, nossas análises apontam para uma presença forte, ainda hoje, deste modelo da medicina nas diferentes práticas de avaliação clínica em fonoaudiologia.

### **3.2.2 Terapêutica Fonoaudiológica: Análises do Recorte Discursivo 2**

Conforme apontamos quando introduzimos a seção de análises, já na constituição dos recortes discursivos, prevíamos haver diferenças entre as análises da instância clínica Avaliação e da instância clínica Terapêutica. Abordaremos, portanto, neste segundo recorte, a continuidade das intervenções clínicas, após a etapa de avaliação. Retomemos as etapas que seguem um atendimento fonoaudiológico: o paciente passa por um momento inicial de entrevista, a chamada anamnese; depois, é avaliado pelo terapeuta para que se chegue à definição do diagnóstico fonoaudiológico

e, após, inicia-se o processo terapêutico propriamente dito<sup>87</sup>. No nosso entendimento, o processo terapêutico já está se constituindo desde a chegada do paciente ou sua família, na entrevista inicial. Entretanto, tradicionalmente a fonoaudiologia utiliza esta divisão em etapas do procedimento clínico; o processo de terapia somente é considerado a partir da conclusão diagnóstica. Tendo em vista a ampla utilização destas etapas no material analisado, decidimos usá-las como referência para a composição dos recortes. Destacamos, porém, que elegemos a divisão dos recortes de acordo com as etapas do processo clínico fonoaudiológico, sobretudo porque verificamos a presença forte do Discurso Médico na etapa da avaliação, presença esta já não observada nas análises da etapa seguinte, a terapêutica. Nossas análises apontam para a presença do Discurso Pedagógico como principal marca discursiva no funcionamento do discurso fonoaudiológico quando se trata da instância Terapêutica.

Cabe ressaltar que a clínica fonoaudiológica é composta por diferentes áreas, que se constituem em áreas de especializações da clínica, levando em conta determinadas funções, como: voz, audição, linguagem (oral e escrita) e motricidade oral. Inicialmente, na regulamentação da profissão, através da Lei Federal no. 6.965 de 09 de dezembro de 1981, não havia nenhum tipo de especialização, todo fonoaudiólogo era um *generalista*, de acordo com a referida Lei:

“fonoaudiólogo é o profissional com graduação plena em fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões de fala e voz” (In: AMORIN, 1982 p. 2).

A lei define o campo de atuação do fonoaudiólogo, delimitando quais seriam as atribuições do mesmo. Desde este momento da regulamentação até os dias de hoje,

---

<sup>87</sup> É de praxe, após a definição da hipótese diagnóstica, que se dê à família ou ao paciente um retorno a respeito do que foi entendido e diagnosticado na avaliação, bem como que se discuta com estes os



vemos que o campo de atuação da fonoaudiologia expandiu-se significativamente, fazendo com que a terapêutica passasse a ter novas inserções no âmbito da saúde, da prevenção, etc. A partir de 1995, o Conselho Federal de Fonoaudiologia passou a atribuir títulos de especialização<sup>88</sup>, definindo, desta forma, oficialmente, as *especialidades* da fonoaudiologia. Segundo artigo publicado no Jornal do Conselho (CCFa – edição dos meses de março e abril de 2001), esta definição das especialidades fonoaudiológicas ocorreu após uma pesquisa realizada com profissionais de todo país, na qual verificou-se que a grande maioria atuava nestas áreas, elegendo-se as seguintes especialidades: *Audiologia, Voz, Motricidade Oral e Linguagem*.

Nas análises que apresentaremos, não partiremos destas especialidades, mesmo sendo muito comum que as publicações baseiem-se nas mesmas para delimitar o referencial teórico, bem como as propostas de intervenções clínicas. Pensamos que, partindo destas especialidades como referência, estaríamos propondo também subdividir o discurso da fonoaudiologia. A nossa proposta é justamente investigar as propriedades do funcionamento discursivo do discurso fonoaudiológico, enquanto uma unidade de sentidos. Procuramos fazer uma leitura que desse conta do discurso **da** fonoaudiologia, mesmo sabendo que este discurso abrange práticas muito distintas, heterogêneas e com grande extensão em termos de clínica. Nossas análises, principalmente neste recorte Terapêutica Fonoaudiológica, apresentam seqüências discursivas que tratam do processo terapêutico nas diferentes especialidades clínicas.

Alguns fonoaudiólogos poderiam pensar que estamos propondo um estudo que vai na contramão da tendência dos trabalhos de pós-graduação da área, que é produzir cada vez mais estudos centrados nas especializações, com pesquisas que visem recortes bem específicos e bastante aprofundados. Justificamos aqui nossa opção por andar, sim

---

possíveis encaminhamentos para o caso. Este momento é denominado de *devolutiva*.

<sup>88</sup> Segundo as Resoluções CCFa no. 130/95; 131/95; 147/96; 148/96; 267/2001.

na contramão, pois acreditamos que uma disciplina, que está ainda construindo referenciais teóricos-clínicos próprios, necessita fundamentalmente teorizar não somente no aprofundamento de recortes específicos, mas teorizar também na reflexão dos sentidos cristalizados que constituem o seu discurso. Acreditamos que a via possível para a fonoaudiologia definir seus pressupostos teóricos, seus procedimentos clínicos e suas intervenções terapêuticas, é pelo viés da desnaturalização de determinados sentidos, buscando analisar suas condições de produção e chegando ao modo de constituição destes sentidos.

Para melhor organização metodológica, optamos novamente em fazer alguns recortes dentro do recorte maior que é a Terapêutica Fonoaudiológica, delimitando os seguintes blocos discursivos:

- Fonoaudiologia e educação.
- Fonoaudiologia como reeducação.
- A prática fonoaudiológica no processo terapêutico.

### **Bloco discursivo 1: Fonoaudiologia e Educação**

Neste primeiro bloco, procuramos agrupar seqüências discursivas que mostrem como a fonoaudiologia retrata a sua própria prática, procurando ver de que forma o seu discurso define a terapêutica fonoaudiológica. Agrupamos seqüências discursivas que estabelecem a relação *fonoaudiologia e educação*. A sigla **TF** indica o recorte Terapêutica Fonoaudiológica e a sigla **ed** indica o bloco discursivo.

Seguem as seqüências discursivas do bloco fonoaudiologia e educação :

TF- ed- sd12 - “A estratégia que usamos é realmente nosso *plano de aula*. É um roteiro que seguimos à medida que trabalhamos com a criança (Andrews, 1998).

TF- ed - sd13- “Certamente não há nada de misterioso com relação às crianças com distúrbios de voz. Cada uma é diferente, assim como *cada criança a quem ensinamos*”( Andrews, 1998).

TF- ed- sd14 - “Embora o terapeuta possa desejar aplicar um *plano de “ensino”*, especialmente para as crianças já *familiarizadas com a situação escolar* é, contudo, impossível impor novos *padrões de fala* que venham de fora. O terapeuta *pode oferecer alternativas e acentuar, pela ênfase, aquelas áreas onde estão os problemas*” ( Hodson, Desvios Fonológicos em Crianças, 1990).

TF- ed - sd15 - “*Como sempre que se trata de educação*, os casos dificilmente são iguais não podendo, assim, ser superpostos. Portanto os *procedimentos* e os *exercícios* serão *escolhidos* de acordo com as *dificuldades de cada indivíduo*” (Dinville, 1992 ).

Podemos observar, em todas as seqüências desse bloco discursivo, uma relação explícita que estabelece equivalência entre terapêutica e educação. Começamos pela seqüência **ed-sd12**, onde podemos ler que a *estratégia* usada pelo terapeuta, ou seja, o seu *roteiro* de trabalho, constitui-se *realmente* de um *plano de aula*. O planejamento das intervenções clínicas é chamado de *plano de aula*, não fazendo nenhuma diferenciação entre uma estratégia terapêutica e um planejamento a ser aplicado em uma situação de aula. Desta forma, a sessão terapêutica é tomada como uma aula, isto é, um espaço de ensino.

Na seqüências discursiva **ed-sd13**, lemos que as crianças com *distúrbios de voz* não são diferentes das demais porque todas as crianças a *quem ensinamos* são diferentes, ou seja, cada criança terá suas características. O enunciado poderia ser outro, mudando-se somente a última palavra, por exemplo, assim como todas as crianças que tratamos, mas, da forma como está posto, a seqüência refere ao *ensinar* como sendo o fazer do fonoaudiólogo com crianças. O sentido desta seqüência parece-nos ser o de que ensina-se a todas as crianças, não havendo diferenças, nem *nada de*

*misterioso*, com aquelas com problemas vocais. A terapia fonoaudiológica, nesta perspectiva, torna-se um procedimento pedagógico. Na seguinte seqüência discursiva deste bloco, **ed-sd14**, percebemos que há novamente uma referência ao plano de intervenção do fonoaudiólogo como sendo um plano de “ensino”. O termo ensino está colocado entre aspas, o que evidencia uma outra voz falando no texto. Segundo Authier (1982), o uso das aspas é uma forma marcada da heterogeneidade que constitui todo discurso, indicando a presença do Outro no discurso. Com base em um outro trabalho de Authier (1981)<sup>89</sup> a respeito das possíveis leituras do recurso às aspas no discurso, Indursky (1999)<sup>90</sup> refere que este recurso aponta para uma forma de manter o discurso do outro à distancia. Desta forma, a designação que é posta entre aspas é tratada como um corpo estranho, como um objeto que não é próprio de quem escreve, sendo mostrado através da utilização das aspas. Na seqüência discursiva **sd14**, o termo *ensino* está entre aspas para indicar que não seria uma designação própria do autor, que é algo que vem de um outro discurso; neste caso, do discurso pedagógico. Na mesma seqüência discursiva, lê-se que, mesmo aplicando um plano de “ensino”, especialmente para as crianças já familiarizadas com situação escolar, é impossível impor novos padrões de fala. O plano de “ensino” seria mais fácil de ser usado para algumas crianças, aquelas *já familiarizadas com a situação escolar*. Esta colocação faz-nos pensar que o termo “*ensino*” está tendo seu sentido reforçado por *situação escolar*. A seqüência discursiva mostra também que é *impossível impor novos padrões de fala*, que pode-se *oferecer alternativas*, o que parece desviar de uma proposta mais pedagógica tradicional; entretanto, finaliza a seqüência discursiva marcando que se deve acentuar e enfatizar as *áreas com problemas*. Volta-se à lógica do discurso pedagógico, que tende a classificar, diferenciar e excluir práticas discursivas consideradas não adequadas. É

---

<sup>89</sup> In: “Paroles tenues à distance”, no livro *Matérialites Discursives*, 1981.

preciso enfatizar as dificuldades para saná-las, pois o controle de sentidos e de ações na instituição escolar é parte da vigilância–controle–normalizante, (Foucault, 1987) e tem como resultado final a visibilidade e a exclusão das diferenças.

Na seqüência seguinte **ed-sd15**, percebemos que, ao se tratar de *educação*, os *casos* não são iguais e portanto *procedimentos* e *exercícios* devem ser selecionados de acordo com as *dificuldades de cada indivíduo*. Nesta seqüência discursiva, parece-nos haver um jogo de sentidos. Primeiramente, é deixado bem claro que se trata de *educação*, equiparando-se o processo terapêutico com o processo educativo. Poderíamos ver nesta seqüência uma contradição importante, pois, ao mesmo tempo que se refere à educação, evidencia sentidos que estariam vinculados a um discurso clínico-terapêutico, como a importância de não superpor os *casos*, de se levar em conta, na escolha dos *procedimentos*, as *dificuldades* particulares de cada indivíduo. Propondo esta singularização na leitura dos casos, há um aparente afastamento do discurso pedagógico que, ao contrário, de-singulariza o sujeito. Segundo Gallo<sup>91</sup>, o sujeito do Discurso pedagógico ( DP) , ou seja, o aluno, possui um lugar de reprodutor de sentidos, sendo portanto “apagado” enquanto sujeito do discurso, pois o que importa no funcionamento do discurso pedagógico é o próprio sistema que o sustenta. Analisando ainda a seqüência **ed-sd15**, nela lemos que os *procedimentos* e *exercícios* serão *escolhidos de acordo com as dificuldades* de cada um. Pensamos que isto não deixa de marcar uma relação com o DP, pois o que definirá os procedimentos clínicos é o que está falhando e isto coloca o sujeito novamente num outro plano, que não o primordial na situação terapêutica. Vemos também, que procedimentos e exercícios serão escolhidos, ou seja, pré-determinados pelo terapeuta, levando-se em consideração, nesta

---

<sup>90</sup> Neste trabalho a autora faz uma análise do discurso *sobre* os sem terra, investigando os efeitos de sentido das designações: assentamento, ocupação e invasão.

<sup>91</sup> Em Curso Livre denominado “Textualização e Autoria” ministrado no âmbito do PPG-Letras da UFRGS em 1999.

escolha, as dificuldades de cada indivíduo. Tal fato lembra-nos o professor que chega nas aulas de recuperação, com os exercícios para dar aos alunos praticarem e memorizarem o conteúdo escolar. É o professor que sabe, determinando o que o aluno não sabe, oferecendo-lhe os exercícios próprios para praticar, ou seja, para repetir e fixar o conteúdo ainda não aprendido. Este é o funcionamento do DP.

Podemos inferir, segundo as análises que apresentamos, que há, no discurso da fonoaudiologia, uma concepção *pedagogizante* no que se refere ao saber fonoaudiológico e seu fazer terapêutico. Esta visão, conforme veremos nas análises dos blocos seguintes, muitas vezes está camuflada, o sentido pedagógico não se mostra de forma tão explícita, mas pode ser evidenciado através do processo analítico.

## **Bloco discursivo 2: Fonoaudiologia como Reeducação**

Este bloco discursivo dá continuidade ao fato em análise no bloco anterior: como a fonoaudiologia representa sua terapêutica. Neste bloco, reunimos seqüências discursivas que situam a fonoaudiologia enquanto uma forma de *reeducação*, onde procuraremos ver quais os efeitos de sentido desta designação no discurso fonoaudiológico. A sigla TF indica o recorte Terapêutica Fonoaudiológica e a sigla **rd** significa reeducação. Seleccionamos as seqüências a seguir

TF- rd- sd16 - “Mediante os dados obtidos através *da avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica*, serão estabelecidas as diretrizes para o *programa de reeducação da criança*” (Hersan, Rita, 1992).

TF- rd- sd17 - “Não obstante, será função do *técnico da linguagem* considerar se *o progresso obtido com a escolarização* é suficiente ou não, e decidir se é necessário uma *reeducação fonoaudiológica*” (Casanova, P. 1992).

TF- rd- sd18- “As *técnicas* baseiam-se na estabilidade e alta freqüência dos *modelos lingüísticos*, conseguidos graças ao *controle apurado do material e*

*situações* em que são utilizadas, tanto em *sessões de reeducação* como no entorno familiar” (Monfort, 1992).

TF- rd- sd19 - “O *aprendizado da voz esofágica*, isto é, a *reeducação vocal*, pode ser iniciada desde 15 dias após a intervenção cirúrgica” (Huche, F. 1989).

TF- rd- sd20 - “Antes de reiniciar a *reeducação da motricidade oral* é fundamental que se faça o *diagnóstico diferencial* para cada caso, observando-se os mais diferentes aspectos envolvidos” ( Ferraz, 2001 p. 57).

Sabemos que o termo *reeducação* não é particular do discurso fonoaudiológico. É utilizado quando se refere a diferentes formas de terapêutica. É comum a utilização do termo nas áreas da fisioterapia: *reeducação motora*, *reeducação postural*; na nutrição: *reeducação alimentar*; na psicologia comportamental: *reeducação psíquica*; entre outros. Vejamos as definições, segundo o Dicionário Aurélio ( 1999), para os termos *reeducar* e *reeducação*:

- **Reeducar**: “ 1. Tornar a educar, educar novamente. 2. Completar ou aprimorar a educação de ”.

- **Reeducação**: “ 1. Ação ou efeito de reeducar; 2. *Med.* Treinamento de incapacidades destinado a restabelecer-lhes o uso das faculdades físicas ou psíquicas ”.

A designação *reeducar* parece obter seu sentido primeiro de “educar novamente”, deslizado para um sentido outro, onde se tem uma referência ao restabelecimento de capacidades físicas ou psíquicas. No entanto, acreditamos que este deslizado de sentido não apaga o sentido pedagógico que reeducar comporta. Pensamos que *reeducação* tem seu sentido vinculado à terapêutica em função do momento histórico examinado no primeiro capítulo, quando a medicina entra no campo da educação e inicia todo um processo de *medicalização* do ensino. Neste período, passa-se a diferenciar os alunos incapazes, não aptos, deficientes, daqueles “normais”, adequados, criando-se e classificando-se a partir daí os alunos considerados “anormais”.

Como vimos, incluía-se entre os anormais qualquer criança que não se enquadrava no perfil desejado de “bom aluno”. Nesta grande categoria de anormais, estavam também aqueles alunos que não falavam bem, os chamados alunos com “vícios e defeitos da fala”. Para algumas crianças, portanto, somente a educação, ou seja, a “escolarização normal”, não dava conta de seus problemas. Era necessário que fossem reeducadas, que tivessem acesso a uma *outra* forma de educação. O prefixo *re* tem o sentido de *repetição, tornar a*, contudo, o reeducar no campo pedagógico se referia às crianças que não avançavam no sistema escolar e portanto repetiam várias vezes a mesma série. Eram estas crianças que, já tendo passado por um processo de repetições dentro do sistema escolar, precisavam ser reeducadas. Desta forma, a necessidade de reeducação apontava para alunos que haviam fracassado na escolarização “normal” e por isto eram encaminhadas para atividades complementares à educação, atividades consideradas reeducativas. A fonoaudiologia foi um destes espaços de reeducação; as primeiras práticas fonoaudiológicas foram realizadas por professores reeducadores<sup>92</sup>, dentro da escola. Os alunos saíam então da sala de aula para se submeterem à *reeducação* em um outro lugar do espaço escolar. Lugar que, aos poucos, foi se afastando da escola em direção a um espaço clínico, mas que carrega, ainda hoje, marcas da relação inicial com o discurso pedagógico.

Destacamos novamente o trabalho de Surreaux (2000), no que tange à análise a respeito das diferentes designações do fonoaudiólogo antes da definição do nome fonoaudiologia. A autora faz a seguinte afirmação a respeito da designação Reeducador:

“Percebemos que o termo REEDUCADOR DA FALA, DA LINGUAGEM OU DE VOZ fala de um lugar pedagógico, talvez respondendo a uma necessidade desse profissional ENSINAR algo em termos de voz, fala,

---

<sup>92</sup> Vale lembrar aqui um fato histórico da fonoaudiologia: quando houve a regulamentação do fonoaudiólogo, os profissionais que comprovassem ter mais de 5 anos de atividade na área passaram a ser



linguagem ou audição a alguém. Entra em jogo também, nessa perspectiva, pensar qual a concepção de fala e de linguagem que embasam o trabalho do reeducador. Fala e linguagem, tomadas como objetos a serem “ensinados”, demonstram uma perspectiva que aponta para um caráter instrumental. (SURREAUX, 2000 p. 11).

A citação<sup>93</sup> destacada acima marca o lugar pedagógico que é dado à fonoaudiologia, quando esta é considerada uma reeducação. Esta equivalência está posta nas seqüências discursivas deste bloco. Na seqüência discursiva **rd- sd16**, lê-se que, mediante os dados da avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica, poderá se traçar o *programa de reeducação*. No bloco anterior, o programa de intervenção terapêutica era designado como *plano de aula*; neste segundo bloco, o planejamento passa a denominar-se *programa de reeducação*. Pensamos que há diferenças entre estas duas formas de designar o planejamento clínico da fonoaudiologia. *Plano de aula*, *plano de ensino*, são expressões que se referem claramente a uma tendência, na fonoaudiologia, de definir sua clínica como um espaço pedagógico. Neste segundo bloco, o termo *reeducação* aparece em todas as seqüências, marcando um lugar já legitimado não somente no discurso fonoaudiológico, mas também em outros, sinalizando a designação *reeducação* enquanto uma prática terapêutica. Quando o discurso fonoaudiológico se vale de termos como *plano de aula*, *plano de ensino*, já é possível identificarmos de antemão o forte vínculo com o discurso pedagógico. Quanto ao termo *reeducação*, esta relação não é direta, pois, como vimos, é um termo que sai do campo pedagógico para incorporar-se ao campo terapêutico.

Em **rd-sd17**, lemos que o *técnico da linguagem*, denominação que, no nosso entendimento, reduz a função do fonoaudiólogo a um aplicador de técnicas, decidirá se

---

reconhecidos e legitimados como profissionais da fonoaudiologia. Dentre estes profissionais estavam, na sua maioria, os reeducadores da linguagem.

o progresso com a escolarização será suficiente; caso contrário, iniciar-se-á a *reeducação fonoaudiológica*. Em alguns casos, é comum o terapeuta indicar que a criança inicie a escolarização como uma forma de expandir as relações sociais e conseqüentemente melhorar sua linguagem. Entretanto, parece-nos que a seqüência discursiva **rd-sd17** aponta para uma vinculação direta entre sucesso escolar e necessidade de reeducação fonoaudiológica. Desta forma, o termo *reeducação* reproduz o sentido que já discutimos, de ser uma complementação do processo educativo.

Na seqüência **rd-sd18**, encontramos *reeducação* dentro da expressão *sessões de reeducação*. O termo *sessões* é bastante utilizado para se referir a terapêuticas<sup>94</sup> em geral, diferenciando-se de consulta, que indicaria um ato médico, e de aula, que referiria uma intervenção da ordem da pedagogia. O termo *sessões* está situado, deste modo, no discurso clínico-terapêutico. Lemos em **rd-sd18**, que as *técnicas* utilizadas nas *sessões de reeducação* e no *entorno familiar* são baseadas em *modelos lingüísticos* estáveis e de *alta freqüência*, conseguidos graças ao *controle apurado do material* e das *situações* em que são usadas. Podemos inferir que estas *sessões de reeducação* propõem um controle sobre a situação discursiva através de *técnicas* determinadas por modelos lingüísticos estabilizados. Há evidências de que estas técnicas, altamente controladas e elaboradas, assumem uma dimensão tal nas *sessões de reeducação*, que não há espaço para que irrompa o que não está no previsto, o que foge do *controle apurado* e da pretensa estabilidade. Onde estaria a possibilidade do paciente criar, construir, dizer algo desvinculado dos modelos lingüísticos? A criatividade implica na ruptura do processo de produção da linguagem, pelo deslocamento das regras, fazendo intervir o diferente, produzindo movimentos que afetam os sujeitos e os sentidos na sua

---

<sup>93</sup> As concepções de “fala” e “linguagem” implícitas nesta equivalência fonoaudiólogo = reeducador, apontada pela autora, serão aprofundadas no capítulo final.

<sup>94</sup> O termo sessão é comum na psicologia, na fisioterapia, na terapia ocupacional, ou seja, faz parte do campo discursivo clínico-terapêutico.

relação com a história e com a língua. Segundo Orlandi (1999), “Irrompem assim sentidos diferentes”, pois, para haver criatividade, é preciso um trabalho que ponha em conflito o já produzido e o que se vai instituir. “Passagem do irrealizado ao possível, do não-sentido ao sentido”, (ORLANDI, 1999 b, p.116). Surpreende-nos que ainda se acredite que é possível um processo terapêutico de linguagem sustentado em técnicas e modelos lingüísticos estáveis. Configura-se que a estas *sessões de reeducação* subjazem concepções de linguagem e de língua que trazem em seu bojo algo somente possível na virtualidade. Uma concepção de língua estéril, virtual, e uma concepção de linguagem como instrumento de comunicação. Não há lugar para o sujeito no sentido em que nos fala Benveniste: “ é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito...” (BENVENISTE, 1995 p. 286). O sujeito é apenas um usuário de uma língua fechada, em que ele não tem nenhuma participação enquanto falante submerso no seu funcionamento. Queremos apenas apontar, neste ponto do trabalho, possibilidades de como a linguagem é tomada pela fonoaudiologia e que conceito de língua está permeando a clínica nesta perspectiva. No capítulo seguinte, faremos uma discussão mais ampliada a respeito desse tema, partindo das análises como um todo.

Na seqüências discursivas **rd-sd19** e **rd-sd20**, encontramos em comum o fato de que, em ambas, aparece o termo *reeducação* direcionado a formas específicas de intervenção fonoaudiológica. Ao introduzir as análises do recorte *Terapêutica Fonoaudiológica*, levantamos a questão de que existem algumas especializações da clínica e que estas não seriam utilizadas como referência na organização dos recortes discursivos, mas que tais especializações estariam presentes fatalmente nas análises. Neste bloco discursivo, estas especialidades clínicas da fonoaudiologia estão, juntamente com o termo *reeducação*, compondo uma designação para intervenções clínicas determinadas.

Em **rd-sd19**, observamos que a intervenção fonoaudiológica em questão é aquela realizada com pacientes laringectomizados<sup>95</sup>, onde se tem, como prioridade clínica, o estabelecimento de uma via alternativa para a produção vocal destes pacientes; na verdade, uma outra via possível de expressão da linguagem. O termo *reeducação vocal* está posto, pois, como equivalente a *aprendizado da voz esofágica*. A seqüência sintetiza a *reeducação* como sendo o aprendizado desta outra forma de produzir voz, fazendo a relação de *reeducação* com o aprender (e o ensinar) a voz esofágica. Entendemos que, deste modo, chegamos ao sentido pedagógico que está colocado em *reeducação vocal*, que é alcançar um aprendizado, o que também reduz muito a clínica fonoaudiológica neste campo. Em nosso entender, não se trata apenas de ensinar uma “nova voz”, mas de viabilizar ao paciente uma possibilidade de não permanecer no silêncio total, de construir junto com este sujeito, além de um aprendizado, o desejo de voltar a ser um sujeito falante. Temos que considerar que estes pacientes estão passando por um processo muito sofrido que é o tratamento de um Câncer, e que acabam de sofrer uma intervenção cirúrgica extremamente invasiva. Circunscrever a reeducação vocal ao aprendizado da voz esofágica, é propor uma dupla restrição da função do fonoaudiólogo junto aos casos de pacientes acometidos por uma laringectomia. Estamos diante de pessoas que foram silenciadas; a fonoaudiologia tem o papel de intervir na ressignificação do lugar de falante destes sujeitos, que poderá ser através da construção de uma nova forma de falar. Isto para nós é completamente diferente de apenas se propor a *ensinar* uma nova voz. Entendemos que o tratamento fonoaudiológico, nestes casos, faz parte de um processo de reconstrução física e mental

---

<sup>95</sup> São pacientes que, na sua grande maioria, foram acometidos por Câncer de laringe e sofreram uma intervenção cirúrgica onde se dá a retirada parcial ou total da região da laringe (laringectomia) e conseqüentemente das pregas vocais. A via normal de produção vocal, portanto, é retirada e o paciente pode voltar a falar, utilizando uma outra via que é o esôfago; por isto é chamada de voz esofágica. Esta possibilidade de vir utilizar a voz esofágica é uma das importantes funções do processo terapêutico fonoaudiológico, nestes casos.

da saúde desta pessoa. A possibilidade de falar novamente implica um grande esforço e determinação por parte do paciente; é um processo longo e difícil. Além disso, é preciso vencer o preconceito, pois a voz esofágica tem características muito diferentes da voz normal. As marcas do real do sintoma, da sua impossibilidade física, são inapagáveis. Neste sentido, o fonoaudiólogo deverá escutar este paciente em seu silêncio, em sua voz estranha, em seus gestos, mostrando a ele, principalmente, que perdeu-se a fala mas não a linguagem.

Na última seqüência do bloco, **rd-sd20**, assim como na anterior, aparece *reeducação da motricidade oral*, referindo-se ao trabalho fonoaudiológico com pessoas que apresentam alterações da região orofacial. Pensamos que a composição da designação *reeducação da motricidade oral* evidencia novamente uma leitura restritiva da clínica fonoaudiológica. A fonoaudiologia tem como objetivo único, nesta perspectiva, intervir nos movimentos e posturas da musculatura orofacial. O fato do *diagnóstico diferencial* evidenciar que o paciente apresenta dificuldades desta ordem, seja por alterações orgânicas ou fisiológicas, é a condição para que a fonoaudiologia dê conta destas alterações, através de exercícios e técnicas específicas. Vemos uma tendência, tanto em **rd-sd19** como em **rd-sd20**, de se tomar a patologia como o norte do trabalho. A primeira elege a *voz* e a segunda a *motricidade oral* como os objetos sobre os quais se dará a intervenção fonoaudiológica. Podemos observar, no uso das designações *reeducação vocal*, *reeducação da motricidade oral*, algo que desenvolvemos anteriormente que é a interdiscursividade<sup>96</sup> movimentando a enunciação. Conforme Guimarães (1995), a designação se constitui na relação instável em que se dá o cruzamento de discursos. Há, nestas seqüências discursivas de referência, um recorte clínico determinado pelo patológico, que deverá ser reeducado. É

---

<sup>96</sup> Ver capítulo II, páginas 51 e 52.

possível identificarmos, portanto, no discurso fonoaudiológico, o discurso pedagógico imbricado com o discurso médico, produzindo efeitos de sentido que são fruto da relação entre estes discursos.

### **Bloco discursivo 3: A Prática Terapêutica Fonoaudiológica**

Nos blocos discursivos anteriores, as seqüências discursivas de referência provinham de livros, artigos e manuais, das seções que tratavam de reflexões sobre a terapêutica fonoaudiológica. O bloco discursivo que apresentaremos a seguir é composto por seqüências discursivas retiradas basicamente de manuais e livros, mas que especificamente tratam de sugestões terapêuticas. A idéia é analisar que sentidos são produzidos nestas seqüências que enfocam diretamente as propostas terapêuticas em fonoaudiologia. A sigla **pf** indica o bloco discursivo em análise: a prática fonoaudiológica

TF – pf- sd21 - “Preconizam-se em geral *o uso de livros de gravuras e contos simples como material de base para a terapia*, além dos brinquedos preferidos pela criança” ( Monfort 1991 p. 264).

TF- pf- sd22 - “O primeiro trabalho consiste na *denominação de objetos e suas características*: cor, tamanho, uso, etc. Uma segunda atividade consistirá em *perceber e verbalizar diferenças e semelhanças* entre o material nomeado” (Aguado, 1992).

TF – pf- sd23 - “Esta *leitura imperfeita* pode servir de *pretexto* para *explicar ao paciente os erros cometidos*, a importância da pontuação e das pausas, as razões da falta de entonação, a forma como se estrutura a linguagem e a *obrigação* de, para *ler corretamente*, *prever* através do olhar, onde vão ser as pausas, as inflexões dentro das frases e o acento tônico” (Dinville, 1992).

TF – pf- sd24 - “Atividades *motivadoras* para *correção e cooperação* nas *tarefas* podem ser computadas como *fortes auxiliares* do processo terapêutico” (Spinelli, Massari, Trenche, 1991).

TF – pf-25 - “Também *fornece*mos estímulos e dicas ( visuais, auditivas, táteis e cinestésicas) para *facilitar o aprendizado*” (Andrews, 1998).

TF – pf- sd26 –“A utilização de gestos que acompanham a produção fonética e destinados a *fixar* melhor suas características e *facilitar sua imitação*” (Monfort, 1992).

Conforme já referimos, todas as seqüências deste bloco abordam a prática terapêutica em fonoaudiologia, através de indicações de procedimentos terapêuticos. A seqüência **pf-sd21** trata do material utilizado como base para terapia. Nela lê-se que é preconizado o uso de *livros de gravuras e contos simples além dos brinquedos* preferidos pela criança. Acreditamos que a seleção dos materiais é indicador importante do tipo de prática clínica a ser adotado. Ao utilizar preferencialmente *livros de gravuras e contos simples* pressupõe-se que tais livros constituirão o material lingüístico disponível para ser “ trabalhado” com a criança. O uso de gravuras é uma prática bastante comum na fonoaudiologia, pois serve como um instrumento visual que guia determinadas propostas terapêuticas, como pedir à criança que nomeie o que está vendo, que descreva e fale sobre a figura, etc. A escolha de contos simples evidencia a tendência de disponibilizar à criança algo acessível, simplificado, tendo em vista suas dificuldades de linguagem.

Como podemos ver, todo *material de base* da terapia tem como princípio dar ao terapeuta um certo controle da situação discursiva, delimitando as possibilidades de sentidos que circulam na cena clínica. Arelada ao uso destes materiais, que podemos enquadrar na categoria de *pedagógicos*, está a premissa de que, em primeiro lugar, o paciente deve falar sobre algo, a fala do mesmo é evocada por estes instrumentos. Em segundo lugar, a fala não poderá ser sobre qualquer coisa, ou seja, sobre o que desejar o paciente, mas deverá ser guiada por materiais pré-determinados pelo terapeuta, selecionados a partir do saber que este tem a respeito da linguagem. Se tais livros,

contos e gravuras correspondem à realidade cultural e social da criança, ou, mesmo, se estes despertam o interesse da mesma, não é algo considerado nestas propostas terapêuticas.

A seqüência refere ainda que estes materiais são preconizados, *além* dos brinquedos preferidos pela criança, ficando o brincar, enquanto uma outra possibilidade de construções lingüísticas na cena clínica, num plano secundário. No nosso entendimento, devemos considerar os materiais a serem usados na clínica como ferramentas de trabalho a serem construídas em conjunto pelo terapeuta e pelo paciente, na singularidade de cada caso que atendemos. Não há como sabermos de antemão o quê e como cada criança fará uso destes materiais. Um livro de histórias para algumas crianças servirá como um ótimo instrumento para que elas desenvolvam sua linguagem. Para outras, principalmente aquelas que chegam encaminhadas pela escola, com queixas de atraso no processo de alfabetização, selecionar um livro de histórias pode ser uma proposta totalmente inadequada, pois ler é um sofrimento para esta criança e o que ela menos busca fora da escola.

Mas, porque livros, histórias, letras, gravuras, papel, leitura, nomeação, descrição, repetição, são preconizados na terapia fonoaudiológica? Acreditamos que a resposta para esta questão está ligada ao fato destes instrumentos serem aqueles utilizados também como base em todo e qualquer trabalho no campo pedagógico. A fonoaudiologia elege os mesmo materiais de referência e, como podemos ver, não se trata apenas de uma coincidência, como poderia pensar grande parte dos fonoaudiólogos. O fato da clínica fonoaudiológica preconizar a utilização destes materiais não é algo que tenha se dado naturalmente; faz parte de uma rede de significações historicamente constituída. Entendemos que o uso destes instrumentais



está relacionado à aproximação que estamos evidenciando entre a fonoaudiologia e o DP.

A seqüência **pf-sd22** segue indicando formas de intervenção clínica, desta vez com objetos. Refere dois tipos de atividades. A primeira, de denominação dos objetos e suas características, e a segunda, de percepção e verbalização de suas diferenças e semelhanças. Temos aqui novamente algo que aparece na seqüência anterior: o cerceamento dos possíveis dizeres. Os objetos possuem objetivos clínicos definidos: deverão ser nomeados, descritos, observadas suas características, cor, tamanho, uso, verbalizadas suas diferenças e semelhanças. O paciente deve, portanto, preencher todas as respostas esperadas, pois tais respostas prevêm determinados sentidos. Se o objeto é uma bola, não poderá ser chamado de *Inter* ou *gol*, não poderá tampouco ser designado com o nome de um primo que tem uma bola parecida, ou algo ainda menos esperado. O objeto é, nesta situação, apenas um objeto e não uma ferramenta que viabiliza construções ímpares por parte de cada criança. Tomados enquanto *objetos reais*, deixa-se de propor que possam ser considerados *objetos simbólicos*, o que seria muito mais produtivo em termos de desenvolvimento da linguagem. Mas a fonoaudiologia reproduz, nesta perspectiva, o modelo do discurso pedagógico, onde o que importa são os nomes, como diz Orlandi (1996 a). O conhecimento do fato, no DP, é secundário em relação ao conhecimento da metalinguagem, havendo apenas espaço para o saber institucionalizado, aquele que se deve ter. Ao determinar o que se deve saber e ainda dizer, a clínica fonoaudiológica faz ressoar em seu discurso terapêutico um outro funcionamento do DP, que é a *homogeneização do conhecimento*; o que vale é um saber legítimo, legitimado pela instituição escolar e igual para todos. Dizemos com isso que a instituição escolar dificilmente consegue ouvir sentidos estranhos aos seus. E o mesmo ocorre com a fonoaudiologia, que repete o funcionamento do DP.

A fonoaudiologia sustenta sua clínica, através das propostas terapêuticas que apresentamos, como um lugar para a *reprodução de sentidos*. A criança deve saber qual o nome dos objetos, seu uso, sua forma, tamanho, cor, etc. Deve saber e dizer o que todos sabem, deve repetir, não criar e produzir sentidos. A fonoaudiologia, assim como a escola, não viabiliza sentidos novos, não pergunta pelo novo, não descortina sentidos, apenas propõe a reprodução dos mesmos. Aí não há espaço para deslizamentos de sentidos. A fonoaudiologia se inscreve, desta forma, num espaço discursivo denominado por Pêcheux (1997 c, p. 34) de “logicamente estabilizado”, porque supõe-se que todo sujeito falante sabe do que se fala, pois todo enunciado produzido nestes espaços evidenciam propriedades estruturais que independem de sua enunciação. São propriedades que se inscrevem de forma transparente em uma descrição adequada do universo. Há, segundo o autor, uma necessidade universal de um mundo “semanticamente normal”, o desejo de um saber que unificaria a multiplicidade heteróclita das “coisas-a-saber”, em uma estrutura representável homogênea. A fonoaudiologia restringe, deste forma, sua clínica a este universo de “coisas-a-saber”, intervindo a partir do semanticamente normatizado, estável, afastado-se da natureza interpretativa que constitui a linguagem. Estabelecendo para o paciente um programa de todas as “coisas-a-saber”, a fonoaudiologia garante sua cientificidade e eficiência clínica. Ela trabalha no sentido de conduzir o paciente a um mundo semanticamente normatizado, estabelecido. Quando a linguagem foge desta estabilidade, dessa transparência, então o paciente está cometendo “erros” formais ou semânticos. É possível afirmar que as “coisas-a-saber” na clínica fonoaudiológica mantêm-se no campo da reprodução do “já-sabido”.

A seqüência discursiva **pf-sd23** faz uma referência ao trabalho fonoaudiológico, partindo da leitura de um paciente. A *leitura imperfeita* servirá de *pretexto* para mostrar

ao paciente os *erros cometidos*. Já temos aqui a premissa de que o mesmo deveria ter lido perfeitamente e não o fez. Há a previsibilidade de uma leitura incorreta, inadequada. Cabe ao terapeuta explicitar os erros cometidos e apontar alguns requisitos obrigatórios para se *ler corretamente*, dentre eles o ato de *prever* as pausas, a acentuação, etc. Acreditamos que a seqüência selecionada evidencia novamente o fato de que o trabalho clínico em fonoaudiologia está centrado na metalinguagem. O terapeuta mostra e explica os erros, a grande vedete da fonoaudiologia. O fonoaudiólogo busca portanto na leitura do paciente os erros, somente isto. Depois, explica o que é obrigatório para uma leitura perfeita, explicitando todos os mecanismos presentes na leitura. Será que conscientizando o paciente destes mecanismos fará com que ele leia melhor? Pensamos que não. Uma boa leitura é aquela em que o leitor interpreta o que lê e, a partir disto, é que ele domina os mecanismos da leitura, sem precisar “saber” quais são eles. Parece-nos que a concepção de leitura que subjaz à seqüência discursiva em análise, representativa de uma das perspectivas da fonoaudiologia, é aquela que vê a leitura somente do ponto de vista lingüístico e da sua decodificação. Por isso, trabalha a leitura a partir de técnicas que derivam do conhecimento lingüístico estrito, onde o texto tem *um único* sentido a ser apropriado/decodificado pelo leitor. Esta concepção entende que os sentidos já estão postos no texto, sendo competência do leitor captá-los e remete a uma concepção de transparência lingüística em que a língua é tomada como código. A teoria da AD considera esta concepção de leitura, enraizada no discurso pedagógico, extremamente reducionista. A AD entende a leitura como algo que é produzido, pois o leitor atribui sentido e não apenas apreende/decodifica informação. O leitor realiza sua leitura necessariamente sob o efeito do Interdiscurso. Vejamos o que diz Orlandi a respeito da leitura:

“Daí se pode dizer que a leitura é o momento crítico da constituição do texto, o momento privilegiado do processo de interação verbal, uma vez que

é nele que se desencadeia o processo de significação”. (ORLANDI, 1999 p. 38/39)

Em **pf-sd23**, a leitura não é vista pelo seu lado mais importante, que é a compreensão e a interpretação, onde o sujeito, ao ler, carrega toda sua experiência discursiva, o que é totalmente diferente de mecanismos de decodificação. Como é possível observar nas análises destas seqüências discursivas ( **sd21, sd22, sd23**), a experiência discursiva dos pacientes não está em jogo no tratamento. O que sustenta a terapêutica é o saber do terapeuta que deve ser *ensinado/transmitido* aos pacientes e por eles reproduzidos.

Na seqüência discursiva **pf-sd24**, encontramos alguns termos que são correntes no discurso pedagógico e que a fonoaudiologia reproduz quase sem nenhuma reflexão. Nessa seqüência, lê-se que as *atividades motivadoras*, para *correção* e *cooperação* nas *tarefas*, são *fortes auxiliares do processo terapêutico*. A expressão *atividades motivadoras* passou a ser corriqueira nas propostas terapêuticas fonoaudiológicas, visando respeitar o desejo do paciente, seus interesses, etc. Poderíamos pensar em marcas de uma nova leitura do DP, que propõem outra visão para o processo de ensino/aprendizagem, em que a participação efetiva do aluno no processo é fundamental. No entanto, a seqüência segue situando estas atividades como um meio de se ter a *correção* e a *cooperação* do paciente nas *tarefas*, o que evidencia, na realidade, o pedagógico “tradicional”<sup>97</sup> como sendo o forte auxiliar do processo terapêutico. Ficamos a dúvida: até que ponto este é um forte auxiliar ou o que sustenta efetivamente o processo terapêutico. Fazemos esta pergunta porque parece-nos clara a necessidade de que o paciente *coopere*, ou melhor, não subverta a lógica de apreender o que está sendo proposto, assim como a importância da *correção*, da eliminação dos erros. Considera-

se, deste modo, a linguagem como algo sem falhas, totalmente controlável por aquele que fala, e plenamente transparente. O terapeuta possui “coisas-a-ensinar” e o paciente deve saber que há “coisas-a-aprender”. Este é o contrato da clínica fonoaudiológica, tal como retratado nas análises.

Na seqüência discursiva **pf-sd25**, vemos que o fonoaudiólogo, no processo terapêutico, também fornece *estímulos* e *dicas para facilitar o aprendizado*. O terapeuta aparece como um fornecedor de informações sensoriais de diferentes ordens, com a função de *facilitar o aprendizado*. Este aprender por parte do paciente está atrelado ao apreender os estímulos e dicas fornecidos. Vemos, nesta perspectiva, a redução do trabalho do fonoaudiólogo a um mero fornecedor de estímulos para elicitación de automatismos. A linguagem é tomada como repetição, como possível de ser ensinada, a partir de mecanismos como treino, estimulação, sendo vista como um processo fortemente mecânico.

Em **pf-sd26**, esta visão está novamente marcada, quando propõe que gestos acompanhando a produção fonética possam ajudar a *fixar e facilitar a sua imitação*. Além da cooperação, da correção, da estimulação, observamos, também, nesta seqüência, a *fixação* e a *imitação* como ferramentas do processo terapêutico, o que nos leva a inferir que o processo terapêutico é encarado, mais uma vez, como um processo conservador de ensino, fortemente parafrástico e autoritário.

### **3.3 Concluindo as Análises**

A partir das análises deste bloco discursivo, podemos afirmar que o discurso fonoaudiológico toma a terapêutica de linguagem como um processo de aprendizagem

---

<sup>97</sup> Tal como caracteriza Orlandi (1996 a).

da língua, e uma aprendizagem que podemos enquadrar dentro das mais pobres concepções behavioristas. A fonoaudiologia ensina o modelo de língua da gramática normativa, que busca o “bem falar”, o correto. A lógica que sustenta esta visão de que no terapêutico está pressuposta a relação ensino/aprendizagem é aquela baseada nos preceitos de estímulo-resposta. Quem ensina fornece o estímulo, quem aprende dá a resposta. Este entendimento do processo de aprendizagem norteou durante muitos anos a pedagogia, tendo sido ultrapassado pelos estudos piagetianos, de Emilia Ferreiro, Vigotsky, Paulo Freire, etc. Mesmo sendo uma concepção atrelada a um modelo pedagógico ultrapassado, tradicional, é este modelo que está presente no funcionamento discursivo do discurso fonoaudiológico que também podemos chamar de tradicional.

Pêcheux (1975/1997 b) faz uma reflexão sobre o que ele propõe como a *apropriação subjetiva dos conhecimentos* em oposição à *apropriação subjetiva da política do proletariado*. Interessa-nos aqui especificamente o primeiro tipo de apropriação, que representa, para o autor, ao mesmo tempo, uma luta contra o mito de uma “pedagogia pura”, ou seja, uma pura exposição-transmissão de conhecimentos e contra o mito de uma reconstrução dos conhecimentos na “atividade” do sujeito. Sendo assim, é preciso considerar algo crucial: a não existência de qualquer *começo pedagógico*. Isto pressupõe o reconhecimento de que todo efeito pedagógico se apóia sobre o sentido pré-existente, sentidos “sempre-já-aí”. Parece-nos que a concepção pedagógica que norteia a clínica fonoaudiológica desconsidera a *apropriação subjetiva dos conhecimentos*, pois o que prevalece é a idéia de que o sujeito em tratamento nada sabe sobre a linguagem/língua e que será o fonoaudiólogo o provedor deste saber, através de uma exposição-transmissão de um modelo de bem dizer. Nesta perspectiva,

a experiência lingüística que o paciente carrega, seu “saber” prévio a respeito, pouco serve para o trabalho clínico. O que, no nosso entender, deveria ser o ponto de partida.

Procuramos, através do dispositivo analítico da Análise do Discurso, proceder à *de-superficialização* do *corpus* que nos propusemos analisar. Arriscamo-nos, no nosso próprio deslocamento frente a determinados efeitos de sentido, desvelando sentidos antes tão evidentes, claros e naturais. Este deslocamento foi nosso ponto de partida: sair da ilusão de realidade e verdade que está dada constitutivamente sobre toda e qualquer palavra.

Na análise do recorte discursivo 1, que denominamos de Avaliação Fonoaudiológica, vimos que o processo diagnóstico da fonoaudiologia apresenta-se fortemente ancorado no modelo médico de clínica. Modelo que traz no seu bojo a lógica da doença; o princípio que rege a avaliação fonoaudiológica é a remissão do sintoma à sua etiologia orgânica. O processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico busca prioritariamente a relação do sintoma na linguagem com o substrato orgânico. Na análise do recorte discursivo 2, que concerne à Terapêutica Fonoaudiológica, etapa conseguinte à avaliação, traçamos a vinculação, ora evidente, ora camuflada, da terapêutica enquanto processo de ensino. Verificamos que há uma mudança significativa na passagem da avaliação para a terapêutica. Cabe-nos fazer o seguinte questionamento: Por que o discurso fonoaudiológico se estrutura desta forma? Por que, na etapa da avaliação, é sustentado pelo discurso médico e, na terapêutica, alicerça-se no discurso pedagógico? por que ocorre esta cisão no processo discursivo do discurso da fonoaudiologia? Tentaremos responder estes questionamentos através de uma reflexão que vislumbre o entendimento deste funcionamento.

No âmbito da avaliação, o terapeuta necessita compreender a problemática do sujeito que busca o atendimento fonoaudiológico. Este deixará então de ser um sujeito

qualquer, passando a ser um *paciente* que, após a avaliação, tornar-se-á um “*caso*”. Para iniciarmos nossa reflexão, vale aqui trazeremos uma discussão muito interessante proposta por Foucault (1987)<sup>98</sup>, a cerca da constituição do chamado “caso”. Um “caso”, segundo o autor, é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, comparado a outros em sua própria individualidade. Através do exame, ou seja, de medidas avaliativas, o indivíduo historicamente, tanto no campo da medicina como na educação, é posto num lugar de visibilidade, combinando-se técnicas de hierarquia que vigiam e de sanção que normalizam. Nos diz Foucault:

“O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e “científica” das diferenças individuais, como aposição de cada um à sua própria singularidade... indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, às “notas” que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um “caso” (FOUCAULT, 1987 p. 160).

Podemos ver na avaliação fonoaudiológica este “ritual científico” que enquadra a singularidade da linguagem do sujeito em categorias definidas fundamentalmente pela medicina, dentro de uma categoria geral que denominamos de “patologias da linguagem”. Cabe ao examinador descrever como a linguagem se manifesta, utilizando, como referencial, basicamente os níveis lingüísticos a partir dos quais o examinador irá quantificar os erros, comparar o desenvolvimento da linguagem com o de outros na mesma faixa etária, tendo apenas como norte a idade cronológica e não as condições de cada indivíduo e seu meio. E, por último (e talvez acima de tudo), buscar a causa do problema que, se não for identificada organicamente, tem sua origem no famoso “emocional”. Segundo Lier De-Vitto (2000), as categorias nosológicas

---

<sup>98</sup> Na obra Vigiar e Punir: nascimento da prisão.



vigentes na fonoaudiologia não esclarecem essa relação patologias orgânicas/somáticas; o que está em jogo é o vínculo com a medicina, onde o biológico justifica os sintomas que aparecem na linguagem. A linguagem então é relacionada ao substrato orgânico do falante, como se este espaço, o organismo, pudesse dar conta destas manifestações patológicas. Esta é a lógica que sustenta todo processo de avaliação e diagnóstico em fonoaudiologia.

Mas o que faz a incorporação do discurso pedagógico na seqüência do atendimento fonoaudiológico? Acreditamos que justamente é essa imaginária relação entre falhas na linguagem e organismo, que gera esta mudança no funcionamento discursivo. As “patologias da linguagem” não podem ser tratadas como são as patologias do coração, dos rins, do cérebro. Não há terapêutica clínica, no modelo médico, que dê conta das “patologias da linguagem”. É necessário, para manter esta identificação da linguagem com o orgânico, “assimilar a linguagem à mente e esta ao corpo biológico” (Lemos, 1995). Passa a haver, como pressupõe Lier De-Vitto (op. cit.), um mediador entre organismo e linguagem. A *mente* surge, sendo oposta ao corpo e é alojada no mesmo para comandá-lo. A linguagem desta forma é atrelada a faculdades mentais, é exterior ao sujeito, é um instrumento. A partir desta concepção, temos que ela deve ser aprendida, deve transformar-se em conhecimento para ser interiorizada à mente. Pensamos que é esta a lógica que produz a movimentação discursiva que verificamos estar presente na passagem da avaliação para a terapêutica fonoaudiológica. O processo terapêutico irá intervir na linguagem como cognição, como função externa ao sujeito, fruto do conhecimento, onde o sujeito falante é tomado como um sujeito epistêmico. A terapêutica do corpo, que supre as deficiências orgânicas, não pode suprir as deficiências da linguagem. Somente um processo de ensino pode dar conta destas patologias, pois são alterações de uma faculdade mental que deve ser

*reeducada*. O processo terapêutico, deste modo, centra-se no conhecimento *sobre* a linguagem. Isto nos leva a pensar na forma como a fonoaudiologia concebe a linguagem: como transparente e completa.

Do *diagnosticar* ao *reeducar*, há um certo deslocamento discursivo onde, primeiramente, temos o discurso médico e, posteriormente, o discurso pedagógico como o preponderante na rede de significações que sustentam o discurso fonoaudiológico. Reiteramos aqui algo que estamos marcando em diferentes momentos do trabalho: o discurso fonoaudiológico é constitutivamente heterogêneo; nele não identificamos somente o discurso médico e o discurso pedagógico. O que evidenciamos, através de nossas análises, foram marcas discursivas, pistas que serviram, utilizando as palavras de Pêcheux, como “pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar à interpretação” (PÊCHEUX, 1997p. 53).

## IV

### POR UMA *TERAPÊUTICA* NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

No capítulo anterior, as análises discursivas buscaram investigar que sentidos ancoram a terapêutica fonoaudiológica, entendendo que já se está no campo terapêutico desde a chegada do paciente para entrevista inicial, incluindo neste campo, também, o processo de avaliação e diagnóstico. Procuramos investigar de que forma o discurso fonoaudiológico situa seu próprio fazer, a forma como define sua prática, desvelando determinados sentidos que sustentam os procedimentos e estratégias da terapêutica. Este último capítulo terá como foco o “resultado” de nossas análises a cerca da terapêutica fonoaudiológica, à luz de uma reflexão que a vislumbre como uma *ação terapêutica* e não como uma *ação pedagógica*.

Para introduzir a discussão, destacamos do trabalho de Jerusalinsky<sup>99</sup> (1999), uma interessante referência à origem semântica da palavra *terapêutica*. Este termo origina-se do grego *therapeutés* que significa *cuidador*, o que, segundo o autor, tentamos a estabelecer relações diretas com a posição de educador. Ainda na mitologia grega, existia a função de *escudeiro* que era exercida por *Theràpon*. O autor busca uma aproximação à mitologia romana, onde refere a deusa *Educa* como a responsável pela alimentação da criança após o término do aleitamento, o que ocorria aos três anos de idade. *Educa*, portanto, vinculava-se ao afrouxamento da relação da criança com a mãe, ou seja, à saída da posição de bebê. Pode-se dizer, circulando pela mitologia grega e romana, que entre *Theràpon* e *Educa* existe um ponto de encontro: ambos têm a missão de *cuidar*. Para Jerusalinsky (op. cit), os *cuidados* possuem uma função orientadora e indicativa e, ao mesmo tempo, o valor de uma inscrição subjetiva. Mas o

---

<sup>99</sup> Alfredo Jerusalinsky é psicanalista, presidente da Associação Psicanalítica de Porto Alegre e membro da Associação Freudiana Internacional.

*therapeutés* dos primórdios vê rapidamente comprometida a sua função de cuidar pela demanda do *pathos*, que significa *sofrimento* e acaba transformando seu ato, deslizando do cuidado à cura. A patologia, tomada pela medicina como doença, e não como sofrimento, tem, na sua história, uma alusão à subjetividade de uma queixa, herança que parece-nos ter sido esquecida. Pergunta ainda o autor: o terapeuta atende, então, a uma queixa ou a uma doença? Pensamos que esta pergunta é muito rica e nos leva a formular uma outra: com que demanda a fonoaudiologia se ocupa: aquela do distúrbio, que necessita ser curado, ou a do sofrimento daquele que busca um atendimento nessa área? A resposta para esta questão pode diferenciar completamente as práticas no campo fonoaudiológico.

Esta questão – a que demanda a fonoaudiologia atende - nos convida a tecer algumas considerações sobre o que viemos construindo até aqui. O processo terapêutico fonoaudiológico, da escuta do paciente ou de sua família pela primeira vez, aos procedimentos de avaliação e diagnóstico, tem como norte atender o distúrbio. Ao direcionar a clínica à supressão de sintomas, deixa-se de escutar a *queixa*, aquilo que o paciente diz (e não diz) sobre seu sofrimento, um dizer carregado de sentidos, que retrata uma história de vida singular, única. Busca-se, então, no discurso do paciente, tudo (e apenas) o que se relaciona com o *anormal*, ou melhor, tudo aquilo que os terapeutas acreditam que com ele se relacione. Desta forma, toma-se o dizer do paciente ou de sua família como transparente, a queixa torna-se literal. Este dizer passa a ser enquadrado dentro de um conjunto de relações discursivas possíveis, fechadas, que são validadas ou refutadas pelo próprio distúrbio, que se julga estar em questão. O processo diagnóstico, por sua vez, visa diferenciar comportamentos considerados normais dos patológicos, situando estes últimos em categorias de acordo com suas possíveis causas.

Arantes (2001) investiga especificamente a questão do diagnóstico na clínica de linguagem, afirmando que:

“ ... o sintoma na linguagem é “mais um” num conjunto amplo de sinais que definem uma patologia e, também e por isso, é manifestação de fala alterada em função de distúrbios orgânicos ou psíquicos. Supõe-se, ao lado disso, que “sinais” de patologia sejam apreensíveis na fala a partir de instrumentos descritivos da gramática, enquanto “desvios da norma”. Seria de se esperar que categorias nosológicas pudessem ser instituídas... contudo, a falência desse procedimento é clara: a nosologia que percorre a fonoaudiologia é médica. Para que serve a utilização daqueles instrumentais que nada permitem esclarecer sobre a natureza singular dos sintomas? Talvez eles atendam à ilusão de que se dispõe de uma técnica – o que aparentemente apazigua fonoaudiólogos mas que recobre, no mesmo ato, o enigma que lhe convoca.” ( ARANTES, 2001 p. 107)

Conforme já apontamos aqui, conhecer que *doença* atinge a linguagem do paciente representa uma etapa do processo clínico-terapêutico fonoaudiológico, antecedente ao processo terapêutico que já não mais quer conhecer a doença, mas tratá-la. Supostamente a partir do diagnóstico, sabe-se do que padece o paciente e, sobretudo, o que é necessário para curá-lo.

Esta lógica médica, fortemente presente na etapa de avaliação do *caso*, deixa de ser preponderante quando entramos nas análises de seqüências discursivas que referiam-se à terapêutica propriamente dita. Identificamos mudanças no funcionamento discursivo do discurso fonoaudiológico ao entrar no contexto terapêutico. Nossas análises apontam o *educar/reeducar*, como a ação que efetivamente norteia a prática terapêutica fonoaudiológica. Neste sentido, será o discurso pedagógico que entrará com todas as suas forças, pois, para “ensinar a falar”, a medicina nada tem a dizer. O processo de terapia é tomado como um processo de ensino-aprendizagem que incidirá

sobre a linguagem que não se desenvolveu como devia, a linguagem que se perdeu ou a linguagem que não funciona bem.

#### **4.1 O Sujeito Fonoaudiólogo e a Clínica Fonoaudiológica**

Considerando o funcionamento do discurso fonoaudiológico identificado através das análises, podemos dizer que a *clínica fonoaudiológica*, de um modo geral, intervém a partir desta forma de estruturação: norteando-se pela clínica médica nos procedimentos de avaliação e diagnóstico e amparando sua terapêutica numa ação pedagógica. Tendo em vista o princípio *médico-pedagógico* norteador desta clínica, faz-se importante pensarmos sobre como o *sujeito-terapeuta-fonoaudiólogo* situa-se em relação a esta forma de estruturação que é peculiar da formação discursiva da Fonoaudiologia.

Procuramos demarcar, em diferentes momentos deste trabalho, que entendíamos a constituição do discurso fonoaudiológico como uma constituição fundamentalmente heterogênea. Detemo-nos mais especificamente nos efeitos do discurso médico e do discurso pedagógico nesta constituição, sem desconsiderar a importância, neste processo, de outras áreas de conhecimento. No entanto, acreditamos que estes demais aportes não chegam a modificar a forma como está estruturada a clínica fonoaudiológica. Pensamos que o sujeito fonoaudiólogo, obrigatoriamente, identifica-se com o discurso médico e o discurso pedagógico como uma forma de identificação com a sua FD.

Para aprofundarmos este ponto, retomaremos teoricamente a noção de sujeito para a teoria da AD. Toda formação discursiva (FD)<sup>100</sup> corresponde a um domínio de

---

<sup>100</sup> Conforme desenvolvemos no capítulo I, pg. 32, nota 23.

saber, regulando o que pode e deve ser dito, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada (Pêcheux, 1997 p. 160). Quem regula o saber de uma FD é a *forma-sujeito*, sendo através desta que o sujeito se identifica com a formação discursiva. Indursky ( 2000) afirma que esta forma de identificação do sujeito do discurso com a FD sofre mudanças, sendo, num primeiro momento, uma identificação plena, isto é, a forma-sujeito apresenta-se dotada de bastante unicidade. Essa unicidade da forma-sujeito vai relativizar-se, deixando de ser concebida como um bloco uniforme e homogêneo, quando Pêcheux introduz na teoria as *modalidades das tomada de posição*, abrindo a possibilidade do sujeito contra-identificar-se e desidentificar-se com a forma-sujeito, resultando na tomada de posições não-coincidentes, divergentes, discordantes. Segundo a autora, o trabalho na e sobre a forma-sujeito conduz o sujeito do discurso a um deslizamento de uma forma de subjetivação para outra. Em função desse desdobramento da forma-sujeito em posições-sujeito, a formação discursiva passa a ser concebida como dotada de heterogeneidade em relação a si mesma. Igualmente, a forma-sujeito também passa a abrigar a diferença e a ambigüidade (Indursky, op. cit. p. 75). O sujeito, não mais identificar-se-á através de *uma* forma-sujeito com a FD pela qual está afetado, mas sua identificação se dará pelo viés de diferentes posições-sujeito<sup>101</sup> em que se fragmenta a forma-sujeito. Deste modo, há uma abertura para o conflito, para saberes divergentes, para o polissêmico no interior de uma formação discursiva.

Acreditamos, a partir do que precede, que o sujeito-fonoaudiólogo, enquanto um clínico-terapeuta, identifica-se obrigatoriamente com a forma-sujeito que regula os saberes da formação discursiva Fonoaudiologia, através das posições-sujeito Médica e Pedagógica. Entendendo, pois, que esta forma-sujeito é essencialmente heterogênea, ela

---

<sup>101</sup> Conforme desenvolvemos no capítulo II, nota 51.

se encontra dividida em diferentes posições-sujeito: a do psicólogo, a do linguísta, a do psicanalista, assim como, a do professor, a do médico, etc. Sendo assim, as possibilidades de identificação do fonoaudiólogo com a FD pela qual está afetado poderão ser diversas. No entanto, o sujeito fonoaudiólogo, para que se constitua como um terapeuta desta clínica, ou seja, para que esteja afetado pela FD da Fonoaudiologia, necessariamente passará por uma dupla identificação. O fonoaudiólogo não se identifica *ou* com a posição-sujeito Médica *ou* com a posição-sujeito Pedagógica; ser um fonoaudiólogo implica identificar-se inevitavelmente com estas duas posições-sujeito. As demais posições-sujeito em que se desdobra a forma-sujeito da FD fonoaudiologia não são obrigatórias.

Somente através dos procedimentos analíticos é que podemos vislumbrar esta *dupla interpelação do fonoaudiólogo* que o conduz a identificar-se com os saberes de sua formação discursiva. Queremos salientar que estamos circunscrevendo nossa análise do sujeito fonoaudiólogo, submetido ao funcionamento discursivo do discurso fonoaudiológico, no que concerne à sua prática clínica.

Considerando esta dupla interpelação do fonoaudiólogo, podemos dizer que estamos diante do *real*<sup>102</sup> do sujeito fonoaudiólogo. Tomando a noção de real, conforme Pêcheux (1997 c, p. 29), que o concebe como “o impossível que seja de outro modo”. Para o autor, o real corresponde a pontos de impossível, que determinam aquilo que não pode não ser “assim”. Acreditamos que o fonoaudiólogo se encontra nesta condição de impossibilidade: o sujeito fonoaudiólogo não pode não identificar-se com as duas posições-sujeito que fundamentam a clínica na fonoaudiologia. Ele pode identificar-se com outras diferentes posições-sujeito que compõem o discurso fonoaudiológico,

---

<sup>102</sup> Abordaremos novamente a noção de real na próxima seção deste capítulo.



entretanto, partindo do funcionamento deste discurso, tal como se apresenta hoje, não há como escapar desta dupla identificação.

Conforme já pontuamos ao longo do trabalho, cada vez mais solidificam-se propostas que buscam romper com esta lógica da clínica fonoaudiológica, propostas das quais nos consideramos integrantes. Como podemos ver até aqui, a forma como a clínica fonoaudiológica se estrutura é algo que está fortemente arraigado a um processo sócio-histórico de constituição desse discurso. Entendemos que uma transformação neste funcionamento discursivo é algo possível, mas que requer mudanças radicais nos princípios teóricos-clínicos que embasam a fonoaudiologia.

#### 4.2 Uma *Outra* Leitura acerca da Linguagem

Quando concluimos as análises, introduzimos a discussão sobre as possíveis razões para o fato da clínica fonoaudiológica fundamentar-se na passagem do modelo médico, no processo de avaliação, para uma concepção pedagogizante, no fazer terapêutico. Pensamos que, ao se compreender, de uma forma mais ampla, os motivos que levam a este funcionamento do discurso fonoaudiológico, é possível verificar que não se trata de uma “incoerência” ou uma ruptura nesta passagem da etapa diagnóstica para a terapêutica. Acreditamos que existe uma lógica embasada fundamentalmente na forma como é concebida a *linguagem* pelo discurso fonoaudiológico.

É praticamente unânime, na visão do senso comum, que o fonoaudiólogo é aquele que *ensina a falar*. Este enunciado está presente no discurso dos pais, dos professores, da comunidade, dos pacientes e até mesmo faz parte do entendimento sobre a fonoaudiologia de muitos profissionais do campo da saúde. Na verdade, esta é uma constatação empírica, embasada apenas na experiência clínica, onde efetivamos um

certo direcionamento da escuta dos dizeres que definem o que é a fonoaudiologia. Este enunciado, mesmo sendo comum na fala do que se chama de “leigos”, não está longe de representar o que efetivamente se propõe a terapêutica fonoaudiológica. Por não termos feito uma análise discursiva deste enunciado, não podemos aprofundar maiores conclusões a respeito de seus efeitos de sentidos; entretanto, podemos afirmar que o *ensinar* tem um sentido muito forte na constituição e no funcionamento do discurso fonoaudiológico. Na construção do processo de análise do recorte Terapêutica Fonoaudiológica, o reconhecimento do DP no discurso fonoaudiológico tornava-se cada vez mais claro. Podemos dizer que, em muitos momentos, ocorria uma sobreposição do pedagógico ao terapêutico, o que nos levou a questionar sobre que encadeamentos de sentidos levavam a esta forma de estruturação do discurso fonoaudiológico, quando se tratava da sua terapêutica. Arraigado a um processo de historicização que, desde os primórdios, vinculava a fonoaudiologia à questão do ensino, havia subjacente uma concepção de linguagem como um objeto de conhecimento. Nesta perspectiva, teríamos, no bojo da questão, um sujeito epistêmico que, aprendendo a linguagem, adquire um domínio individual sobre ela. Teríamos um sujeito dono do seu dizer, detentor de um controle pleno sobre sua fala e uma linguagem passível de ser controlada pelo sujeito. O princípio que rege esta visão da relação sujeito-linguagem é a noção de *transparência da linguagem*. O fato da fonoaudiologia tomar os sentidos como algo dado a priori foi uma constante nas análises discursivas que realizamos.

Na instância da avaliação, almeja-se *saber* que distúrbio apresenta o paciente, partindo-se do pressuposto que este *nome* dará conta de explicar tudo o que está acontecendo com esta linguagem que falha. Falha ou falta, porque não está em seu *estado normal*, falha porque está *doente*. Quando chegamos à etapa dos procedimentos

que levam à direção da cura, novamente encontramos um imaginário de que os sentidos são transparentes. O terapeuta solicita ao paciente que nomeie, que diga a cor, o tamanho, que descreva características, que repita, que imite; corrige-se seus erros; pede-se cooperação, etc. Constrói-se um plano de tratamento onde se organizam os passos pelos quais o paciente deve passar conforme vai dominando os “conteúdos” que estão sendo enfocados na terapia. Trabalha-se, partindo-se de uma forma de hierarquização, pois pressupõe-se que a linguagem é fruto de um acúmulo de conhecimentos, hierarquicamente adquiridos. Neste sentido, concordamos com Balieiro<sup>103</sup> (2000) que, ao retratar em sua tese um processo terapêutico fonoaudiológico em que propõe a construção de um livro com crianças surdas, refere que, quando não se está buscando remediar ou corrigir, pouco vale buscar nos textos produzidos pelas crianças surdas as regularidades ou as irregularidades de suas produções; o que está em questão são os processos de constituição dos sentidos.

Sobre esta temática também nos fala Surreaux:

“O que parece mais difícil ao fonoaudiólogo é buscar possibilidades de significação num contexto discursivo mais amplo, em que as certezas, as garantias, são menores” (SURREAUX, 2000 p. 78).

A clínica fonoaudiológica está emaranhada a todas estas possibilidades de leitura a cerca da linguagem. Reconhecemos que uma “virada” neste panorama somente é possível pelo deslocamento de saberes cristalizados e naturalizados que são reproduzidos sem questionamentos, ou seja, através de muita teorização, muita reflexão onde é necessário sobretudo um desejo de se desacomodar destas garantias e certezas. Apontamos também, no decorrer do trabalho, que muitas produções teóricas estão, já há

---

<sup>103</sup> Clay Rienzo Balieiro é fonoaudióloga, doutora pela Escola paulista de medicina - Universidade Federal de São Paulo.

algum tempo, sendo produzidas, no sentido de fazer tais reflexões e questionamentos, constituindo um movimento representado por diferentes filiações teóricas.

No que tange às reflexões que propomos sobre a noção de linguagem, buscamos na teoria *interacionista* de aquisição de linguagem, proposta no Brasil por Claudia G. Lemos, uma interlocução frutífera que nos permite avançar numa alternativa às leituras que levantamos aqui, presentes, de um modo geral, no discurso fonoaudiológico. Pretendemos, ao apresentar alguns pressupostos desta teoria, que certamente serão insuficientes, tendo em vista sua complexidade, viabilizar uma outra proposta, que dê conta do entendimento de que a linguagem não pode ser ensinada. O trabalho desta autora aborda a aquisição de linguagem, fundamentando-se em teóricos da lingüística, como Saussure e Jakobson, na psicanálise, mais especificamente em Lacan, e na releitura que este fez do trabalho desses teóricos. A mesma se propõe a um estudo diacrônico do processo de aquisição da linguagem por parte da criança. C. Lemos parte para sua teorização de um estudo que desse conta dos chamados “erros”<sup>104</sup> que a criança comete quando está adquirindo a linguagem. Estes “erros” a desafiavam pelo caráter inconstante que possuíam, o que para ela indicava a impossibilidade da linguagem ser fruto de um processo de aprendizagem da língua. Não era pela apreensão de um modelo que a criança estruturava sua linguagem/ língua. Através de uma análise aprofundada dos “erros” e de suas auto-correções por parte da criança, foi possível ver que estes na verdade evidenciavam o funcionamento da língua. Para Lemos (1999), o desenvolvimento lingüístico é normalmente visto como o processo de aprender ou construir o conhecimento exigido para que a criança desenvolva sua língua nativa, o que implica tomar a linguagem como algo cujas propriedades podem ser obtidas por meio de uma série ordenada de processos reorganizacionais. Para a autora, as pesquisas de

aquisição de linguagem que desejam identificar estágios progressivos e lineares do seu desenvolvimento, partindo da idéia de estágios de conhecimento, têm tido que encarar a impossibilidade de dar conta da linguagem como tal. A criança, obviamente, não adquire primeiro os fonemas para depois desenvolver o léxico, ou a semântica precede a aquisição da sintaxe, etc. A fala da criança possui um caráter heterogêneo e altamente imprevisível, o que leva a autora afirmar que enunciados fragmentados, “erros” e tudo que poderia aparentemente indicar uma falta de conhecimento lingüístico não pode ser ensinado para a criança.

Calil<sup>105</sup> (1998) diz que a relação sujeito e linguagem, no processo de aquisição da mesma, somente pode ser pensado se se conceber uma instância simbólica em que o outro (adulto), já sob efeito do funcionamento lingüístico–discursivo, interpreta o gesto, o olhar, a fala, o movimento da criança, situando-a numa rede de significações. Será este movimento interpretativo que dará forma e sentido às produções iniciais da criança, o que permite que ela saia da “posição de interpretada pela fala do outro”, que atua em sua fala, para uma posição em que é a língua enquanto Outro, que a desloca e ressignifica.

Lemos (1999) postula que a aquisição da linguagem não implica uma aprendizagem; trata-se de mudanças conseqüentes à captura da criança pelo funcionamento da língua que a coloca em uma estrutura. Nesta estrutura, temos o outro, que comparece como instância representativa da língua, a própria língua em seu funcionamento e a criança, como sujeito falante. Nesta estrutura, também se move o

---

<sup>104</sup> O termo “erros” está posto entre aspas, em função de a autora não acreditar que realmente tratem-se de erros, de falhas, mas de sinais da estruturação da língua. No entanto, era desta forma que eram tomados pelos estudos de aquisição de linguagem.

<sup>105</sup> Eduardo Calil de Oliveira é lingüista, professor-doutor da Universidade Federal de Alagoas, dedica-se ao estudo da aquisição da linguagem escrita. Inscreve suas produções teóricas tanto nos pressupostos de Lemos, em aquisição de linguagem, como na análise do discurso.

adulto, submetido ao funcionamento da língua. A partir deste ponto de vista, a autora afirma:

“ ... “a experiência com a própria linguagem” implica uma *interação*, mas ao mesmo tempo é *incompatível* com uma noção de *comunicação* que se assente no acesso direto às intenções e significados do outro e de si mesmo”. ( LEMOS, 1998 p. 167) (grifos meus).

Podemos ver neste momento que há um ponto de convergência<sup>106</sup> entre a teorização que estamos expondo e aquela proposta pela Análise do Discurso: ambas partem de um pressuposto básico: os sentidos não são acessíveis diretamente, rompendo com a ilusão de que a linguagem é estável, homogênea, completa.

Milner (1987) afirma que “tudo não se diz”, que há um impossível a dizer; o todo representado pela língua comporta o não-todo. O autor parte de uma formulação de Lacan, que diz que a verdade não se diz toda porque faltam palavras. A noção psicanalítica de real<sup>107</sup> passa a abarcar os estudos sobre a língua. No Âmbito da AD, o “impossível” passa a ser inscrito na ordem da língua, abrindo-se espaço para a ausência, o defeito, a imperfeição (Leandro Ferreira, 2000). Esta noção desloca o ideal de completude e de transparência da linguagem, postulado pela lingüística. Tal fato determina um outro deslocamento, o do sujeito “ dono do seu dizer”. Se a língua opera com o *impossível*, o sujeito passa a estar incontestavelmente à mercê de sua própria fala e de seus equívocos. O que podemos inferir é que ambas as teorizações acreditam que a opacidade, as falhas, o equívoco são constitutivos da língua. Para AD, segundo Leandro

---

<sup>106</sup> Gostaríamos de ressaltar que estamos demarcando bem um determinado ponto de convergência teórica, não estamos propondo nenhuma outra aproximação por acreditarmos que são teorias que partem de pressupostos bastantes diferentes, sendo teorias com objetos diversos.

<sup>107</sup> O conceito de **real** é extremamente difícil de ser operacionalizado, justamente por se tratar de uma noção que sintetiza o que não é representável. Designa um dos três registros essenciais do campo da psicanálise, só pode ser definido em relação ao simbólico e no imaginário. Segundo Laplanche e Pontalis (1992), o real é o impossível, aquilo que não pode ser simbolizado pela palavra ou pela escrita e, por consequência, não cessa de não se inscrever. O impossível de dizer ( e de não dizer) é representado pelo termo *alíngua*, sustentando a tese de que a língua é não-toda.

Ferreira ( op. cit.), a falha, a fissura, o deslizamento não são índices negativos, mas lugares de resistência, lugares do impossível, não tão impossível, e do não sentido que faz sentido.

Dentro desta perspectiva, há uma questão desenvolvida pela AD que julgamos pertinente para esta reflexão. Trata-se da oposição entre *organização* e *ordem da língua*. Orlandi ( 1996 b) propõe uma diferenciação entre estas duas instâncias, reconhecendo, no entanto, que existe uma relação entre elas. A organização da língua, enquanto um ordenamento formado por oposições e regras, passa a compor a *materialidade da língua*. Deste modo, a organização da língua deixa de ser o foco de interesse enquanto tal, passando a ser relevante para a compreensão dos mecanismos de produção de sentidos. Considera-se, então, a existência de uma outra ordem: a *ordem da língua*. Esta é tomada como um sistema signifiante que possui uma materialidade, é o espaço da constituição dos sentidos onde encontramos a possibilidade do equívoco, sendo a língua pensada como um corpo atravessado por falhas, submetido à irrupção interna da falta ( Pêcheux, 1998).

Ultrapassando a noção de organização e alcançando a ordem da língua, a AD opera com a *ordem do discurso*, em que o sujeito se define pela sua relação com um sistema signifiante investido de sentidos, sua espessura material e historicidade. Uma ordem simbólica que inclui o histórico e o ideológico.

Podemos pensar, à luz desta reflexão, que a fonoaudiologia, tal como mostram as análises, tende a centrar seu fazer terapêutico no âmbito da *organização da língua*. O que está em jogo, no processo de cura, é o entendimento de que o paciente deve “dominar bem” a sistematicidade da língua, suas regras e combinações. Quando propomos que o fonoaudiólogo possa abarcar a *escuta* na sua clínica, estamos propondo, na verdade, que a clínica fonoaudiológica opere também com a *ordem da língua*. Neste

sentido, a fonoaudiologia não abrirá mão da materialidade da organização da língua, mas esta forma material deixará de ser restrita às regularidades, abrangendo a não-literalidade dos sentidos, seus deslizamentos, falhas e faltas. Intervindo no espaço da *organização da língua*, a fonoaudiologia não permite que sua terapêutica seja afetada pelo *real da língua*.

Torna-se importante neste momento esclarecermos também que estamos diante de possibilidades diferentes de *escuta* intervindo na clínica fonoaudiológica. Temos a escuta clínica daquilo que não funciona, do que rompe com o regular e com o lingüísticamente “possível”, dos erros e das dificuldades. Em contrapartida, estamos propondo uma *escuta* que transcenda à organização e possa aceder à ordem da língua. Teremos, desta forma, uma *escuta* que contemple um sujeito desejante, uma língua constituída pela falta, o que nos leva nos distanciar de uma clínica que visa “pedagogizar” a linguagem.

Apoiamo-nos nestes pressupostos teóricos porque entendemos que muito eles têm a oferecer à fonoaudiologia, enquanto uma clínica que lida com o que *falha/falta* na linguagem. Uma clínica que inscreve sua terapêutica na lógica de que é possível ensinar a linguagem, de que esta função instrumental está alocada na mente e que todo desvio da sua *previsibilidade* deve ser *reeducado*. O que sai do previsível, do esperado cronologicamente, o que foge das pautas de desenvolvimento lingüístico é enquadrado como sendo da ordem do patológico. Este patológico que, aparentemente, estaria longe do processo ensino/aprendizagem, é aproximado no discurso fonoaudiológico.

A fonoaudiologia necessita ressignificar a concepção e o lugar da linguagem em sua clínica. Enquanto tomá-la como equivalente à comunicação, à fala, a instrumento, manterá sua terapêutica no campo do ensino e da organização da língua. Continuará diagnosticando, baseando-se na mensuração da distância que o sujeito manifesta em



relação a uma média. Média que foi construída a partir de uma população formada por sujeitos educados segundo o ideal cognitivo de uma sociedade industrial; um paradigma de adaptação social.

Na busca de uma *terapêutica da linguagem*, a fonoaudiologia precisa distanciar-se da visão estandarizada que tem sobre a mesma. Uma visão que determina o normal e o patológico, mas nada produz a partir disto. Neste ponto é que vemos as possibilidades de contribuição e de interlocução da fonoaudiologia com a teoria *interacionista* de aquisição de linguagem, de C. Lemos e seu grupo de pesquisadores. Para que se possa entender a linguagem considerada desviante, é fundamental que se pense sobre como a linguagem se desenvolve. Para Lemos, o sujeito adquire sua linguagem através da interação com o outro enquanto um já-falante; este outro adquire um lugar estruturante nesta relação. O outro não é um indivíduo empírico, da ordem da individualidade; deve ser considerado “a partir de sua posição subjetiva” (Arantes & Lier-De Vitto, 1997). Para a fonoaudiologia, o outro representa um modelo, um provedor de informações, sua fala é conhecimento; os efeitos da fala do outro na criança e vice-versa, são nesta perspectiva, previsíveis.

Em Lemos (1998), associada à noção de interação está a de interpretação; compreendida na idéia de resignificação/restrrição. Os fragmentos dispersos e indeterminados da fala da criança vão ser restringidos e resignificados quando articulados numa cadeia significativa da língua constituída. A fala da criança que está adquirindo a linguagem é submetida constantemente ao funcionamento metafórico e metonímico na fala do adulto e ali ganha determinação: posição estrutural e sentido.

Esta concepção a cerca do lugar do outro, do funcionamento da língua, dentro de uma perspectiva estruturante, abala completamente a noção de sujeito epistêmico, de linguagem transparente, de aprendizado da linguagem, etc. O fonoaudiólogo deixa de

ser um modelo do bem dizer e passa a ter, enquanto um adulto já-falante, um lugar de destaque na relação terapêutica com crianças. Um lugar que não é o mesmo de qualquer adulto, é uma posição onde se encontra em jogo os fenômenos transferenciais. Entra em jogo, na cena clínica ( e fora dela), algo que no nosso entendimento representa uma ação terapêutica: a *interpretação*. A interpretação na clínica fonoaudiológica tem a sua especificidade, não é qualquer uma e não é a mesma da psicanálise<sup>108</sup>. É como diz Arantes & Lier-De Vitto:

“... interpretação na fonoaudiologia deve “quebrar” o que aprisiona o sujeito em seu sintoma na linguagem para que possa voltar a passar pela linguagem do outro, pela perspectiva estruturante dessa fala”. ( ARANTES & LIER-DE VITTO, 1997, p. 71)

O fonoaudiólogo necessita diferenciar-se de uma série de outras funções que se agregam ao seu fazer, a saber, o médico, o paramédico, o pedagogo, o professor. Sabemos que, no campo do terapêutico, o fonoaudiólogo enquanto profissional de uma especialidade clínica, fará indicações, orientações, sendo a clínica também um espaço onde está inscrita a *transmissão de saber*. Quando afirmamos que o fonoaudiólogo *não* é aquele que *ensina a falar*, estamos reivindicando que seu fazer não se constitua como uma ação pedagógica. Entendemos que, em qualquer campo terapêutico, está implicado um *ato educativo*, que diferenciamos de *ação pedagógica*.

Lajonquière<sup>109</sup> (1999) faz uma disjunção que vemos como interessante e oportuna nesta discussão. Segundo ele, um *ato educativo* refere-se a efeitos subjetivantes ou formativos derivados para a criança (ou adulto) de sua relação com os outros. Já uma

---

<sup>108</sup> Segundo Arantes e Lier-De-Vitto (1997), a interpretação analítica “abre”, a da proposta interacionista “restringe”, sendo esta diferenciação crucial na demarcação de territórios.

<sup>109</sup> Leandro de Lajonquière é psicanalista, Doutor em Educação pela UNICAMP. É professor do depto. de Filosofia e Ciências da Educação da USP.

ação no campo pedagógico requer um conjunto de saberes positivos sobre os meios e os fins da educação.

Hohendorff<sup>110</sup> (1999) vai mais além, diferenciando primeiramente *ato* de *ação*. Baseando-se nos pressupostos lacanianos a cerca do *ato*, a autora refere que o *ato* coloca em causa o sujeito do inconsciente; no ato, seja ele qual for, o importante é o que lhe escapa. Deste modo, o *ato educativo* produz um reposicionamento do sujeito em relação ao seu desejo e em relação ao conhecimento. O *ato educativo* difere da *ação pedagógica*, no sentido de que seus efeitos subjetivos irão incidir sobre o sujeito do conhecimento, mas esta não é uma resposta possível de ser controlada, prevista, como no caso de uma ação pedagógica.

O que estamos afirmando é que não negamos o componente *educativo* que está em jogo na clínica fonoaudiológica. Por isso, acreditamos que existe uma *transmissão*: um saber que não pode ser medido, quantificado, metodologicamente reproduzido. O espaço da *transmissão* só é acessível através de seus efeitos que são sempre da ordem do singular, operando desta forma um limite ao saber pedagógico (Hohendorff, 1999).

Nossos procedimentos analíticos, no campo do discurso fonoaudiológico, apontaram para uma significativa articulação entre o fazer terapêutico e o fazer pedagógico. Em alguns momentos, verificamos inclusive uma sobreposição do pedagógico sobre o campo terapêutico. Por isto, se fez necessário distinguirmos o que é do campo terapêutico, e incluímos neste campo o *ato educativo* e o que é e deve ser particular do *campo pedagógico*. É fundamental que tais terrenos possam estar bem diferenciados, pois é tentador cair numa espécie de *bricolage*, um certo ecletismo de intervenções que se misturam no processo terapêutico e levam a uma não-distinção sobre que pressupostos permeiam este processo.

---

<sup>110</sup> Carla Maria von Hohendorff é membro da associação psicanalítica de Porto Alegre ( APPOA).

Vale aqui lembrarmos a história de Vitor, o selvagem menino lobo que sofreu a primeira tentativa de reeducação científica da história (1799). Durante um longo tempo, foi efetivado pelo Dr. Itard um trabalho rigorosamente planejado com o menino, visando sociabilizá-lo. O fracasso do Dr. Itard não é atribuído ao seu método. As poucas palavras que Vitor aprendeu, bem como os singelos jogos pueris que passou a fazer, foram frutos de sua primária, banal e nada científica relação com a governanta (Jerusalinsky, 1999). Resgatamos este fato histórico para marcarmos que o que viabilizou que este menino pudesse construir algo da ordem do simbólico não foi sua planejada e rigorosa reeducação, mas as trocas subjetivas e estruturantes que teve com o outro. O trabalho do médico partia de um imperativo: fale, seja educado, sociabilize-se. Os cuidados da governanta, por outro lado, convocavam-no a partir de uma demanda advinda da função materna. Os efeitos da *ação pedagógica* com Vitor fracassaram; os efeitos do *ato educativo* transformaram-se em palavras.

Há uma questão dentro desta temática que acreditamos estar latente: o fato da fonoaudiologia desconsiderar em seu processo terapêutico o *desejo*. Do diagnóstico ao tratamento, vimos que há um saber *técnico-científico* que dá ao fonoaudiólogo um grande poder de decisão sobre os procedimentos que levam à cura. A participação do paciente enquanto sujeito do discurso e “produtor” de sentidos torna-se bastante insignificante nas intervenções clínicas. Partilhamos a visão de Lajonquière (1999) que diz que o desejo não pode virar objeto de projeto pedagógico algum. Reconhecer o desejo, implica considerar a ordem do inconsciente, ou seja, o não-dito, o implícito, o sublimado, etc.

A terapêutica fonoaudiológica não pode ser somente um lugar de fala, mas sobretudo de escuta. Este espaço terapêutico necessita adquirir, ao invés de garantias e certezas, uma mobilidade que alcance lugares por conhecer, espaços vazios que venham

a ser preenchidos pelo desdobramento desejante do paciente. Mas para dar lugar ao vazio, ao não saber, tem que haver uma série de renúncias. Renúncia à onipotência do saber científico, à suficiência da técnica, ao poder do terapeuta. Poder este que, conforme já abordamos, é constitutivo da relação terapêutica. Quando uma família busca atendimento para seu filho ou quando um adulto pretende iniciar algum tipo de terapia, a este profissional eleito é atribuído um poder: o poder da cura. Levin<sup>111</sup> (1999), ao tratar da transferência na clínica psicomotora, afirma:

“Toda terapia... realiza-se graças à transferência, apesar da transferência. Graças à transferência, pois ela atua, aciona como repetição inconsciente, quer dizer que, graças a ela, vamos poder intervir... Caso contrário, se isso não ocorresse cairíamos como bem diz Sami Ali, nas técnicas padronizadas ( da ordem do reeducativo) que não consideram os fenômenos transferenciais” ( LEVIN, 1999, p. 204).

Não podemos falar de desejo sem falar no fenômeno da transferência e o contrário torna-se verdadeiro. Clinicar considerando este fenômeno é, ao mesmo tempo, colocar-se no lugar de quem pode curar e abandonar este lugar no qual está enredado. É um constante exercício de desalojamento do saber.

O desejo a que estamos nos referindo não é aquele da vontade e do querer que temperam nosso cotidiano. A realidade do desejo não é material; é psíquica. A teoria Lacaniana pressupõe que o desejo aparece intrinsecamente ligado a uma falta, falta que nenhum objeto pode preencher por não ser esta do registro da necessidade. O objeto faltante é eternamente perdido e eternamente buscado. Lidar com este desejo na clínica é considerar que há sempre um não-saber, um novo, um vazio e uma busca. Isto faz com que se tenha constantemente a idéia de que há espaços que não se pode preencher com a técnica, com o saber científico. Haverá ditos e não-ditos nas entrevistas iniciais, aos

---

<sup>111</sup> Esteban Levin é psicanalista e psicomotricista; trabalha no Centro Lydia Coriat de Buenos Aires.

quais, mesmo através de um longo processo terapêutico, o terapeuta não terá acesso. Haverá dúvidas ou contradições no estabelecimento do diagnóstico, que talvez jamais sejam resolvidas. No processo terapêutico, não se terá uma série de aquisições sucessivas, uma evolução pautada pela linearidade. Muitas vezes haverá involução, aquisições não esperadas, boicotes por parte da família, que supostamente estava tão bem “vinculada”, e um conjunto de situações não planejadas que levam à pergunta: por que o paciente não evolui como se espera? O mais interessante é que, na grande maioria das vezes, a resposta para esta questão é atribuída a algo que está no paciente e nunca na terapêutica.

O que estamos pleiteando não é o abandono das técnicas e do saber específico onde a fonoaudiologia se inscreve. Queremos justamente a construção de uma clínica onde os saberes da fonoaudiologia possam ganhar sua própria especificidade. Vimos até aqui que o discurso fonoaudiológico tende a conceber que as técnicas dirigidas à cura das patologias são tidas como o que fundamentalmente determina a terapêutica. A fonoaudiologia, ao tomar o sujeito das teorias psicológicas, que pressupõem sua unicidade e homogeneidade, ao mesmo tempo, toma a visão sujeito-doença da medicina e, aliada a esta, a do sujeito-aluno da pedagogia. Ambos, no âmbito da terapêutica, precisam aprender um modelo normatizado de linguagem. O fonoaudiólogo, desta forma, trabalha com o preceito básico da pedagogia que é a universalização.

A família, principalmente quando se trata do tratamento de crianças, deve ser devidamente “orientada”, pois irá “reforçar” os “ensinamentos” do terapeuta em casa. Não só o paciente está submetido a uma terapêutica pedagogizante, sua família também. Na entrevista inicial, a família é tomada como informante, depois é receptora do saber do terapeuta. Nem o sujeito, nem sua família são situados no tratamento como produtores de sentido; são reprodutores do saber do terapeuta. Segundo Passos (1996),

esta postura desvaloriza a importância da relação família-terapeuta, pois a terapêutica não potencializa um campo de expressão das angústias dos pais como um encontro de intersubjetividades, o que representa o vetor primordial do fazer clínico.

O caminho da construção de uma clínica efetivamente própria, que não seja calcada nem no modelo médico nem na ação pedagógica, implica uma outra singularização: a do sujeito dessa clínica. Significa dispor da técnica, do conhecimento específico para viabilizar a constituição de um sujeito que tem a permissão de criar em sua linguagem. Por isso, a intervenção fonoaudiológica deve ser propulsora, instigante, deve oferecer ferramentas para a criatividade, a simbolização, o imprevisível, etc. Uma clínica que não vise apenas a corrigir defeitos, erros, pois, como diz Lemos (1995), os erros não fazem questão sobre o sujeito. Sujeito que se constitui e é constituído na linguagem, seu dizer está irremediavelmente ligado à sua história de vida, à sua inserção social, pois o homem, mesmo antes de falar, é falado.

Os “erros” na fonoaudiologia incluem os sons, as sílabas ou as palavras que faltam; as inversões, as distorções, as substituições, as hesitações; a não-compreensão, a não-expressão, a lentidão, o apagamento, o mau posicionamento, o silenciamento. É sobre estes “erros” que se localiza a escuta (ou a surdez?) do terapeuta fonoaudiólogo. Os recursos terapêuticos empenham-se na direção de uma certa assepsia da linguagem do paciente, baseando-se na exercitação, na repetição, no treino de funções e, para alcançar a tão desejada automatização, estes recursos valem-se de segmentos de fala previamente preparados, centrados num contexto que propicie a estimulação de um elemento “alvo”. Sendo assim, tais exercícios partem de algo que muitas vezes não faz sentido para o paciente, pois ele não se sente implicado nestas construções lingüísticas.

A clínica fonoaudiológica aprisiona o movimento dos sentidos e as possibilidades de dizer. Como afirma Lier-De Vitto (1998), ao adquirir a linguagem, o

sujeito não se encontra diante dela; tem-se um sujeito submetido à lei do funcionamento da linguagem, que não possui distância cognitiva para selecionar elementos de um “código”. Estar submetido não significa ter controle, domínio. Trata-se de um sujeito/intérprete, assujeitado às redes do funcionamento lingüístico-discursivo. Para uma criança vir a falar o mundo que a cerca, a cultura não lhe oferece fonemas, sílabas, palavras, etc. O sujeito está imerso na interdiscursividade, numa trama que, através do outro, passa a fazer sentido.

Conforme Sobrino (1996), a clínica pode ser uma reedição sem fim da verdade - do sentido único - ou então ser um mergulho no inédito. Lembremos que todo dizer adquire sentido nas palavras do outro. Pensamos que a fonoaudiologia não pode perder de vista seu objeto que são os desvios na estruturação da linguagem; no entanto, é necessário que a direção da cura não seja uma submissão a um saber a ser apreendido. É necessário um lugar para a *interpretação* e não somente para a reprodução dos sentidos. Partilhamos da proposta de Mancopes (2001) quando a autora refere a interpretação como uma ferramenta de trabalho que deve ganhar especificidade na fonoaudiologia, abrindo-se espaço para um gesto clínico que desloca sentidos e transcende a materialidade da língua ( enquanto organização). Acreditamos que, ao conceber, antes de tudo, a existência de um *Sujeito* na clínica, a ação terapêutica precisa operar um *vazio de saber*, para que o sujeito busque o seu próprio saber acerca do saber do Outro.

Um fato clínico bastante interessante pode servir para demarcarmos o que estamos propondo. Há alguns anos atrás, atendi um menino de oito anos que chegou encaminhado pela escola por apresentar “trocas na fala e na escrita”. Seu nome é *Cael*. Sua mãe, na entrevista inicial, entre outras questões sobre seu desenvolvimento, conta sobre uma cirurgia de coração que fez quando era bem pequeno, devido a um problema



genético, o que leva o menino sistematicamente a fazer exames de controle. Durante meses, trabalhei com Cael o processo fonológico que mais tornava difícil o entendimento de sua fala; a troca de /k/ por /t/<sup>112</sup>. Todos os recursos terapêuticos que, no meu entendimento, poderiam ser usados, haviam sido disponibilizados. E o menino continuava pronunciando seu nome: *Tael*.

Um dia, cansada desta repetição técnica ( se eu estava cansada, imagine-se o menino!), resolvi mudar a “estratégia” me propondo a conversar com este garoto. Deixei, durante um tempo, de ver na sua fala somente /k/ por /t/, ou seja, o que estava “errado”, o que não funcionava, e passei a escutá-lo desde um outro lugar; passei a situá-lo num jogo discursivo que põe em cena não o *como fala* mas o *que fala*. Um dia, Cael convidou-me para brincar de médico, eu iria consultar com ele. A cena clínica se desenrolava e ele ia dizendo o que eu devia falar ao médico; que estava muito doente, que tinha problema no coração, dores, etc. O médico me respondia que eu teria que me operar. Perguntei ao médico: “o que é isto, operar?” E o menino então me mostrou uma cicatriz que divide ao meio seu tórax, dizendo: “isto é uma operação”. Este assunto se estendeu durante muitas sessões nas brincadeiras de médico e paciente. Em uma dessas sessões, durante a brincadeira, surpreendentemente ele me perguntou: “como era mesmo que eu tinha que fazer para dizer *toração*?” Neste momento, entendi porque era tão difícil para ele dizer aquele fonema que iniciava palavras tão difíceis na sua história de vida. A partir daí, era ele quem demandava o modo “correto” de falar, possível somente depois que se libertou de algo que o aprisionava e o fazia sofrer.

Que técnica deu conta deste deslocamento? Difícil precisar; podemos dizer que certamente não foi aquela do posicionamento lingual ou aquela que visa dar informações cinestésicas da região gutural onde se dá a produção do fonema /k/. Para

---

<sup>112</sup> Processo Fonológico de substituição, denominado de Anteriorização (Yavas, 1992).

um outro caso, numa outra situação, poderia ser que somente estas técnicas dessem conta do que estava alterado na fala. Por isso, viemos pontuando, ao longo de todo o trabalho, que um sujeito no campo terapêutico, não pode ser universalizado (como pressupõe uma ação pedagógica), sob o risco de que seja apagado, enquanto tal, na clínica.

Este recorte de um processo terapêutico evidencia o quanto paciente e terapeuta estão à mercê das subversões da linguagem, sujeitos ao equívoco, às falhas, pois não se pode dizer tudo. Estão expostos, portanto, a um incessante não-saber. Na cena clínica, não se pode buscar o sentido literal, único; é preciso, fundamentalmente, levar em conta as condições de produção, a história particular de cada paciente e o seu desejo, como a base na determinação dos sentidos. Enquanto na terapia com Cael prevaleceu o desejo da terapeuta, do bem dizer, da normatização, nada do sujeito-paciente pôde aparecer. Foi quando este irrompe com seu saber, seus medos e, principalmente, com seu desejo, é que a almejada “cura” pôde ser vista. Ser terapeuta é ser como diz o ditado “ser um pouco de tudo” no sentido de que, como diz Baggio e Barembliit (1997), é preciso suspender todas as certezas, exceto a convicção de que é a “inspiração” o que “cura”.

Nesta perspectiva, destacamos que a fonoaudiologia somente concretizará um espaço de saber e de clínica próprios, quando conseguir abarcar a dimensão do movimento imprevisível constitutivo da linguagem. Enquanto permanecer escondendo-se atrás das “garantias” que supõe que a *linguagem-doença* e a *linguagem-conhecimento* lhe dá, seguirá na necessidade de ancorar-se em *outros* discursos. Pensamos que a fonoaudiologia, enquanto um espaço teórico e clínico particular, citando Palladino (1996), “já pode tomar a palavra”, no sentido de que precisa avançar na construção de referenciais que estejam em interlocução com os demais campos de saber, sem deixar

que se caracterizem relações de aderência com estes saberes, como pudemos reconhecer com o discurso médico e o discurso pedagógico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traçamos, no desenvolver deste trabalho, um longo caminho, das primeiras intervenções educativas no Brasil às práticas terapêuticas da fonoaudiologia nos dias de hoje. Caminhada longa, mas que entendemos como necessária: mergulhar no processo de historicização da fonoaudiologia tornou-se um desafio para a compreensão de determinados sentidos, hoje considerados tão naturais, mas que carregam, inevitavelmente, as marcas desta história. Pêcheux (1997 c) diz que é pela existência do *outro*, nas sociedades e na história, que existe uma relação onde se abrem possibilidades à interpretação, o que permite que filiações históricas possam organizar-se em memórias, e as relações sociais em redes de significantes.

Fizemos um retorno aos primórdios das práticas fonoaudiológicas, explorando a passagem destas práticas do campo escolar para o contexto clínico. Uma passagem permeada por um engendramento de sentidos que buscavam a individualização do sujeito e sua normatização. Neste sentido, nos detemos no que denominamos de processo de *patologização da linguagem*, onde pudemos entender uma rede de significações que transformou os *sintomas da linguagem* em *patologias da linguagem*. Coube à fonoaudiologia diagnosticar e tratar estas patologias que afetavam a linguagem.

Tecer esta rede de significações, somente foi possível através dos procedimentos analíticos, referendados pela teoria da Análise do Discurso. Buscamos nesta teorização subsídios que nos permitisse desacomodar sentidos considerados acabados, instituídos e naturalizados.

Desde as primeiras linhas desta pesquisa, refletimos a cerca das relações histórico-discursivas possíveis da fonoaudiologia, desde antes de sua fundação, até o momento em que se instituiu como uma prática *clínico-terapêutica*. Instaure-se um novo espaço discursivo, onde sentidos de diferentes campos de saber vão construindo e

legitimando o discurso fonoaudiológico. Ao legitimar-se, através de um processo de legalização e instituição acadêmica, a fonoaudiologia “rompe” com os dois grandes campos discursivos dos quais “originou-se”: a medicina e a pedagogia. A constituição do discurso fonoaudiológico esteve sempre atrelada ao discurso médico e ao discurso pedagógico. A fonoaudiologia “nasce” quando estas duas categorias discursivas convergem em um único objetivo: a *normatização*. Segundo Canguilhem (2000), o termo “Normal” designa, no século XIX, o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. A função de normatizar, presente na fonoaudiologia desde as suas primeiras intervenções, no nosso entendimento, perpassa toda e qualquer abordagem clínica da fonoaudiologia, estando presente do diagnóstico à terapêutica fonoaudiológica. Seja pela via do modelo médico ou pela via de uma ação pedagógica, está se buscando a *normatização da linguagem*.

Vimos que o modelo médico é aquele que impera no processo diagnóstico fonoaudiológico, não poderia ser outro, pois se está buscando a identificação de uma patologia, de uma doença. Esta identificação começa a ser feita já nas primeiras palavras da família ou do paciente. O olhar e a escuta do fonoaudiólogo procuram primordialmente o que não está normal, o que falha e o que falta. Seguindo o processo de avaliação, uma hipótese diagnóstica sobre o *caso* passa a ser traçada e os resultados dos procedimentos de avaliação irão aproximar-se ou afastar-se desta hipótese, até chegar-se à definição do diagnóstico. O estabelecimento do diagnóstico que, como postula Foucault (1987), torna o indivíduo visível, é o fundamental para que se possa definir as bases da terapêutica. Sendo o processo de diagnóstico em fonoaudiologia norteado pela clínica médica, vimos também através das análises discursivas que, em muitos momentos, o discurso fonoaudiológico se mostra imbricado ao discurso médico, sendo difícil perceber as fronteiras entre estes. A fonoaudiologia vale-se do discurso

médico para sustentar a *cientificidade* dos seus procedimentos diagnósticos, atendendo à ilusão de que se dispõe de uma técnica ( Arantes, 2001).

Através do dispositivo analítico, encontramos, no *corpus* analisado, as pistas dos gestos de interpretação. Lidamos com as marcas discursivas que somente são tecidas na historicidade. Marcas discursivas que, apontaram nos recortes que analisamos, para a presença do discurso médico como o que prepondera no discurso fonoaudiológico, que trata do processo de avaliação e diagnóstico, e para a presença do discurso pedagógico, como o preponderante quando passa-se a analisar o fazer terapêutico.

Quando concluída a etapa diagnóstica, verificamos uma outra forma de aproximação do discurso fonoaudiológico com o discurso pedagógico. A terapêutica fonoaudiológica sustenta seu trabalho *técnico* nas intervenções de cunho pedagógico. O *tratar* em fonoaudiologia está na verdade encobrendo um *educar/reeducar*. O próprio discurso fonoaudiológico evidencia esta *clínica pedagogizante*, ao se retratar como uma forma de educação ou reeducação, baseando sua terapêutica em procedimentos que se constituem efetivamente numa ação pedagógica.

Este deslocamento discursivo, no entanto, não se configura como uma ruptura ou uma descontinuidade entre o momento do diagnóstico e o da intervenção terapêutica. Encontramos, na forma como a fonoaudiologia concebe a linguagem, um laço que une estas duas instâncias. A linguagem é tida como uma operação exógena ao sujeito, como um instrumento exterior que será internalizado, como uma forma de saber. Nesta perspectiva, vigora a crença na aprendizagem e no sujeito como espectador da linguagem e centro da apreensão do objeto ( Lier- De Vitto, 1998). Tal crença opera uma aproximação da linguagem com a *mente/cognição*, considerando-as como

componentes do substrato orgânico que compõe o indivíduo. A linguagem paradoxalmente está dentro e fora do indivíduo.

Será partindo da idéia de que o sujeito aprende a linguagem, que a fonoaudiologia concentrará todas as suas forças, intervindo, enquanto uma clínica que *ensina a linguagem*. Podemos dizer que sentidos do discurso pedagógico preenchem espaços que a clínica fonoaudiológica ainda não construiu.

Esta foi uma das questões que norteou todo processo de elaboração deste trabalho, tendo sido um dos “motores” de sua construção: *um fonoaudiólogo ensina a falar?* Desde o começo, acreditávamos que esta resposta era negativa. Sabíamos que tratar a linguagem implicava em ir além, pois lidávamos com o que é constitutivo do ser humano. Ser um terapeuta da ordem da linguagem, para nós, significa estabelecer um recorte na *escuta do falar* e de *quem fala*. Escutamos a linguagem em suas falhas e faltas, mas ainda assim escutamos a linguagem. É preciso, nesta terapêutica, realizar um exercício constante de abrir e restringir possibilidades de sentidos. Um *therapeutés*, ou seja, um *cuidador*, exerce este cuidar, ajudando o sujeito-paciente no dar rumo às suas significações. Repetimos: *trata-se* das significações do paciente e não do terapeuta. É isto que difere um *ato terapêutico* de uma *ação pedagógica*.

A noção de discurso que encontramos na teoria da AD fez com que pudéssemos ver a linguagem enquanto processo, interação. Ela não está pronta para ser “apresentada” ao paciente, ela será construída a partir dos sentidos que circulam na cena terapêutica. Deste modo, tomar a linguagem como dotada de incompletude e opacidade tornou-se para nós um postulado central.

Pressupúnhamos, quando iniciamos este trabalho, que saberes do campo médico e do campo pedagógico influenciavam o discurso fonoaudiológico. Contudo, não

imaginávamos que a força destes discursos fosse tão determinante da clínica em fonoaudiologia.

O caminho que escolhemos trilhar na construção deste estudo certamente não foi o mais fácil. Atravessamos uma história com pouco romantismo, onde os “acontecimentos” estavam sempre na direção da manutenção de uma ordem, do controle. Lidamos, na verdade, com fragmentos da história, fragmentos que audaciosamente nos propomos a interpretar. Mas, para esta tarefa árdua não podíamos estar sozinhos; a teoria da Análise do Discurso se tornou uma grande parceira neste movimento de interpretação.

Sabemos que é preciso dar um ponto final, concluir o que temos a dizer. Sensação de estranhamento, de que algo está faltando. Mas ficamos tranqüilos, pois sabemos que um texto nunca está pronto, nunca está acabado. Encerramos, então, mesmo que provisoriamente, através das palavras de Foucault (2000, p.128), em sua Arqueologia do Saber:

*“A linguagem parece sempre povoada pelo outro, pelo ausente, pelo distante, pelo longínquo; ela é atormentada pela ausência.”*



## BIBLIOGRAFIA

- AMORIM, A. *Fonoaudiologia geral*. Rio de Janeiro, Enelivros, 1982.
- ARANTES, L. *O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro*. In: LIER-DE VITTO, M. F. *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. 2<sup>a</sup>. Ed., São Paulo, Cortez, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Diagnóstico e clínica de linguagem*. São Paulo, PUC, 2001. Tese de Doutorado.
- \_\_\_\_\_. & LIER- DE VITTO M. F. *Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos*. Letras de Hoje, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 33, no. 2, 64-71, 1997.
- AUTHIER REVUZ, J. *Heterogeneidade mostrada e heterogeneidade constitutiva: elementos para uma abordagem do Outro no discurso*. DRLAV, Paris 1982. (tradução, não publicado).
- \_\_\_\_\_. *Heterogeneidade(s) Enunciativa(s)*. Cadernos de Estudos Lingüísticos, Campinas, no. 19, 1990.
- BAGGIO, A. & BAREMBLITT, G. A Clínica como ela é. Revista Saúde e Loucura. No. 5. São Paulo, Hucitec, 1997.
- BAKHTIN, M. ( VOLOCHÍNOV) *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo, Hucitec, 1998.
- BALIEIRO, C. R. *Vamos publicar um livro? A pessoa deficiente auditiva e a escrita na clínica fonoaudiológica*. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana: Campo Fonoaudiológico. UFSP, 2000, Tese de Doutorado.
- BAREMBLITT, G. Por una nueva clínica para el poliverso “ psy”. *Revista Saúde e Loucura*. No. 5. São Paulo, Hucitec, 1997.

- BENVENISTE, Emile. *Problemas de Lingüística Geral I*. 4<sup>o</sup>. ed. Campinas, Pontes, 1995.
- BERBERIAN, A. *Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico*. São Paulo, Plexus, 1995.
- CALIL, E. Autoria como movimento de escuta. In: Cabral, L. G. & GORSKY, E. (org.) *Lingüística e ensino: reflexões para prática pedagógica da língua materna*. Florianópolis, Insular, 1998.
- CAMPOS, R H. F. *Em Busca de um modelo teórico para o estudo da história da psicologia no contexto sócio-cultural*. In: Coletâneas da ANPEPP, vol. 1, número 15, p. 125-145, set. 1996.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2000.
- CAPPELLETTI, I. F. *Fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre seus fundamentos*. São Paulo, Cortez, 1985.
- CAZARIN, E. A. *Heterogeneidade discursiva: relações e efeitos de sentido instaurados pela inserção do discurso–outro no discurso político de L. I. Lula da Silva*. Ijuí, Ed. Unijuí, 1998.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. São Paulo, Cortez, 1989.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: o poder e a impotência do discurso médico*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- COIMBRA, C. *Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro, Oficina do Autor, 1995.
- COURTINE, J. J. O chapéu de Clémentis. Observações sobre a memória e o esquecimento na enunciação do discurso político. In: INDURSKY, F. &

LEANDRO FERREIRA, M. C. (orgs.) *Os múltiplos territórios da Análise do Discurso*. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1999. (col. Ensaios, 12).

\_\_\_\_\_. Analyse du discours politique. Revue *Langages*, Larousse n. 15, Paris, jun. 1981.

\_\_\_\_\_. Définition d'orientations théoriques et méthodologiques en analyse de discours. *Philosophiques*, Paris, v. 10, n. 2, 1984.

CRITELLI, D.C. O Falar da linguagem. In: OLIVEIRA, S., PARLATO E., RABELLO, S. (orgs.) *O Falar da linguagem*. São Paulo, Lovise, 1996.

ENGUIITA, M. *A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

\_\_\_\_\_. *A ambiguidade da docência: entre o profissionalismo e a proletarização*. Teoria e Educação. Porto Alegre, Panorâmica, n. 4, 1991.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, L. (org.) *O fonoaudiólogo e a escola*. São Paulo, Summus, 1991.

\_\_\_\_\_. *A avaliação da voz: o sentido poderia ser outro?* In: FERREIRA (org.) Um pouco de nós sobre voz. Barueri, Pró-Fono Divisão Editorial, 1992.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. 6ª. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2000.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da clínica*. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 22ª. ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 1987.

- FREUD, S. *Inibições, sintomas e ansiedade*. Obras Completas. Edição Standart. Rio de Janeiro, Imago, v. 20 (1925-1926), 1969.
- GALLO, S. L. *Discurso da escrita e ensino*. Campinas, São Paulo, Ed. da Unicamp, 1992.
- GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. 13ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996.
- GUIMARÃES, E. *Os limites do sentido: um estudo histórico e enunciativo da linguagem*. Campinas, Pontes, 1995.
- HENRY, P. A História não existe? In: ORLANDI, E. (org.) *Gestos de Leitura*. 2ª. ed. Campinas, Ed. da UNICAMP, 1997.
- HOHENDORFF, M. C. Cultura é aquilo que fica de tudo que se esquece. In: *Psicanálise e educação: uma transmissão possível*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA, no. 16, 1999.
- INDURSKY, F. A Análise do Discurso e sua inserção no campo das ciências da linguagem. *Cadernos do IL*, Porto Alegre, Instituto de Letras – UFRGS, n. 20 p. 7-21 dez. de 1998.
- \_\_\_\_\_. De ocupação a invasão: efeitos de sentido no discurso do/sobre o MST. In: INDURSKY, F. & LEANDRO FERREIRA, M. C. (org.). *Os Múltiplos Territórios da Análise do Discurso*. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1999 (Col. Ensaio, 12).
- \_\_\_\_\_. A fragmentação do sujeito em análise do discurso. In: INDURSKY, F. & CAMPOS, M. C. *Discurso, Memória, Identidade*. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 2000. (Col. Ensaio, 15).
- JANUZZI, G. *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*. 2ª. ed. São Paulo Ed. Autores Associados, 1992.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. 2<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1999.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, edição de março-abril de 2001.

LAJONQUIÈRE, L. Freud, a educação e as ilusões (psico) pedagógicas. In: *Psicanálise e educação: uma transmissão possível*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA, n. 16, 1999.

LAPLANCHE & PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

LEANDRO FERREIRA, M. C. *Da ambigüidade ao equívoco: a resistência da língua no limite da sintaxe e do discurso*. Porto Alegre, Ed. Universidade, UFRGS, 2000.

LEMOS, C. *A fala da criança como interpretação: uma análise das teorias em aquisição de linguagem*. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 30, n. 4, EDIPUCRS, 1995.

\_\_\_\_\_. *Os processos metafóricos e metonímicos como mecanismos de mudança*. Substratum: Temas Fundamentais em Psicologia e Educação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

\_\_\_\_\_. *Em busca de uma alternativa à noção de desenvolvimento na interpretação do processo de aquisição da linguagem*. Relatório de produtividade em pesquisa (CNPq). Campinas, UNICAMP, IEL ( inédito), 1999.

LEVIN, E. A transferência na terapia psicomotora. In: JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. 2<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1999.

LIER DE-VITTO, M.F. *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. *Déficit na linguagem, efeito na escuta do outro, ou ainda...?* Letras de Hoje, Porto Alegre, EDIPUCRS, 2000. ( no prelo).

\_\_\_\_\_. *Os monólogos da criança “delírios da língua”*. São Paulo, EDUC, 1998.

LIMA, G. Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo, Cortez, 1985.

MACHADO, R. Por uma genealogia do Poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em Análise do Discurso*. Campinas, Pontes, 1997.

MANCOPES, R. *O dizer nas afasias: o tratamento recriando sentidos*. Porto Alegre, Instituto de Letras, PPG-Letras, UFRGS, 2001. Dissertação de Mestrado.

MILNER, J. *O amor da língua*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.

NETO, F. L. *O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo – seus determinantes históricos e sociais*. Mestrado do Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC- SP, 1988.

ORLANDI, E. *A Leitura e os leitores*. Campinas, Pontes, 1998.

\_\_\_\_\_. *A linguagem e seu funcionamento*. Campinas, Pontes, 1996 a.

\_\_\_\_\_. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, São Paulo, Pontes, 1999 a.

\_\_\_\_\_. *As formas do silêncio*. Campinas, Ed. da Unicamp, 1992.

\_\_\_\_\_ (org.) *Discurso fundador: a formação do país e a construção da identidade nacional*. Campinas, Pontes, 1993.

\_\_\_\_\_ *Discurso e leitura*. São Paulo, Campinas, Cortez, 1999 b

\_\_\_\_\_ *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis, Vozes, 1996 b

\_\_\_\_\_. *Texto e Discurso*. Revista Organon, Porto Alegre, Instituto de Letras-UFRGS, v.9, n. 23, p.109-116, 1995.

PALLADINO, R. Encontros e desencontros da fonoaudiologia. In: PASSOS, M. (org.) *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos*. São Paulo, Plexus, 1996.

PASSOS, M. C. Família e clínica fonoaudiológica, em tese. In: PASSOS, M. C.(org.) *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos*. São Paulo, Plexus, 1996.

PÊCHEUX, M. (1969). Análise Automática do Discurso (AAD-69) In: GADET, F. & HAK, T (orgs.) *Por uma análise automática do discurso*. Campinas, Ed. da Unicamp, 1997 a.

\_\_\_\_\_ (1975) *Semântica e discurso: Uma crítica à afirmação do obvio*. Campinas, Ed. da Unicamp, 1997b.

\_\_\_\_\_ (1983) *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas, Pontes, 1997c.

RAGIO, A. La violència de la técnica y la técnica de la violència. *Revista Saúde e Loucura*. No. 5. São Paulo, Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Sobre a (des)construção das teorias lingüísticas. Trad. Faustino Machado da Silva. In: *Cadernos de Tradução*, Porto Alegre, Instituto de Letras/ UFRGS, n.4, p. 35-55, out. 1998.

- RODRIGUES, C. Sentido, interpretação e história. In: ORLANDI, E. *A leitura e os leitores*. Campinas, Pontes, 1998.
- ROMANELLI, O. *História da educação no Brasil*. Petrópolis: Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1999.
- SAUSSURE, F. *Curso de lingüística geral*. São Paulo, Cultrix, 1997.
- SERRANI, M.S. *A linguagem na pesquisa sociocultural: um estudo da repetição na discursividade*. São Paulo, Ed. da Unicamp, 1997.
- SOBRINO, A. Dizer o Dito: a questão da interpretação na Fonoaudiologia. *Revista Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, Educ, v. 8, n.1, p. 23-39, 1996.
- SURREAUX, L. M. *Discurso Fonoaudiológico: uma reflexão sobre silêncio, sentido e sujeito*. Porto Alegre, Instituto Letras, PPG-Letras, UFRGS, 2000. Dissertação de mestrado
- YAVAS, M., HERNANDORENA, M. & LAMPRECHT, R. *Avaliação fonológica da criança: reeducação e terapia*. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1990.



## BIBLIOGRAFIA DAS SEQÜÊNCIAS DISCURSIVAS

- AGUADO, G. Retardo de linguagem. In: CASANOVA, P. *Manual de Fonoaudiologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- ALTMAN, E. *Fissuras labiopalatinas*. Carapicuíba, Pró – Fono Departamento editorial, 1997.
- ANDREWS, M. *Terapia vocal para crianças: os primeiros anos escolares*. Porto Alegre, Artes Médias, 1998.
- CASANOVA, P. Dados de introdução a patologia e terapêutica da linguagem. In: \_\_\_\_\_ . *Manual de fonoaudiologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- DINVILLE, C. *A Gagueira: sintomatologia e tratamento*. Rio de Janeiro, Enelivros, 1993.
- FERRAZ, M. C. *Manual prático de motricidade oral*. São Paulo, Revinter, 2001.
- GOMES, PROENÇA & LIMONGI, S. Avaliação e terapia da motricidade oral. In: *Temas de fonoaudiologia*. São Paulo, Edições Loyola, 1991.
- GOMES, I. C. Proposta de avaliação dos quadros de disfluência infantil. In: MARCHESAN, I. (org.) *Tópicos em Fonoaudiologia*. Editora Lovise, 1994.
- HERSAN, R. Terapia de voz para crianças. In: FERREIRA (org.) *Um pouco de nós sobre voz*. Barueri, Pró-Fono Divisão Editorial, 1992.
- HODSON, B.W. Tratamento fonológico para crianças de fala ininteligível e implicações em diferentes línguas. In: YAVAS, M. S. (org.) *Desvios Fonológicos em crianças: teoria, pesquisa e tratamento*. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1990.

- HUCHE, F. *A voz sem laringe*. São Paulo, Organização Andrei, 1987.
- ISSLER, S. *Articulação e linguagem*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo, Lovise, 1996.
- JACKUBOVICZ, R. *Psicomotricidade, deficiência de audição, atraso simples de linguagem e gagueira infantil*. RJ, Revinter, 1997.
- MARCHESAN, I Q. *Motricidade oral*. São Paulo, Pancast Editora, 1993.
- MONFORT, M. Disfasia infantil e afasia congênita. In: CASANOVA, P. *Manual de Fonoaudiologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- PINHO, S. As “fendas glóticas” e a terapia fonoaudiológica. In: FERREIRA (org.) *Um pouco de nós sobre voz*. Barueri, Pró-Fono Divisão Editorial, 1992.
- SÁNCHEZ, B. Dislalias. In: CASANOVA, P. *Manual de fonoaudiologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- SPINELLI, V. T., MASSARI, I. & TRENCHÉ, M. C. Distúrbios articulatorios. In: *Temas de fonoaudiologia*. São Paulo, Edições Loyola, 1991.

---