BRENA HABIB SANTANA PAREDES

# CAUSALIDADE NA FONOAUDIOLOGIA: SEUS DESDOBRAMENTOS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

Mestrado em Fonoaudiologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO
2005

BRENA HABIB SANTANA PAREDES

# CAUSALIDADE NA FONOAUDIOLOGIA: SEUS DESDOBRAMENTOS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profª. Drª. *Regina Maria Ayres de Camargo Freire*

Mestrado em Fonoaudiologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO
2005

**BANCA EXAMINADORA**

_____

_____

_____

# DEDICATÓRIA

*A meus pais e a meu esposo, peças fundamentais em minha vida e são no verdadeiro sentido da palavra, amigos.*

# AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pela vida, saúde e espírito inquieto que me fez curiosa para desvendar os mistérios da ciência, pela oportunidade cada vez mais rara de ter acesso aos estudos, pela condição financeira indispensável aos custeios desta empreitada e por ter-me dado forças nos momentos de aflição, durante as noites mal dormidas na transposição dos obstáculos que marcaram o desenvolvimento deste trabalho e, sobretudo, por ter posto nos desígnios de minha vida a chance de realizar esta pesquisa, consciente de que o estudo científico só tem sentido quando tem compromisso ético com a vida, com os valores fundamentais do homem e quando é dedicado a aliviar a miséria da existência humana.

A meus pais, *Ildo e Zelinda Santana*, pelo constante incentivo aos estudos, apoio material indispensável ao desenvolvimento e conclusão desta pesquisa, pelo privilégio de tê-los como pais, pela formação ética e moral que sempre pautou a educação que nos dedicaram e, sobretudo, pelo imenso amor que une nossa família e que se faz semente a germinar a paz, o equilíbrio e a harmonia imprescindíveis em minha formação como filha, esposa e profissional apta a difundir as lições que edificaram minha personalidade.

A meus queridos irmãos, *Bruno e Bráulio Habib* pela compreensão e desculpas por eventuais privações de natureza material que tenham suportado em razão dos recursos financeiros aplicados no desenvolvimento desta pesquisa, mas com a certeza de que tal é demonstração da incansável dedicação de nossos pais na construção de nossas felicidades.

A todos de minha família pela compreensão, apoio e torcida, com especial carinho a meus avós *Nazaré Habib e Otávio Dantas*, pelo exemplo, vivaz de superação dos difíceis momentos da vida, sobretudo, quando Deus, na sua divina bondade, nos priva do convívio de um ente querido na demonstração de que as pedras do caminho não pretendem nos deter, mas nos fazer crescer.

Especialmente, a meu marido *Marcus Paredes*, companheiro e incentivador, pelo seu carinho, paciência e respeito nesse momento tão enriquecedor. Por todas as palavras e ações que me motivaram a enfrentar este período com mais coragem e vivacidade. Que mantém inesgotável a chama do amor e do companheirismo, proporcionando os melhores momentos de minha vida e compartilhando, serenamente, as etapas mais difíceis. E também não poderia esquecer das valiosas opiniões e incansável ajuda, desde a concepção do projeto de pesquisa até a confecção do último exemplar, muito obrigada, meu amor.....

À minha orientadora, Profª. Drª. *Regina Maria Ayres de Camargo Freire,* interlocutora sempre interessada em participar de minhas inquietações, atenciosa e paciente na propagação do saber, pelo constante incentivo e pela dedicação carinhosa no desvendar do caminho a ser trilhado nos momentos de maior dificuldade.

Aos Professores Dr. *Christian Ingo Lenz Dunker* e Drª. *Suzana Carielo da Fonseca*, pelas críticas construtivas e excelentes sugestões apresentadas por ocasião do Exame de Qualificação, que foram de grande valia e enriquecimento para a condução desta pesquisa.

À Professora Drª. *Ivone Panhoca*, por aceitar integrar a atual Banca e contribuir com suas observações no sentido do aprimoramento necessário a qualquer trabalho de pesquisa.

Ás Professoras Drª *Maria Francisca Lier-De Vitto* e Drª *Lúcia Arantes*, que em suas aulas, concederam-me espaços para discussão de algumas questões relevantes e imprescindíveis ao aprofundamento dos estudos aqui desenvolvidos.

À Mestre *Cláudia Pollonio*, pelo exemplo de empenho e dedicação aos estudos, pela disponibilidade amiga, leitura atenta e valiosas sugestões, pelo préstimo de seu saber na lapidação da logicidade e raciocínio crítico desta pesquisa e pela demonstração de que a excelência se conquista com sacrifício, dedicação e amor pela ciência.

Às amigas *Andrelle Nelissa*, *Ana Cláudia, Erika Maeda, Leila Lopes, Márcia Miranda e Thaís Azevedo* pelo ombro amigo, escuta e ajuda nos difíceis momentos desta jornada, longe do aconchego de nossos lares, mas, vivificante de nossas amizades.

À *Capes*, pelo incentivo à pesquisa, pela bolsa concedida e certeza de que iniciativas como estas contribuem para a democratização do conhecimento e para diminuição das desigualdades sociais.

**SUMÁRIO**

**Introdução** 1

**Notas Preliminares: A Questão da Causalidade na Filosofia da Ciência** 7

**Capítulo 1: Causalidade na Clínica Médica** 17

1.1 Clínica Médica: O Sintoma e sua Relação com a Causalidade 21

**Capítulo 2: Causalidade na Clínica Psicanalítica** 37

2.1. O Diagnóstico na Clínica Psicanalítica 40

2.2. O Conceito de Sintoma em Psicanálise 42

2.3. Causalidade na Psicanálise 44

**Capítulo 3: Causalidade na Clínica Fonoaudiológica** 53

**Capítulo 4: Os Desdobramentos da Concepção de Causalidade para a Clínica Fonoaudiológica de Linguagem** 78

4.1. Causalidade na Medicina 78

4.2. Causalidade na Psicanálise 79

4.3. Causalidade na Fonoaudiologia: Clínica de Linguagem 82

4.4. A Estrutura da Clínica Fonoaudiológica 91

**Considerações Finais** 95

**Referências Bibliográficas** 97

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo: observar e analisar a forma de comparecimento da noção de causalidade na clínica fonoaudiológica. O primeiro passo foi a circunscrição dos vários sentidos que o termo toma em sua origem na Filosofia, e os deslocamentos operados sobre ele, quando de sua adoção por campos clínicos, opostos pelo objeto e objetivos: a clínica médica e a psicanalítica. A visita a esses campos clínicos permitiu entender que: a) cada um deve ser percebido como uma estrutura, cuja causalidade precisa ser remetida para tomar seu sentido e b) o sentido que a causalidade toma no interior de cada campo é determinado pelas vicissitudes do objeto que se apresenta a cada uma das clínicas. A seguir, buscou-se esclarecer como a causalidade vem sendo concebida pela Fonoaudiologia, apontando as aproximações e afastamentos de um ou outro campo clínico, visando observar seus efeitos em um campo outro, cujo objeto é a linguagem. Assim, um projeto ético poderá obrigar a adoção de um determinado conceito de causalidade que opere sobre o funcionamento da linguagem e do sujeito, buscando a eficácia e permitindo que o compromisso com a fala do paciente seja cumprido.

## ABSTRACT

The research aims the observation and analyses of the appearance of the concept of causality within a speech therapist clinic. The first step was the investigation of the variety of senses that the term causality obtained from its philosophical origin and, also, the shifts operated upon the meaning of the term when adopted within other clinic fields, with different object and purposes, as per say, the medical clinic and the psychological clinic. The effective visit to the clinics herein made possible the comprehension of the following (1) each clinic field owns a structure to which the term causality has to adapt to gain proper meaning and (2) the meaning which the term causality gains, within each of the clinic fields, is the factor of influence upon the main object of the medical clinic or the psychological clinic. Also, the research intended to clarify if and how causality has been taken by Speech Therapy Science, highlighting the similarities and differences of use of the term among medical clinic and psychological clinic, aiming to perceive its effects among another field, which main focus is language itself. Finally, the research lectures that an ethic project shall force the adoption of a certain concept of the term causality that will operate upon language mechanism and individuals, reaching efficiency and permitting that the commitment with the patient speech be accomplished.

# INTRODUÇÃO

O tema central desta pesquisa circunda a noção de causalidade, assim, causa pode ser tomada no mesmo sentido que causalidade ou pode ser apreendida como sua parte, pois não há como falar de causalidade sem remeter à relação entre as causas. Observa-se também que não é uma tarefa simples discutir a noção de causa sem se remeter aos efeitos ou conseqüências que ela opera, ou seja, a causalidade.

Para a Medicina, existe uma relação linear entre efeito e causa ou interessa apenas a causa principal que produziu um determinado estado patológico, e a noção de causalidade é recoberta em favor da busca pela origem das doenças, ou seja, a etiologia.

Por outro lado, a clínica psicanalítica faz outra leitura dessa questão: sua preocupação é compreender os princípios estruturantes de uma formação sintomática, o que a afasta da busca pela origem das doenças. Nessa perspectiva, a doença não faz questão em seu campo, pois o cerne de sua área é o sintoma, que não é palpável ou apreensível a olhos nus. Portanto, focaliza uma discussão sobre a causalidade.

Quanto à Fonoaudiologia? Qual conceito de causalidade perpassa seu campo? De que modo, e como isso traz implicações ao trabalho clínico? A fim de discutir estas questões, esta dissertação foi desenvolvida.

Portanto, a presente pesquisa foi motivada pelas incertezas advindas da Fonoaudiologia, no que diz respeito à forma de comparecimento da

causalidade no raciocínio clínico deste campo. A adoção de procedimentos terapêuticos semelhantes, tanto aos quadros em que a etiologia é indefinida, como àqueles nos quais pode ser claramente localizada, aponta para uma desarticulação entre os elementos que compõem a estrutura clínica (Faria,2003).

Desde a origem dos tempos, os homens preocuparam-se com a pesquisa das causas, isto é, compreender aquilo que faz com que algo adquira estatuto, o que determina um acontecimento, a origem, o vínculo que correlaciona fenômenos e faz com que um ou vários fenômenos apareçam como condição da existência de outro.

O fonoaudiólogo, em sua atividade clínica, depara-se com uma variedade de quadros clínicos, cada um com uma heterogeneidade de manifestações. No geral, os pacientes quando chegam ao consultório fonoaudiológico, apresentam um diagnóstico nosológico "antecedente", que já vem de outra esfera clínica: a médica. Assim, os desvios de linguagem ficam, de algum modo, atrelados somente ao funcionamento orgânico. Quadros exemplares são as afasias, fissuras palatinas, surdez e paralisia cerebral.

Em compensação, há pacientes ou, até mesmo, pais de crianças que chegam à clínica com uma queixa específica de problemas na linguagem, e eles próprios enunciam aquilo que apresentam, atribuindo um valor diagnóstico a seus sintomas. Como, por exemplo: "meu filho não fala", "ele fala tudo trocado" e, assim, por diante.

Na maioria dos casos, o fonoaudiólogo faz uma aproximação com o diagnóstico médico, visto que, no processo de avaliação lança sempre uma

explicação de natureza nosológica, para que certas decisões possam ser tomadas (Arantes, 2001).

No senso comum, tornou-se natural interpretar todos os fenômenos, como sendo disparados por uma causa unívoca e correlacionar uma longa série de eventos, cuja ligação causa x efeito seja óbvia. O conceito de causalidade também emerge em sintonia com o de etiologia, mas, apresenta em suas raízes, especificidades, que esta pesquisa procurará abordar.

Conforme Dunker (2000), a etiologia na clínica clássica fornecerá subsídios à organização de uma patologia fundada em princípios causais comuns, em uma nosologia orgânica e uma terapêutica centrada na correlação linear entre causas e efeitos. Deste modo, percebe-se que a etiologia pode modificar tanto elementos semiológicos como estabelecer novas grades nosológicas e, conseqüentemente, diagnósticas.

Nesse passo, deve-se ressaltar que o caráter de cientificidade propiciou à Medicina a configuração das doenças no corpo humano de forma cada vez mais elaborada. Por um lado, uma elaboração comprometida com a busca de uma etiologia e, por outro lado, com o estabelecimento de uma classificação e ordenação das doenças em quadros nosológicos definidos.

Desde os tempos remotos, a história da Medicina é marcada pela sua focalização na doença, o remeter primário ao orgânico, o pensamento linear de causa-efeito, a impessoalidade e a objetividade. É preciso observar que esses aspectos são os mesmos privilegiados em escritos metaclínicos recentes, nos quais se considera que o objeto específico da ciência médica é o processo

mórbido e não o doente (Riva, 1991). O conhecimento a respeito do paciente deve limitar-se ao que se passa apenas em seu corpo físico e, dessa maneira, pensa-se chegar à sua totalidade.

Neste modo de pensar a clínica, a fala do paciente é tomada apenas para servir de guia de informação e só é utilizada a que merece crédito. Diante dessa perplexidade, o clínico ignora suas partes confusas, "não objetivas", pois para o resultado ser eficaz, o médico deve excluir de suas ações a própria subjetividade.

Quanto à Psicanálise, Freud subverteu a configuração de um certo olhar para o corpo em direção à escuta. Assim, o método foi deslocado do olhar para o escutar, o que levou a clínica psicanalítica a circunscrever-se na dimensão do dizer e do dito. Nessa dimensão referida, ao paciente é dada a posição de sujeito de seu dizer e ao analista, a posição de escuta do que é dito (Dunker, 2000).

Como pontua o referido autor, no que tange à etiologia, a Psicanálise introduz algumas modificações notáveis quanto à noção empregada na clínica médica. A concepção vigente na clínica clássica supunha algumas propriedades causais, verificadas na esfera do organismo e coextensivas no campo da natureza, em geral. Algumas destas propriedades são subvertidas pela Psicanálise, outras são meramente abandonadas.

Segundo Dunker (2000,p.52),

> *Por exemplo, no processo de formação de sintomas, bem como na instalação de uma determinada estrutura neurótica (histérica,*

*obsessiva ou fóbica) ou ainda na própria constituição do sujeito, podemos apontar uma curiosa forma de determinação ou causalidade. Acontecimentos cronologicamente posteriores a um determinado evento retornam sobre este mesmo evento modificando-o. Um determinado acontecimento pode tornar-se traumático muito depois de sua efetiva*.

Para a Psicanálise, há um determinismo particular que opera nos processos psíquicos, denominado de causalidade psíquica, o qual procede por outras vias que não se assemelham à noção de causalidade tomada pela clínica médica, pois não obedecem às linhas de regularidade estáveis entre causa e efeito.

Na determinação de um diagnóstico, não há inferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos. É uma causalidade retrospectiva que não segue uma temporalidade, um caráter de soma, de acúmulo, pois não é objeto de leis, pelo menos, no sentido empírico e restrito que o termo toma nas ciências exatas.

Portanto, esta dissertação tem como objetivo pontuar a forma de comparecimento da noção de causalidade na Fonoaudiologia e discutí-la fundamentada na concepção de clínica enquanto estrutura.

Para sustentar este ponto de vista, foram localizados nos campos médico e psicanalítico os sentidos estruturantes de cada uma dessas clínicas em relação à definição de causalidade e circunscrição de seu lugar no funcionamento da clínica.

A seguir, o mesmo será feito no campo fonoaudiológico, que apontará as aproximações e afastamentos de uma ou outra clínica.

Finalmente, a conclusão deverá apontar as conseqüências da adoção

de um determinado conceito de causalidade no funcionamento de uma clínica de linguagem articulada a um compromisso ético.

## NOTAS PRELIMINARES

## A QUESTÃO DA CAUSALIDADE NA FILOSOFIA DA CIÊNCIA

Pretende-se, nesta notas, considerar, ainda que brevemente, os sentidos que o termo causalidade toma na Filosofia da ciência, antes de analisar sua conceituação e desdobramentos no âmbito da clínica fonoaudiológica de linguagem.

De forma preliminar, explica-se que a idéia de causalidade (e causa) faz parte do esforço para esclarecer e dar sentido ao mundo e aos eventos nos mais diversos domínios da atividade humana, como a Religião, a Mitologia, o Direito, a Filosofia e a Ciência.

No senso comum, causalidade ou relação de causa e efeito é o vínculo que correlaciona fenômenos diferentes, fazendo com que alguns deles sejam condições responsáveis para existência de outros. Ainda persiste a noção de que causalidade e causa, por terem o mesmo sentido e/ou significado, correspondem à *razão de ser, explicação, motivo* (Houaiss, 2001) ou condição para produzir um determinado efeito.

Desse modo, certos acontecimentos respondem pela produção de novos fatos, sendo dependentes de algumas características: a anterioridade temporal (a causa precede o efeito) e o vínculo de determinação (o efeito depende da causa). Subjacente ao princípio de causalidade, está a idéia de "condição suficiente": aquele fato, coisa ou situação, cuja existência ou ação basta para produzir o fenômeno observado.

Seja como for, tornou-se natural interpretar todos os fenômenos em termos de causalidade e correlacionar uma longa série de eventos, cuja ligação de causa e efeito é óbvia. O conceito de causalidade parece tão claro e compulsório que a maioria das pessoas considera-o como um pressuposto básico para a capacidade de compreensão humana (Dethlefsen & Dahlke, 1983).

Saindo de uma visão leiga, passa-se à Filosofia, área da ciência que se dedica, particularmente, ao estudo da causalidade, pautando-se com rigor nas teorizações que desenvolveu.

Aristóteles (1984) foi o precursor do conceito de causa que o discutiu e analisou. Para o autor citado, o conhecimento e a ciência consistem, mutuamente, em dar-se conta das causas, ao mesmo tempo, em que se dispara o movimento do homem ao questionar a causa, perguntar o *porquê* de uma coisa a respeito das diferentes espécies de causa.

Deste modo, Aristóteles enumera quatro tipos de causas: *a causa material, a formal, a eficiente e a final*. Para o autor, as "causas material e formal" são entendidas, respectivamente, como a matéria e a forma que se combinam para dar existência às coisas e aos seres. A "causa eficiente" equivale ao agente que determina diretamente o fenômeno considerado, e a "causa final" é o propósito com que um ato se realiza, a finalidade de algo, a razão por que existe ou passa a existir.

Deve-se considerar ainda que existem três teorias fundamentais que esclarecem a teoria aristotélica de causa: a *contemporaneidade* da causa atual e de seu efeito; a *hierarquia* das causas, pela qual é preciso procurar sempre a causa mais alta e a *homogeneidade* da causa e do efeito, pela qual os gêneros são as causas dos gêneros, as coisas particulares das coisas particulares, as coisas atuais das coisas atuais, as coisas possíveis das coisas possíveis.

Conforme a advertência fundamental, as quatro causas não estão no mesmo plano: há uma causa primeira e fundamental, um *porquê* privilegiado, que é dado pela essência racional da coisa, pela substância, conhecida como causa material. A substância é a essência necessária, eternamente atual, princípio de realidade, portanto, também do devir como passagem da potência ao ato. Da substância, depende a necessidade causal. Pode-se supor que esta perspectiva aristotélica priorize um evento-mor (material), como responsável pela causa final.

Em outros termos, a necessidade pela qual uma causa qualquer (das que Aristóteles distingue) age, é a própria necessidade pela qual uma substância (o homem como animal racional) é o que é. A necessidade causal, portanto, é a própria necessidade do ser como ser, do ser substancial: a necessidade pela qual, o que é não pode ser diferente do modo como é. A essa necessidade escapa somente o que é acidental ou causal.

Como se pode observar, a doutrina Aristotélica demonstra a estreita conexão entre noção de causa e de substância. A causa é o princípio de inteligibilidade, porque a compreender significa verificar a organização interna de uma substância, isto é, a razão pela qual uma substância qualquer é o que é, e não pode ser ou agir diferente.

Sob a ótica de Japiassú (1996,p.40), causa "*é tudo aquilo que determina a constituição e a natureza de um ser ou de um fenômeno*". Deve-se acrescentar que a palavra causa é tudo aquilo que produz um efeito e nele se prolonga; pondo-se a causa, põe-se o efeito; a contrapartida é, suprimindo-se a causa, extingue-se o efeito.

Para os empiristas, a causa é o antecedente, cujo fenômeno chamado

de efeito é invariável e incondicionalmente o conseqüente. Assim, quando se diz que um acontecimento A é antecedente a um acontecimento B, ele é a causa, que sua existência implica a existência de B. Para Giles (1993), a causa sempre ocorre cronologicamente antes do efeito, ambos se relacionam em uma seqüência de sucessão, de regularidade, de conjunção em que, quando um ocorre, o outro invariavelmente acontecerá.

Ao contrário do conceito clássico, Hume (1984) prevê que não existe relação necessária entre causa e efeito, pois só se observa a conjuntura constante, a sucessão regular de causa seguida pelo efeito. Pode-se perceber de fato um evento seguido por outro, porém, não se observa nenhuma conexão necessária entre esses fatos. Para o autor, existe a sensação (a impressão) de que se pode derivar a idéia de uma causa que necessariamente provoca determinado efeito. Mas, esta suposta conexão entre os eventos não existe.

Neste sentido, não se pode inferir um efeito simplesmente apoiado na observação ou na análise do evento, que é considerado como sua causa, mas só a experiência da constante conjuntura de ambos dá a impressão de tais causas relacionarem-se com determinados efeitos. Assim, a aparente necessidade é o resultado de hábitos da mente e não de uma realidade externa.

Na Filosofia, pode-se ainda distinguir a tentativa de conceituar causalidade, entendida como a *relação entre dois acontecimentos ou estados de coisas, fatos ou objetos, observada quando o surgimento do primeiro induz, origina ou condiciona a ocorrência do segundo* (Houaiss, 2001).

Os filósofos estudam a causalidade sob duas perspectivas representativas, embora opostas: a racionalista e a empirista. A primeira, de Descartes, Spinoza e Leibniz tende a relacionar causa e razão: a causalidade é uma relação real e necessária, apreensível pela faculdade racional humana. Por outro lado, Hobbes e Hume, empiristas, identificam a causalidade como uma sucessão de fatos no tempo, já que a relação de causa e efeito entre fenômenos não pode ser comprovada, mas, apenas consagrada pelo costume.

Os autores que se posicionam no racionalismo, definem causa como sinônimo de causalidade. Entra em foco uma simetria entre os dois termos, e é de saber, pois não se trata de uma mesma coisa; causa representa *a razão ou o princípio que faz com que alguma coisa se torne aquilo que ela é,* causalidade consiste na *relação entre dois acontecimentos ou estados de coisas, fatos ou objetos, observada quando o surgimento do primeiro induz, origina ou condiciona a ocorrência do segundo* (Houaiss, 2001).

Kant (1984) assimilou as idéias de Hume e propôs que a causalidade é uma categoria fundamental do entendimento humano, de modo que não caberia demonstrá-la, mas aplicá-la à observação dos fenômenos. O autor recusa fazer da causalidade um simples hábito associativo. Ela é uma estrutura a *priori* do entendimento, um conceito puro que organiza a experiência e permite conhecê-la: se as causas e efeitos forem assinalados na natureza e, não, uma sucessão caótica de fenômenos, é porque se sabe a *priori* que todo o acontecimento tem uma causa.

Nos estudos de Hume (1984), a conexão causal (correlato para ele de causalidade) destaca-se entre fenômenos, é baseada não na observação das conexões entre eventos, mas, na contigüidade entre eles. Nesse sentido, o autor aponta que a razão humana costuma reduzir os princípios causadores dos fenômenos naturais a uma concepção mais simples, e reportar os numerosos efeitos particulares a poucas causas gerais por meio de raciocínios baseados na analogia, experiência e observação. Mas, quanto à causa desses fundamentos seria em vão tentar descobri-las; e tampouco encontrar uma explicação delas que convencesse plenamente.

No século XIX, há um novo alinhamento do pensamento ocidental em torno de duas grandes correntes: o positivismo de Comte e o materialismo dialético de Marx.

Para Comte (1980), o espírito humano, reconhecendo a impossibilidade de obter noções absolutas, renuncia à procura da origem e do

destino do universo, ao conhecimento das causas íntimas dos fenômenos, para se preocupar com a descoberta de suas leis efetivas: as relações invariáveis de sucessão e similitude. A explicação dos fatos resume-se à ligação estabelecida entre os diversos fenômenos e alguns fatos gerais. A natureza é composta por fenômenos ordenados de forma imutável e inexorável, e à ciência compete desvendar essas leis.

Para a corrente positivista, nota-se que a causalidade é o estudo das leis encontradas pela observação, ou ainda, a constatação de que um fato natural, invariavelmente, sucede a algum outro que o precedeu, independente de qualquer consideração a respeito do modo íntimo de produção dos fenômenos e da natureza da coisa em si.

Por sua vez, o materialismo dialético marxista considera que o estudo de um fenômeno demanda compreender sua inserção na realidade concreta de que é parte, e não em sua abstração, como se fosse independente dela.

Nessa perspectiva, não é a ação isolada de variáveis que determina o fenômeno, tampouco o somatório de variáveis quaisquer, como se de um lado existisse um fato e, de outro, um conjunto de forças que, uma a uma, se imprimissem nele e, por seu somatório, determinassem-no. Os fenômenos constituem-se e transformam-se com base nas múltiplas determinações, que lhes são essenciais, que fazem parte dele, e são também determinadas por (e constituintes) outras relações, de tal forma que qualquer fenômeno é parte de uma totalidade que o contém e determina (Marx, 1980).

Mill (1843/1974) acrescenta que a causalidade é a *lei universal dos*

*fenômenos sucessivos* (p.178), com a observação de que essa sucessividade pode implicar relação entre fenômenos coexistentes. Deste modo, Mill apontou o caráter dual da relação entre os fenômenos naturais e destacou que:

> *Os fenômenos da natureza existem em duas relações distintas uns com os outros: a de simultaneidade e a de sucessão. Todo fenômeno está relacionado, uniformemente, com alguns fenômenos que coexistem com ele e com fenômenos que o procederam e o seguirão* (Mill, 1943/1974,p.178).

No entanto, vale esclarecer que existem leis que expressam esses dois modos de relação: sucessividade e simultaneidade. Para Mill, ordem de sucessão e modos de coexistência entrecruzam-se e deixam ver a complexidade envolvida na tarefa de investigação dos fenômenos naturais. Segundo o autor, a lei da causalidade é o modo mais apropriado para operacionalizar essa tarefa, não só porque ela cumpre a exigência da lei da sucessividade, visto que *quaisquer casos de sucessão são exemplos dela*, como também, da lei da simultaneidade (p.180).

Para Mill, *causa* é fenômeno que produz outro fenômeno. Mas, ele aponta, como é raro - se é que isso acontece alguma vez -encontrar uma seqüência invariável entre *um único* antecedente e um conseqüente, *a causa de um fenômeno é a reunião de suas condições* (p.181). Note-se que, a noção de causa para o autor implica um conjunto de antecedentes para a produção do conseqüente. Isso leva Mill a distinguir dois modos, pelos quais as causas podem concorrer para produzir determinado efeito. De acordo com o autor, o primeiro que mais prevalece na natureza, é ilustrado pela Dinâmica, no princípio de composição das forças: o efeito conjunto de diversas causas é idêntico à soma de seus efeitos separados. O segundo, específico dos corpos organizados, é

exemplificado pela combinação química: a ação conjunta das causas altera as leis que apresentavam, quando atuavam em separado. Dessa perspectiva, a questão da investigação científica gira em torno dos modos, pelos quais as causas podem concorrer para a produção de seus efeitos.

Mill desnaturaliza o conceito de sucessividade, que é a base da “lei da causalidade”, na medida que a relação causal não é pautada em uma conexão entre um a um dos eventos. Por isso, pode-se afirmar que a simultaneidade exerce um papel fundamental no conceito de causalidade pressuposto por Mill.

Seguindo esse raciocínio, Mill compreende a causa, como soma de condições positivas e negativas, o todo de contingências de cada descrição, às quais se seguem invariavelmente, as conseqüências quando realizadas.

Como exposto anteriormente, Mill caminha em um sentido que se considera importante: olhar um efeito como resultante de um somatório de acontecimentos e não como produto de uma causa unívoca ou uni fatorial. Deste modo, o autor lida com a causalidade e dela destaca um fator-mor: simultaneidade entre fenômenos. Isso já aponta para a idéia de vários fatores externos incidirem sobre o sujeito e, dado seu modo de funcionamento, levarem ou não a um conjunto de condições que respondem pelo efeito resultante.

Para tanto, é preciso remeter que a noção de causa acabou sendo o termo mais empregado na Filosofia, embora suas definições permaneçam pouco elaboradas, o termo comparece ao longo das reflexões como uma parte da causalidade. Nesse sentido, a Filosofia dá um grande passo ao colocar em questão estes termos que, até então, não tinham espaço para problematização.

O conceito de causalidade só começa a fazer questão para as ciências baseado na Filosofia e é em função disso que se percorrerá, a seguir, por áreas clínicas em que a causalidade emerge, com o intuito de verificar o modo particular, no qual cada uma delas emprega o sentido adquirido em cada campo e qual o raciocínio teórico e a conduta clínica podem conduzir a noção de causalidade.

# CAPÍTULO 1

## CAUSALIDADE NA CLÍNICA MÉDICA

Esta pesquisa inicia por esclarecer que a Medicina entende a causalidade de forma unidimensional, uma vez que seu interesse é investigar a etiologia, ou seja, a origem da doença, princípio esse que encobre a idéia de causalidade, embora a integre.

Assim, a área busca, a todo tempo, a causa determinante de uma patologia, pois foi no contexto desta ciência que o termo etiologia ganhou contornos mais precisos. Considera-se que este esclarecimento possa permitir ao estudo aqui proposto uma melhor compreensão da articulação entre o que a Medicina propõe em relação à etiologia e como os estudos fonoaudiológicos influenciaram-se, apoiados nessa perspectiva médica, alçando o termo em seu campo.

De acordo com Abbagnano (1998), etiologia vem do grego *aitiologia,* termo de origem médica, utilizado quase, exclusivamente, em Medicina. A expressão etiologia significa pesquisa ou determinação das causas de um fenômeno. Sob a ótica crítica de Lalande (1999), a etiologia é a investigação ou teoria das causas de uma classe determinada de efeitos.

Na visão de Japiassú (1996), o termo foi melhor elaborado por Demócrito visando a designar a busca "*científica*" das causas. Para este autor, a etiologia é a descrição analítica da causalidade. Transposto para a Medicina, o vocábulo passou a designar o conjunto das causas que provocam uma doença.

É importante ressaltar algumas considerações a respeito do que se entende por clínica, pois será apenas no interior de uma estrutura que a questão da etiologia poderá ser polemizada. O termo clínica (de origem grega *'Kline"*) refere-se ao leito, à ação de cuidar diretamente dos enfermos. A atitude de cuidar das pessoas com algum sofrimento físico ou psíquico está presente desde os

primórdios da vida do homem e foi, ao longo da história, constituindo-se como um saber cada vez mais complexo e organizado (Souza,1991).

Deste modo, para que a ação na clínica seja efetivada, é preciso que ela se sustente sobre uma estrutura, ou seja, que outros elementos que a ela se articulem, sejam identificados. Ainda: se a clínica é uma estrutura, convém destacar, qual será o ponto estrutural utilizado.

Lévi-Strauss (1976) acredita que, para um modelo qualquer assumir o nome de estrutura, é preciso satisfazer quatro condições: 1) ter um caráter de sistema, o que significa que seus elementos constituintes devam estar uns sob o efeito de outros. Qualquer modificação em um dos elementos afetará outro; 2) pertencer a um grupo de transformações, sendo que cada uma delas corresponde a um modelo da mesma família, *de modo que o conjunto dessas transformações constitui um grupo de modelos;* 3) que as propriedades 1) e 2) permitam prever o modo de reação do modelo, de acordo com qualquer modificação de um dos elementos; 4) *o modelo deve ser constituído de tal modo que seu funcionamento possa explicar todos os fatos observados* (p.13).

Segundo Dunker (2000), qualquer clínica sustenta-se por uma estrutura. A clínica médica, a seu ver, estruturou-se, tendo como balisa quatro elementos fundamentais: semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica. Esses elementos devem manter como princípios a co-variância e a homogeneidade, pois o entendimento de um elemento só será possível na articulação com os demais elementos presentes na estrutura.

A semiologia é o elemento da estrutura que corresponde ao estudo dos sinais e sintomas das doenças, por meio da observação e da experimentação, com a finalidade de descobrir os mecanismos que as produzem.

A diagnóstica refere-se à capacidade de atribuir significado ao sintoma e direcionar o olhar clínico para a formulação de uma hipótese diagnóstica, sendo

responsável por estabelecer a comunicação entre o individual - sinais e sintomas trazidos pelo paciente - e o universal, a saber, as patologias.

A etiologia, pautada na teoria da causalidade, assim como todo o raciocínio clínico, deve estar organizada baseada na relação direta entre causa e efeito, possibilitando a atribuição de uma nosologia universal, objetiva, na qual se pode afirmar que toda doença ou fenômeno pode ser observável e descrita em suas semelhanças.

Um primeiro nível de objetivação da clínica clássica e que não lhe pode faltar, refere-se ao que pode ser visível da doença, mas Dunker (2000) aponta que a etiologia implica também pensar um segundo nível de objetivação: na medida que essa clínica retira do mecanismo eletroquímico do corpo uma explicação para entender o processo mórbido, a doença.

Para Dunker (2000,p.43), *mesmo o que é invisível torna-se, assim, objetivado agora na forma de uma representação e de uma teoria sobre o funcionamento do corpo e o restabelecimento de sua funcionalidade*, ou seja, nesse segundo nível de objetivação, o invisível da doença torna-se visível por meio da tecnologia.

A terapêutica representa uma concepção de cura, pois, segundo Dunker, *está, geralmente, associada à introdução ou retirada de um elemento ou condição* que esteja inviabilizando o processo de saúde.

Dentre as ações terapêuticas, destaca-se a propedêutica, conjunto de medidas responsáveis pela "preparação ou organização" da atuação terapêutica e a deontologia, integrada pelo conjunto de "recomendações e deveres", que

devem ser seguidos pelo paciente ao longo do tratamento, como condição para a cura (Dunker,2000,p.43).

Como o foco desta pesquisa restringe-se a um dos elementos da estrutura da clínica, a etiologia, a discussão a respeito dos demais elementos não será aprofundada, embora em alguns momentos sejam tocados, haja vista a noção de que um implica o outro.

### 1.1. Clínica Médica: o sintoma e sua relação com a causalidade

Foucault (1994) em sua obra menciona uma mudança de perspectiva no saber médico, entre os séculos XVIII e XIX, que se manifestou na passagem da *Medicina dos sintomas* para a *Medicina dos órgãos*. Entretanto, o raciocínio causal, ampliado nessa perspectiva, origina-se antes dela e cria exigências que, na verdade, serviriam de estímulo para sua constituição.

Para o referido autor, na *Medicina dos Sintomas,* o olhar do médico estava voltado para o *campo dos signos e dos sintomas* (p.102). Estes são compreendidos, como transcrição primeira da doença, cuja natureza e/ou essência seria inacessível ao observador e, em função disso, delimitar a origem ou etiologia da doença era tarefa, muitas vezes, complexa. Nesse instante, compreendia-se sintoma como a forma visível da doença e, o signo, como aquilo que esboçaria *um reconhecimento que, às cegas, avança nas dimensões do oculto: o pulso trai a força invisível e o ritmo da circulação* (Foucault,1994,p.102).

O conhecimento e a verdade de uma prática científica foram fundados

com base na observação da doença por meio de seus sintomas e signos, conforme os sintomas permitissem determinar: um estado patológico (oposto à saúde); uma essência mórbida (nomeação desse estado); uma causa próxima determinada com fundamento na observação de uma sucessão temporal de eventos. O signo (de uma força invisível), então, ressalta Foucault, diagnostica o que se passa, permite a anamnese do que se passou e prognostica, o que vai se passar.

O jogo entre sintoma e signo, nos termos de Foucault, seria já um prenúncio de um afastamento da observação imediata e um movimento na direção de um pensamento dedutivo, ainda que feito de uma sensibilidade. Note-se que é sobre a conjunção dessa dupla ordem de manifestação da doença que incide a leitura clínica do médico do século XVII. Ademais, é imprescindível atentar para o fato de que a delimitação de uma *causa próxima* é uma das operações, que dão visibilidade à doença.

Há de se considerar que se a essência da doença não é acessível ao médico e/ou observador, a *"causa"* não pode se configurar como algo invisível. Ela é remetida, então, ao observável ("gramática dos sintomas" – termo usado por Foucault -, e de sua delimitação resultam as quatro operações que teriam como função dissipar a opacidade do estado patológico, quais sejam: a) a comparação entre organismos, b) a rememoração do funcionamento normal, c) o registro das freqüências da simultaneidade ou da sucessão e d) a investigação do corpo e a descoberta, pós - autópsia, de um invisível visível.

É preciso esclarecer que essas operações abrangem um movimento de

composição/decomposição do perceptível que tem por finalidade a revelação de uma ordenação que é própria ao estado patológico. Foucault esclarece:

> *o sintoma se torna, portanto, signo sob um olhar sensível à diferença, à simultaneidade ou à sucessão, e a freqüência. Operação espontaneamente diferencial, voltada à totalidade e à memória, como também calculadora; ato que, conseqüentemente, reúne em um só movimento, o elemento e a ligação dos elementos entre si. O que significa que, no fundo, ele não é mais do que a análise de Condillac posta em prática na percepção médica* (p. 106).

Pode-se inferir, fundamentado na citação acima, que a aproximação da *Medicina dos sintomas* à filosofia de Condillac, sugerida por Foucault, responde por uma mudança no conhecimento médico que, no período imediatamente anterior -, o da Medicina Classificatória - fundamentava-se na noção de semelhança e era, essencialmente, descritiva. É interessante ressaltar que, na *Medicina dos sintomas*, o discurso sustentava-se na máxima: *não existe essência patológica além dos sintomas: tudo na doença é fenômeno de si mesmo*. Desse modo, a *doença nada mais é do que a coleção de sintomas,* observa-se, portanto, que a doença é vista sob o ponto de vista da existência (Foucault, 1994, p.103).

Foucault aponta que no final do século XVIII essa clínica *fará do corpo a totalidade da experiência médica* (p.70), porque é a partir daí que ela se tornará, de fato, um campo de investigação. Momento de cruzamento entre clínica e experimentação, o caráter da observação que engendrou o olhar desses médicos, nas duas dimensões, em que ela é requerida, pode ser assim traduzido: o observador é aquele que lê a natureza que interroga.

Ora, isso significa que, quando a clínica torna-se um campo de

investigação científica, o olhar do observador e os fenômenos por ele perceptíveis tornam-se objeto de indagação. A configuração desse *"porquê"* sustentará todo o raciocínio causal, que caracteriza teoria e prática no campo da Medicina.

Segundo Foucault (1994, p.135), deve-se acrescentar, ainda, que o vínculo coerente percebido em um discurso possibilitou ao olhar clínico operar *sobre o ser da doença uma redução nominalista.* A doença passou a ser – no que concerne ao indivíduo – nada mais do que uma nomenclatura. Esta *redução nominalista* colocava em cena uma outra idéia: a de que se *tratava de reconhecer, na variedade das aparências, a essência específica* (p.136). *Uma essência não abstrata* porque o advento de um outro método – anatomia patológica – possibilitará à clínica não *"mais simplesmente ler o visível; [mas] descobrir segredos"* (p.137), oferecendo visibilidade ao que se mantinha escondido ou obscuro.

Segredos que se revelariam como exploração de um novo espaço: o espaço sensível do corpo, que oculta "o mistério das origens", será alvo de investigações ordenadas pela anatomia patológica. Com ela encontra a luz, *a Medicina dos órgãos, do foco e das causas* (p.139) e o olhar do médico não reluta mais em *apalpar profundezas*.

O momento histórico a partir do qual *as lesões passam a explicar os sintomas* e a abertura dos cadáveres cumpre a exigência científica de observação positiva dos doentes. Como pontua Foucault, foi na visibilidade da morte que a doença ganhou seu conteúdo positivo. A seguinte e esclarecedora afirmação do autor permite inferir sobre a dimensão da mudança que se opera no saber

médico:

> *A clínica, olhar neutro sobre as manifestações, freqüências e cronologias, preocupada em estabelecer parentesco entre os sintomas e compreender sua linguagem, era, por sua estrutura, estranha a esta investigação dos corpos mudos e atemporais; as causas ou as sedes a deixavam indiferente; história e não geografia* (Foucault, 1994,p.143-144).

Cabe aqui entender que a anatomopatologia põe em evidência a geografia das sedes e a identificação pela lesão da causa da doença é fundamentada no corpo mudo. Entretanto, não se deve esquecer que, historicamente, a *Medicina classificatória* e, depois, a Medicina dos sintomas já havia constituído um espaço mais abstrato - todavia mais complexo, assim, o que estava em questão, era uma "gramática dos sintomas", fundada na observação de sucessões, coincidências e freqüências.

Nessa passagem - da "gramática dos sintomas" para a "geografia das sedes"-, o raciocínio causal reconfigurou-se. Se, no primeiro caso, a causa era estabelecida na relação entre a contigüidade das manifestações sintomáticas, no segundo, a causa será tributária da descoberta das sedes de doenças. A localização anatômica de lesões em tecidos específicos passa a ser correlacionada à observação de perturbação em funções, também, específicas. Razão pela qual as lesões passam a ser entendidas, como causas de quadros sintomáticos.

No primeiro caso, nota-se que o evento-causa é delimitado na contigüidade sintomática. Ainda que a sucessão temporal seja a relação privilegiada, para que se estabeleça a conexão causal, a simultaneidade (os sintomas concorrentes) põe em voga, também, aí um papel importante, porque o

raciocínio causal está atrelado ao jogo de semelhanças e diferenças e a exigência de homogeneidade entre causa e efeito.

Diante disto, quando o olhar do médico é desviado para a lesão subjacente ao fenômeno sintomático, a sucessão temporal passa a "jogar todas as cartas" no raciocínio causal. No jogo de semelhanças e diferenças, a visibilidade conquistada do *locus* da lesão, ganha primazia, o que diminui a força ou distrai o olhar da relação de simultaneidade. Melhor dizendo, afasta o olhar da inquietante '"gramática dos sintomas".

Neste momento, cabe ressaltar que, no século XIX, com Broussais, floresce um debate pertinente que coloca em cena de discussão a, até então, assumida verdade do método que sustenta tal causalidade. A crítica que dirige Broussais, traz para o campo teórico-clínico da Medicina alguns questionamentos de importância vital, dentre os quais:

> *É a lesão a forma originária e tridimensional da doença cujo ser seria assim de natureza espacial – ou deve-se situá-la imediatamente além, na região das causas próximas, ou imediatamente aquém, como a primeira manifestação visível de um processo que permaneceria oculto?* (Foucault,1994, p.199-200)

Observa-se que a dúvida, acima exposta, move-se entre a manutenção de um raciocínio característico da *Medicina dos sintomas* e o da nova *Medicina dos órgãos.* Neste sentido, parece primordial apontar que a percepção anatomo-clínica parecia insuficiente para lidar com a verdade da doença. Em outras palavras, a anatomo-patologia parecia revelar apenas a inserção espacial da doença, não sua essência, tendo em vista que a lesão poderia ser entendida, inclusive, como efeito de um distúrbio particular sobre um órgão específico.

Levando isso em conta, a anatomia patológica seria um método bastante interessante para delimitar a espacialização da doença.

A natureza específica do estado patológico, entretanto parecia reclamar mais que isso: a elucidação do processo que lhe dá origem. Processo que, nesse momento histórico, era inacessível à observação do investigador.

Outros questionamentos, que colocavam sob suspensão a metamorfose da sede em causa, podem ser assim enunciados:

> *todas as doenças têm como correlato uma lesão? A possibilidade de determinar-lhes uma sede é um princípio geral da patologia, ou só diz respeito a um grupo particular de fenômenos mórbidos? E, neste caso, não se pode começar o estudo das doenças por uma classificação do tipo nosográfico (distúrbios orgânicos – distúrbios não orgânicos) antes de entrar no domínio da anatomia patológica?* (Foucault, 1994,p.201).

A resolução desta controvérsia pautou-se na união de um aporte mais anatômico com um mais fisiológico, como se pode ler na seguinte afirmação de Foucault (1994,p.128):

> *Com Broussais [....] a localização pede um esquema causal envolvente: a sede da doença nada mais é do que o ponto de fixação da causa irritante, ponto que é determinado tanto pela irritabilidade do tecido quanto pela força da irritação do agente. O espaço local da doença é, ao mesmo tempo e imediatamente, um espaço causal* .

Isto significa que o fenômeno patológico passa a ser entendido como uma reação orgânica a um agente irritante. A Medicina dos agentes patogênicos insere o fenômeno patológico, conforme explicita Foucault (1994,p.128):

> *em uma trama orgânica em que as estruturas são espaciais, as determinações causais, os fenômenos anatômicos e fisiológicos. A doença nada mais é do que um movimento complexo dos tecidos em*

*reação a uma causa irritante: aí está toda a essência do patológico, pois não mais existe nem doenças essenciais nem essenciais das doenças .*

Nota-se, pois, que sempre existe um órgão em sofrimento, há um processo fisiológico que responde por esse sofrimento. Uma série de ordenações causais pode ser estabelecida, baseada nesse ponto de vista; do fato fisiológico para o anatômico e do anatômico para o sintomático. Um método fisio-anátomo-patológico pareceu, então, ser o mais adequado à investigação no campo teórico-clínico da Medicina.

Nesse passo, esse método implica não só determinar, qual é o órgão que sofre (anatomia), como explicar como ele se tornou sofredor (fisiologia) e indicar o que é preciso fazer, para que ele deixe de sofrer (a intervenção). O último deles implica, como se pode concluir a supressão da causa primeira. Esta tarefa, essencialmente, clínica da Medicina das reações patológicas é a idéia que fundamenta o novo discurso, qual seja, o do sofrimento orgânico.

Pautada nessa perspectiva, vale retomar alguns preceitos que subjazem a idéia de estrutura, com a qual a Medicina opera, no intuito de esmiuçar, quais são seus princípios.

A clínica moderna, advinda do século XIX, tem em seus princípios o método anátomo-clínico, cujo nascimento foi registrado por Foucault (2001) que realizou um aprofundamento do trabalho clínico clássico, preocupado com os fenômenos de superfície da estrutura corporal.

Assim, com Morgagni e, a seguir, com Bichat, a clínica passou a se

ocupar cada vez mais da integridade e do funcionamento dos órgãos e dos tecidos.

Deste modo, o corpo humano e seu funcionamento ganharam visibilidade e a atuação clínica tornou-se lugar do perceptível e do enunciável. A essa nova percepção, interessa a localização da doença no corpo humano, sob a perspectiva de uma relação direta e causal entre lesão e sintoma.

Este movimento, entre outras conseqüências, afastou do foco da prática médica a imagem do paciente, do indivíduo singular, com sua biografia, sua subjetividade e sua circunstância social. Assim, se é cabível reproduzir a constatação clássica de ser a clínica moderna uma prática "individualista", interessa mencionar que "individualista", nesse campo, não pode ser tomado como sinônimo de "individualizada", pois o foco é o indivíduo e não sua história singular.

A clínica médica não se faz apenas alicerçada sob a estruturação de um conhecimento, uma teoria, mas, elabora também seu método de aplicação - o raciocínio clínico. As características estruturantes desse método - que a nenhum médico é possível desconsiderar -, orientam a investigação clínica não ao que o doente revele de "raro, estranho e peculiar", mas, ao inverso: aos fenômenos que não apresentem qualquer originalidade pessoal, àquilo que os tornem comparáveis aos demais.

De acordo com Foucault (2001), a partir do momento em que a Medicina introduziu o método anátomo-clínico, tornou-se possível a espacialização da doença no corpo, pois formas patológicas e massas

anatômicas sobrepõem-se.

Para complementar esse raciocínio, o autor citado afirma que o *corpo humano constitui por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, seguindo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico* (p.01).

Deste modo, pode-se dizer que é pelo corpo, enquanto está morto - ou voltado à morte - que o médico se interessa. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve, pois cada sintoma encontra uma explicação baseada na anatomia. *O conhecimento das doenças é a bússola do médico, o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença* (Foucault,2001,p.07).

Sob este prisma, a possibilidade de localizar a lesão e/ou sintoma no corpo seria o caminho correto para a "cura", haja vista que se determina com precisão o órgão do corpo que sofre, explica-se como este órgão tornou-se sofredor e o que é preciso fazer, para que deixe de sofrer. Esta forma de dirigir a clínica representou um marco das maiores conquistas para a Medicina moderna.

A Medicina incorporou um caráter de cientificidade, transformando a clínica em um espaço para a investigação científica. O caráter de cientificidade propiciou à Medicina a configuração das doenças no corpo humano de forma cada vez mais elaborada. Por um lado, uma elaboração comprometida com a busca de uma causalidade (etiologia) e, por outro lado, com o estabelecimento de uma classificação e ordenação das doenças em quadros nosológicos definidos.

A possibilidade de classificar as doenças teve uma relação direta com

a configuração de um certo olhar, que remete a clínica médica a uma conotação de dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente no intuito de interpretar os sinais significativos do corpo.

Em seguida, este olhar é primordial à efetivação do diagnóstico na Medicina para que o procedimento diagnóstico seja realizado baseado em um conjunto de sinais e sintomas localizáveis no corpo. Estes sinais e sintomas, que podem ser biológicos, físicos e funcionais, tornam-se visíveis pela queixa do paciente, pelo toque de apalpação do médico no corpo do paciente ou pelos exames complementares. Os fatos que podem aparecer imprecisos na descrição da queixa do paciente, tornam-se claros ao se realizar a investigação clínica.

Para Dor (1991), o diagnóstico médico constitui-se como a busca de uma etiologia e de um diagnóstico diferencial. No que tange à etiologia, esta se refere à pesquisa da causa da afecção, enquanto o diagnóstico diferencial consiste em examinar os sinais comuns dos distintos tipos de afecções com a doença em questão.

Nesse passo, deve-se ressaltar que a clínica médica dispõe de um arsenal de investigação que se desdobra, ao mesmo tempo, em duas orientações complementares: a *investigação anamnésica*, que visa a recolher os fatos comemorativos da enfermidade, e a *investigação armada,* centrada no exame direto do paciente por meio de mediadores instrumentais, técnicos e biológicos.

A articulação entre os dados recolhidos nas *investigações anamnésica e armada* promove o estabelecimento do diagnóstico médico e este corresponde a duas funções: uma semiológica, que consiste na observação de sinais

específicos e outra nosográfica que relaciona o estado mórbido especificado a uma classificação já instituída.

A classificação e a ordenação das doenças referem-se à busca de uma semiologia que representa o sustentáculo da clínica moderna. Por um lado, as doenças são agrupadas em um conjunto ou classe de acordo com as suas semelhanças e, por outro, são ordenadas com base no estabelecimento de regras para a articulação entre os diferentes tipos de sinais e/ou sintomas, movimento esse que leva a uma definição etiológica da doença.

Vale frisar que tanto a Lingüística como a clínica médica utilizam-se da semiologia como "ciência dos signos" em seus referenciais teóricos. No entanto, para cada uma dessas disciplinas há uma acepção diferente de Semiologia. Para a Medicina, os signos implicam uma relação direta com a realidade da doença. Por isso, são signos que se apresentam como elo de causalidade entre o signo e o referente e não como designação significante-significado, como se vislumbra o signo na Lingüística.

Na clínica médica, os signos articulam-se de forma simultânea ou sucessiva e é essa articulação que deve ser captada pelo olhar clínico médico. Um olhar a partir do qual um conjunto de operações que advém do raciocínio lógico, é apreendido na busca da classificação das doenças, para então dirigir-se ao prognóstico e à terapêutica. Por um lado, o diagnóstico baseia-se na simultaneidade dos signos apreensíveis pelo exame clínico e, por outro, na sucessão dos signos ao longo do tempo, alçados pela história da doença.

Por este motivo, a clínica médica correlaciona-se à especificidade dos

sinais e sintomas e à identificação de um diagnóstico. O efeito da terapêutica de uma clínica, assim configurada, depende da regularidade e da estabilidade das ocorrências causais que intervêm no corpo. Há uma relação causal direta entre um sintoma e o diagnóstico, pois é por meio dos sinais e/ou sintomas que a Medicina denomina e classifica suas doenças, assunção esta que reforça a idéia de que trabalhar em uma clínica significa articular seus elementos constituintes.

Com o estabelecimento do diagnóstico, com base na nomeação da doença, o médico passa à elaboração do prognóstico, isto é, à evolução provável da doença na dependência da terapêutica prescrita. Uma terapêutica que procura *recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constitui como aberração* (Clavreul,1983, p.36).

Na clínica médica, todos esses meios estão articulados com um só objetivo: a homogeneização para o controle e a detenção do saber médico. Isso significa dizer que não há espaço para o invisível e o oculto; a verdade é uma só e do domínio teórico da Medicina.

Pensando na evolução tecnológica e em seus efeitos na ciência, a Medicina não poderia ficar à mercê desses efeitos. À medida que o homem ia avançando em seus conhecimentos sobre o funcionamento do organismo e no modo de tratar seus males, passou também a preocupar-se com as causas das doenças, ou seja, com a etiologia.

Nesse sentido, Monte (2000) menciona em seus estudos que a causalidade das doenças é um problema essencial da atividade médica, nos quais se convergem preocupações quanto à identificação da origem das doenças

e das medidas preventivas e terapêuticas que podem ser utilizadas para interromper e tratar um quadro patológico.

De acordo com o autor, *a procura da causa para os fenômenos é uma qualidade adquirida pela humanidade, há muitos séculos* (p.173). Assim, em Medicina sua importância cresceu fundamentalmente no século passado. Com isso, a adoção de um modelo causal no conhecimento das doenças resultou na aplicação de uma metodologia mecanicista para a Medicina, baseada no princípio de causa/efeito que se manteve não apenas restrita a essa área, mas, na maneira de raciocinar de diferentes profissionais da saúde. Na busca da causalidade de uma doença, parte-se para perscrutar sua natureza, para saber quais os elementos foram nocivos ao indivíduo para que ele se tornasse enfermo (Monte, 2000).

De acordo com o autor, o desenvolvimento da classificação das doenças, a evolução dos meios de quantificá-la, a possibilidade ampliada de explorar os sinais clínicos, o grande desenvolvimento da capacidade técnica dos laboratórios deram condições para a busca de suas causalidades.

Observa-se que, nos dias de hoje, os exames complementares, inclusive, os executados pelos computadores eletrônicos aumentam continuadamente as possibilidades de identificar com precisão e rapidez as modificações orgânicas provocadas pelas diferentes enfermidades.

Porto (1997) argumenta: *se ainda não podemos pontuar que a Medicina atual é fundamentalmente tecnológica, é correto presumir que poderá ser em época não muito remota* (p.06). Exemplo disso é a anamnese, que era

considerada refúgio inatingível pela tecnologia – por requisitar um doente e/ou informante e aquele instrumentalizado para ouvi-lo, comumente, o médico para anotar as informações necessárias.

Vale elucidar que inúmeros aparelhos estão sendo criados para manipular os dados do "interrogatório sintomatológico", anotados até pelo próprio paciente, inclusive, sem a presença ou a participação do médico.

Deste modo, programa-se o computador para interpretar estas informações, transformando-as em hipóteses diagnósticas ou até planejando e/ou simulando posteriores esquemas ou ações terapêuticas.

Por conta disso, os sucessos extraordinários no início de sua aplicação e a eficácia das soluções mecanicistas oferecidas até hoje tornaram-se universalmente aceitos. O próprio movimento das ciências atrelado à tecnologia leva a Medicina e outras áreas que se sirvam desses recursos sofisticados a aceitarem que adentrem seu campo, justamente porque, além da praticidade, facilitam que haja mais rapidez entre a chegada do paciente à clínica, ao diagnóstico e, conseqüentemente, à sua terapêutica.

Por fim, vê-se que, para a Medicina, é imprescindível a determinação da causa para a supressão do sintoma, visto que sem entender esse arcabouço da doença, aquilo que lhe rege, não há como incidir uma ação terapêutica. Neste sentido, a causa impera na Medicina, mas, como se trata de uma área que se preocupa com a causa no sentido de origem única das doenças, o uso terminológico emergente é o de etiologia.

## CAPÍTULO 2

## CAUSALIDADE NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Este capítulo traz a Psicanálise com o objetivo de desvendar de que forma a causalidade comparece na clínica psicanalítica. A Psicanálise prioriza a singularidade da clínica, ou seja, afasta-se da idéia de que os sintomas tenham caráter homogêneo, como estabelece a clínica médica.

Na clínica médica, verificou-se que a etiologia liga-se à definição da causa das patologias e à construção de quadros (tipos) nosológicos. Este raciocínio médico é divergente daquele presente no campo psicanalítico, visto que existe o deslocamento do objeto de investigação: na Medicina os sintomas encontram moradia e evidência no corpo; ao passo que na Psicanálise, estes se definem como enigmáticos, não se dão a ver, pois são atrelados à estruturação inconsciente. Portanto, a atenção psicanalítica recai sobre o sujeito em sua singularidade e, por assim ser, opera-se um deslocamento da noção de etiologia para a de causalidade, cuja razão de ser será delineada adiante.

A Psicanálise constitui sua estrutura clínica diferente da Medicina, ou seja, a partir da subversão da clínica clássica, mas, com o mesmo rigor e compromisso teórico da Medicina. Desta maneira, serão destacados os elementos fundantes da clínica clássica que apontam para um novo olhar: inclui-se o sujeito e seus dizeres.

O primeiro ponto a ser redefinido refere-se ao modo de olhar para o sujeito, isto é, para o doente. Com o uso do divã, marca-se o privilégio para uma escuta e não mais para um olhar. Deste modo, *a escuta, torna-se assim a essência deste novo projeto clínico* (Dunker,2000, p.49). A esta definição de escuta atrela-se a possibilidade de leitura daquilo que se apresenta como opaco, aos deslizes, às rupturas, lacunas, ou seja, justamente aquilo que era excluído na

Medicina.

Apoiado nesse primeiro afastamento, observa-se a subversão da semiologia médica que assume o caráter *instável da ligação entre significante e o significado*, além do seu aspecto multifacetado, arbitrário, imprevisível e temporal da produção da significação (Dunker,2000,p.49). Isso não significa dizer que não se pode estabelecer uma semiologia mas, sim, que ela, ao ser ressignificada, aborda aspectos que lhe são próprios, seguindo um fio condutor: a subjetividade apoiada no suporte lingüístico.

Um segundo elemento a ser redefinido pela Psicanálise refere-se à diagnóstica, com base na inversão da relação do objeto de estudo abordado pela Medicina. Isto é, assume-se o discurso do sujeito como seu objeto. Sendo assim, rompe-se com a *classificação exaustiva e com uma descrição objetivante* para reintroduzir uma heterogeneidade que abarca a inclusão do sujeito e não mais de seu corpo exclusivamente.

Para Dunker (2000), a etiologia, terceiro elemento para a estrutura da clínica Psicanalítica, abarca modificações e abandonos em sua subversão no que diz respeito à causalidade usada na Medicina. A primeira grande modificação refere-se ao rompimento da causalidade linear, ou seja, a possibilidade de retorno do recalcado - ou pela ressignificação constante dos sentidos que vão emergindo de forma lógica durante a associação livre- marca-se o estabelecimento de uma causalidade não linear e não cronológica.

A partir disso, está estabelecida a terapêutica, quarto e último elemento, que articulada com os elementos anteriores constitui-se e *implica um*

*conjunto de operações com a linguagem e na linguagem tomada em diferentes âmbitos: interpretação, construção, manobras dialéticas sobre a transferência ou sobre os afetos* (Dunker, 2000, p. 51).

Incluir a linguagem significa, portanto, assumi-la como *mediação fundamental na dialética com o outro*, refutando a noção de que a linguagem é comunicativa e, portanto, um veículo para expressar e verbalizar os sintomas observáveis no corpo (p.51).

Pode-se observar na apresentação da clínica médica e na subversão das estruturas clínicas que o grande deslocamento da clínica psicanalítica está no direcionamento de seu olhar-, que aqui pode ser traduzido como escuta - para o sujeito.

## 2.1. O Diagnóstico na Clínica Psicanalítica

A questão do diagnóstico marca um momento inaugural na Psicanálise. Não é à toa que Freud (1913, p.206) menciona (...) *antes mesmo de conhecer o caso detalhadamente, que nos vemos obrigados a estabelecer um diagnóstico e determinar o tratamento*.

Percebe-se que, desde o princípio a preocupação do psicanalista, segundo Dor (1991) era direcionada a uma ambigüidade e a um paradoxo que rondava a questão do diagnóstico no campo psicanalítico. Ao mesmo tempo, em

que este deveria ter um caráter operativo era, de certa forma, impreciso. Sob esta ótica, o autor aponta que a impossibilidade de manter o mesmo raciocínio de causa e efeito, guiado pela clínica médica, afasta o diagnóstico médico do psicanalítico.

Na clínica psicanalítica, este modo de diferenciação é de início anulado, pois neste campo a impossibilidade é justificada pela própria estrutura do sujeito, dada sua arquitetura singular. Desta maneira, o analista dispõe de uma técnica de investigação que recebe o nome de escuta. Dentro desse cenário, o material clínico que o analista necessita é essencialmente verbal, de forma que a investigação clínica fique restrita à dimensão do dizer e do dito (Dor, 1991).

Outro fato que merece destaque, é que Freud propôs um tempo necessário para observar o início de todo tratamento, que foi designado de *tratamento de ensaio* (posteriormente, recebeu o nome de entrevistas preliminares), cuja função seria diferenciar neurose de psicose.

O tratamento consistia em,

> *um trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim - como o próprio nome tratamento de ensaio parece sugerir - como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar* (Quinet,1993, p. 18).

As entrevistas preliminares apresentam três funções: sintomal (sinto-mal), diagnóstica e transferencial. A função sintomal (sinto-mal) relaciona-se à demanda da análise e é correlatada à transformação do sintoma em sintoma analítico. É preciso que a queixa se transforme em uma demanda endereçada àquele analista, e o sintoma adquira o estatuto de questão para o sujeito, de

forma que este seja instigado a decifrá-lo.

Quanto à função diagnóstica, esta só tem sentido se servir de guia para a condução da análise. Deste modo, é importante ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose, perversão), para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria, obsessão).

No que se refere à função transferencial, esta é necessária para que se inicie e sustente a análise, ou seja, o sujeito sob transferência é o que sinaliza sua entrada em análise. Entretanto, a transferência não é uma função do analista, mas, do analisante. A função do analista é saber utilizá-la.

De acordo com Quinet (1993,p.31):

> *Se o analista empresta sua pessoa para encarnar esse sujeito suposto saber, ele não deve de maneira alguma identificar-se com essa posição de saber que é um erro, uma equivocação. A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a ignorância douta.*

Para o autor, essa *ignorância douta* diz respeito a alguém que tem conhecimento teórico-científico mas, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que ocorrerá. Assim, trata-se de um convite não apenas à prudência, mas também à humildade; um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto: contra a posição do analista de aceitar essa imputação do saber que o analisante lhe faz.

## 2. 2. O Conceito de Sintoma em Psicanálise

Dor (1991) parte do pressuposto de que em qualquer prática clínica existe uma necessidade de se estabelecer correlações entre a especificidade dos sintomas e de um diagnóstico. Para o autor, essas correlações são muito importantes, pois dependem do resultado de uma iniciativa terapêutica. Dentro desse percurso, convém esclarecer o que vem a ser o sintoma para esta clínica.

Para a Psicanálise, o sintoma não remete a um significado generalizável nem a um sentido patológico. Nesta clínica, o sintoma não revela a verdade de uma doença, como na Medicina, trata-se da verdade do sujeito inconsciente. Quinet (2000) aponta que Freud descobriu na análise de pacientes histéricas que o sintoma forma-se como os processos, dito normais, do sonho, do chiste e dos lapsos, porque apresenta exatamente a mesma estrutura. De forma que:

> a *verdade do inconsciente é tributária da linguagem, pois a descoberta do inconsciente (estruturado como uma linguagem) é a descoberta da verdade que está em jogo nos sonhos, nos lapsos, nos chistes e nos sintomas e que não deixa, no entanto, de continuar encoberta* (Quinet,2000, p.125).

Na clínica psicanalítica o sintoma é o lugar do sofrimento, é o que faz com que o sujeito sinta-se mal e procure ajuda. Nesse sentido, o significado de cada sintoma é sempre particular, sendo preciso construir um saber novo que dê conta daquele sintoma com base nas peculiaridades que cada caso traz.

No entanto, a correlação entre um sintoma e a identificação de um diagnóstico supõe a atualização de uma cadeia de processos intrapsíquicos, cuja

dinâmica não se movimenta no sentido do determinismo causal comum. Para Lacan (1998), o sintoma se esclarece numa análise de linguagem, pois o inconsciente é *estruturado como uma linguagem* (p. 25), da qual a fala deve ser libertada.

Assim, fica evidente que o diagnóstico não possa subtrair uma escuta e interpretação à linguagem, uma vez que os traços estruturais surgem do desdobramento do dizer como passagens significativas do desejo que se esboçam naquele que fala. Logo, estes dizeres representam de alguma forma indicadores ou sinalizantes das relações estabelecidas entre o sujeito e sua dinâmica do desejo.

Nessa linha de pensamento, Dor (1991) parte do pressuposto de que um sintoma é sempre o produto de uma elaboração psíquica sobredeterminada[1]. Neste sentido, o sintoma não é jamais senão uma metáfora, ou seja, uma substituição significante, já que sua sobredeterminação deve-se, essencialmente, ao fato de que seu substrato significante manifesto substitui-se ao significante latente do desejo que se encontra preso.

Em linhas gerais, a natureza do sintoma reveste-se de um valor significativo, tão aleatório quanto imprevisível. *Se o sintoma estrutura-se por estratificações significantes sucessivas, nessa estratificação a seleção dos significantes não obedece a nenhum princípio de escolha estável* (Dor, 1991, p. 48).

Assim, os componentes significantes constitutivos do sintoma permanecem diretamente subordinados às fantasias do inconsciente que operam

[1] Esse termo será melhor detalhado mais adiante nesta pesquisa.

sua seleção sob a ação conjunta dos processos metafóricos e metonímicos[2].

## 2. 3 . Causalidade na Psicanálise

Percorrendo as obras de Freud (1910), verifica-se que na *Primeira Lição,* "Das Cinco Lições de Psicanálise" o autor anuncia a partir do campo que funda, a *história inicial e do ulterior desenvolvimento desse novo processo semiológico e terapêutico* (p.13).

Nessa passagem, percebe-se um corte, no que se refere à terapêutica da Psicanálise em relação ao raciocínio clínico da Medicina, pois, para fortalecer esse anúncio, o autor acrescenta que *caminharemos por algum tempo ao lado dos médicos, mas logo deles nos apartaremos, para seguir [...] uma rota absolutamente original* (p. 14).

Deve-se admitir ainda que a origem desse percurso fez-se valer dos entraves da Medicina diante da histeria. Dentro dessa perspectiva, Freud menciona que *se a Medicina é o mais das vezes impotente em face das lesões cerebrais orgânicas, diante da histeria o médico não sabe, do mesmo modo, o que fazer* (p. 15).

A seu ver, para os médicos, os histéricos ficam privados de sua simpatia e são considerados verdadeiros transgressores das leis de tal ciência. No que diz respeito ao caso das histerias, percebe-se a impotência dos médicos, ou seja, o mal-estar em definir fatores etiológicos evidentes e óbvios.

[2] Os conceitos de entidades metonímicas e metafóricas foram descritos por Jakobson (1995) e depois analisados por Lacan. Não se tem por objetivo aprofundar sobre o termo.

Frente a isso, urge ressaltar que Dr. Breuer foi o médico que se destacou por atender uma paciente histérica chamada Anna O. e denominou suas sessões de análise com o termo *talking cure.* Nas sessões de hipnose, observou que sua paciente recordava a situação e o modo do aparecimento de seus sintomas e que essa recordação fazia com que seus sintomas desaparecessem.

Freud (1910) ainda acrescenta que ninguém antes de Breuer *havia removido por tal meio um sintoma histérico nem penetrado tão profundamente na compreensão de sua causa* (p.16-17). O fato merece destaque, pois os sintomas psíquicos não remetiam ao orgânico, posto que aqui se encontra o mérito do trabalho de Dr. Breuer, como surgimento de um novo método de tratamento.

Freud aponta também que pelo tratamento de conversação *(talking cure)* diminuem as perturbações psíquicas, e os sintomas podem desaparecer. Com base nesse ponto de vista, o autor defende a idéia de uma outra posição de sujeito e de clínica, de forma distanciada da Medicina. Assim, argumenta em prol da causa nessa clínica e esclarece que *nem sempre era um único acontecimento que deixava atrás de si os sintomas* (p.17).

Desde o início, Freud desconfia da sustentação teórico-clínica sobre a qual se baseia o raciocínio etiológico (médico), no que diz respeito aos problemas de ordem psíquica e menciona que a causalidade psíquica é de outra ordem. Esta procede por outras vias que não se assemelham às relações de causa e efeito.

No início de seu trabalho sobre as Afasias, Freud supõe um *aparelho da linguagem campo de associações e transferências* (Garcia-Roza,1991, p.37). O aparelho de linguagem não está no sujeito, desde o seu nascimento.

Diferentemente, ele é constituído ao longo do tempo (daí seu caráter histórico), sempre a partir da *relação com outro aparelho de linguagem* (p. 40) e, nessa relação, a criança é introduzida no “registro da troca simbólica”. Um campo oriundo nas relações intersubjetivas, eis o aparelho de linguagem.

Freud explicita e defende a idéia de que a relação entre os processos fisiológicos do sistema nervoso e os processos psicológicos não é de causalidade. A cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso não se encontra, provavelmente, numa relação de causalidade com os processos psíquicos. Os processos fisiológicos não se interrompem ao iniciarem-se os processos psíquicos. Ao contrário, a cadeia fisiológica prossegue, mas baseada em um dado momento em um fenômeno psíquico que corresponde a um ou mais de seus elos.

O processo psíquico é, assim, paralelo ao fisiológico, um “concomitante dependente”. Se a relação entre fisiológico e psicológico é de concomitância, e não de causalidade mecânica, os processos fisiológicos e psicológicos não se confundem, embora estejam conectados. Por isso, a localização de uma representação numa célula nervosa para Freud era uma conclusão equivocada.

O correlato fisiológico da representação não seria algo em repouso, mas, alguma coisa da natureza de um processo, cujas propriedades, por sua vez, deveriam ser definidas por si mesmas e independentes de seu correlato psicológico. O mesmo sendo válido aos processos psicológicos: sua estrutura interna independeria das estruturas anatômicas e fisiológicas, cada qual devendo ser abordada em seus próprios termos.

Nota-se, que a causalidade é psíquica, interna a esse aparelho. Observa-se também que fenômenos psíquicos são sobredeterminados - submetidos ao jogo de associações de associações, isto é, não há estabilidade ou previsibilidade entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos.

Freud dá um grande passo em seus estudos, quando argumenta que na confecção de um sintoma articula-se uma *cadeia de recordações patogênicas (...), sendo completamente impossível chegar [ao seu início]* (p.17). Assim, por mais que haja causalidade psíquica, diferente do que se tem na clínica médica, ela será sempre enigmática. A noção de etiologia no sentido de um fator causal responsável pela formação sintomática não ganha estatuto nesse campo.

De acordo com Laplanche & Pontalis (1995,p.488-499), a sobredeterminação vem relacionada *a elementos inconscientes múltiplos, que podem organizar-se em sequências significativas diferentes, cada uma das quais (...) possui a sua coerência própria.*

Na visão de Garcia-Rosa (1991), a sobredeterminação designa o fato de uma formação do inconsciente, seja ela um sonho, um sintoma ou um ato falho, ter uma multiplicidade de fatores determinantes.

Freud põe em destaque a existência de um "*núcleo patogênico*", isto é, um sistema de linhas ramificadas e convergentes. Para o autor, significações diversas para a causa entrelaçam-se (condensam-se), o que leva à confluência de séries de representações diferentes. Não se deve, no entanto, supor que a sobredeterminação corresponda a um conjunto hierarquizável de significações possíveis para um só acontecimento; ramificações entrecruzam-se num núcleo e

formam um compromisso.

Nota-se, pois, que a sobredeterminação sendo um núcleo condensado de feixes de representações ganha positividade e não pode, portanto, ser identificada ou reduzida a uma suposição negativa de *ausência de significação única* (p.489). Dentro desse percurso, cabe observar que da noção de sobredeterminação desdobram-se conceitos e princípios pertinentes para a clínica psicanalítica. O movimento de Freud em compreender a presença de *vários fatores etiológicos* como um *feixe associativo de traços mnêmicos inconscientes* operou uma revolução na apreensão do humano, tanto na teoria como na prática. É interessante ressaltar que a idéia de *múltiplos aspectos causais* na Psicanálise remete a um feixe de associações que se entrecruzam para formar um núcleo patogênico (em si inatingível) considerado num mesmo domínio.

É preciso esclarecer que, desde Freud na Psicanálise, refletir sobre causalidade implica questionar a suposição de uma causa psíquica única. Exemplo disso, observa-se na terceira lição das *"Cinco Lições da Psicanálise"*, em que Freud (1910) relata que o *psicanalista* (....) *está disposto a aceitar causas múltiplas para o mesmo efeito* (p.36).Neste momento, percebe-se que o critério médico é, enfim, abandonado nesta reflexão.

Diante disso, cumpre esclarecer que foi o reconhecimento desse impasse da determinação da origem da histeria que fez emergir a figura do psicanalista e de um outro campo de conhecimento - a Psicanálise.

De toda sorte, há de se ter em mente que a partir do momento em que a noção de etiologia foi extirpada, o sintoma ganhou novos contornos. Sabe-se

que na Medicina o compromisso dessa clínica é apresentar uma causa/etiologia para um quadro sintomático, de forma que sem esse atributo o tratamento não consegue prever um rumo. Na Psicanálise, contrariamente, esse raciocínio é impossível, visto que não há uma etiologia sobre a qual se possa agir para eliminar o sintoma, uma vez que efeitos na ordem da linguagem são imprevisíveis.

Como referido anteriormente, um feixe associativo, articulado a um núcleo de representações inconscientes resumidos, se oferece à interpretação do psicanalista. Por conta disso, o tratamento não pode basear-se na busca etiológica, como acontece na clínica médica.

É premente notar que tal diferença na abordagem da causalidade pela Psicanálise resulta na configuração de uma outra clínica, baseada na fala e na escuta, não na observação/exame do corpo orgânico. De fato, a formulação do inconsciente decorre da ruptura entre organismo e sujeito, o que, conseqüentemente, produz uma clivagem no saber sobre as doenças mentais e na clínica: o analista escuta o sujeito em sua fala, *Freud é levado a conceber a possibilidade de um pensamento desvinculado da consciência (....) dando ao conceito de neurose um novo estatuto que a desvincula do campo da doença orgânica* (Cukiert & Priszkulnik, 2000, p.53-54).

Na Psicanálise, o tratamento não implica uma incidência direta sobre o organismo (medicamentos ou cirurgias) – a linguagem é tanto um instrumento do analista quanto o lugar de incidência do tratamento. Na clínica psicanalítica, a interpretação incide sobre a fala de um sujeito e produz reorganizações em um

núcleo patogênico (estrutural). Cabe aqui salientar porque não há supressão de sintomas por eliminação de uma causa, pois na Psicanálise só se pode pensar em reorganizações estruturais. Vale mencionar que é na subversão do orgânico que a Psicanálise marca sua origem – nesse ponto de ruptura entre sujeito e organismo.

Como se pode observar, a Psicanálise, ao tomar o sintoma para além do orgânico, assenta-se na instância simbólica da linguagem. A partir de seus estudos sobre as Afasias, Freud refere-se aos efeitos sobredeterminados do aparelho de linguagem, que envolve a separação do sujeito e, conseqüentemente, a definição de inconsciente.

Lacan (1998) ao fazer uma releitura de Saussure e Jakobson baseia seus estudos na proposta de que *o inconsciente é estruturado como uma linguagem*, fato este que permite às manifestações do inconsciente assumir o lugar de destaque para o acesso à subjetividade. É nesse prisma que entende o trabalho analítico vigorando *na e pela* linguagem, no qual o sujeito, ao longo do processo de análise, ocupa diferentes posições discursivas e subjetivas, uma vez que os significantes se substituem.

Pode-se falar, assim, de uma subjetividade que se altera, paralelamente, às mudanças no discurso. Ou ainda, segundo Lacan (1998), a fala tem função simbolizadora, sendo capaz de transformar o sujeito, pois *tem aqui todos os poderes, os poderes especiais do tratamento* (p.630). Para tanto, pode-se afirmar que o pensamento lacaniano foi precursor quanto ao papel da linguagem no processo psicanalítico apoiado na relação que Lacan estabelece

com a Lingüística, sobretudo nas obras de Saussure e Jakobson.

De maneira geral, pode-se apontar que na Psicanálise não consta a noção de causa, pois não se pressupõe que haja um fator desencadeador de uma doença, até porque não se fala em doença, motivo pelo qual a Psicanálise foge à noção de etiologia. Na clínica psicanalítica, aparece a idéia de causalidade psíquica, que pressupõe que fatores diversos interpelam-se na constituição sintomática.

# CAPÍTULO 3

## CAUSALIDADE NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

No campo fonoaudiológico, discutir o conceito de causalidade demanda pesquisar, paralelamente, os pilares sobre os quais esse conceito se firmou na área e, como se dá sua articulação com os demais elementos que compõem a estrutura clínica, a semiologia, etiologia, diagnóstica e terapêutica. A fim de apontar se e como a causalidade se sustenta na Fonoaudiologia, foram pesquisados autores que têm se interessado por essa questão no universo da clínica.

Nesta seção, as pesquisas realizadas são apresentadas em dois grupos que se diferenciam pela forma de compreender a inclusão da causalidade na clínica fonoaudiológica. O primeiro grupo representa a tendência da Fonoaudiologia em se aproximar de uma perspectiva cartesiana representada pela clínica médica. Aqui se localizam as pesquisas de Jakubovicz & Miguel (2004), Faria,R. (2004), Jakubovicz & Cupello (1996), Vieira (1992), Cupello (2004), Millan (1993).

A pesquisa mais recente em que é tematizada a questão da causalidade é de Jakubovicz & Miguel (2004). As autoras discutem o “atraso de linguagem” do ponto de vista da dificuldade de sua classificação, pois afirmam que, para tanto, é necessário articular a etiologia, o local da lesão e a severidade do quadro às características lingüísticas, para chegar ao prognóstico.

Se os fonoaudiólogos mais tradicionais contentavam-se em esperar um laudo médico sobre a origem da doença e o grau da lesão, para estruturar a

terapia, as autoras voltam-se à causalidade dizendo algo além: sua proposta é que o próprio fonoaudiólogo tente articular os achados em sua avaliação, para estabelecer, ele mesmo, um prognóstico.

Para as autoras, é preciso levar em conta que muitas crianças com atraso de linguagem não apresentam uma causa que justifique, pois ainda existem patologias não identificáveis mesmo após extensa verificação diagnóstica com a utilização de teste e exames ultra-sofisticados.

Casos de “atraso de linguagem“ desta ordem não são, segundo as autoras, muito comuns. Embora raros, o fato de eles existirem não deve impedir a pesquisa sobre sua etiologia, sob quais características a linguagem se apresenta e seu modo de tratamento.

Segundo Jakubovicz & Miguel (2004), é comum que diferentes profissionais tenham uma visão distinta a respeito da causa do atraso de linguagem, já que múltiplos problemas podem estar envolvendo a origem desse atraso. Esses fatos apontam para a importância de se tentar determinar a causa ou as causas do “atraso“ e a necessidade de estimar de modo objetivo o seu grau, para realizar o prognóstico.

Para as autoras, há uma certa urgência de se conhecer a causa para planejar o tratamento, visto haver uma relação estrutural entre um e outro. Neste sentido, percebe-se um movimento na Fonoaudiologia que reinvindica a proximidade à Medicina, ao pensar suas ações, articulando os elementos da clínica. Pensar sobre a causalidade implica, co relacioná-la ao diagnóstico e à terapêutica.

Conforme as autoras citadas nos casos de “atrasos de linguagem“ o que se observa são sintomas e etiologias diferentes, mas, com algo em comum: o fato de que todos os quadros têm como sinal o atraso no desenvolvimento da linguagem. Sob essa ótica, as causas do atraso podem ser vistas de dois modos: nos problemas originários de desordens orgânicas ou de alterações funcionais.

Já Faria, R. (2004), ao abordar as dislalias, considera vários critérios para sua classificação, tais como: etiologia, inteligibilidade, incidência de desvios. Desse modo, nesta pesquisa, irei restringir-me à classificação quanto à etiologia que especifica: dislalia fisiológica[3], dislalia funcional[4], dislalia audiógena[5] e dislalia anatomofuncional[6]. Para a autora, os procedimentos de avaliação da dislalia incluem: anamnese, observação informal, uso de testes (bateria ITPA, Avaliação fonológica da criança, Realfa e Perfil de habilidades fonológicas), avaliação da recepção da fala, avaliação de memorização/evocação e da fala, avaliação da motricidade oral e por fim a avaliação da monitoração.

Conforme citam, Jakubovicz & Cupello (1996), a afasia caracteriza-se por uma desintegração abrupta da linguagem, cuja etiologia é decorrente de danos cerebrais, ocasionados por fatores exógenos ao sujeito (traumatismos, intoxicações) e/ou por fatores endógenos ao organismo, tais como: aneurismas, tumores ou acidentes vasculares cerebrais variados.

---

[3] Padrão de fala considerado normal durante a aquisição da fala e desenvolvimento dos processos fonéticos e fonológicos. Desaparece espontaneamente, aproximadamente aos 4 anos, idade limite para a aquisição dos processos finais por falantes do português brasileiro. A aquisição dos encontros consonantais, sílabas travadas e palavras longas pode ser considerada a finalização da organização fonológica.

[4] Geralmente oriunda da dislalia fisiológica com relação a um atraso maturativo; os desvios da fase de organização se tornam persistentes, além da idade em que normalmente são descartados, sem que haja correspondência com alterações sensoriais, malformações anatômicas ou lesões neurológicas.

[5] As alterações fonéticas e fonológicas que se apresentam têm correspondência com déficit na acuidade auditiva. Neste caso devemos verificar a relação entre a perda de audição e o comprometimento da fala. Pode haver lentificação do ritmo e alteração da prosódia.

[6] Também chamada de orgânica ou disglossia é caracterizada por alterações na fala que têm correspondência com malformações anatômicas dos órgãos periféricos da fonoarticulação.

Vieira (1992), também, tomando como foco a afasia, menciona que na avaliação fonoaudiológica sob embasamento da Medicina, o alvo de destaque é a compreensão do cérebro pós-lesão, pois seu grau determinará as dificuldades de linguagem. Para tanto, a avaliação de linguagem resume-se ao uso de testes. O trabalho terapêutico não é centralizado na limitação do paciente, mas em um trabalho com a linguagem a partir de recursos de ordem perceptual.

É importante mencionar que (colocar nomes) além focalizar a atenção na origem da dificuldade de linguagem, compreendem que a procura pela etiologia é função da avaliação, após tal delimitação, a terapia visa a ampliar “as habilidades comunicativas e perceptuais”.

Além disso, cabe esclarecer que um mesmo dano cerebral pode provocar sintomas de vários tipos, ou seja, um afásico também pode apresentar disartria, apraxia da fala e até a demência pode ser adquirida pela lesão cerebral que levou à afasia. Nesse sentido, Cupello (2004) acrescenta que a reabilitação visará a restringir as seqüelas advindas desses impedimentos que o sujeito apresenta.

Para isso, o fonoaudiólogo deve contar com um criterioso planejamento de estimulação, estruturado constantemente e revisto/aperfeiçoado, conforme as necessidades emergentes.

Assim, o clínico, segundo a autora, terá de criar hipóteses neuropsicológicas sustentáveis no instante em que elaborar os exercícios, para que eles sejam os mais adequados e respeitando uma hierarquia que envolva desde os mais simples até os que exijam uma maior profundidade de conhecimento das funções mentais superiores, bem como sobre a organização

cognitiva humana. Dentro dessa perspectiva, novamente se enfatiza que a busca pela causa implica numa linearidade de tratamento. Ao se falar em etiologia pensa-se em diagnosticar e tratar.

No início de sua prática clínica, Millan (1993) destaca em sua pesquisa as fissuras lábio-palatinas e pontua que o atendimento fonoaudiológico é desencadeado por uma série de tarefas que, *se devidamente realizadas, levariam supostamente a um sucesso absoluto* (p.11). Não podem ser esquecidos os procedimentos utilizados pela autora na condução de seu trabalho: anamnese/entrevista, avaliação e terapia.

O primeiro deles consiste em uma entrevista com os pais, cuja etapa corresponde à aplicação de um questionário, no qual o objetivo principal é levantar dados referentes ao histórico orgânico da criança, informações de natureza psicológica e social. Nessa etapa da entrevista, a principal informante é a mãe.

A segunda etapa corresponde ao exame da criança, que consiste no exame dos sintomas lingüísticos privilegiados aprioristicamente. Dentro desse contexto são aplicados testes articulatórios e de discriminação auditiva.

Para Millan existe uma estrutura lógica deste fazer, uma vez que os dados orgânicos devem ser explicitados, pois através deles são propostas uma busca e uma explicação dos sintomas. Um outro aspecto alçado para a avaliação é a discriminação auditiva, cujos resultados, muitas vezes, não são coerentes com o teoricamente previsto.

Feitos os exames expostos anteriormente, inicia-se o atendimento fonoaudiológico, tendo como aparato um planejamento de trabalho condizente com as necessidades do quadro em questão. Desta maneira, inicia-se a terapia com um trabalho em nível corporal, usando-se o relaxamento para dar consciência corporal à criança e a percepção de uma postura global adequada.

Em seguida, parte-se para um exercício de coordenação pneumofônica, acompanhado de uma estimulação de sistema motor oral, adequando a tonicidade de lábios, língua, palato mole e a função da deglutição. Posteriormente, entra-se num trabalho articulatório em nível fonêmico para a produção do som que a criança não apresenta com distorções. *Finalmente, trabalha-se com a hipernasalidade (parcial ou total), que gera uma ininteligibilidade da fala. Trabalha-se, então, no nível da ressonância oral para clarear as emissões da criança* (Millan,1993,p.18).

Juntamente com esse trabalho terapêutico, é feita uma orientação à família da criança. Nessa linha de raciocínio, pensar em causalidade implica também uma ação posterior para esse grupo de pesquisadores: delimitar o quanto uma intervenção será eficaz em termos de “cura”.

Assim, nesse tipo de clínica, a Fonoaudiologia tende a não se desligar do raciocínio clínico apoiado na etiologia, razão pela qual ela não só faz complementaridade à clínica médica, como também induz uma prática de natureza pedagógica, pois acredita que a linguagem possa ser ensinada e, portanto, aprendida.

O interesse pelo levantamento exposto até aqui, reside no fato de que

esses autores adotam a idéia de causalidade tomada da forma como a Medicina a concebe, ou seja, sem questionamentos. Pode-se atentar para o fato de que a linguagem, nessa perspectiva, é tomada como manifestação do funcionamento de um corpo biológico, o que tem uma conseqüência para a clínica fonoaudiológica: a origem ou causa da doença não é sequer questionada, apenas, tratada. Ou seja, cabe ao fonoaudiólogo uma preocupação que se centraliza no processo terapêutico, sem questionar os outros elementos da clínica que, para esse profissional, são de total responsabilidade da clínica médica.

Em um outro grupo, a Fonoaudiologia avança ao se distanciar desse modo positivista de concepção clínica. Nestes trabalhos, nota-se a influência das pesquisas da Lingüística e da Psicanálise no interior de seu campo. Esta aproximação só pode acontecer a partir do instante em que a Fonoaudiologia distancia-se da noção de que são apenas as alterações no organismo que justificam as alterações da linguagem. Passa-se a outros compromissos teóricos, sendo precursores os estudos de Freire & Cordeiro (1999), Palladino (1999), Arantes (2001), Fonseca (2002) e Faria,V. (2003).

No segundo grupo de trabalhos, faz-se referência ao artigo de Palladino (1999,p.04), em que é discutida a questão da nosologia como *uma proposta de compreensão das doenças a partir de uma divisão dos "males" em categorias formadas por traços constantes referidos às estruturas e funções do corpo* .

Ao longo do texto, a autora defende o pressuposto de que a nosologia refere-se a um "olhar de fora" que vai determinar a forma e a natureza da doença

que debilita as pessoas.

Palladino (1999) considera a nosologia uma proposta às doenças e tão somente àquelas que “se dão a ver”, pois as que “não se dão a ver”, a nosologia nada tem a ofertar.

Sob o ponto de vista da autora, as doenças que "se dão a ver" apresentam abordagens nosológicas semelhantes às da clínica médica. Como exemplo, a autora destaca que a área de Audiologia responde a esses requisitos, pois dirige seu olhar às doenças que se oferecem ao "olhar de fora". Já as doenças que “não se dão a ver”, são exemplificadas como "doenças da linguagem", e apresentam-se ainda indescritíveis. *É preciso arrancá-las da sombra em que estão, é preciso poder olhá-las e aí tentar dizê-las* (Palladino, 1999, p.05).

A reflexão da autora parte do pressuposto de que as patologias de linguagem, quando tomadas por um "olhar de fora", como de costume, são vistas com base na etiologia do quadro patológico geral em que estão inscritas, ou seja, permanecem obscuras e a linguagem não recebe nem uma reflexão necessária. No entanto, as patologias de linguagem ao receberem um "olhar de dentro" descobrem-se e permitem ao terapeuta uma interpretação:

> *quando a doença é da linguagem e a linguagem é o lugar em que os olhos e os ouvidos do clínico se colocam, é possível até que doentes antes discriminados em vários tipos etiológicos se coloquem lado a lado* (Palladino,1999,p.06).

Desse modo, se a linguagem é mais que um composto sonoro que coincide com um espasmo muscular, ela só poderá ser de outra natureza, para

além do corpo, é uma "instância", sem referência topográfica, uma estrutura específica, invisível e inapreensível na tutela da clínica tradicional, guiada por sistemas nosológicos que nascem de um "olhar de fora". Sendo assim, a linguagem, em suas aparições raras, patológicas, só se dará a ver no discurso daquele que com ela e por causa dela sofre e na escuta do clínico que pode se oferecer a um ''olhar de dentro''.

Dessa maneira, ao refletir sobre as "doenças de linguagem", não se pode pensar numa nosologia propriamente dita, obtida apenas pelo olhar do outro. Portanto, na Fonoaudiologia a nosologia é um conceito em elaboração, quer dizer, "uma questão em busca de sentido" (Palladino,1999,p.07).

Não se pode esquecer que a remissão da linguagem a uma capacidade biológica acaba por reduzi-la a efeitos passíveis de qualquer olhar que anula a *singularidade de um corpo que fala justamente do inesperado* (De Lemos citado por Palladino,1999,p.07).

A linguagem por ser uma instância para além de um composto sonoro com um espasmo muscular coincidente, é uma questão de funcionamento, de gestos de significação e, nesta medida, fica impróprio colocá-la em relação de causa a um corpo ou contexto social, o que, conseqüentemente, equivale a lhe atribuir um estatuto particular.

Deste modo, Palladino afirma que este *estatuto pode lhe ser conferido porque uma estrutura cujo funcionamento tem uma natureza simbólica e como tal, constituída por um movimento sempre inédito* (1999, p.07).

Nessa linha de pensamento, a autora relata que a enunciação é, em si, um ato de subjetivação, é movimento nesta estrutura, pois se compreendida como instância de funcionamento, a questão da singularidade está posta obrigatoriamente para a linguagem e a singularidade afronta sem pudor a presença de uma nosologia, um olhar que castra na linha da homogeneidade.

Sendo assim, quando se trata da arquitetura teórica das "doenças da linguagem", é necessário conter a contradição, isto é, ter um desenho que contenha movimentos, senão as ocorrências irão se esvair. Um sistema de referência fechado, um desenho nosológico, composto por "tipos", um enquadre quase caricatural, isso deve ser descartado porque não permite o movimento, não exibe a diferença, pois apaga "o corpo que fala", apaga o sujeito.

De acordo com Palladino (1999,p.08):

> *um desenho que contenha diferença poderia ser imaginado como surgindo da explicitação dos movimentos operados neste funcionamento, e isto vem a ser a aplicação de um traço resultante de uma consideração qualitativa, de um gesto adjetivo. Os movimentos da linguagem, os movimentos do sujeito, já que a palavra não é senão um gesto de significação, eles podem pôr a descoberto o funcionamento humano, o funcionamento de cada um que, por ser simbólico, apesar de operado dentro de uma necessária repetição, é sempre inédito.*

Destas considerações, a autora sugere que no atendimento clínico, ao invés de o fonoaudiólogo atender um "PC", um "DM" ou um “fissurado”, talvez, ele possa atender algo que, de fato, lhe diga respeito: o sujeito e seu funcionamento peculiar de linguagem.

Freire & Cordeiro (1999), em seu artigo *"Patologia de Linguagem: uma Nosologia"*, reconhecem a necessidade de delimitação de uma nosologia para

elaboração de um projeto clínico. Em seus escritos, observa-se que elas avançam, ainda que de forma inicial, pelas questões preliminares a essa elaboração de uma estrutura clínica para a Fonoaudiologia. As autoras partem do princípio de que a etiologia na Fonoaudiologia *continua sem resposta e, por sua vez, a caracterização e a terapia fonoaudiológica permanecem pouco esclarecidas e/ou mal definidas* (p.01).

Para dar sustentação a essa afirmação, ressaltam que tanto nos retardos de aquisição de linguagem, como nos distúrbios articulatórios e também nas afasias, há a tendência de o fonoaudiólogo dirigir atenção à linguagem apenas aos aspectos anátomo-perceptuais dos órgãos fonoarticulatórios.

Freire & Cordeiro (1999) chamam a atenção ainda para a impossibilidade de se assumir a linguagem, como uma complementaridade, já que ela faz questão à clínica fonoaudiológica. Dentro dessa perspectiva, as autoras concluem que a linguagem é objeto da Fonoaudiologia, e o clínico deve estar fundamentado em uma concepção de linguagem que a veja...

> *em seu funcionamento, ou ainda a linguagem em sua singularidade. A patologia de linguagem indiciaria um funcionamento peculiar do simbólico. O objetivo da clínica fonoaudiológica seria então conhecer esse funcionamento e nele intervir usando a própria linguagem como forma de sustentar e estruturar a linguagem do paciente* (p. 02).

Como se pode observar, a afirmação das autoras sustenta-se pelo compromisso do clínico estar voltado à fala do paciente. Por conta disso, é preciso que a Fonoaudiologia *estabeleça relações de interpelação com disciplinas que se preocupem com a linguagem em seu funcionamento* (Freire & Cordeiro,1999,p.03).

Desta forma, justifica-se sua aproximação com à Lingüística e à Psicanálise, como essenciais para emergência de inspirações e questionamentos no campo clínico fonoaudiológico.

Assumir como objeto da Fonoaudiologia a linguagem em seu funcionamento, implica assunção de uma subjetividade que impede a objetivação da doença advinda da clínica médica. Desta forma, Freire & Cordeiro (1999) afastam-se da noção de doença e discutem o sintoma baseado na estrutura, sendo essa uma alternativa para o estabelecimento de uma nosologia. Esta assunção será estabelecida por meio de uma caracterização sob dois planos: o da estrutura e dos tipos clínicos. Cabe aqui entender que a nosologia é inerente a qualquer projeto clínico, pois como pontuam Freire & Cordeiro (1999,p.03),

> *(....) o objetivo da clínica, anterior ou concomitante à cura, é a detecção da estrutura e do tipo clínico da patologia de linguagem do falante. Assim, nas primeiras entrevistas, ou nas entrevistas preliminares é importante - uma vez definida a estrutura - ultrapassar o plano desta para chegar aos tipos clínicos, o que permitiria ao terapeuta vislumbrar a direção da terapia, sem a qual o processo terapêutico ficaria à deriva. Há, portanto, uma relação de implicação entre diagnóstico e terapia, ou seja, o sentido do diagnóstico está em servir de guia para a condução da terapia.*

Emerge, assim, a necessidade de estabelecer a *distinção entre os sintomas e os traços estruturais* às patologias de linguagem. De acordo com a experiência clínica das autoras, ambas afirmam haver uma certa regularidade no funcionamento da linguagem patológica. Reconhecem três estruturas que podem ser tomadas, como uma forma preliminar de nosologia no campo fonoaudiológico.

Na primeira estrutura , as manifestações de linguagem patológica, tais como: os erros, os desvios e os sintomas são repostos de forma estável, que não

só é possível descrevê-los como prevê-los. Caracterizam-se, sobretudo , pelo fato de que qualquer mudança da condição interacional é suficiente ao deslocamento do sujeito de sua posição na linguagem. Exemplos são os casos em que a demanda desaparece com medidas simples, como uma explicação à mãe sobre seu papel no processo de aquisição da linguagem de seu filho, ou ainda, uma diversificação dos parceiros interacionais da criança.

Uma segunda assemelha-se a primeira, no que se refere à presença de sintomas de linguagem, mas dela diferencia-se pela existência de uma demanda que persiste e remete o sujeito a um processo clínico terapêutico, para que se reconheça aí algo diferente da estrutura anterior. O discurso da mãe sobre seu filho indicia informações discursivas que cristalizam a criança na posição de não falante ou mau falante.

Segundo as autoras, existe uma terceira que *conteria tipos clínicos diferentes e que implicaria o biológico ou o psíquico enquanto instância paralela afetada* (Freire & Cordeiro, 1999, p.04). As autoras aproximam-se da Psicanálise e, assim, passam a afirmar que existe uma estrutura na qual a causa do sintoma pode ser relida como um espaço discursivo onde o sujeito é interpretado e tem seu lugar prescrito antes mesmo de seu nascimento. No entanto, *a doença orgânica ou psíquica incide sobre diferentes estruturas subjetivas, manifestando peculiaridades singulares, tanto no funcionamento da linguagem quanto no efeito terapêutico* (p. 04).

Pode-se observar que as autoras situam-se, para além do comprometido orgânico ou psíquico em relação às questões de linguagem,

preocupando-se com a estruturação de uma nosologia estritamente fonoaudiológica. Essa proposta preliminar aponta alguns aspectos que podem vir a integrar a composição de tipos clínicos.

Para o estabelecimento da primeira e da segunda estruturas, além do funcionamento da linguagem, as autoras alçam o *outro* como um de seus elementos componentes. Além disso, mencionam também a importância de uma estrutura que seja singular no modo de constituição dos sintomas na linguagem do sujeito. Por outro lado, ao estabelecerem a terceira estrutura nosológica, não conseguem permanecer no escopo da linguagem, pois alçam elementos orgânicos e psíquicos que desestruturariam sua proposta inicial de estabelecer uma estrutura nosológica interna à Fonoaudiologia.

Em sua tese de doutorado, Arantes (2001) discute o diagnóstico na clínica de linguagem e ressalta a natureza dos diagnósticos médico e psicanalítico, assegurando que estas áreas clínicas ensinam que *a definição de diagnóstico requer considerar a especificidade do que está em foco em diferentes clínicas - requer compromisso com o fenômeno que as interroga* (p.157). Assim, para a autora o *diagnóstico de linguagem* só poderá distinguir-se de outros se incidir sobre *um sintoma caracterizável como um furo no corpo da fala, que diz de um corpo falante* (Lier-De Vitto citado por Arantes,2001,p. 03-04).

A autora ainda menciona um ponto primordial em sua pesquisa: questiona se e quando interessaria ao fonoaudiólogo considerar em seu diagnóstico, distinções relativas à origem/causa das patologias na linguagem:

> *seria a detecção da causa possível e necessária na clínica de linguagem? Como, pergunto, definir a causa de um problema na linguagem? Em que um agente etiológico atestável (orgânico) ou inferível (social/ emocional) explicaria a natureza do particular/singular de uma fala - o modo de acontecer de uma fala. Que relação pode ser estabelecida senão geral e bastante vaga? Ao lado disso, que*

> *"instrumento" teria o fonoaudiólogo para intervir sobre o suposto agente etiológico?* (Arantes, 2001, p.09).

Como se observa, a etiologia é questionada na pesquisa de Arantes. Deste modo, a *relação entre um diagnóstico e a escolha de um tratamento, quando se trata de linguagem, não obedece a uma relação causal lesão-sintoma, no sentido de uma implicação direta como é o caso na clínica médica.* Fazendo um paralelo ao campo das patologias de linguagem, a autora aponta que:

> *não se encontra qualquer relação estável entre a natureza das causas e a qualidade dos sintomas (....) Ainda assim, é praticamente impossível prever o que uma alteração orgânica desencadeará na linguagem. Temos que em todos os casos que envolvem linguagem (tenham eles ou não sua etiologia definida) o clínico permanece em posição de ter que falar sobre o que se passa na fala de seu paciente* (Arantes,2001,p.49).

Ao dialogar com os conceitos teóricos da clínica psicanalítica, Arantes parte para uma reflexão sobre os procedimentos específicos da clínica de linguagem que requerem um *afastamento do diagnóstico nosológico, causalista e classificatório* (p.49). Diferenças devem ser sustentadas, pois, na Medicina, o organismo é beneficiado pelo raciocínio etiológico. Ao passo que na clínica de linguagem, é o sujeito em sua fala que faz presença e *seja pelo viés da forma, seja pelo da substância (....), a fala mostra sempre sua imprevisibilidade* - marca da singularidade do sujeito-falante a desafiar, permanentemente, tipologias e classificações (Arantes,2001,p. 63).

Pode-se observar com a autora que, diferente da Medicina, as causas indicadas para problemas na fala são sempre externas ao domínio da linguagem:

> *entende-se porque se um paciente não produz determinados sons*

> *quando já seria esperado que fizesse, aposta-se em hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios, em lesões periféricas ou centrais e tenta-se, sempre que possível, incidir sobre as causas - adequar tonicidade, ajustar a coordenação de movimentos, otimizar a percepção. Quando se desconhece a etiologia, parte-se diretamente para a instalação e automatização de fonemas. Apaga-se, assim, o mistério desse não produzir certos sons e o fonoaudiólogo passa de clínico a técnico* (Arantes,2001,p. 64).

Em casos de distúrbios articulatórios, com a etiologia definida ou não, o corpo-organismo é o foco de cena. Dentro dessa perspectiva, a autora citada destaca que a Fonoaudiologia *trata a fala como desabitada já que o ponto é consertar defeitos na fala, adaptá-la. Aposta-se numa clínica de natureza ortopédica* (Lier-De Vitto *citado por* Arantes, 2001,p.64). Enfim, tem-se por meio da adesão ao modelo médico que o sujeito fica entre parênteses, já que acaba importando mais *o organismo que abriga a doença, que é seu suporte* (Arantes, 2001, p. 60).

A pesquisadora citada mobiliza alguns conceitos clínicos da Psicanálise interessantes de serem raciocinados no interior da Fonoaudiologia e defende que *não há estabilidade entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos*. A causa, mesmo que admitida, é inatingível e, por razões clínicas e teóricas, o psicanalista suspende a busca etiológica. Por conseqüência, o analista não poderia visar à eliminação/supressão do sintoma - efeito este que enfatiza o corte com o ideal médico e com o raciocínio clínico que comanda seu olhar e seus atos.

De acordo com Pollonio (2005):

> *na Fonoaudiologia, diferentemente da Psicanálise, o fazer clínico funda-se na relação dialógica (no dizer) elaborada entre ambos integrantes, terapeuta e paciente, e o fonoaudiólogo assume a posição de dizer, de perguntar, de devolver ou até mesmo, de precipitar uma*

*ação ou dizer da criança. Será nas cadeias discursivas* ***de terapeuta e paciente*** *que se buscará apreender o enigmático da fala, e não* ***"entre" o dizer e o dito do paciente*** *(....), pois não se objetiva o inconsciente* (p.137).

Para a referida autora, a Fonoaudiologia precisa considerar que existem conteúdos latentes que respondem pelo sintoma apresentado, porém, como pontua Pollonio, reconhecer não é operar.

Nessa ordem de idéias, ações semelhantes não poderiam ocorrer nos dois campos dado que, além de serem áreas distintas, seus objetos divergem: enquanto a Psicanálise preocupa-se em desvendar os conteúdos inconscientes responsáveis pela formação sintomática e a Fonoaudiologia visa a compreender o funcionamento da linguagem. Embora ambas requeiram um trabalho com a linguagem, e a Fonoaudiologia tenha adquirido um ganho inestimável ao tomar contato com um processo de humanização atravessado pelo simbólico, como frisa a Psicanálise, estes territórios caminham em direções contrárias, dada as particularidades de cada área.

A Psicanálise, sem abandonar a exigência de rigor, cria uma outra clínica. Esta *outra clínica* é a que se almeja no interior do Projeto[8], do qual a autora faz parte. Uma clínica de linguagem que não se confunda com a clínica psicanalítica, do mesmo modo que, nesta última, *não se atinge a causa de um problema de fala, nem o sentido do sintoma,* ainda que a escuta seja privilegiada em relação à observação: uma escuta clínica para o que dizem a família e o

[8] O *Projeto Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem* é coordenado pela Prof. Dra. Francisca Lier-De Vitto no LAEL/PUC-SP (CNPq 522002/97-8) e o que movimenta a investigação é uma manifestação particular de fala - a que se designa "patológica". *Admite-se, portanto, que é sobre a singularidade de uma condição de falante que um clínico e pesquisador é convocado a produzir uma explicação e uma interpretação em cena* (Lier-De Vitto & Arantes,1998).

paciente (Arantes,2001,p.91).

Sob o mesmo paradigma, Fonseca (2002) aborda dois pontos fundamentais em sua tese de doutorado: a) a distinção que estabelece entre causalidade, como relação positiva e causal, em que o *termo causa (....) pode aproximar-se daquele do senso comum, pautado na captação sensível de uma relação de sucessividade entre eventos* e b) a discussão que Fonseca faz sobre o paralelismo psico-fisíco de Jakobson, em que o sintoma na fala não é dedutível da lesão, *razão pela qual não se deve confundir a localização, da lesão que destrói o mecanismo da fala, com a localização do mecanismo da fala* (p.45).

No segundo caso, a relação suposta não é de causalidade (sucessividade de eventos), já que em causa estão dois *domínios diferentes, independentes, paralelos*. De fato, para Jakobson, como cita a autora, "*uma lesão causa uma nova condição cerebral, mas não causa stricto sensu uma condição mental ou lingüística* (p.38). Percebe-se que essa teorização recusa a possibilidade de causalidade direta entre eventos que ocorrem em domínios diferentes.

Fonseca (2002) destaca o filósofo Mill que, segundo ela, inspirou as formulações de Freud. Para Fonseca e Mill, *a causa de um fenômeno é a reunião de suas condições*. Observa-se que o paralelismo psico-físico diz da "concomitância" de funcionamentos e os fatores causais não são hierarquizados e, sim, reunidos como *conjunto de antecedentes para a produção do conseqüente* (p.41). A autora cita Mill, para quem é raro - se é que isso acontece alguma vez - encontrar uma seqüência invariável entre um único antecedente e um

conseqüente. Assim, no lugar de um fator causal, comparece a idéia de conjunto que dilui a relação unidirecional entre causa e efeito. A proposta do filósofo remete à noção de sobredeterminação, mola propulsora das formulações da Psicanálise.

Neste sentido, entende-se porque Freud ocupa a atenção de Fonseca. Já nas suas formulações sobre as afasias, Freud refutava a relação direta entre efeitos de cérebro e linguagem. Percebe-se, no entanto, como a autora justifica a pertinência do parecer de Freud:

> *A monografia de Freud sobre "A Afasia" (1891) é, de um lado, uma crítica ao localizacionismo e, de outro, o fundamento de idéias originais que, reconhecidamente, abriram espaço para o surgimento da Psicanálise. Isso significa que, a partir da revisão de premissas que sustentavam a Neurologia da época, desdobraram-se argumentos - células germinais - de uma nova formulação acerca da organização dos* ***processos psíquicos****. Argumentos que, em grande parte, têm laços com as idéias de Jakobson e do filósofo John Stuart Mill. Idéias que contribuíram para fazer a excelência de um trabalho que (...) excede o terreno da Neurologia* (Fonseca,2002,p.53).

O "*excesso*" importa a Fonseca, no que diz respeito à clínica de linguagem e, ainda mais, porque Freud propõe um aparelho de linguagem, cujo funcionamento é um *concomitante dependente* em relação ao funcionamento cerebral: *concomitante porque* autônomo e *dependente, pois* não se poderia falar em afasia sem lesão e portanto, que esses funcionamentos afetam-se mutuamente (sem que um se reduza ao outro).

A autora retoma Freud (1893-95), e salienta a interrogação que os casos de afasia e histeria introduzem quanto à noção de causalidade. Fonseca chama a atenção para o fato de que, no primeiro caso - as afasias -, existe uma

lesão orgânica que retira o sujeito da linguagem enquanto, no segundo, permanece uma determinação subjetiva que perturba o funcionamento do corpo-orgânico, *um enigma que escapa ao saber do sujeito e, também, ao saber construído pela* Medicina (Fonseca,2002,p.59).

O sintoma como um saber que escapa ao sujeito e ao médico traz a exigência de se conceber um outro discurso, que irá inaugurar a Psicanálise. Fonseca ressalta que a dependência da afasia em relação à lesão incomodava Freud, ao mesmo tempo em que observava uma lógica própria/interna ao sintoma, não anulava o fato dela aparecer como "efeito" de um acontecimento cerebral, que não obscurecia, contudo, o anúncio de uma posterior ruptura: *se, no final do século XIX, o paralelismo psico-físico aparece como um meio de refutação da causalidade, a fórmula Freudiana desse paralelismo traz em si (....) a semente de sua negação* (Fonseca, 2002, p.61).

Isso porque se a lesão cerebral aponta para um evento físico-fisiológico, os sintomas na fala pesam como acontecimento simbólico, nem sempre acompanhando os efeitos dessa lesão ou o desajuste de um funcionamento.

Para Fonseca (2002), Freud *rompeu com a noção de causalidade mecânica entre domínios heterogêneos* (p.62), no caso, entre eventos físicos e eventos psíquicos e, ao fazê-lo, antecipou a noção de "sobredeterminação":

> *Interessa-me atentar para o fato de que, na explicação acerca do funcionamento desse aparelho, o* ***complexo associativo fechado*** *(a representação - palavra) conecta-se ao* ***complexo associativo aberto*** *(a representação - objeto). Tais associações respondem pela estruturação do aparelho de linguagem. Note-se que não se trata de*

> *associação entre palavra e objeto. Mas,* ***representação – palavra -*** *e* ***representação - objeto****. Isso significa que séries de associações relativas à palavra (por isso, um complexo associativo) e séries de associações relativas ao objeto (outro complexo associativo) entram em relação. O que está em questão, como se vê, é um aparelho que* ***associa associações*** *(...) germe do conceito de sobredeterminação que, em outras palavras, consiste no reconhecimento de um determinismo próprio ao psiquismo* (Fonseca,2002,p.70-71).

Na noção de sobredeterminação está contida a idéia de que não é possível identificar *a causa primeira da série associativa (nem do ponto de vista físico, nem metafísico)* (p.71). Os sintomas serão, então, ***efeitos*** de perturbações em uma rede associativa simbólica. Desse modo (e por outras vias), a Monografia de Freud, segundo Fonseca, cerra a porta à clínica médica. A autora, inspirada no movimento freudiano de subversão ao modo de pensamento da Medicina, volta-se para o que entende como clínica, à fala sintomática, e conclui que:

> *Não se trata (....) de ignorar o orgânico, mas deve-se ter em conta os limites de sua determinação: para que mudanças ocorram na fala (e na posição sujeito-falante) uma outra causalidade (que não a organicamente determinada) tem papel decisivo. Refiro-me aqui à "causalidade clínica" instanciada no jogo da interpretação lingüística: (...) é ela que dá fundamento á mudança que se almeja alcançar. Só que essa causalidade lingüisticamente determinada implica o contingente, o singular. Daí que ela não comporta previsibilidade mecânica. A clínica de linguagem deve levar em conta, então, o imprevisível que marca o encontro do paciente com o terapeuta e de ambos com o sintoma* (Fonseca, 2002, p.249).

Como se percebe, a proposta da autora não é silenciar o discurso médico. A participação do aparato orgânico é inegável, mas impõe limites ao clínico de linguagem para atuar sobre ele – ao clínico cabe uma incidência sobre a linguagem (e com a linguagem), sobre o falante e sua fala.

Faria,V. (2003) objetivando explorar as razões para o paralelismo, de

um lado, entre uma *pluralidade* de abordagens explicativas, e de outro, uma *única* abordagem terapêutica, que insiste em aparecer como prática de correção de fala nos distúrbios articulatórios, faz um percurso pela história da constituição da área e apreende um movimento interessante na construção do perfil do que viria ser o futuro fonoaudiólogo. Assim, assiste-se, neste percurso, ao reencontro do clínico com o ideal do professor, um retorno às origens, quando já distante da escola e mais próximo do discurso médico, o fonoaudiólogo, para suprimir o sintoma, assume o papel de reeducador.

De acordo com a autora, desse enlace com a Medicina distante ficou o que deveria ocupar o centro das atenções do fonoaudiólogo: as manifestações sintomáticas na fala. Nesse sentido, manteve-se a presença acentuada e imperativa do organismo no interior da clínica fonoaudiológica e era para esse organismo que o trabalho com a linguagem se voltava.

Entretanto, como ressalta a autora, a demanda dirigida ao clínico de linguagem recaía sobre a fala (e sobre o organismo) e, por isso, foi obrigado a lançar mão do que sabia para poder pôr em ordem o que pacientes diziam estar em desordem. Assim, uma prática pedagógica passou a fazer complemento ao ideal próprio da clínica médica: “corrigir/ensinar para suprimir”. Nada de errado parecia haver nessa composição.

> *Mas, uma vez o organismo íntegro, outra explicação se fazia necessária para justificar “vícios na fala”. Desta falta, que a Medicina não poderia dar conta, tem início um percurso caracterizado pela interdisciplinaridade. Outros discursos foram convocados para “dizer sobre” – dizer sobre a etiologia das alterações na linguagem. Vê-se emergir a indicação de fatores externos ao orgânico propriamente dito - “pecado original”, para usar uma expressão de De Lemos, da clínica nascente, por ignorar que o sucesso da Medicina, na indicações de*

> *fatores etiológicos da doença, deve-se ao fato de que eles não ultrapassam o domínio do orgânico e que é essa consistência que viabiliza o tratamento. Note-se, além disso, que a proliferação de fatores causais, na Fonoaudiologia, não significa rompimento com o raciocínio clínico da Medicina: o etiológico. Interessa que a Fonoaudiologia não pôde abstrair, da relação com esse campo, uma regra fundamental: a de que as ações de um clínico, desde a entrevista até o tratamento, são orientadas por reflexões assentadas em um único domínio. É este compromisso que impede movimentos descompassados entre teoria e clínica* (Faria, 2003, p.137).

A autora citada enfatiza o equívoco de se sustentar uma ação fonoaudiológica apoiada na idéia de que a linguagem é mero comportamento e, portanto, passível de modelagem. É essa a concepção vigente na Medicina e na Educação e que adentra a cena fonoaudiológica, sendo difícil, ainda nos dias de hoje, manter-se alheia às suas influências. Em nenhum desses campos, há reconhecimento da ordem própria da língua, ou seja, reconhecimento de que a linguagem tem funcionamento próprio e é efeito estruturante do sujeito.

Ao dar reconhecimento à ordem própria da língua, Faria, V. (2003) chega a uma exigência lógica incontornável: a impossibilidade de estratificação e ordenação da fala, base e sustentáculo dos procedimentos pedagógicos e de grande parte da clínica fonoaudiológica que, no caso dos distúrbios articulatórios, insiste em treinar/ corrigir na boca-orelha sons alterados.

As discussões da autora giram em torno de um objetivo, qual seja: o de diluir de uma inconsistência – a disjunção entre teoria e prática – que se reflete na insistência de um mesmo: de uma clínica que se mantém refratária a mudanças. O que subjaz a esses problemas é a manutenção de um raciocínio clínico guiado pelo ideal de supressão de sintomas, que exige, por sua vez, a determinação de uma etiologia e uma forma diretiva de eliminá-la.

Por mais que se alargue o leque etiológico, o que não se desloca é o modo de pensar a clínica. Portanto, a autora conclui seu trabalho com uma postulação: uma clínica de linguagem, para ser erigida, exige que seja operada uma mudança radical de raciocínio clínico e isso só poderá se verificar se a linguagem deixar de ser abordada como “comportamento” e vier a assumir força de determinação da fala e do falante/sujeito.

Ao analisar esses estudos, nota-se uma preocupação ao atribuir à linguagem um outro estatuto que não o de transparência e visibilidade, considerando sua heterogeneidade, o que permite ao fonoaudiólogo romper com as aplicações inadvertidas derivadas do campo da Medicina. A causalidade, como atestam os trabalhos abordados aqui e a própria tentativa dos fonoaudiólogos de afastamento da Medicina, é insistente.

Desta forma, no segundo grupo de pesquisas já se observa a questão da causalidade invocando o fonoaudiólogo a uma reflexão por sua forma de comparecimento na clínica e à sua inter-relação com os demais elementos que a estruturam.

# CAPÍTULO 4

# OS DESDOBRAMENTOS DA CONCEPÇÃO DE CAUSALIDADE PARA A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM

No decorrer desta pesquisa, surgiram diversos pontos de interesse à clínica de linguagem a respeito dos quais se vai discorrer brevemente, uma vez que o objetivo desta dissertação é a forma de comparecimento da causalidade na clínica fonoaudiológica. Na circunscrição do objetivo, houve a necessidade de remeter o olhar aos campos que consideram a causalidade, como elemento estrutural da clínica, a fim de esmiuçar as aproximações e afastamentos entre a Fonoaudiologia, a Medicina e a Psicanálise.

Portanto, pretende-se que as discussões presentes neste capítulo possibilitem o entendimento da noção de causalidade e seus usos e efeitos na clínica de linguagem.

## 4.1. Causalidade na Medicina

A causalidade é compreendida de forma unidimensional, assim, o compromisso da Medicina passa a ser a busca da origem da doença, compromisso que recobre a idéia de causalidade, embora a integre. Nota-se que a área médica isola uma causa principal que, uma vez conhecida, pode ser combatida. Neste contexto, o termo etiologia ganha prioridade.

Na Medicina, a questão da etiologia é relacional, ou seja, tem um funcionamento remetido aos outros elementos da clínica que a ela se articulam. Para Dunker (2000), a clínica médica estruturou-se, tendo como balisa quatro elementos fundamentais, homogêneos e co-variantes: semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica. Seu funcionamento estrutural aponta para a articulação necessária entre todos os elementos, a fim de que um sentido seja alcançado. Desta forma, a separação entre etiologia e outros elementos é apenas um

exercício teórico.

Nesse campo, observou-se que a etiologia é organizada na relação direta entre causa e efeito, possibilitando a constituição de uma nosologia universal, objetiva, na qual se pode afirmar que toda doença ou fenômeno é observável e pode ser descrita em suas semelhanças. Urge ressaltar que, nesta clínica, é imprescindível a determinação da causa para a supressão do sintoma, visto que sem entender o funcionamento da doença, aquilo que a rege, não há como propor uma ação terapêutica. Nesse sentido, a causa na Medicina, área que a entende como única ao buscar a origem das doenças, é desdobrada pela etiologia.

### 4.2. Causalidade na Psicanálise

Quanto à Psicanálise, sua atenção preconiza o sujeito em sua singularidade e, por assim ser, opera a subversão da noção de etiologia, retomando o sentido primeiro de causalidade.

Vale mencionar que, nesta clínica, o sintoma ganha novos contornos. Como foi visto, o compromisso da Medicina é relacionar uma causa e/ou etiologia a um quadro nosológico, de forma que sem a nomeação da doença, não há como designar um rumo para o tratamento.

Para a Psicanálise, o raciocínio da Medicina não faz sentido, visto que não existe uma causa sobre a qual agir para eliminar o sintoma, concebido como o produto de uma formação psíquica sobredeterminada: embora o sintoma sinalize o que está subjacente, não constitui a coisa em si, pois demanda um valor simbólico. Como o caminho percorrido pelo inconsciente não é passível de uma observação direta, sua apreensão acontecerá mediante associações do discurso do paciente.

Por meio das palavras, o sentido do sintoma poderá ser compreendido por uma dimensão retroativa. A questão da escuta revela o caráter de subjetividade, a que a clínica está submetida. A imprevisilidade e a obscuridade do sintoma não impedem, no entanto, a apreensão dos elementos estáveis presentes na fala do paciente.

Dunker (2000) retoma um fato importante: os mesmos elementos constitutivos da clínica clássica, concebidos com base na Medicina, foram fundantes da Psicanálise. Menciona que, sendo a Psicanálise uma área clínica, por mais que suas teorizações realmente se constituíssem na contramão da clínica clássica -, dado que seu objeto é o inconsciente e, por isso, não visível aos olhos - não haveria como se esquivar de uma organização estrutural como aquela. Qualquer área clínica requer, a seu ver, esta organização para que se legitime.

Como pontua o referido autor, no que tange à etiologia, a sustentável causalidade existente na clínica clássica é refutada, uma vez que os fatos relatados pela linguagem sofrem alterações, conforme vão sendo ditos e re-ditos. A subjetividade transforma-se na medida que o sujeito re-descreve situações e as origens do sintoma se entrelaçam.

Dunker (2000,p.45) destaca que o estatuto do sintoma atrela-se à forma como o sujeito, lingüisticamente, o enuncia, condição essa necessária, para que ele possa ser redimensionado. Aponta ainda que *o sintoma precisa da cena enunciativa para ser definido como tal*.

Para a Psicanálise, há um determinismo particular que se opera nos

processos psíquicos, que é denominado de causalidade psíquica, que procede por outras vias que não se assemelham à noção de causalidade tomada pela clínica médica, pois não obedecem a linhas de regularidades estáveis entre causa e efeito.

Na determinação de um diagnóstico, não há inferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos. É uma causalidade retrospectiva que não segue uma temporalidade, um caráter de soma, de acúmulo, pois não é objeto de leis, pelo menos, no sentido empírico e restrito que o termo toma nas ciências exatas.

Na Psicanálise, não há a noção de causa , pois não se pressupõe que haja um fator desencadeador de uma doença, até porque não se fala em doença, motivo pelo qual a Psicanálise foge à noção de etiologia. Na clínica psicanalítica, aparece a idéia de causalidade psíquica, ao pressupor que fatores diversos interpelam-se na constituição sintomática.

### 4.3 . Causalidade na Fonoaudiologia: clínica de linguagem

Com base nas pesquisas apresentadas no capítulo anterior, observou-se que, no primeiro grupo de trabalhos, a Fonoaudiologia é tomada pautada na perspectiva cartesiana que estrutura a clínica médica. Constatou-se ser esta a razão pela qual a Fonoaudiologia não questiona o raciocínio clínico apoiado na etiologia, situando-se, assim, na complementaridade da clínica médica.

Constatou-se ainda que desta posição deriva uma prática fonoaudiológica de natureza pedagógica, visto que a concepção de linguagem

advinda da clínica médica é aquela que é concebida como um sistema de comunicação, na qual, a linguagem é um patrimônio, cujo acesso é credenciado por meio de um processo dito de aprendizagem que se realiza no bojo de um movimento de transmissibilidade e, portanto, um movimento que supõe ou, pelo menos, pretende o inapreensível.

Desse movimento de transmissibilidade derivam duas contingências: o inegável traço pedagógico, que marca esse tipo de relação e a discutível idéia de uma existência humana que se desvela em dois tempos, aquele sem linguagem e o com linguagem. Na realidade, uma concepção de linguagem, como um sistema de comunicação, é impeditivo de uma leitura subjetiva, já que tem em seus pilares a idéia de universalidade e fixidez que muito se prestam a um acolhimento objetivo da realidade (Palladino,2000).

Nos trabalhos de Jakubovicz & Miguel (2004), Faria,R. (2004), Jakubovicz & Cupello (1996), Vieira (1992), Cupello (2004) e Millan (1993), saber a causa é pensar o grau de severidade do “problema” e seu prognóstico. Nesta linha de pensamento, o trabalho do fonoaudiólogo é facilitado, pois se não houver melhora, a responsabilidade será atribuída a um déficit orgânico do paciente, e não ao tipo de intervenção proposta. Trabalhar nessa perspectiva deixa o terapeuta pouco envolvido com o tratamento, pois uma não superação implica sempre o outro, no caso o paciente, como não colaborador ou, ainda, a presença de uma doença grave.

Dentro dessa perspectiva, enquanto a Fonoaudiologia tomar o diagnóstico como sendo da alçada da Medicina, percebe-se que será impossível pensar em avaliação, diagnóstico e terapêutica próprios, cabendo-lhe apenas tratar, voltando sua atuação no sentido de reverter ou remediar o funcionamento orgânico. Assim, uma leitura da causalidade é assumida no sentido linear e unívoco, similar àquela que é feita pela clínica médica.

Neste sentido, quem procura a causa, quer também um modo uniforme de trabalho e, ao ver-se impedido de localizar a “causa”, o fonoaudiólogo fica sem critérios sobre como estruturar o seu fazer.

Nessa linha de raciocínio, o fonoaudiólogo acaba aderindo ao discurso organicista, como se pode apreender na insistência de buscas etiológicas, ainda que as causas mostrem-se, aparentemente, externas ao próprio organismo (psicológicas, sociais, ambientais ou outras). Falar em causas externas significa supor seu oposto – uma instância interna – cai-se, assim, novamente no dualismo sujeito e objeto.

Mas, percebe-se, que o organismo não sai da posição central da clínica fonoaudiológica e, desse modo, a fala sintomática não ganha destaque. Esta é via de regra, naturalizada. Para Lier-De Vitto (2003), na Fonoaudiologia a fala não ultrapassa o estatuto de *sinal* –"sinal observável" (e, portanto, de objeto) de que algo vai mal em outro domínio – sempre ligado, implícita ou explicitamente ao organismo.

De acordo com Arantes (2001):

> *entende-se porque se um paciente não produz determinados sons quando já seria esperado que fizesse, aposta-se em hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios, em lesões periféricas ou centrais e tenta-se, sempre que possível, incidir sobre as causas - adequar tonicidade, ajustar a coordenação de movimentos, otimizar a percepção. Quando se desconhece a etiologia, parte-se diretamente para a instalação e automatização de fonemas. Apaga-se, assim, o mistério desse não produzir certos sons e o fonoaudiólogo passa de clínico a técnico* (p.64).

Observa-se que o fonoaudiólogo ao aproximar-se dessa perspectiva, acaba por não inaugurar o processo terapêutico, o que se daria pelo exercício do diagnóstico. Ou seja, pelo fato de a linguagem sempre se remeter a outra instância, os quadros patológicos também são encontrados nessas outras instâncias, de domínio estranho ao campo.

Resta, então, ao fonoaudiólogo relacionar e descrever exemplos para ilustrar o que na linguagem pode retratar o diagnóstico que já foi dado por alguém que tem escuta para os domínios anteriores, preliminares à linguagem.

Assim, a compreensão dos fatos escapa-lhe e, com isso, não se tem presença no nascimento do caso. Ao fonoaudiólogo caberá, mediante testes, descrever o acontecimento patológico, exemplificar aquilo que outro já atestou ao compilar fatos da realidade, tomando-os em sua literalidade.

De acordo com Salfatis & Palladino (2001), para que o fonoaudiólogo possa de fato instaurar uma prática terapêutica, ele deverá inaugurá-la pelo diagnóstico, para tanto, é preciso que uma outra concepção de linguagem seja assumida. Cabe ressaltar que a linguagem é fundante do sujeito, que ela o determina como tal, pois é entendida como funcionamento simbólico, e como tal não é transparente, nem se dá a ver em sua completude, até porque a incompletude é um traço que lhe é inerente.

À semelhança do paradigma médico, o sintoma de linguagem ocupa um lugar marcado por sua homogeneidade e estabilidade, já que é concebido como um sintoma no corpo, cujo sentido é dado previamente, pois sua leitura está articulada a um quadro de referência, tomado como verdade. As conseqüências de tal filiação, no âmbito da clínica fonoaudiológica, refletem-se na constituição de sua metodologia: para conhecer a doença, é necessário subordinar o diagnóstico, tanto à ordem de uma referência etiológica como a de uma referência diferencial.

Sob esta ótica, o clínico tem a intenção de catalogar os sintomas apresentados pelo paciente, para que possa apontar um quadro nosográfico universal e, assim, deslocar a causa do problema de linguagem para domínios que a ela seriam antecedentes. Configura-se uma visão causalista classificatória, em que o sintoma serve para apontar a causa da patologia, que está fora da linguagem e enquadrar nosograficamente o paciente.

Neste sentido, as pesquisas adotam a idéia de causalidade da Medicina, ou seja, sem questionamentos. Pode-se atentar para o fato de que a linguagem, nessa perspectiva, é tomada como manifestação do funcionamento de um corpo biológico, o que tem uma conseqüência para a clínica fonoaudiológica: a origem ou causa da doença não é sequer questionada, apenas tratada. Ou seja, cabe ao fonoaudiólogo uma preocupação que se centraliza no processo

terapêutico, sem questionar os outros elementos da clínica que, para esse profissional, são de total responsabilidade médica.

Cumpre ter presente que a atuação clínica é de outra ordem, quando se assume que na Fonoaudiologia a questão não remete a um órgão, mas, a uma instância - a linguagem - assumida, como tendo ordem própria. Assim, não se remediam ações no corpo com o interesse de suprimir um sintoma, não se executa tratamento medicamentoso, pois o foco é outro, deslocado do corpo enquanto fator único e/ou causal que responda pela doença.

Em um outro grupo de pesquisas, verificou-se que a Fonoaudiologia avançou ao se distanciar desse modo positivista de concepção de clínica. Desta forma, trabalhos influenciados pela Psicanálise e pela Lingüística emergiram no interior de seu campo, fazendo com que reflexões sobre causalidade viessem à tona. Isso pode ser observado nos trabalhos de Freire & Cordeiro (1999), Palladino (1999), Arantes (2001), Fonseca (2002), Faria,V. (2003).

A clínica fonoaudiológica quando se aproxima da clínica médica, inaugura-se um movimento de articulação entre os elementos estruturais (semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica) que irão permitir a justificação, posterior de suas ações clínicas realizadas. O fazer da Fonoaudiologia é subvertido baseado no instante em que seu foco deixa de ser o corpo biológico para ser um corpo investido simbolicamente - marcado pelas vivências, interdições, histórias de cada sujeito - o que vem a justificar a não - linearidade entre sinal e sintoma ou causa e efeito, razões que aproximam a Fonoaudiologia da Psicanálise.

Estreitar laços de filiação com a Lingüística discursiva e a Psicanálise possibilitou à clínica da linguagem patológica apreender toda a imprevisibilidade e contingência desse fenômeno, como uma elaboração discursiva sobredeterminada. O diálogo com a área de Aquisição de Linguagem permitiu compreender que as questões da heterogeneidade e da imprevisibilidade das manifestações lingüísticas só poderão ser entendidas fundamentadas em uma concepção de linguagem que remeta ao simbólico.

Na área de Aquisição de Linguagem, o Interacionismo refere-se à vertente que prioriza o diálogo adulto-criança, no processo de estruturação da linguagem pela criança.

Os estudos de De Lemos (1995) nesse campo permitiram que a autora vislumbrasse dados até então afastados pelos pesquisadores. A visão mais ampla lançada por De Lemos sobre a área possibilitou alguns deslocamentos importantes. Um deles diz respeito à categorização das formas que emergem na fala inicial. Para a autora, não é possível enquadrar uma fala, que se revela fragmentada e heterogênea em estágios homogêneos e universais. O segundo deslocamento, articulado a essas indagações, tem a ver com a noção de sujeito. Admitir que os enunciados imediatos e não imediatos do interlocutor são constitutivos da fala da criança implica refutar a idéia de um sujeito já constituído (o sujeito da Psicologia). Observa-se que nas relações estabelecidas entre os fragmentos da fala vê-se a emergência de um sujeito alienado à linguagem e, portanto, ao outro. Nesse espaço, ele será significado.

Nos aspectos mais recentes do trabalho de De Lemos, o termo *outro* diz respeito à instância de funcionamento linguístico-discursivo. Funcionamento esse que faz repensar a dicotomia língua/fala. Para o Interacionismo, existe um lugar de tensão entre sujeito- linguagem, um lugar que articula os conceitos língua-fala-linguagem e permite, dessa forma, introduzir a questão da heterogeneidade e da imprevisibilidade dos dados, ou seja, um espaço em que a linguagem faz problemas. Esse espaço pertence ao simbólico.

Dentro dessa perpectiva, para Lier-De Vitto (2003) os sintomas na linguagem são produções obscuras, não redutíveis a movimentos desajeitados do aparelho fonador nem a realizações audíveis de uma ação interna/mental, de falsas semelhanças. Além disso, os sintomas na linguagem excedem o orgânico, eles expõem o falante em sua falha. Neles, o corpo e a linguagem aparecem irremediavelmente ligados.

Sob esse prisma, o sintoma implica escuta e interpretação, pois atrela-se ao discursivo, à linguagem e, por isso, ao simbólico. Deste modo, um sintoma

de linguagem não pode ser apreensível no corpo, pois é de ordem opaca, imprevisível, “não se dá a ver”. O reconhecimento da diferença entre sintoma do corpo e sintoma na linguagem incitou a aproximação entre Fonoaudiologia e Lingüística discursiva.

Nesse momento, buscou-se a compreensão do funcionamento da linguagem. Essa mudança de perspectiva gerou deslocamentos importantes na clínica de linguagem patológica, tais como: conhecer e descrever a linguagem do sujeito em sua singularidade, vislumbrar o papel do *outro* como estruturante desta e conceber o erro como da ordem do previsto pelo funcionamento da língua.

Assim, a noção de erro, na clínica fonoaudiológica, está atrelada aos critérios que levam em conta a cronologia e a comparação do desenvolvimento da linguagem da criança a um padrão, considera-se fundamental conceber novos parâmetros no âmbito dessa clínica: a cronologia cederá lugar ao tempo lógico, e a fala da criança será comparada às próprias produções lingüísticas anteriores. Exclui-se, desse modo, a noção de norma, advinda da Medicina e da Lingüística normativa: a observação incide, agora, sobre as mudanças da fala do sujeito em determinado intervalo.

A clínica fonoaudiológica da linguagem, ao distanciar-se de um caminho cartesiano, tem uma escuta movimentada, pelo que não se pode nunca prever: a jogada singular de cada paciente. Não se pode esquecer que escutar é diferente de ouvir. A respeito disso Barthes (1990), propõe-se a distinguir os termos ao afirmar que *ouvir* é um fenômeno fisiológico, enquanto *escutar* é um ato psicológico definível por seu objeto. Na Fonoaudiologia, por seu objeto ser a linguagem em sua instância sintomática, a escuta volta-se a essa linguagem, a seu funcionamento.

Nesta proposta, o clínico deverá ficar sob o efeito da fala do paciente e do modo como este se posiciona diante da fala do terapeuta e de sua própria fala.

São esses efeitos de escuta, escuta tão bem amplificada por corpos teóricos que deverão conduzir o clínico na formulação de um discurso conclusivo. Para Quinet (1993), a respeito do momento que antecede o tratamento na clínica psicanalítica, dois são os tempos que o caracterizam*: um tempo de compreender e um tempo de concluir* (p.19). Essa caracterização também pode ser entendida na clínica de Linguagem.

Por mais que se tenha diante de si uma mesma categoria clínica - afasia, retardo de linguagem, surdez - os sintomas sendo do sujeito têm uma arquitetura singular, com manifestações heterogêneas.

Desse modo, o fonoaudiólogo não pode ater-se apenas ao visível, mas, muitas vezes, ao que está por detrás (latente) a um quadro. Como pontuou Pollonio (2005) a Fonoaudiologia precisa considerar que existem conteúdos latentes que respondem pelo sintoma apresentado (...) [pois] *enquanto a Psicanálise preocupa-se em desvendar os conteúdos inconscientes responsáveis pela formação sintomática, a Fonoaudiologia visa compreender o funcionamento da linguagem* (p.137).

Assim, as questões clínicas fonoaudiológicas devem pautar-se no caráter de heterogeneidade e imprevisibilidade dos sintomas de linguagem, o que implica uma interpretação outra, para além da descrição de sintomas predeterminados. Uma interpretação que considere a linguagem em sua condição de subjetividade o que, no entanto, requer um certo tempo destinado à observação e análise das manifestações discursivas desviantes, para a efetivação de um diagnóstico.

Por fim, afirma-se que um projeto ético obrigará a adoção de um determinado conceito de causalidade que opere sobre o funcionamento da linguagem e do sujeito, alcançando a eficácia do terapeuta e permitindo que o compromisso com a fala do paciente seja cumprido.

### 4.4. A Estrutura da Clínica Fonoaudiológica

Muitas têm sido as dificuldades encontradas no intuito de enfrentar as questões com as quais a clínica fonoaudiológica depara-se na busca de sua constituição como disciplina clínica.

Ao longo dos anos, a Fonoaudiologia foi construindo uma teorização que lhe permitiu delimitar um campo de conhecimento que, de acordo com Freire (2001), tem como objeto a linguagem em sua instância patológica, reconhecida como um campo de vocação clínica, sobretudo terapêutica.

Para que as questões referentes à linguagem possam ser tematizadas, é necessário produzir uma ressignificação nos elementos dessa estrutura. É preciso pensar em um outro modelo de estrutura clínica que dê conta de conter o simbólico.

Nesse sentido, serão apontados alguns avanços no que diz respeito ao estabelecimento de conceitos que esclareçam a composição dos elementos desta estrutura clínica. Salles (2002,p.01) realiza um estudo que propõe a subversão do conceito de doença na Fonoaudiologia. Para tanto, analisa os problemas que surgem na clínica fonoaudiológica em decorrência das dificuldades do que se considera ser "*um equivoco teórico - clínico - metodológico*".

A autora procurou identificar nas publicações do campo fonoaudiológico, definições que dissessem respeito à nosologia ou nosografia fonoaudiológica. De acordo com suas observações, encontrou apenas indícios de uma preocupação, isto é, definições do que considera ser doença.

Salles aborda que, embora alguns trabalhos tenham favorecido uma reflexão diferente sobre as questões nosológicas, o avanço foi restrito, posto que a semiologia preocupou-se com a fala patológica e descuidou-se da necessidade de articular esses conceitos com os outros elementos da clínica. Desse modo, a autora propõe a construção de uma classificação por meio de dois passos: o primeiro, em direção a uma semiologia comprometida com a estrutura clínica e que possa com ela se articular; o segundo, voltado à proposição de estruturas clínicas que respeitem os conceitos de língua, fala e falante, e que utilizem o "efeito de estranhamento", como elemento norteador dessa classificação.

A referida tentativa também tem sido observada com relação à diagnóstica. Rajabally (2002) ressalta que os avanços têm sido dificultados pela inexistência de uma nosologia que contemple as patologias de linguagem e, também, pela necessidade de que a nomeação de uma patologia possa ser articulada à sua etiologia.

Para a autora citada, o avanço constatado na avaliação não foi além da descrição do funcionamento da linguagem ou da possibilidade de referir em qual posição discursiva a criança se " encontrava paralisada." Outra questão apontada pela autora reside no fato de que a ressignificação do conceito de diagnóstica depende diretamente dos avanços da semiologia.

Rajabally (2002) refere-se a um caminho que considera ser viável para a continuidade das pesquisas, e menciona:

*Torna-se evidente a necessidade que a área de patologia de*

> *linguagem, dentro da Fonoaudiologia, inaugure seu projeto clínico. Resta saber se tal projeto será direcionado pelo olhar, pela escuta ou ainda orientado por um terceiro campo constituído por e/ou situado entre o olhar e a escuta* (p.78).

Dificuldade semelhante também é observada, no que se refere à etiologia. Como progresso, pode-se destacar o abandono do raciocínio guiado pela tentativa de estabelecimento do vínculo entre o déficit orgânico e o sintoma de linguagem, não havendo, contudo, sua substituição por outros pontos.

No que tange à terapêutica, as modificações observadas decorrem das aproximações teóricas dos autores. Esta aproximação trouxe modificações com relação aos conceitos de sujeito/outro, paciente/terapeuta, linguagem/língua. Isso provocou também uma modificação na atuação fonoaudiológica, no que diz respeito aos três momentos terapêuticos: a entrevista, a avaliação e a terapia. As dificuldades observadas na semiologia, na diagnóstica e na etiologia tornam a terapêutica carente de referenciais que lhe permitam produzir um dizer que possa ir para além da singularidade de um caso clínico.

Deve-se finalizar, incentivando que esforços sejam feitos no sentido de contribuir com pesquisas comprometidas com a construção de uma clínica ética.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assumiu-se como objetivo desta pesquisa, pontuar a forma de comparecimento da noção de causalidade na Fonoaudiologia, articulando-a à concepção de clínica enquanto estrutura. Durante sua elaboração, foram identificados poucos trabalhos em Fonoaudiologia tematizando a questão proposta e quando o fazem, parecem adotar, sem discussão, a concepção de doença privilegiada pela clínica médica e dela tomada por empréstimo sem a devida adequação. Daí ser “etiologia” o termo que recobre causalidade e impede seu questionamento.

Observou-se que na Medicina a causalidade é entendida de forma unidimensional, em uma relação unívoca de causa e efeito. Nesta clínica, é imprescindível a determinação das causas para a supressão do sintoma, visto que sem entender o arcabouço que rege a doença, não há como propor uma ação terapêutica. Por se tratar de uma área em que as causas prevalecem sobre a causalidade, o termo adotado é “etiologia”.

Já na Psicanálise, a noção de causa não faz questão, pois a clínica psicanalítica não pressupõe que haja um fator desencadeador de uma doença, até porque não se fala em doença, motivo pelo qual a Psicanálise foge à noção de etiologia. O que domina a cena é a noção de causalidade psíquica ao pressupor que fatores diversos interpelam-se na constituição sintomática.

Na clínica fonoaudiológica, os trabalhos representados por uma Fonoaudiologia próxima da perspectiva cartesiana que sustenta a clínica médica,

não questionam o termo etiologia, utilizando-o como sinônimo de causa da doença. Já os trabalhos representados por uma Fonoaudiologia influenciada pela Lingüística e pela Psicanálise detectam a causalidade, como uma questão para o campo que invoca o fonoaudiólogo a uma reflexão sobre sua forma de comparecimento e sua relação obrigatória com os demais elementos da clínica.

Fica claro, portanto, para dar acolhida ao enigma empregado pela linguagem patológica, deve-se colocar em pauta a causalidade simbólica. Para isso é necessário ressignificar os elementos estruturais da clínica clássica - semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica-, entendendo-os como alicerces sem os quais uma clínica fonoaudiológica de linguagem não poderá dar conta da fala sintomática.

Finaliza-se ao revelar que, para a Fonoaudiologia, o sentido da causalidade no raciocínio clínico e metodológico, não foi suficientemente esclarecido. Por isso, é um tema que não se fecha, pois demanda maiores investimentos. Desse modo, um compromisso ético com a clínica fonoaudiológica exige novas pesquisas sobre a causalidade e seu comparecimento na área.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes,1998.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL, PUC-SP, 2001.

ARISTÓTELES. *Metafísica.* In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural,1984.

BARTHES, R. *O óbvio e o obtuso*. São Paulo: Nova Fronteira,1990.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica.* São Paulo: Brasiliense, 1983.

COMTE, A . *Discurso sobre el espirito positivo.* Madri: Alianza Editorial,1980.

CUKIERT,M & PRISZKULNIK, L. *O Corpo em Psicanálise*: *Psychê*. São Paulo: Universidade São Marcos, 2000; a, 4, n, 5.

CUPELLO,R. Avaliação Das Afasias. In: JAKUBOVICZ, R. Avaliação em Voz, fala e Linguagem. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

DE LEMOS, C.T.G. Língua e Discurso na Teorização Sobre Aquisição de Linguagem. Porto Alegre: Letras de Hoje, EDIPUCRS,vol 30(4),p. 9-28,1995.

DETHLEFSEN,T & DAHLKE,R. *A Doença Como Caminho*. São Paulo: ed. Cultrix, 1983.

DÖR, J. *Estrutura e Perversão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DUNKER,C.I.L. *Clínica, Linguagem e Subjetividade*. In: Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo. vol.12 (1): p.39-60,2000.

FARIA, R. E. A. de. Avaliação Das Dislalias. In: JAKUBOVICZ, R. Avaliação em Voz, Fala e Linguagem. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

FARIA, V. O . *Distúrbio Articulatório: Um Pretexto para Refletir Sobre a Disjunção Teoria e Prática na Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL,PUC- SP, 2003.

FONSECA,S.C. O afásico na clínica de linguagem. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL,PUC-SP, 2002.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, (1994-2001).

FREIRE, R.M & CORDEIRO, D.T. *Patologia de Linguagem: Uma Nosologia*. Trabalho apresentado no Congresso ABRALIM. Florianópolis - SC,1999.

FREIRE,R.M. *A Fundação da Clínica Fonoaudiológica*. Texto apresentado no 9° congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Guarapari- ES, 2001.

FREUD, S. (1893/95) *Estudos sobre a histeria.* In: Obras Completas (1969). Rio de Janeiro: Imago Editora,v.II.

_____ (1910) *Cinco Lições de Psicanálise*. In Obras Completas (1969). Rio de Janeiro: Imago Editora,v. XI.

_____ (1913) *Sobre o início do tratamento*. In Obras Completas (1969). Rio de Janeiro: Imago Editora,v.XII.

GARCIA-ROSA. *Introdução à Metapsicologia Freudiana.* Rio de Janeiro: Jorge

Zahar,1991,v.1.

GILES, T.R. *Dicionário de Filosofia: Termos e Filósofos*. São Paulo: EPU,1993.

HOUAISS,A. *Dicionário de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUME, D. *Investigação sobre o entendimento humano*. In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

JAKUBOVICZ, R. & CUPELLO, R. *Introdução à Afasia: Elementos para o diagnóstico e terapia.* Rio de Janeiro: Revinter,1996.

JAKUBOVICZ, R. & MIGUEL, T. *Avaliação do Atraso de Linguagem*. In: JAKUBOVICZ,R. Avaliação em Voz, Fala e Linguagem. Rio de Janeiro: Revinter,2004.

JAPIASSÚ, H. *Dicionário Básico de Filosofia*. 3?edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KANT, I. *Crítica da razão pura.* In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

LACAN, J. (1964). *Seminário livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, (1982/1995).

LÉVI-STRAUSS,C. *A noção de estrutura em etnologia*. In: Lévi-Strauss- Seleção de Textos. São Paulo: Abril Cultural,1976.

LIER-DE VITTO, M. F. *Patologias da Linguagem: subversão posta em ato.* In: Corpo e Linguagem: gestos e afetos. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

MARX, K. *A ideologia alemã.* Lisboa: Editorial Presença,1980

MILL, J.S. *Sistema de Lógica Dedutiva e Indutiva*. In: Os Pensadores. São Paulo. Abril Cultural, (1843/1974).

MILLAN, B. *A clínica fonoaudiológica: reflexões sobre a questão das crianças com fissuras lábio-palatais*. Dissertação de Mestrado: São Paulo, PUC-SP, 1993.

MONTE, F. *As Bases do raciocínio Médico*. 2,ed. Rio de Janeiro: Papel Virtual editora, 2000.

PALLADINO, R.R.R. *Reflexões sobre Nosologia em Fonoaudiologia*. São Paulo. Texto inédito, 1999.

_____. *Objetividade e Subjetividade na Fonoaudiologia*. In: Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo: v. 12 (1): Educ, p.61-73,2000.

POLLONIO,C.F. *O Brincar e a clínica Fonoaudiológica*. Dissertação de Mestrado: São Paulo. PUC-SP, 2005.

PORTO,C.C. *Semiologia Médica.*3,ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1997.

QUINET, A . *As 4+1 Condições de Análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1993.

_____. *A Descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000.

RAJABALLY, L.S.A. *Diagnóstica em Fonoaudiologia: considerações preliminares.* Dissertação de Mestrado: São Paulo, PUC-SP,2002.

RIVA, D. *Considerações preliminares ao estudo neuro-psicológico do autismo*. In: Anais do IV Congresso Mundial da Criança Autista; II Simpósio Internacional para Deficientes Mentais; II Congresso Nacional de Autismo. São Paulo,1991.

SALFATIS, D. G & PALLADINO, R. *Interpretação: o escutar para além da palavra e do silêncio.* In: PASSOS, M. C. A Clínica Fonoaudiológica em questão. São Paulo: Plexus editora,2001.

SALLES,F.B.C. *Semiologia em Fonoaudiologia: a subversão do conceito de doença*. Dissertação de Mestrado: São Paulo, PUC-SP,2002.

SOUZA, L. A. P. *Clínica & Linguagem: presságios de um entre os possíveis encontros*. Dissertação de Mestrado: São Paulo, PUS-SP,1991.

VIEIRA,C.H. *Um percurso pela história da afasiologia: estudos neurológicos, linguísticos e fonoaudiológicos.* Dissertação de Mestrado: Curitiba, Universidade Federal do Paraná,1992.