PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

LINHA DE PESQUISA LINGUAGEM E SUBJETIVIDADE

Análise de Discurso de Sujeitos Disfônicos

Discourse Analysis of individuals with Voice Disorders

CASTELLANO; Giuliana Bonucci; FREIRE, Regina Maria Ayres de Camargo.

Artigo publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v.11, p.43 - 51, 2006.

***Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses**

RESUMO

Objetivo: Partindo-se da afirmação de que a voz humana vai além do resultado da articulação entre as estruturas vocal e diafragmática, e que a fisiologia do processo de fonação exclui o que é singular ao sujeito, o objetivo deste trabalho é analisar o discurso de sujeitos com alterações vocais, a fim de propor uma leitura discursiva assentada sobre os sentidos, levando em conta não só os dizeres, mas o que, muitas vezes, não é manifestado pelo falante. O fundamento teórico para sua realização foi a Análise de Discurso de linha francesa, utilizada como teoria e dispositivo de análise, dando-se ênfase, particularmente, aos termos escuta e interpretação. **Métodos:** Participaram da pesquisa 5 (cinco) sujeitos em fila de espera de um hospital público localizado no interior do estado de São Paulo, com sintomas de distúrbios vocais. As entrevistas foram gravadas em fita k - 7 e transcritas de forma ortográfica literal. **Resultados:** Os recortes discursivos analisados evidenciam a prevalência de um discurso em que emergem sintomas articulados a uma doença orgânica, em uma relação de causalidade direta. Ou seja, o aspecto mais significativo e característico do que nomeamos discurso do disfônico é a objetivação da queixa por meio de uma descrição precisa de sinais associados à alteração de voz e a conseqüente remissão desses sinais ao corpo. **Conclusões:** Foi possível observar que as queixas põem à mostra um sujeito em sofrimento diante da disfonia, sujeito esse que este trabalho sugere que deva ser considerado pelo fonoaudiólogo em sua proposta de intervenção.

DESCRITORES

Distúrbios da Voz/psicoçogia; Fonação; Entrevistas

ABSTRACT

Purpose: Admitting that human voice goes beyond the result of articulation between vocal and diaphragmatic structures and that the physiology of the phonation process excludes what is particular of an individual, the scope of this study is to analyze the discourse of individuals with vocal disorders in order to propose a discursive interpretation through the individual senses, considering aspects which are not often verbalized by the patient. In this manner, the Discourse Analysis of French Line was used as the basis for theory and analysis giving special emphasis to listening and interpreting terms. **Methods:** 5 (Five) individuals, with voice disorder symptoms, were interviewed while waiting their turn in a public hospital, located in the countryside of São Paulo state. The interviews were recorded on cassette tapes and fully transcribed in a literal orthographic form. **Results:** The gathered data put into evidence the prevalence of a discourse in which symptoms appear articulated to an organic disease, in a direct cause relation; that is, the most significative, typical aspect of which we name discourse of dysphonia is the purpose of the complain through a precise description of symptoms associated to voice disorders and consequent remission those symptoms to their bodily organisms. **Conclusions:** It is clear that the complains show how discomfort individuals felt about their voice disorder symptoms, an individual for which this work suggests that the speech therapist consider in his intervention proposal.

KEYWORDS:

Voice disorders/psychology; Phonation; Interviews

INTRODUÇÃO:

A clínica fonoaudiológica, qualquer que seja sua natureza, inaugura seu contato com o paciente/cliente ou seus responsáveis por meio de uma anamnese ou entrevista inicial. A anamnese e a entrevista não apresentam a mesma configuração, o que indica a presença de diferentes concepções de clínica e, portanto, diferentes propostas metodológicas subjacentes à estrutura de cada um destes procedimentos.

A anamnese é o procedimento inaugural da clínica médica e seu objetivo é obter informações para, juntamente com o exame físico, chegar ao diagnóstico da doença. Da mesma forma que o médico, o fonoaudiólogo faz a anamnese para coletar dados sobre o paciente e, após o exame, chega ao diagnóstico que, nesta clínica, reduz-se à reapresentação da queixa inicial do paciente transcrita no léxico específico da área[1]. A prática inicial da Fonoaudiologia, pela própria herança da clínica médica clássica, foi inspirada por uma postura na qual atos clínicos são voltados para a correção da fala, a partir da identificação do distúrbio, visando o restabelecimento do estado dito de "normalidade" do corpo, do ponto de vista orgânico[2]. Nesta proposição, o importante é buscar as informações que possam justificar a alteração de fala como produto da anatomia e da fisiologia do indivíduo, de forma que os distúrbios são entendidos sistematicamente como alterações fisiopatológicas. A fala do paciente é tomada como meio de informação, acesso aos sinais e sintomas que articulam o distúrbio presente às alterações no corpo biológico. Tais informações, nesta clínica, freqüentemente remetem a uma decisão quanto ao diagnóstico e às condutas de orientação e tratamento. Dessa forma, sendo a doença seu objetivo, o sujeito desaparece e do seu dito é selecionado aquilo que convém ao fechamento do diagnóstico e conseqüente terapêutica[3,4].

A entrevista é o procedimento inaugural privilegiado pela clínica psicológica e objetiva a coleta de informações a respeito do comportamento do paciente, porém, mesmo na entrevista do psicólogo, em que o paciente é visto de forma mais integrada, a clínica ainda é desenvolvida em uma perspectiva da verificação, influência do positivismo, da tradição médica, pois ambas ainda se detêm na evidência, no aparente, seja dos sinais e sintomas, seja do comportamento[4].

Tanto em uma quanto em outra vertente, a linguagem não é compreendida enquanto constituição histórico-social de uma subjetividade, a linguagem é o distúrbio, ou dá acesso a este, sendo tomada em sua literalidade, enquanto meio de verbalização dos sintomas.

É na década de 90 que o procedimento inaugural da clínica – a entrevista/anamnese – começa a ser problematizada por alguns autores que, a partir de reflexões sobre a constituição da clínica fonoaudiológica no âmbito do seu método clínico, a colocam como um momento em que o discurso do paciente adquire um sentido singular, particular, significante para a compreensão do sujeito em sua história interacional e na manifestação de sua alteração.

Nesta concepção de entrevista, ao contrário da clínica tradicional, há um processo de interpretação que promove uma localização subjetiva. A possibilidade de observar e escutar o dizer e o não-dito do paciente na entrevista é que permite a análise e a interpretação da fala. Para que este objetivo seja atingido, há necessidade de o fonoaudiólogo se instrumentalizar por uma teoria que lhe dê acesso a essa escuta diferenciada[(4)].

Não é objetivo deste trabalho discutir as diferenças ou escolher um nome consensual para se referir a este momento de primeiro contato com o paciente. Todas as teorias, evidentemente, apresentam contribuições à clínica fonoaudiológica, na medida em que, de seus lugares teóricos, opera alguma forma de circunscrição, neste caso, da disfonia. A proposta é ver a disfonia não como sintoma orgânico, mas, partindo de uma teoria da Lingüística, que inclui, necessariamente, o sujeito, tomá-lo como falante, ou seja, como submetido à ordem simbólica, na qual os sintomas pedem interpretação, sentido, significação e apontam para a presença deste sujeito.

A Análise de Discurso vem sendo utilizada de forma crescente pela Fonoaudiologia com vistas a problematizar a atuação fonoaudiológica no que diz respeito ao seu método clínico, discutindo questões sobre sintoma, escuta, interpretação, discurso, dentro de uma perspectiva que faceia ideologia e subjetividade.

Em estudo para levantar os sentidos da noção “risco” no discurso de três mães que tiveram seus filhos prematuros internados e que participaram do acompanhamento fonoaudiológico após alta hospitalar, observou-se a

ocorrência de um discurso ideologicamente marcado pela medicina, ou seja, caracterizado pelo levantamento de sintomas, discurso ao qual as mães são submetidas quando do nascimento de um bebê prematuro[5]. Um outro estudo configurou-se com o objetivo de analisar o discurso de um sujeito com alterações vestibulares para identificar os sintomas que ali se presentificavam, de forma a apontar relações de implicação entre tontura e subjetividade discursiva, permitindo circunscrever a tontura como manifestação que ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo[6].

Ambos os estudos são de grande importância para a Fonoaudiologia porque confirmam o papel primordial do levantamento de dados sobre determinada patologia, contemplam a importância de uma conduta no sentido de olhar a clínica, relevando o espaço terapêutico como potencialmente intersubjetivo. Sob essa ótica, um outro sentido interpretativo na relação terapêutica é enfatizado remetendo a uma reflexão sobre a postura do fonoaudiólogo diante do sujeito que apresenta determinada patologia[2].

As observações anteriormente colocadas e o fato de não havermos identificado estudos que contemplassem a disfonia sob a ótica da subjetividade, impeliu-nos a esta tarefa: compreender esta patologia do ponto de vista discursivo, para além da literalidade dos dizeres, com relação aos sintomas e sinais da disfonia, considerando que a escuta é possível quando o sujeito pode ser visto na interface dos determinantes orgânico, psicológico e social[2].

Nessa perspectiva, partindo-se da afirmação de que a voz não é apenas o produto da relação entre as estruturas vocal e diafragmática, e que a fisiologia do processo de fonação exclui o que é singular ao sujeito, o objetivo deste trabalho é analisar o discurso de sujeitos com alterações vocais, a fim de propor uma leitura discursiva assentada sobre os sentidos, levando em conta não só os dizeres, mas o que, muitas vezes, não é manifestado pelo falante. Com a finalidade de entender a disfonia sob o ponto de vista discursivo e partindo da compreensão da entrevista como o lugar onde o sujeito se revela em sua queixa e demanda, e, portanto, como espaço possível de acolhimento do seu dito a partir da escuta e interpretação, trataremos, a seguir, dessas duas noções tal como teoricamente desenvolvidas pela Análise de Discurso de linha francesa.

A ANÁLISE DE DISCURSO DE LINHA FRANCESA

Pretende-se neste item apresentar os principais conceitos teóricos da Análise de Discurso de linha francesa que nortearam esta pesquisa.

A Análise do Discurso inscreve-se na confluência de três regiões do conhecimento científico: o Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais, incluindo aí a ideologia; a Lingüística, constituída pela afirmação da opacidade da linguagem, com o seu objeto próprio: a língua que, por sua vez, tem sua ordem própria; a Psicanálise, como teoria de interpelação da noção de indivíduo para a de sujeito, constituindo-se na relação com o simbólico. Todas as três atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade, de natureza psicanalítica[7].

Sob essa fundamentação teórica, escolheu-se a Análise de Discurso da escola francesa (AD) para entender as entrevistas, dado seu estatuto de teoria que trabalha as relações entre a língua e o sujeito. A língua, sob a ótica teórica da AD, é incompleta e heterogênea porque é afetada pela história, estando sempre propícia aos deslizes, aos múltiplos sentidos, à ambigüidade. A língua é entendida como uma forma material de chegar ao sujeito, pois é através da linguagem que o sujeito mostra a incompletude do seu inconsciente e é através da língua também que esse sujeito procura preencher as lacunas próprias da sua constituição[8]. O sujeito, (re)produtor de discurso, é um sujeito do desejo marcado pela incompletude, e também pelo desejo da completude e de dizer o novo. Esse desejo de completude nunca será satisfeito, pois este sujeito sempre acredita que disse tudo, que os sentidos estão postos, que o seu dizer está livre da ambigüidade e que só poderia dizer da forma escolhida, mas essa completude é apenas uma ilusão; o sujeito, afinal, é sempre desejante. Na concepção da Análise de Discurso, todo discurso tem sujeito e todo sujeito tem ideologia, tomando-se por ideologia o efeito da relação do sujeito com a língua e a história para que se signifique. A Análise de Discurso compreende sujeito e sentido constituindo-se ao mesmo tempo. Ambos não são transparentes e devem ser observados a partir da sua materialidade lingüística.

Com relação ao funcionamento da linguagem, ou seja, a relação existente entre língua e discurso, o sujeito, para selecionar o que diz e o que

não diz e ao longo do que diz, utiliza-se dos processos parafrásticos e polissêmicos. Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais, em todo dizer, gera-se a produção do mesmo sentido sob várias formas, e os processos polissêmicos determinam sobre o dizer a possibilidade de múltiplos sentidos[7]. Assim, ressalta-se a necessidade de se levar em conta os mecanismos de produção de um discurso sem ignorar as condições em que é produzido.

As condições de produção são formações imaginárias, que permitem ao sujeito passar da situação empírica para a situação discursiva. Compreendem as imagens dos sujeitos, assim como do objeto do discurso, diante de um contexto sócio-histórico[7]. Assim, formam-se as imagens da posição do sujeito locutor (quem sou eu para lhe falar assim?), mas também da posição do sujeito interlocutor (quem é ele para me falar assim, ou para que eu lhe fale assim?), e também do objeto do discurso (do que eu estou falando, do que ele me fala?). Sobre tal análise, cabe considerar dois fatores relacionados às condições de produção: a relação de forças que se refere ao lugar de onde fala o sujeito e ao valor de sua posição no discurso. Assim, se o sujeito fala a partir do lugar do professor, suas palavras significam de modo diferente do que se falasse do lugar do aluno. O segundo fator diz respeito ao mecanismo de antecipação, em que o sujeito irá dizer de um modo ou de outro, de acordo com o efeito que pensa em produzir em seu ouvinte. Para a Análise de Discurso, a enunciação de uma mesma materialidade lingüística, em condições diversas, pode gerar diversos efeitos de sentidos[9]. Dessa forma, ao analisar o discurso, o analista não se interessará pelo produto, mas, pelos processos de produção do dizer.

Outro conceito fundamental da Análise de Discurso é o de Formação Discursiva (FD). Cada FD contém aquilo que é possível e também aquilo que não é possível de ser dito nos discursos dos sujeitos que estão inseridos nela. Uma FD é constituída dentro de um interdiscurso, que é o lugar de onde o sujeito retira o que é possível e o que não é possível no seu discurso, de acordo com sua Formação Discursiva[9,10,11]). Esse interdiscurso é uma espécie de baú, onde o sujeito encontra um conjunto de possibilidades para o seu dizer, e essas podem confundir-se com possibilidades de dizer de outras FDs, gerando aí os novos sentidos. A formação discursiva é, então, o lugar do sentido, lugar da metáfora, é função da interpretação, espaço da ideologia[10]. As Formações Discursivas estão submetidas às Formações Ideológicas, que são o conjunto de atitudes, valores e preceitos que são regidos pela ideologia,

de acordo com as posições de classe ocupadas[11]. É através das FDs que a Formação Ideológica se mostra. A formação discursiva media de um lado, as condições de produção e o funcionamento discursivo, e de outro a formação ideológica. Dentro do conceito de interdiscurso também é importante para a teoria a noção de Memória Discursiva, pois, é através da memória discursiva que o sujeito busca no seu interdiscurso as palavras do outro, aquelas já proferidas[11]. E isso nos leva a um outro conceito importante para a AD, que é o de pré-construído, um elemento buscado na memória discursiva é fruto de discursos anteriores.

Outro conceito importante para a compreensão dos sujeitos disfônicos dessa pesquisa refere-se ao silêncio e à censura, enquanto fatos de linguagem. A AD faz uso da expressão língua-de-espuma para qualificar o discurso vazio, de uso imediato, em que os sentidos não ecoam. Na língua-de-espuma os sentidos batem forte, mas não se expandem, não há ressonâncias ou desdobramentos. Os sentidos se calam, são absorvidos e não produzem repercussões. Se, de um lado, não se comprometem com nenhuma realidade, de outro, impedem que vários sentidos se coloquem para esta mesma realidade[12]. A censura é compreendida como a imposição de uma divisão entre sentidos permitidos e sentidos proibidos e os efeitos que isso produz no sujeito[12].

Com relação à tipologia do discurso, diferenciam-se três tipos: lúdico, autoritário e polêmico, caracterizando-os, respectivamente, como predominantemente polissêmico, parafrástico e equilibrado. A tipologia do discurso não faz parte das preocupações centrais do analista. O que caracteriza o discurso não é o seu tipo, é o seu modo de funcionamento. Os tipos resultam eles mesmos de funcionamentos cristalizados que adquiriram uma visibilidade específica[7].

ANÁLISE DE DISCURSO: ESCUTA E INTERPRETAÇÃO

Os termos escuta e interpretação encontram-se no centro de nossas reflexões por serem considerados fundamentais para um diagnóstico fonoaudiológico comprometido com uma compreensão dos determinantes do distúrbio vocal.

Assim, a escuta diz respeito ao trabalho com as significações realizado pelo clínico: não é outra coisa senão estar aberto para o dito do outro, isto é, livre para os sentidos, apostando na polissemia, para interpretar o dito. Ao dizer o dito, o clínico está instaurando um efeito possível de sentido. A idéia da opacidade é condição para a noção de escuta pelo fato de os sentidos não serem transparentes. Portanto, ao clínico institui-se o trabalho de fazer aprisionamentos provisórios, isto é, interpretar[13,14].

Com estes dizeres, podemos identificar a aproximação da escuta e da interpretação com a Análise de Discurso, ou seja, sua vinculação a uma teoria de linguagem, que compreende a significação a partir da perspectiva discursiva. Os sentidos, relações do sujeito com a história, são abertos e não evidentes, embora tenham a aparência de evidência, além de que, são necessariamente discursivos, sempre sujeitos à interpretação[14]. Esta, por sua vez, é o vestígio do possível. É o lugar próprio da ideologia e é materializada pela história. O gesto da interpretação se dá porque o espaço simbólico é marcado pela incompletude, pela relação com o silêncio[12].

A interpretação na AD trabalha com seus mecanismos como partes do processo de significação, porém, não procurando um sentido único, ou verdadeiro, pois essa interpretação está implicada com os sentidos possíveis que o discurso pode ter, a partir das condições nas quais ele foi produzido, não dependendo apenas das intenções do sujeito, mas das situações que este vivencia[2,7]. Sob essa ótica, a memória do sujeito, tomada como discursiva, também é um elemento do discurso, sendo compreendida como aquilo que foi falado antes em outro lugar, por outros sujeitos, e que se atualiza, se presentifica na fala de cada um[2,14]. Para a Análise de Discurso a memória discursiva é chamada de interdiscurso. O interdiscurso ocupa um lugar no discurso, e, de certa forma, afeta o modo como o sujeito significa a situação em que vive. Isto é, outros sentidos ditos anteriormente influenciam o nosso dizer atual[7,14].

Partindo dessas reflexões, podemos pensar no terapeuta como possibilitador de ações e intervenções que produzam algum efeito no paciente, pois este traz para o espaço clínico sua história, seus sintomas, dúvidas e expectativas.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Método

Para realizar esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da PUC-SP (Prot. 621/02), foram entrevistados 5 (cinco) sujeitos com queixa de disfonia em “fila de espera” de um hospital público localizado no interior do estado de São Paulo. A seleção dos sujeitos foi feita visando-se às fichas mais recentes, de forma a garantir a persistência da queixa relacionada à voz. A opção de entrevistar sujeitos em “fila de espera" teve como objetivo coletar o discurso do queixoso antes que o mesmo fosse contaminado pelas condutas inerentes ao atendimento fonoaudiológico.

Optou-se por apresentar a descrição dos casos de disfonia sob duas formas alternativas e/ou complementares: a primeira, pautada na objetividade e assentada na clínica tradicional contém dados de anamnese, exame ORL e avaliação fonoaudiológica; a segunda, acrescenta à primeira, uma entrevista aberta que se propõe a investigar a disfonia sob o ponto de vista discursivo, com vistas à emergência do sujeito. É importante ressaltar que, na apresentação dos casos clínicos, não se pretende estabelecer um contraponto entre objetividade e subjetividade, e sim, destacar, nesta última, um valor diferenciado para a escuta e a interpretação. O objetivo é refletir sobre como a entrevista pode contribuir para a conduta fonoaudiológica com o sujeito disfônico. O levantamento dos sinais e sintomas do distúrbio vocal desarticulado de um olhar sobre o sujeito pode comprometer o entendimento da demanda que este traz. Neste sentido, propõe-se que a compreensão do distúrbio ocorra na interface dessas duas instâncias.

Anamnese, exame ORL e avaliação fonoaudiológica

Para a obtenção dos dados de anamnese, foi utilizado o protocolo padrão do setor de Fonoaudiologia do hospital, contendo informações sobre antecedentes pessoais de maior interesse, descrição da queixa e dados referentes à avaliação otorrinolaringológica, os quais serão apresentados a seguir.

QUEIXA 1 – D. A. O.:

"Eu sinto que a minha voz está ficando fraca, de uns dois anos para cá. Tenho uma sensação de nó na garganta."

Paciente do sexo masculino, 28 anos, cantor. Ao exame otorrinolaringológico verificou-se a presença de nódulos bilaterais e hiperemia das pregas vocais. Apresentava histórico de tabagismo, não relatando problemas anteriores com a voz e percebendo os primeiros sinais de disfonia após três anos de início da carreira, aos 23 anos. Na avaliação fonoaudiológica a voz caracterizou-se como rouca/soprosa; o tempo máximo de fonação foi registrado dentro da normalidade/32 segundos e durante a fonação verificou-se ataque vocal brusco.

QUEIXA 2 – J. E. M. J.:

"Eu faço aula de técnica vocal e quero aprimorar a minha voz. Tenho dificuldade para atingir agudos e fico rouco após cantar."

Paciente do sexo masculino, 18 anos, cantor. Ao exame otorrinolaringológico foi detectada a presença de fenda fusiforme anterior e quadro de rinite alérgica.

O paciente nega tabagismo, refere garganta seca apesar de ingerir aproximadamente dois litros de água por dia e relata sensação de pigarro o tempo todo. Na avaliação fonoaudiológica observou-se a voz tensa; o tempo máximo de fonação foi registrado em torno de 36 a 37 segundos, ou seja, superior à média; verificou-se uso excessivo da musculatura laríngea conferindo uma emissão de característica tensa; durante a fonação verificou-se a presença de ataque vocal brusco.

QUEIXA 3 – L. B. O. M.:

"Fui fazer uns exames e o médico pediu para passar pela fono. A minha voz é assim grossa desde pequena."

Paciente do sexo feminino, 67 anos, dona de casa. O exame otorrinolaringológico diagnosticou sulco vocal bilateral, aliado a um processo de envelhecimento do trato vocal, observando-se a calcificação e a ossificação das cartilagens e a atrofia dos músculos laríngeos intrínsecos. A paciente

apresenta histórico de tabagismo e refere ter a voz rouca desde criança. Na avaliação fonoaudiológica a voz caracterizou-se como presbifônica com característica excessivamente grave; verificou-se tempo máximo de fonação reduzido, em torno de 8 segundos; ataque vocal suave e redução do volume e projeção vocal e redução na velocidade de fala.

QUEIXA 4 – T. L.:

"Eu sinto que estou ficando rouca."

Paciente do sexo feminino, 63 anos, dona de casa. Ao exame otorrinolaringológico diagnosticou-se fenda em ampulheta. A paciente participa do coral da igreja e refere insegurança com a sua voz, pois ao usá-la mais intensivamente, desenvolveu vários sintomas de desequilíbrio muscular: cansaço ao falar, falta de ar para cantar e rouquidão após cantar. Na avaliação fonoaudiológica não se observou disfonia aparente, verificando-se voz de característica trêmula; o tempo máximo de fonação encontrou-se dentro da normalidade, em torno de 15 segundos, ataque vocal aspirado e observou-se redução significativa do volume e projeção vocal.

QUEIXA 5 – A. M. S. Q:

"A minha voz é rouca desde pequena. A força que faço pra falar me incomoda."

Paciente do sexo feminino, 49 anos, dona de casa. Ao exame otorrinolaringológico verificou-se cisto na prega vocal esquerda e reação contralateral. A paciente apresenta uma disfonia que se manifesta desde a infância devido à presença do cisto que se constitui em uma alteração estrutural congênita nas pregas vocais. Na avaliação fonoaudiológica apresentou voz rouca/soprosa, tempo máximo de fonação reduzido, em torno de 7 segundos, hipertonicidade da musculatura laríngea no esforço à fonação, ataque vocal brusco.

Entrevista

O procedimento para a coleta das entrevistas iniciou-se a partir de um contato pessoal da pesquisadora com os sujeitos, quando estes foram informados sobre o objetivo e o caráter da pesquisa e sobre seus direitos de participante entrevistado, de acordo com os preceitos da ética profissional fonoaudiológica. Posteriormente, tendo a certeza da compreensão plena dos termos, foi apresentado aos sujeitos o "Termo de Consentimento" pós-informação, quando os mesmos foram então lidos e assinados pelos sujeitos que participaram da pesquisa.

As entrevistas tiveram caráter não-diretivo, buscando dar maior espaço para a coleta de dados e, conseqüentemente, para a escuta do sujeito do discurso[4]. Foram realizadas a portas fechadas, no âmbito da relação "terapeuta x paciente", com duração média de 30 minutos em sala específica para atendimento, a qual dispunha de mobiliário adequado, iluminação suficiente e reunia todas as condições favoráveis para o decorrer do processo. A fala inicial foi padrão, partindo da pesquisadora, objetivando o caráter não-diretivo da entrevista, e consistia na seguinte frase: "Me fale sobre a sua voz...".

Após a fala inicial, o entrevistado então, sem interferência da pesquisadora, discorria com suas próprias palavras sobre os sintomas e características da sua voz que o levaram à "fila de espera" do Hospital. A seguir, a pesquisadora selecionava uma palavra-chave contida no relato e a recolocava em questão, de forma a motivar o entrevistado a aprofundar-se em sua queixa estabelecendo dicotomias e associações; e assim por diante até que, percebendo o esgotamento das informações, a pesquisadora encerrava, após perguntar se havia mais alguma informação a ser adicionada.

As entrevistas foram gravadas em fita k - 7 e transcritas pela pesquisadora, de forma ortográfica literal. A fim de objetivar a transcrição, foram inseridas marcações de acordo com a legenda abaixo. O total sigilo quanto aos dados dos entrevistados foi garantido mencionando-se, ao início de cada entrevista, as iniciais dos seus nomes. Para se obter uma melhor identificação das entrevistas, as perguntas da pesquisadora/terapeuta estão no estilo de fonte itálico e identificadas pela maiúscula T (Terapeuta) e as respostas dos pacientes encontram-se sem o itálico e identificadas pela

maiúscula P (Paciente). Finalmente, os comentários realizados pela pesquisadora/terapeuta encontram-se logo após os recortes discursivos.

Legenda:

(.) pausa normal

(,) pausas breves

(.....) intervalo de tempo longo

(↑) elevação de entonação

(↓) cadência de entonação

ENTREVISTA 1 – D. A. O.

T - Me fala sobre a sua voz.

P - Bom eu sinto pela manhã um aperto no peito.na garganta né e essa rouquidão que..... eu queria uma voz mais limpa.eu acho que se esforçar dá uma voz mais limpa eu não sei de onde vem essa rouquidão.

T - Aperto na garganta?

P – Esse aperto é..... é um tipo de um nó na garganta como eu fiz a laringoscopia né pra verificar as cordas vocais..... constatou que tinha um nódulo então esse nódulo.eu acho que é ali que tem esse peso↑ não sei direito te falar assim é..... como ao certo..... né↓ eu sei que as vezes tem que forçar a voz..... pra falar né.

T - Forçar a voz pra falar?

P – Não sei é.....pra mim assim.....é difícil eu falar eu tô falando tô falando tô falando e.....parece que a voz ela..... só quando ela aquece bem.quando aquece bem ela dá uma limpada se não ela fica ali meio que rouca.

A queixa primeira relatada por D. A. O. refere-se ao aperto na garganta, no entanto há um direcionamento para o possível problema de voz propriamente dito: a rouquidão. O efeito ideológico da rouquidão aparece no discurso de D. A. O. como a angústia de um aperto no peito. Ao mesmo tempo, apesar desse direcionamento, D. A. O. abre seu discurso para uma associação da voz com a patologia diagnosticada no exame laringoscópico. A partir desse momento parece que seu discurso fica envolvido pela relação voz/patologia. Sua voz apresenta-se alterada com curvas melódicas ascendentes e descendentes.

A ideologia materializada nesse discurso parece privilegiar a patologia. Fica clara a tentativa de objetivar, precisar a alteração. O conhecimento do problema vocal é a preocupação principal do entrevistado. Os sintomas estão direcionados no sentido de quantificar o distúrbio, assim como relacionados ao tempo de aparecimento, de forma bastante objetiva.

A constatação de que há uma patologia orgânica, nesse caso, parece não ser a razão da demanda desse sujeito. Apesar dessa certeza (da organicidade), o discurso do sujeito desloca-se para a incerteza: “Eu não sei de onde vem essa rouquidão”. Isso vem mostrar o quão importante se faz a escuta do fonoaudiólogo para o discurso do paciente disfônico. O sujeito D. A. O. nos indica que pode haver outros sentidos que norteiam sua disfonia – a organicidade não basta – e coloca, logo de início, o seu desejo: “Eu queria uma voz mais limpa”.

Esse sujeito, em uma primeira entrevista, já mostrou ao fonoaudiólogo que há algo a mais a ser investigado quanto à sua voz que não é limpa como ele gostaria que fosse.

ENTREVISTA 2 – J. E. M. J.

T - Me fala sobre a sua voz.

P - O que eu sinto é que.....minha voz tem uma dificuldade.o problema dela é que ela é muito fraca↑ né.....ela não consegue.....permanecer o dia inteiro como.....como deve ficar ela vai ela vai passando a hora vai ficando fraca fraca chega uma hora que.....que eu fico quase sem voz.

T - Como você acha que ela deveria ficar?

P - Não sei dizer bem mas uma voz que não me incomodasse.

T - Como é essa fraqueza?

P - Vou ficando rouco.dificuldade pra cantar né.....é.....também nas regiões mais agudas das notas não consigo alcançar por causa dessa rouquidão↓.eu acho que o que atrapalha também.....é que.....no meu serviço eu trabalho com roupas né.....tem muita poeira esse negócio.....e também lá eu sou obrigado a falar muito↑.

T - E como você administra essa situação?

P - É porque atrapalha porque.....cada vez eu tenho que me esforçar mais para falar e eu sinto que vai prejudicando mais a minha voz mesmo.

J. E. M. J. objetiva sua queixa, remetendo-se aos sintomas na tentativa de situar o momento em que aparece a rouquidão. Parece ter a idéia pré-concebida

de que: "quem tem problema de voz necessariamente usa muito a voz e tem uma rotina estressante", relacionando isso ao seu sintoma de rouquidão J. E. M. J. inaugura seu discurso com uma associação da voz com o contexto social em que vive.

Seu discurso ainda parece indicar uma autonomia entre voz e sujeito: a voz é que tem dificuldade, o problema é dela, ela é fraca e não consegue permanecer audível o dia inteiro – por fim, o sujeito sofre as conseqüências pela "incompetência" da voz: "O que eu sinto é que.....minha voz tem uma dificuldade. o problema dela é que ela é muito fraca↑ né.....ela não consegue.....permanecer o dia inteiro como.....como deve ficar ela vai ela vai passando a hora vai ficando fraca chega uma hora que.....que eu fico quase sem voz".

Ao demonstrar seu desejo – o que espera da terapia fonoaudiológica – o sujeito ainda coloca a voz como um "outro ser": ele quer uma voz que não o atrapalhe.

Nota-se um deslocamento de sentidos, voz e sujeito se unificam – o sujeito admite que seu modo de vida interfere naquela habilidade vocal que é <u>sua</u> e que habita o <u>seu</u> corpo. Os sentidos se transformam e o sujeito transforma-se em vilão: ele faz esforço e a voz, a vítima, é prejudicada.

A terapia discursiva deve direcionar o sujeito para que este identifique a voz como resultado da relação entre propriedades físicas, biológicas e psíquicas do próprio sujeito.

ENTREVISTA 3 – L. B. O. M.

T – Me fala sobre a sua voz.

P – Eu sinto que eu fiquei meio rouca↑ de uns tempos pra cá↑ e eu fui no médico e ele pediu para passar pelo médico e ele falou para trazer esse exame pra senhora.

T – A senhora sentiu que estava ficando rouca?

P – Eu passava por um médico que me falou que eu era rouca.

T – Então até a senhora ser alertada por esse médico sobre a sua voz não sentia nenhuma alteração?

P – Ah.....eu não sentia porque eu sempre falei desse jeito daí o Dr. G↑ que falou que eu tinha que passar pela senhora.

T – E agora a senhora já sabe por que está aqui?

P – Eu não sei.....ele que falou né. Eu acho que tem horas que é meio ruim pra falar↑ não falo direito↑ mas se ele não falasse eu continuava desse jeito não ia procurar.....eu não ia perceber nenhuma alteração ia achar que é normal da voz que podia ser uma gripe que deixou meio rouca.....eu sinto que tem hora que eu vou falar tem hora que eu falo bem tem hora que ela enrosca pra falar se eu começar a falar bastante ela começa a ficar...

T – Começa a ficar.....

P – Como agora por exemplo↑.

T – E o que é esse enroscar?

P – Não quer sair de lá de dentro (risos).

Para L. B. O. M. não há relação aparente entre o estabelecimento da disfonia e o comprometimento orgânico. Os aspectos levantados no que se refere à história da disfonia só foram enunciados por meio de perguntas bem objetivas realizadas pela T. que tentam cercar todas as possibilidades de produção do distúrbio. A fala de L. B. O. M. traz um caráter impessoal nas respostas, um distanciamento entre ela e o relato sobre sua voz. A questão da voz e o comprometimento orgânico não têm significado para ela, distanciando-se dessa forma do discurso em que outros sentidos possam emergir.

Diferentemente dos outros sujeitos que negaram as vozes como sendo suas –
chegando a identificá-las com um ser estranho e externo a eles – L. B. O. M. significa a disfonia como fazendo parte de si – com alguns momentos de estranhamento: ora ela sente a disfonia, ora ela não sabe a razão pela qual precisa de ajuda. Algumas vezes ela acha que é "ruim" falar, outras vezes a situação "ruim" é aceita como normal.

Cabe ao fonoaudiólogo a seguinte questão: "Por que L. B. O. M. reconhece uma situação desagradável – falar com voz alterada – como sendo normal?”.

ENTREVISTA 4 – T. L.

T – Me fala sobre a sua voz.

P – Eu comecei notar que a minha voz↑ ela estava.....ficou assim.ficou rouca começou a ficar rouca sabe↓ e tinha vez que eu respirava parecia que tampava a garganta aí foi que eu fiquei preocupada↓ porque eu cantava no coral da igreja e muitas vezes eu tinha que parar. antes porque eu não conseguia puxar a respiração que eu sentia que tampava aqui a garganta.....aí foi que eu

procurei a senhora porque saiu aquela campanha da voz.....então eu procurei e fui fazer o exame.

T – Exame.....

P – Esse exame que vê lá nas cordas vocais↑.

T – A laringoscopia?

P – Isso.isso.então aí eu cheguei no posto de saúde e um auxiliar fez a minha ficha e falou assim pra mim: eu acho que não tem necessidade de encaminhar a senhora pra faculdade né. Mas eu disse que queria que encaminhasse porque eles ali estavam conversando comigo mas não sabiam o que estava acontecendo na minha garganta↑. sabe então eu quero fazer um exame pra mim tirar a dúvida↑ porque se não eu fico preocupada né.....aí então ele encaminhou pra faculdade.....aí na faculdade eu fui muito bem atendida↑ no ambulatório que eles atenderam eu.aí↑ marcaram o exame.

T – A laringoscopia?

P – A laringoscopia né.aí eles marcaram no dia certo eu fui lá o médico estava esperando eu fiz a gravação.ele mandou eu levar a fita.levei a fita aí ele gravou tudo e falou: o problema da senhora é as cordas vocais↑.....as cordas vocais se unem pouco uma com a outra↑.eu vou encaminhar a senhora pro posto de saúde para fazer fono e a senhora leva esse exame↑.

T – A senhora no início referiu participar de um coral.....

P – É o coral da igreja.lá a gente tem um professor que vai duas vezes por semana pra dar aula pra gente.....aula de voz pra gente.....então.....é até muito bom porque a gente.....faz uma terapia na mente.a gente se distrai.o ensaio durava duas horas e eu comecei a sentir que não estava conseguindo acompanhar os outras↓.....porque quando eu ia acompanhar eu sentia aquele negócio que tampava a garganta e tampava a respiração↓.

T – Tampava a garganta.....

P – A sensação que dá é assim: a música começa porque você tem que acompanhar o ritmo de todos↑ se não você sai fora né e aí quando eu chegava na metade↓ eu sentia que a minha voz não estava boa.

O discurso de T. L. volta-se para imagem vocal na fala e no canto. Percebe-se a relação da sua voz/fala com a dimensão social de uso, ou seja, os sintomas que apresenta. T. L. traz essa tônica diversas vezes em seu discurso.

A busca pela sintomatologia e período de estabelecimento da alteração permanece em todo o discurso na busca de uma relação causa/efeito.

Portanto, o discurso de T.L. materializa a relação que é estabelecida entre o uso vocal e o prazer que daí decorre. Quando afirma que cantar é uma terapia, manifesta a perda que a impossibilidade de cantar – por decorrência da disfonia – promove em sua vida.

Ao procurar o fonoaudiólogo, parece que T. L. está buscando mais do que a própria voz: a interlocução que o momento terapêutico lhe proporciona.

ENTREVISTA 5 – A. M. S. Q.

T – Me fala sobre a sua voz.

P – É sempre rouca↑.....desde os meus quatorze anos que eu sou rouca né mas pra mim era normal↑ né só que depois fiquei rouca sempre↓.

T – Rouca sempre.....

P – É.....não melhorava a voz.só que então eu fiz um exame televisionado né.que é a fita.as vezes quando ei ia levar a minha mãe no hospital as enfermeiras diziam: a senhora já procurou um médico pra ver essa voz?

T – Quem encaminhou a senhora para a fono↑?

P – Eu passei pela semana da voz e encaminharam para fazer esse exame da fita.aí o médico disse que tinha que vim aqui na senhora pra depois poder operar↑. Dá muito nervoso ficar assim↓ tem que se esforçar muito para sair a voz↑.

No início do discurso o sintoma de rouquidão não tem significado para a entrevistada. Parece que o fato só começa a incomodar diante dos comentários das "funcionárias" do hospital onde ela levava a mãe: "A senhora já procurou um médico pra ver essa voz?”.

Ao passar na "Semana da Voz", A. M. S. Q., encaminhada pela fonoaudióloga, decidiu procurar o médico e, diante da relação causa/efeito que atesta a existência da doença, emergem sintomas na fala da entrevistada que no início da entrevista não eram significados por ela: "Dá muito nervoso ficar assim, tem que se esforçar muito para falar.". O conhecimento do problema vocal altera o discurso de A. M. S. Q., direcionando-o a partir daí para sintomas relacionados à produção da voz, como se houvesse a necessidade de haver a relação causa/efeito, ou seja, se há uma doença é preciso haver um sintoma.

Diante da relação causa/efeito que atesta a doença, emergem sintomas na fala da entrevistada que não seriam significados em uma abordagem dita

tradicional, ou seja, o fonoaudiólogo pode entender os sintomas relatados pelo sujeito disfônico a partir das alterações que este observa no seu corpo, mas também compreender o sentido pessoal e implicações que este sintoma tem para este sujeito, e que podem estar presentes no seu discurso, possibilitando dessa forma deslocar o olhar da investigação da alteração vocal para o dizer do sujeito.

DISCUSSÃO

O estudo da disfonia, tal como é significada no discurso dos sujeitos desta pesquisa, conduziu a uma série de reflexões que foram respaldadas pela literatura fonoaudiológica apresentada anteriormente.

Nos cinco sujeitos entrevistados, a análise de suas falas permitiu-nos observar que os discursos apresentaram-se curtos com relação a sua extensão. A literatura sobre Análise de Discurso afirma que o texto é definido pela sua intensão: pode ter apenas uma só palavra, até muitas frases, enunciados, páginas etc[7]. Portanto, não é a extensão que delimita o que é um texto. É o fato de, ao ser referida à discursividade, constituir uma unidade com relação à situação. Partindo deste conceito, os discursos analisados foram apresentados em sua totalidade uma vez que a intenção foi direcionar a análise.

Os dados analisados evidenciam que nas entrevistas houve uma preferência dos entrevistados, de discursar sobre seus sintomas expressos na corporalidade, em uma relação de causa-efeito.

Para ilustrar esta afirmação, reapresentamos alguns recortes das entrevistas: "Eu sinto pela manhã um aperto no peito, na garganta né? e essa rouquidão." / "Eu sinto que a minha voz tem uma dificuldade, o problema dela é que ela é fraca." / "Eu comecei a notar que a minha voz ficou assim...ficou rouca. Tinha vez que eu respirava parecia que tampava a garganta.". O aspecto mais significativo desses discursos está no fato de que se direcionam ao encontro de sinais associados à voz, ou seja, a objetivar a queixa, remetendo os sintomas para o corpo, uma vez que, na circunscrição do momento em que aparece a rouquidão, prevalece nos sinais relatados pelos pacientes, a sua dimensão orgânica. Neste mecanismo, de causa/efeito as queixas põem à mostra o sofrimento do sujeito diante da disfonia.

Estudo realizado sobre o discurso de uma paciente diagnosticada como anoréxica, reafirma a análise acima relatada quando conclui que o corpo constituiu, para o sujeito, a via encontrada na busca por sua alteridade[15].

Nesta perspectiva, a relação terapêutica que poderia ser construída a partir de um processo de natureza dialética, em que terapeuta e paciente estão envolvidos no processo de subjetivação, é apagada pela prevalência de

levantamentos de dados sobre o distúrbio vocal. Esse movimento por parte dos entrevistados direcionado para os aspectos orgânicos gerou o apagamento dos múltiplos sentidos possíveis do discurso, em prol da apreensão de um sentido único, tomado como verdadeiro, ou seja, o discurso da descrição somática.

Outro ponto que merece destaque nos discursos analisados refere-se à noção de imprevisibilidade do efeito de sentidos da relação do sujeito com a linguagem[11,13,14]. Esta condição pode ser observada na comparação entre os cinco discursos, pois um sentido singular é conferido à disfonia por cada um dos entrevistados. Sob essa ótica, reafirma-se a necessidade e proposição maior deste estudo de se olhar o sujeito portador de disfonia como singular, não se detendo apenas no sintoma, mas nos sentidos que estes representam para o sujeito, sentidos esses que não são transparentes e devem ser observados a partir da sua materialidade[13,14].

Conforme relatado no item que aborda a literatura sobre escuta e interpretação, nos discursos apresentados, o lugar de onde o sujeito disfônico fala parece ser o daquele que está impotente diante do seu quadro, daquele que por antecipação vê o outro, o terapeuta, como aquele que sabe[7]. Forma-se nesse momento um jogo de imagens[7].

De um lado podemos pensar na imagem que o sujeito disfônico tem do fonoaudiólogo; por outro, na imagem que o fonoaudiólogo tem do sujeito disfônico. Além disso, examinando o mecanismo de antecipação abordado anteriormente, podemos considerar o efeito que o sujeito disfônico supõe produzir, com sua fala, sobre o terapeuta, fazendo com que ele, o sujeito, ajuste seu discurso a esse objetivo, que está no outro, no terapeuta[2].

Outra noção privilegiada nas análises foi a de interdiscurso ou memória discursiva. Nas análises das entrevistas é possível observar que o discurso é abarcado por significantes relacionados às dificuldades com a voz, desse modo, o distúrbio vocal dos pacientes e todos os conflitos que são decorrentes desse problema levam a concluir que a posição que o sujeito ocupa em sua historicidade, implica nos sintomas que emergem[5].

Com relação à tipologia, os discursos dos sujeitos analisados parecem indicar predominância do tipo autoritário. Este tende para a paráfrase, para o mesmo, em que a polissemia é contida e procura-se impor um só sentido[7,14]. Esse discurso não abre possibilidades de interpretação, pois o sentido único já

está nele constituído. Dessa forma, verifica-se que o paciente é o único agente do discurso, o que conduz ao silenciamento do terapeuta.

Retomando o conceito de silêncio abordado no início deste trabalho: o discurso dos sujeitos disfônicos desta pesquisa parece agir na região estabelecida pela língua-de-espuma, ou seja, uma língua que trabalha o poder de silenciar[12]. Isso pode ter ocorrido pelo fato de os entrevistados identificarem o seu discurso ao do terapeuta, baseando-se em uma imagem do fonoaudiólogo como aquele que sabe e colocando-se em um discurso oprimido, reduzido e censurado. Ocorreu o chamado silêncio da opressão. Lembremos que a censura proíbe certos sentidos ao impedir o sujeito de ocupar determinados lugares, certas posições. Ou seja, impede-se que o sujeito, na relação com o dizível, se identifique com certas regiões do dizer pelas quais ele se representa como (socialmente) responsável, autor; desta forma a censura produz no sujeito um discurso permeado por sentidos permitidos e proibidos[12].

Salienta-se que o discurso dos disfônicos transcorreu de forma linear, na objetividade dos dados relatados. Talvez seja essa a razão de os mesmos apresentarem-se curtos com referência à sua extensão, o que parece ser o funcionamento discursivo dos sujeitos disfônicos aqui analisados, com relação a suas determinações sócio-históricas e ideológicas.

Diante dessas observações, nosso olhar, enquanto fonoaudiólogos, deve estar voltado para o sujeito que se expressa, e que apresenta em sua expressão oral, um impedimento em função da sua disfonia. As reflexões que fizemos até aqui são fundamentais para manter-nos alertas às "armadilhas" ou "vieses" que aprisionam o raciocínio clínico na prática fonoaudiológica diária.

Conforme observado na introdução, a prática na clínica dos distúrbios da voz sustenta-se no modelo médico e, conseqüentemente, o objeto da investigação é a queixa enquanto expressa na corporalidade.

Ao contestar esta abordagem, estudos similares[5,6,15] que adotam a perspectiva discursiva na análise de outras patologias propõem que o fonoaudiólogo, além de considerar o corpo orgânico, por meio da prática da reabilitação da disfonia, opere uma escuta clínica voltada aos dizeres desses

sujeitos, pois, como vimos nos discursos apresentados, a disfonia não se manifesta apenas no corpo orgânico, mas emerge também em seu discurso.

Assim, o fonoaudiólogo deverá procurar ver o sujeito como “singular”, com uma condição diferente de produção vocal. É necessário ver, não o sintoma do sujeito, mas o sintoma no sujeito, e pensar que uma voz rouca – de fraca intensidade e pouca projeção – pode ser a marca de uma singularidade, cujo sentido depende de como o sujeito se relaciona com a sua voz. Este fato pode ser observado no cruzamento dos dados da queixa que aparecem na anamnese 4 com a entrevista 4 identificadas pelas iniciais: T. L. Os dados objetivos da anamnese agregados ao discurso de T. L. nos mostram que existe a presença de uma alteração vocal mas, por trás disso, a fragilidade do sujeito e o medo de perder a voz, aspectos que também devem ser considerados pelo fonoaudiólogo.

Na perspectiva teórica que se encaminhou este trabalho, é possível conceber a clínica da voz como um lugar onde os sujeitos disfônicos falam de si quando falam de seus distúrbios. E a partir dessa proposta, reorientar a ação terapêutica não reduzindo o sujeito ao seu quadro patológico.

COMENTÁRIOS FINAIS

Refletindo a partir do exposto sobre o percurso da fonoaudiologia com relação às diversas concepções de entrevista/anamnese, como também a partir da análise das entrevistas, pode-se constatar que a abordagem partindo-se do levantamento dos sinais e sintomas do distúrbio vocal desarticulados do sujeito pode comprometer o entendimento da demanda que este traz. Consideramos que o distúrbio tem que ser visto na interface desses dois aspectos, para que o fonoaudiólogo possa reorientar a sua conduta no sentido de não verificar apenas os sintomas e sinais da disfonia expressos no corpo, e sim, compreender o que o sujeito tem a dizer sobre a sua alteração a partir dos movimentos no seu discurso[(2)].

Diante das questões que emergiram mediante a análise das entrevistas, conclui-se que há (por parte do entrevistado) o predomínio de elencar dados sobre o seu distúrbio. É possível perceber que as queixas apresentaram-se relacionadas ao sofrimento do sujeito diante da situação de disfonia. Outro aspecto observado refere-se à visão (por parte do entrevistado) do

fonoaudiólogo, como aquele que sabe, que pode resolver o seu problema, mostrando-se impotente diante do seu quadro.

Nesse sentido, faz-se necessário repensar a ação clínica fonoaudiológica no que se refere ao primeiro momento de encontro com o paciente que apresenta queixa de disfonia, no sentido de apreender o processo clínico da entrevista por meio de uma escuta que trabalhe na dupla face do discurso do sujeito que apresenta disfonia, considerando os dados trazidos sobre a alteração vocal, porém articulados com a sua história pessoal. Sobrepor o orgânico em detrimento do subjetivo é um atalho reducionista, pois, nos afastam do objetivo de compreender e intervir de forma global e integrada na relação profissional com nossos pacientes.

Desta forma, acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para ampliar os estudos sobre a disfonia, uma vez que lança uma nova perspectiva de se olhar este distúrbio: a ótica discursiva, que inclui necessariamente, o sujeito e a linguagem em sua abordagem e vê a disfonia como um lugar de subjetivação discursiva.

REFERÊNCIAS

1. Freire, RM. A Abordagem Dialógica: uma proposta social em fonoaudiologia. São Paulo – Pontifícia Universidade Católica – Doutorado em Fonoaudiologia; 1990.

2. Araújo AN. Ouvindo a voz...escutando o inédito: Uma análise da entrevista inicial nos distúrbios da voz (dissertação). São Paulo – Pontifícia Universidade Católica – Mestrado em Fonoaudiologia; 2000.

3.Freire RM. A Questão da Definição do Objeto da Fonoaudiologia (dati),1996.

4. Carrasco MCO. Anamnese ou Entrevista: Desfazendo equívocos na clínica fonoaudiológica (dissertação). São Paulo – Pontifícia Universidade Católica – Mestrado em Fonoaudiologia; 1999.

5. Lardaro VC. Tontura e suas implicações para além do corpo orgânico (dissertação). São Paulo - Pontifícia Universidade Católica - Mestrado em Fonoaudiologia; 2003

6. Girardi ALFN. O bebê prematuro e o discurso de suas mães (dissertação). São Paulo - Pontifícia Universidade Católica - Mestrado em Fonoaudiologia; 2003

7. Orlandi E. Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos. 3ª edição. Campinas, SP: Pontes, 2001

8. Cunha MC. Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território. 1ª edição. São Paulo: Editora Plexus, 1997.

9. Pecheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 3ª edição. Campinas, SP: Pontes, 2002

10. Orlandi E. Exterioridade e Ideologia. Cadernos de Estudos Lingüísticos. 1996; 30(1):27-34

11. Orlandi E. A natureza e os dados. Cadernos de Estudos Lingüísticos. 1994; 27(1): 47-58

12. Orlandi E. As formas do silêncio: No movimento dos sentidos. 5ª edição. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

13. Sobrino A. Dizer o dito: A questão da interpretação em fonoaudiologia. Revista Distúrbios da Comunicação. 1996; 8(1):23-39

14. Orlandi E. O Lugar das sistematicidades lingüísticas na Análise de Discurso. Delta. 1994; 10(2): 295-307

15. Mouraria CG, Tfouni LV. Um corpo: a queixa muda da anoréxica (dissertação). Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - Mestrado em Psicologia; 2005