CRISTIANE MARCHIORI PEREIRA

FONOAUDIOLOGIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

a questão do sintoma na clínica fonoaudiológica

Mestrado em Distúrbios da Comunicação

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

1998

CRISTIANE MARCHIORI PEREIRA

FONOAUDIOLOGIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

a questão do sintoma na clínica fonoaudiológica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Distúrbios da Comunicação, sob orientação da Profª Drª Regina Maria Freire

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

1998

COMISSÃO JULGADORA

_____

_____

_____

"É só por ilusão que se pensa

poder dar a 'palavra final'."

Orlandi

A Tom, Mateus e Gustavo.

Tom, pelo amor e segurança que nos fortalece.

Mateus e Gustavo, porque transbordam alegria

e complementam minha vida.

A meus pais, pela dedicação sempre presente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em quem confio e de quem dependo.

À Profª Drª Regina Maria Freire, pela confiança, carinho e investimento na orientação deste trabalho. Agradeço pelas minuciosas leituras e exalto seu poder de análise presente nas orientações. Meu agradecimento estende-se para além deste trabalho, pelo valor do seu conhecimento o qual pude desfrutar nestes 3 anos em aulas e orientações.

À Profª Drª Doris Ruth Lewis, pelas sugestões, esclarecimentos e ordenação das questões durante o Exame de Qualificação.

À Profª Ruth Palladino, pela contribuição durante o Exame de Qualificação em que, em uma análise detalhada, apontou-me um recorte para este trabalho.

Ao meu marido e amigo Tom que nunca deixou de incentivar o meu trabalho, estando sempre presente oferecendo segurança e ajudando-me no possível. Agradeço por sua compreensão nos meus momentos de apreensão no decorrer deste trabalho.

Aos meus filhos Mateus e Gustavo:

Mateus, pela sua vida de alegrias e brincadeiras que faziam-me parar de escrever para também lembrar de brincar. E então, voltar a escrever com novas forças.

Gustavo que nasceu na finalização deste trabalho, aumentando a esperança e o prazer de contemplar a vida.

À minha mãe Iva, pelo exemplo de coragem e determinação. Agradeço em especial pelos cuidados com Mateus e Gustavo para que eu realizasse este trabalho, reconheço que sem essa assistência não seria capaz de realizá-lo.

Ao meu pai Horácio que sempre investiu na minha formação sem poupar esforços. Agradeço pelo exemplo de trabalho e humildade na conquista de seus ideais.

Aos funcionários da UBS “Dr. Walter Elias” (Casa Verde Baixa), pela convivência e amizade.

Aos pacientes da UBS “Dr. Walter Elias” (Casa Verde Baixa), pela confiança no trabalho desenvolvido.

Às fonoaudiólogas Camila, Denise e Marisa, pelas agradáveis reuniões e discussões sobre os serviços nas UBS.

À Profª Vera Mendes, pelo cuidado na indicação da bibliografia em Saúde Pública.

Às estagiárias de Fonoaudiologia da PUC/SP e à supervisora Profª Drª Eliane Barreto, pelo trabalho desenvolvido na UBS “Dr. Walter Elias”.

Ao CNPq, pelo indispensável auxílio concedido.

RESUMO

O objetivo deste estudo é questionar o modelo de funcionamento adotado pelos serviços fonoaudiológicos nas unidades básicas de saúde e propor um outro foco para as pesquisas sobre Fonoaudiologia e Saúde Pública.

Por meio de uma análise bibliográfica, há o relato do funcionamento dos serviços fonoaudiológicos em atenção primária à saúde no Município de São Paulo, que indica o quanto a Fonoaudiologia, nestes serviços, aproxima-se da clínica médica, descaracterizando a clínica que deveria ser de linguagem.

Assim, levanto a discussão do que seja sintoma em linguagem, como um ponto de partida para se definir doença em Fonoaudiologia.

Diante das questões que emergiram no decorrer deste trabalho, concluo pela necessidade da Fonoaudiologia em problematizar a sua própria clínica e, na instância da Saúde Pública, tomar a palavra nas decisões referentes à clínica da linguagem e suas perturbações.

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO.....1

1

Capítulo 1: O Panorama da Saúde Pública..... 19

1. 1. A Saúde Pública.....20

1. 2. O Campo da Saúde Coletiva.....26

1. 3. O Sistema Único de Saúde.....28

1. 4. A Atenção Primária À Saúde.....34

Capítulo 2: A Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde.....39

2. 1. A Literatura sobre Fonoaudiologia e Saúde Pública.....41

2. 2. Relato do Funcionamento dos Serviços Fonoaudiológicos em Unidade Básica à Saúde.....44

Capítulo 3: A Questão do Sintoma para a Clínica da Patologia de Linguagem.....52

3. 1. O Discurso da Clínica Médica.....55

3. 2. A Questão da Doença e do Sintoma na Clínica Fonoaudiológica.....59

3. 3. A Terminologia na Clínica Fonoaudiológica.....85

Capítulo 4: Um outro Olhar sobre a Atuação Fonoaudiológica em Atenção Primária à Saúde.....91

4. 1. O Equívoco do Termo “Prevenção” da Patologia de Linguagem.....92

4. 2. O Deslocamento que a Clínica da Linguagem Promove na Fonoaudiologia em Saúde Coletiva.....

Capítulo 5: Considerações Finais.....107

5. 1. A Questão da Prevenção.....108

5. 2. A Questão do Atendimento.....110

5. 3. Conclusões..... 117

Bibliografia.....119

INTRODUÇÃO

As primeiras pesquisas e produções científicas sobre a Fonoaudiologia em Saúde Pública, no Brasil, surgem nos anos 80, quando solidifica-se a inserção do fonoaudiólogo nos serviços públicos. De fato, o tempo de experiência da Fonoaudiologia nestes serviços ainda é recente e a produção literária escassa. Isto me levou a considerar a possibilidade de dar continuidade à pesquisa nesta área e avançar em questões ainda intocadas por outros pesquisadores.

No entanto, meu interesse pelo tema não se deu só pela escassez de pesquisas ou pelo recente tempo de inserção da Fonoaudiologia na Saúde Pública. O interesse decorreu principalmente do

fato de ocupar o cargo de fonoaudióloga em um serviço público e desejar investir em um outro olhar, fundamentado pela teoria.

A minha entrada como fonoaudióloga no Sistema de Saúde em 1990, deu-se logo após a formação acadêmica. Iniciei minhas atividades em um setor de Fonoaudiologia cujo funcionamento havia sido estruturado pela profissional que estava deixando a Unidade. Foi desta estrutura de trabalho que surgiram minhas inquietações e desejo de investigar o assunto.

Neste trabalho irei me deter especificamente nas unidades ditas de atenção primária à saúde, pois é neste nível que se estabelece o primeiro contato da população com o Sistema Nacional de Saúde. As unidades são denominadas de Centros de Saúde (CS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A formação acadêmica em Fonoaudiologia, em geral, marca uma predominância de estudos sobre os tratamentos das patologias de forma individualizada, ou seja, o eixo central da formação vincula-se aos procedimentos de uma clínica entre um paciente e um terapeuta. De fato, considero primordial tal definição, pois, é a partir desta estrutura básica de clínica, que se pode teorizar sobre outros lugares para a atuação do fonoaudiólogo, em especial o da Saúde Pública.

Apesar de ter estagiado em Unidade Básica de Saúde (UBS) durante minha vida acadêmica, percebi que, assumindo o lugar de profissional em um setor público, diferenças significativas foram emergindo. A meu ver, na instância dos serviços públicos, os encaminhamentos para o setor de Fonoaudiologia não podem ser considerados isoladamente, logo, pertence ao fonoaudiólogo, a tarefa de repensar o deslocamento que a Saúde Pública promove em sua clínica.

Quando, ingenuamente, transfere-se os procedimentos da clínica fonoaudiológica privada para o espaço da Saúde Pública, surgem problemas sempre da mesma natureza. Como as unidades de atenção primária à saúde são referenciadas como o primeiro espaço ao qual a população pode recorrer, a quantidade de pacientes é sempre inesgotável. Conseqüentemente as dificuldades para que os objetivos da Saúde Pública em uma UBS sejam atingidos, geralmente decorrem da falta de critérios para lidar com uma grande quantidade de pacientes para o tratamento. A formação de grupos de atendimento ou a restrição ao atendimento de determinadas patologias, surgem como alternativas à esta questão, práticas totalmente desvinculadas de critérios de Saúde Pública tais como a complexidade da patologia ou a complexidade da ação.

Como fonoaudióloga da UBS o que mais me incomodava era o crescimento vertiginoso da população à ser atendida; estava perdendo o controle sobre uma lista de espera que já era maior que a minha capacidade de trabalho. Vários procedimentos foram tentados para agilizar o atendimento. Priorizava o atendimento em grupo apenas para oferecer uma resposta mais rápida à população, ou então, fechava temporariamente a entrada de novos pacientes ao setor de Fonoaudiologia. Ficava angustiada em ver que um paciente da lista de espera demorava para conseguir uma resposta do serviço.

Como propostas alternativas, participava, com outros profissionais, de orientações a grupos de pacientes gestantes, idosos e adolescentes, sem questionar meu papel em uma rotina que já existia na unidade, apenas para concretizar o que se esperava de um trabalho dito multidisciplinar. Tinha dúvidas constantes em como lidar com a entrada de pacientes no serviço, pois a procura era quase que diária. Como não conseguia resolver os problemas de todos os pacientes encaminhados para o setor de Fonoaudiologia, a minha inquietação aumentava diante de um serviço que funcionava deixando a maioria dos pacientes para fora.

Em reuniões informais que mantinha com fonoaudiólogos de outras UBS, percebia a mesma insatisfação com o serviço derivada de problemas semelhantes. Alguns profissionais optavam por recusar a

entrada de mais pacientes, evitando, desta maneira, um maior crescimento da lista de espera para atendimento. Ignoravam que sua atitude ingênua impedia o acesso do usuário ao Sistema de Saúde.

As minhas inquietações e angústias diante da fragilidade de um serviço fonoaudiológico assim estruturado, impulsionaram-me a investigar e refletir sobre as questões que cercam esta prática profissional. Chamo de fragilidade a inconstância de um serviço que vive à procura de alternativas direcionadas ao propósito de diminuir o número de pacientes. Fragilidade identificada também pela ausência de reflexões sobre os deslocamentos sofridos por essa clínica fonoaudiológica quando integrada ao espaço público.

No decorrer das minhas atividades na UBS, também deparei-me com dificuldades derivadas da não delimitação entre os chamados espaços individual e coletivo. Como já foi dito, a formação acadêmica converge primordialmente para um paradigma clínico-individual, em um movimento de diagnóstico e terapêutica; entretanto, na Saúde Pública, a proposta de atuação segue em direção a um paradigma histórico-estrutural em que os processos saúde/doença são analisados como polaridades dinâmicas e não excludentes. Considero que o paradigma clínico-individual e o paradigma histórico-estrutural podem se articular, sem necessariamente um dominar o outro.

As questões que aqui trago visam sensibilizar o fonoaudiólogo para que este problematize seu lugar nos serviços públicos e seja mais eficiente no atendimento às necessidades da população. Para tanto, aponto como objetivo deste trabalho: questionar o modelo de funcionamento adotado pelos serviços fonoaudiológicos nas unidades básicas de saúde e propor um outro foco para as pesquisas sobre Fonoaudiologia e Saúde Pública.

Na perseguição deste objetivo, terei que revisitar os conceitos fundantes da Fonoaudiologia, entendida aqui enquanto clínica terapêutica da linguagem e suas perturbações, para atualizá-los ao estatuto teórico que irá permear minha análise.

A escolha deste caminho é fundamentada pelos motivos já delineados anteriormente e que podem ser sintetizados na fragilidade do funcionamento do serviço fonoaudiológico de um lado, e, na necessidade de se intensificar as investigações sobre a linguagem e seus sentidos para a Fonoaudiologia no espaço coletivo.

Como diz Löwy (1996), dentro de uma perspectiva historicista em Ciências Sociais, qualquer fenômeno social, cultural ou político é histórico e só pode ser compreendido dentro da história. O

autor continua dizendo que não só o objeto da pesquisa é histórico, como também o sujeito da pesquisa está imerso no curso da história. Assim, estando imersa na questão da pesquisa, não posso esquivar-me no meu próprio processo histórico de formação, que traz marcas singulares como será percebido no decorrer da leitura.

O trabalho inicia-se com um capítulo que trata de delinear o panorama da Saúde Pública e um que se propõe a relatar como a Fonoaudiologia vem ocupando os serviços públicos. No terceiro capítulo apresento uma discussão sobre o sintoma em Fonoaudiologia como um ponto de partida possível para se desfazer contradições e impasses da Fonoaudiologia na clínica da linguagem. Um quarto capítulo capítulo mostra o deslocamento que a Fonoaudiologia nos serviços públicos sofre quando questiona a sua própria clínica. E, no quinto capítulo apresento as considerações finais. Neste trabalho tenho apenas pretensão de iniciar uma discussão necessária e urgente que desencadeie posteriores pesquisas.

CAPÍTULO 1:

O PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA

1. 1. A Saúde Pública

A saúde pode ser considerada como um valor constitutivo da humanidade, portanto um valor compartilhado universalmente. Desde a Antigüidade, época em que se considerava a doença como obra de demônios e espíritos malignos, até o conceito sociológico de saúde em que se considera o processo saúde/doença como característica da coletividade, as concepções de saúde/doença estão sempre em discussão, caracterizando diferentes momentos na história da humanidade.

Peres, F. e Buralli, K. O.[1] classificam as concepções de saúde/doença em 2 grandes grupos: 1) modelo predominantemente biológico, em que aparecem teorias unicausais ou teorias multicausais da doença. Neste modelo, saúde e doença são consideradas como entidades dicotômicas, simplificando a definição de saúde como ausência de doença; mesmo quando considerada como processo, a concepção de saúde/doença se refere sempre a um fenômeno exclusivamente biológico. 2) modelo da determinação social em que o processo saúde/doença é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade, por onde passam o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário.

[1] Texto preparado para fins didáticos. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, temos a seguinte definição de saúde:

> *"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*." (Ministério da Saúde, 1987).

Esse conceito de saúde não envolve apenas a recuperação da doença, mas é resultante de um conjunto de fatores que cercam o indivíduo.

A Saúde Pública foi constituindo-se na história da humanidade paralelamente à evolução do saber médico, incluindo uma abordagem comprometida com um registro numérico das doenças, reunindo, assim, medicina e estatística. O termo Saúde Pública vem

atrelado ao termo medicina social que define-se genericamente em modos de tomar coletivamente a questão da saúde.

Há um conceito clássico de Saúde Pública:

> *"Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde*." (Winslow, 1920)

No início de 1800, surgiu o termo Epidemiologia, que é o fundamento da Saúde Pública, para estabelecer, indicar e avaliar os métodos e processos usados para prevenir as doenças. Na época, o termo Epidemiologia indicava uma preocupação com o controle das epidemias[2] prevalentes. Para esta Epidemiologia positivista, o coletivo era visto como mais que um conjunto de indivíduos e o investimento era

[2] Este termo é definido como uma doença que surge rapidamente num lugar e acomete simultaneamente grande número de pessoas.

somente sobre as doenças infecto-contagiosas como varíola, malária, febre amarela, sarampo, difteria.

Até o início deste século, a Epidemiologia restringia-se ao combate das epidemias e ao controle das endemias[3]. Com a melhoria do nível de vida e conseqüente declínio das doenças infecciosas, a Epidemiologia foi definida como ciência e passou a estudar não só doenças infecciosas, como também doenças não-infecciosas e agravos à integridade física (acidentes, homicídios, suicídios).

Rouquayrol (1988) conceitua Epidemiologia como:

> "*ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, de controle ou de erradicação."* (Rouquayrol, op. cit.: 07)

O enfoque dado à prevenção das doenças se faz com base na teoria da História Natural da Doença, assim denominada por Leavell & Clark em 1976, em que o processo saúde/doença no homem é

[3] Este termo é definido como uma doença que existe constantemente em determinado lugar e ataca número maior ou menor de indivíduos.

percebido como dependente das características dos agentes patológicos, das características do indivíduo e das características do ambiente.

Na teoria da História Natural da Doença, a saúde e a doença são consideradas como resultado de um processo; entretanto conserva-se a idéia de que tal processo faz parte de uma história natural da doença. Nesta teoria define-se que o desencadeamento da doença em um organismo sadio envolve as inter-relações entre o agente da doença, o suscetível e os fatores ambientais, incluindo as condições sócio-econômico-culturais que permitem a existência desses fatores. Por essa teoria, há dois períodos. O primeiro denominado de período pré-patogênico em que o indivíduo fica exposto ao risco de desenvolver determinada doença. O segundo denominado de período da patogênese, em que ocorrem as primeiras ações dos agentes patogênicos sobre o indivíduo.

A prevenção em Saúde Pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. De acordo com a História Natural da Doença, a prevenção pode ser feita nos períodos de pré-patogênese e de patogênese. Sendo a causa da doença já conhecida e podendo ser localizada, pode-se prevenir que a doença se instale no indivíduo ou, estando já instalada, prevenir para que não avance tomando proporções maiores.

No período pré-patogênico ocorre a prevenção primária, incluindo: promoção da saúde (moradia adequada, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada) e proteção específica (imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético, saneamento ambiental, tratamento de água e esgoto). No período patogênico ocorrem a prevenção secundária e a prevenção terciária. A prevenção secundária inclui: diagnóstico precoce, tratamento precoce e limitação da invalidez. A prevenção terciária inclui medidas destinadas à reabilitação, envolvendo o processo de reeducação e readaptação de pessoas com defeitos após acidentes ou devido a seqüelas de doenças.

Enfim, a noção de Saúde Pública teve sua origem em um discurso naturalista da doença, legitimando práticas de medicalização. As descobertas no campo da Biologia aumentaram o poder social da Medicina e enfraqueceram considerações de ordem simbólica e histórica na leitura das condições da sociedade. Até os dias atuais, a preocupação da Saúde Pública concentra-se, predominantemente, no combate às epidemias e endemias, fazendo da prevenção a principal estratégia para diminuir os problemas de saúde da população.

1. 2. O Campo da Saúde Coletiva

Birman (1991) faz uma discussão sobre os conceitos de Saúde Pública e Saúde Coletiva. Diz o autor que muitas vezes as duas expressões são usadas de maneira homogênea, entretanto marcam diferenças em seus significados, sendo que referem-se a discursos diferentes e com origens históricas particulares.

A concepção de Saúde Coletiva constitui-se na crítica ao modelo naturalista do saber médico em que se fundamenta a Saúde Pública. Com a entrada das Ciências Humanas, desde a década de 1920, no campo da saúde, há uma problematização de categorias como normal, anormal e patológico. A Saúde Coletiva põe em suspenso o poder médico, não descartando-o, mas relativizando-o; entram em cena não só o paciente como um máquina anátomo-funcional, mas também um indivíduo que solicita outras leituras destacando as dimensões dos campos simbólico, histórico, ético e político.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, há um reconhecimento do caráter simbólico do corpo impedindo a visão de indivíduo apenas como uma instância biológica:

"Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças." (Birman, op. cit.: 9).

Na Epidemiologia também aparecem transformações que relativizam a hegemonia do saber biológico, dando origem à chamada Epidemiologia social.

Fundamentalmente, a Saúde Coletiva é um campo teórico que representa uma ruptura com a concepção de Saúde Pública, impondo um limite ao universalismo naturalista e abrindo o campo da saúde para outras leituras possíveis. Diante dessa abertura aparece a multidisciplinaridade como uma marca do campo da Saúde Coletiva, admitindo uma diversidade de objetos e discursos teóricos, sem um julgamento valorativo ou hierárquico entre eles.

1. 3. O Sistema Único de Saúde

No final da década de 70, contra a situação caótica em que se encontrava a política dos serviços públicos de saúde, há uma reformulação da assistência médica que, até então, restringia os programas a apenas algumas doenças, como no controle da tuberculose e da hanseníase. A proposta que surge nesta época constitui-se basicamente na ampliação da assistência médica para grupos populacionais, incluindo também a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde, a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e ampla utilização de agentes não médicos nos serviços.

Um marco para a saúde brasileira na continuação da reformulação da assistência à saúde, acontece na ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 em Brasília. O evento foi o desfecho de um trabalho de organização entre profissionais da saúde, intelectuais, sindicatos, movimentos populares e partidos políticos envolvidos em um projeto contra-hegemônico. A mudança concentra-se na reação contra uma prevalência de ações curativas e procedimentos no âmbito das atenções secundária e terciária, valorizando uma atenção básica à saúde da população.

O texto da Nova Constituição, em 1988, representou um avanço considerável, incorporando princípios inéditos na história das políticas de saúde do país, decorrentes da reforma que vinha acontecendo desde a década de 70. Entre as conquistas temos: a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a ampliação do conceito de saúde, incluindo sua determinação social e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada esfera do governo e a participação popular.

De acordo com a Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995[4], o SUS apresenta-se seguindo as seguintes diretrizes:

- universalidade de acesso do indivíduo às ações e aos serviços em todos os níveis de atenção à saúde;
- igualdade de atendimento;
- eqüidade, como forma de suprir as deficiências do tratamento igualitário de casos e situações;
- integralidade da atenção, significando atendimento pleno ao indivíduo em vista da proteção e do desenvolvimento do seu potencial biológico e psicossocial;

[4] Código de Saúde do Estado de São Paulo, 1995. Projeto de Lei Complementar nº 15/91, do Dep. Roberto Gouveia e outros. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde.

- resolutividade dos serviços e ações de saúde em todos os níveis de assistência;
- racionalidade de organização dos serviços, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes;
- precedência do método epidemiológico como critério para o estabelecimento de prioridade, alocação de recursos e orientação programática;
- participação da comunidade na formulação das políticas de saúde, controle, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde.

O SUS apresenta as seguintes bases de funcionamento:

- gratuidade das ações e dos serviços assistenciais prestados, vedada a cobrança de despesa complementar ou adicional, sob qualquer título;
- descentralização das ações e dos serviços de saúde, com ênfase na municipalização;
- conjugação da totalidade dos recursos físicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na realização de ações e prestação de serviços públicos de assistência à saúde, e divulgação de informações quanto ao potencial desses serviços e à sua utilização adequada pelo usuário;

- cooperação técnica e financeira do Estado aos Municípios na prestação da assistência à saúde;
- planejamento que reflita as necessidades da população e a regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo;
- intercâmbio de dados, informações e experiências referentes ao SUS visando ao seu aprimoramento e ao fortalecimento das relações do Estado com os Municípios;
- incentivo ao trabalho integrado e harmonioso dos profissionais que atuam na área da saúde, promovendo o reconhecimento , em favor da qualidade e da resolutividade dos serviços e das ações de saúde, da experiência e da capacidade técnica e científica demonstrada pelo profissional.

A hierarquização, um dos princípios do SUS, refere-se a organização de um sistema unificado e integrado de assistência à saúde, coerente com a nosologia da população. O princípio da hierarquização pressupõe três níveis de atenção à saúde a saber: atenções primária, secundária e terciária. Os três níveis devem funcionar como um sistema organizado em serviços de saúde que variam dos mais simples e gerais aos mais complexos e especializados; destaca-se uma importância inédita à atenção primária à saúde, por ser este o nível em que se deve resolver a maioria (70 a 80%) dos problemas de saúde da população.

No primeiro nível deste sistema, que é a atenção primária à saúde, encontram-se as unidades básicas de saúde (UBS). Este primeiro nível caracteriza-se pelo fato de permitir o acesso direto da população ao Sistema de Saúde, que deve ser atendida de forma imediata e sem burocracia e, com a maior resolubilidade possível.

O segundo nível dos SUS, referência do nível primário, é representado por um atendimento ambulatorial de maior complexidade tecnológica. Refere-se aos Ambulatórios de Especialidades e aos Hospitais Gerais.

E, como terceiro nível de atenção à saúde, entram em cena os Institutos e Hospitais, sendo responsáveis pela prestação de serviços altamente especializados.

As noções de prevenção e de níveis de intervenção à saúde tiveram suas origens nas propostas da Medicina Preventiva centrada na teoria da História Natural da Doença, brevemente delineada no item 1. 1.

O SUS, como deveria ser implantado, é um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações. A noção de sistema pressupõe a existência de partes que funcionem como estruturas

organizadas, englobando uma gama imensa de instituições sociais voltadas para o benefício da saúde.

Na proposta do SUS, há uma integração[5] das ações e a proposta de práticas programáticas. No debate atual, a programação das ações aponta para uma dimensão coletiva nas práticas de saúde e compromissos com a sociedade, o que não significa afastar-se da assistência médica individual.

[5] A integralidade das ações pressupõe que os usuários sejam vistos em sua totalidade, observando os fatores causais da doença em uma abordagem coletiva.

1. 4. A Atenção Primária à Saúde

Em 1978, em Alma-Ata, URSS, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram estabelecidos indicadores para se medir o progresso das ações primárias de saúde, assegurando "Saúde Para Todos no Ano 2000". A partir de então passa-se a enfatizar os serviços básicos de saúde a fim de alcançar, ao final do século, um nível sanitário aceitável. A perspectiva de serviços básicos à saúde caracteriza o nível da atenção primária à saúde que assume grande importância destinando-se a resolver 70 a 80% dos problemas da população.

Veras (1988) define atenção primária à saúde como o primeiro nível de contato da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, incluindo medidas de assistência de saúde no campo da promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo. Descreve ainda as características de atenção primária à saúde: participação comunitária, adaptação das ações às condições da comunidade, hierarquização dos serviços de saúde, planejamento em função da demanda e alcance universal das ações.

Schraiber & Mendes Gonçalves (1996) mostram que a atenção primária à saúde constitue-se como modo de prática institucional privilegiado para o desenvolvimento de novas modalidades de relação que permitam humanizar a relação instituição-população usuária. Os autores ainda revalorizam a atenção primária à saúde como um modo de assistência mais global à saúde da população.

Em geral, a imagem da atenção primária à saúde é associada a uma assistência de baixo custo e de forma simplificada. Entretanto, Schraiber & Mendes Gonçalves (op. cit.) afirmam que tal imagem tem sido desfeita pois casos que mostram-se “fáceis” patologicamente, podem envolver uma assistência complexa.

A unidade básica de saúde passa a ser o local em que concentram-se assistências da atenção primária à saúde, sendo destinada a um primeiro atendimento às pessoas que se dirigem aos serviços pela primeira vez. Portanto a unidade básica de saúde constitui-se tanto como porta de entrada para o sistema de assistência como também constitui-se como um nível próprio de atendimento à saúde.

Em geral, as unidades básicas de saúde funcionam atendendo a um fluxo diário bastante grande. Os profissionais que geralmente atuam na unidade são: atendente de enfermagem,

enfermeira-chefe, auxiliar de consultório dentário, educador em saúde, sanitarista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, dentista, clínico geral, ginecologista, pediatra.

Os pacientes que entram na unidade e desejam atendimento médico, são agendados para consultas ou são encaminhados aos atendimentos emergenciais.

Os serviços prestados pelas unidades básicas referem-se basicamente ao atendimento de enfermagem (vacinação, inalação, controle da pressão arterial, coletas de exames de sangue, urina e fezes) e ao atendimento ambulatorial em que cada profissional oferece um atendimento individual, com agendamento antecipado.

Além do atendimento de enfermagem e ambulatorial, as unidades básicas de saúde oferecem ações programáticas em saúde, tais como: programas de saúde da mulher (grupo de gestantes, prevenção do câncer da mama e do útero, planejamento familiar), programas de saúde da criança (grupo de vacinas de BCG, grupo de puericultura[6]), programas de saúde do adulto (grupos de informação e controle da pressão arterial, grupos de diabéticos, grupos de terceira idade) e programas de saúde bucal (ações com crianças escolares).

---

[6] Refere-se a um conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança.

Os requisitos das unidades básicas de saúde concentram-se em uma alta capacidade resolutiva dos problemas e alta sensibilidade diagnóstica, devendo funcionar como orientação aos demais níveis do Sistema de Saúde.

Para um bom funcionamento de orientação aos demais níveis da saúde, deve existir uma rede de órgãos públicos interligados, servindo de referência e contra-referência, organizando-se assim o fluxo de pacientes dentro do Sistema de Saúde. Também, para que funcione de maneira completa, há a necessidade de uma organização dos serviços de forma territorial regionalizada e com recursos humanos suficientes para o serviço. A organização regionalizada é necessária para que o usuário não precise deslocar-se tanto de sua moradia para conseguir um local de atendimento.

Ainda que o Sistema de Saúde Brasileiro tenha passado por modificações no sentido de construir um modelo mais abrangente e eficaz como propõe o SUS, prevalecem características de um sistema deficiente. Como não há uma estrutura real de referência para os usuários que necessitam de atendimento mais especializado, a UBS acaba por se tornar o único serviço disponível, dificultando assim o trabalho do profissional da saúde que se vê diante de uma grande quantidade de

pacientes, e não sendo capaz de responder às necessidades da população.

CAPÍTULO 2:

A FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O percurso do fonoaudiólogo na Saúde Pública ainda é recente comparado aos demais profissionais da saúde. Apesar da presença do fonoaudiólogo na década de 70 e 80 na Secretaria Municipal de Saúde e na esfera estadual de São Paulo, somente a partir de 1989 que o fonoaudiólogo ocupa um lugar mais significativo na rede básica de saúde, após a contratação de cerca de 200 fonoaudiólogos através de concurso público promovido pela Prefeitura Municipal de São Paulo.

A rede estadual, antes mesmo de 1989, contava com número reduzido de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde, entretanto, também foi no ano de 1989 que foram contratados mais 23 fonoaudiólogos para atuarem em unidades básicas de saúde.

A atuação da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde começa então a ser mais estruturada a partir de 1990, coincidindo com a implantação das propostas do Sistema Único de Saúde, que engloba uma atenção integral ao indivíduo. Assim, as unidades básicas de saúde concentram o maior número de fonoaudiólogos em atenção primária à saúde.

2. 1. A Literatura sobre Fonoaudiologia e Saúde Pública

Em Lewis (1996) há um minucioso levantamento da literatura brasileira em Fonoaudiologia e Saúde. Como mostra a autora, as primeiras produções científicas na área da Saúde Pública, iniciam-se nos anos 80.

No período de 1980 à 1983, a literatura concentra-se em relatos de experiências vividas por fonoaudiólogos que atuavam em Centros de Saúde. Em geral, essas produções científicas relatam a importância do fonoaudiólogo na prevenção de distúrbios da audição e da linguagem, apontando que tais distúrbios podem acarretar conseqüências negativas na escolaridade das crianças. As propostas de atuação circulam entre estimulação da linguagem na criança, diagnóstico precoce dos distúrbios da comunicação e reabilitação.

Em um segundo momento, as produções científicas apontam a necessidade de mudanças na atuação em Saúde Pública, questionando a formação do fonoaudiólogo mais centrada na reabilitação dos distúrbios da comunicação. A literatura desta época (1984 à 1990) preconiza uma prática baseada na abordagem preventivista, em que as

ações de saúde indicam uma preocupação em prevenir a doença antes mesmo de sua manifestação.

Em 1988, com o Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva, há um incentivo nas discussões e produções sobre a atuação do fonoaudiólogo em Saúde Pública. O evento mostrou como os fonoaudiólogos estavam pensando e atuando nos serviços públicos. Dos trabalhos apresentados e documentados, pode-se concluir que existia uma preocupação em torno da importância do fonoaudiólogo no nível de atenção primária à saúde, mostrando que fundamentalmente o papel do fonoaudiólogo era o de prevenir a ocorrência dos distúrbios da comunicação. Como prevenção define-se práticas a nível primário (promoção da saúde), a nível secundário (diagnóstico e tratamento precoce) e a nível terciário (reabilitação).

Nos anos 90, com um maior número de fonoaudiólogos nos serviços públicos, percebe-se, nas pesquisas e produções científicas da área, uma tendência ao delineamento da prática desses profissionais. Assim, as produções dos anos 90 apontam preocupações com as seguintes questões:

- a necessidade do serviço fonoaudiólogico na rede pública;
- o conhecimento e a caracterização do profissional e do paciente;

- a necessidade do profissional em rever a atuação fonoaudiológica na saúde para repensar as práticas;
- a necessidade de somar conhecimentos com os de outros atores sociais;
- a definição de doenças fonoaudiológicas e suas causas;
- a participação do fonoaudiólogo em programas multidisciplinares;
- a realização de ações diagnósticas e preventivas;
- a crítica sobre a formação, conhecimento e prática do fonoaudiólogo;
- a apresentação de alternativas para se executar um modelo preventivo em Fonoaudiologia.

2. 2. Relato do Funcionamento dos Serviços Fonoaudiológicos em Unidades Básicas de Saúde

Nas unidades básicas de saúde, as atividades do fonoaudiólogo efetivam-se nos atendimentos individuais, atendimentos em grupos e realização de ações programáticas. Tais atividades são marcadas pela noção de prevenção, de maneira que, quando a ação está voltada para a assistência individual ou em grupo contribui para prevenir que a patologia tome proporções maiores, e quando a ação é programática contribui para evitar a ocorrência de patologias fonoaudiológicas. Por este enfoque da prevenção, define-se uma Fonoaudiologia Preventiva, que compromete-se cada vez mais com características das especialidades médicas[7].

O que prevalece no funcionamento dos serviços fonoaudiológicos são os atendimentos em grupo, em que os pacientes (2 ou mais) são reunidos a partir de uma homogeneidade de faixa etária e/ou do tipo de patologia. Por exemplo, há grupos de crianças entre 3 a 6 anos com diagnóstico de distúrbio articulatório ou dislalia, ou grupos de

[7] Há o exemplo de cursos de especialização em Fonoaudiologia Preventiva, em que há um enfoque programático com especialidades da Medicina, como neurocirurgia, neuropsiquiatria, cabeça e pescoço, cardiologia, entretanto não há no currículo nenhum enfoque sobre a linguagem e suas patologias.

crianças entre 7 a 10 anos com diagnóstico de distúrbio de leitura e escrita.

Nas ações programáticas há uma predominância de:

- programas de saúde do escolar - ações que envolvem a orientação a professores do ciclo básico sobre quando devem realizar o encaminhamento de escolares ao serviço fonoaudiológico na UBS. Inclui também orientação aos professores a respeito dos possíveis problemas vocais a que estão sujeitos e como preveni-los;
- programas de mães - ações que envolvem a orientação às mães de crianças de 0 a 3 anos, informando sobre os cuidados com amamentação, escolha e uso de chupetas e mamadeiras, hábitos orais e maneiras de estimular linguagem prevenindo qualquer tipo de alterações;
- programas de gestantes - neste programa o fonoaudiólogo faz parte da equipe multiprofissional (enfermeiro, ginecologista, psicólogo, assistente social, educador em saúde) em que cada um participa com suas informações específicas; o fonoaudiólogo entra com uma orientação semelhante àquela descrita no programa de mães;
- programa em creches - ações que envolvem a orientação aos monitores e funcionários da creche para uma estimulação adequada

da linguagem. Inclui orientação quanto à alimentação, escolha e uso de chupeta e mamadeira e hábitos orais.

Lopes (1991) apresenta uma caracterização da população usuária do serviço fonoaudiológico em Centros de Saúde. Com relação à faixa etária dos pacientes em atendimento pelos serviços, a autora encontrou uma concentração significante no grupo dito escolar que abrange a faixa etária de 7;1m a 12 anos, sendo seguidos pela faixa etária de 1 a 5 anos e de 5;1m à 7 anos. Quanto à origem do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia, a autora constata que a mais alta concentração de encaminhamentos advém de outros serviços do próprio Centro de Saúde e, também são significantes os encaminhamentos realizados pelas escolas. A maioria dos encaminhamentos que advém do próprio Centro de Saúde são decorrentes de solicitações também da escola. Quanto à hipótese diagnóstica, constata a autora que o distúrbio articulatório é o mais encontrado, sendo seguido pelos retardo de linguagem e distúrbio de leitura e escrita.

Freire (1992) analisa a demanda pelo serviço de Fonoaudiologia em postos de saúde no período de 1988 a 1990, como grande parte dos usuários são enviados pela escola, a autora questiona se na realidade esses pacientes apresentam uma patologia ou se o

sistema educacional é que avalia e rotula os alunos com um suposto distúrbio. Indica ainda que a própria estrutura escolar é que proporciona tal distúrbio com seus pressupostos baseados em parâmetros estáveis de normalidade.

Servilha et al. (1994) mostram que a maior incidência de patologia diagnosticada no setor de Fonoaudiologia em Itu/SP nos anos de 1989 a 1992, concentra-se nos casos de distúrbio articulatório. A faixa etária dos usuários que mais predomina é a de 7 a 14 anos, seguida pela faixa de 3 a 6 anos. No setor de Fonoaudiologia em Salto/SP, também há uma prevalência dos casos de distúrbio articulatório (45%) e de distúrbio de leitura e escrita (16,2%), revelando que o professor é o profissional que mais encaminha pacientes para o setor de Fonoaudiologia (34,71%). Ainda, no setor de Fonoaudiologia em Sorocaba também verifica-se, no ano de 1992, uma maior incidência de casos diagnosticados como distúrbio articulatório seguidos dos casos de distúrbio de leitura e escrita.

Diante destes fatos podemos concluir que a população que procura pelo serviço fonoaudiológico é caracterizada por crianças na faixa escolar (7 a 12 anos) que são encaminhadas pela própria escola com queixa de distúrbio de leitura e escrita; ou então crianças de 5 a 7 anos que também são encaminhadas pela escola com queixa de distúrbio articulatório.

Outra característica da população usuária dos serviços públicos de Fonoaudiologia, é a incontrolável quantidade de pacientes para o setor. Parece que a distribuição geográfica das instituições públicas contribui para que a cada unidade básica de saúde, corresponda a referência de aproximadamente 2 ou 3 escolas e, como foi relatado acima, com a predominância dos encaminhamentos provenientes das escolas, explica-se o fato da grande quantidade de pacientes encaminhados. Assim há várias escolas (estaduais e municipais, de 1º e de 2º ciclos), além de EMEI's que encaminham o aluno para o setor de Fonoaudiologia na unidade de saúde. Além dos encaminhamentos das escolas, há pacientes proveniente de encaminhamentos de outros profissionais da saúde como pediatras, psicólogos e médicos.

Grande parte das questões que aparecem para o fonoaudiólogo que atua no setor público são decorrentes da grande quantidade de pacientes encaminhados para os setores de Fonoaudiologia nas UBS. Destaca-se aqui algumas dessas questões:

a) A lista de espera, como é chamada a agenda para pacientes que chegam para atendimento e não conseguem vaga, é sempre uma preocupação para o fonoaudiólogo. Estas listas mantém-se extensas e constantes.

Há pacientes que aguardam a vaga para atendimento fonoaudiológico por um ano, dois anos ou até mais. Por vezes, quando o paciente é chamado, já não precisa mais da vaga ou porque a suposta queixa já foi superada ou porque já realizou o tratamento em outro local.

Há serviços de Fonoaudiologia que resolveram a questão da demanda acabando com a lista de espera; assim, quando o usuário chega à UBS solicitando atendimento fonoaudiológico e não há vagas, é informado da lotação do serviço e encaminhado para outro local.

Em geral, o usuário ao procurar por outro local de atendimento, acaba encontrando a mesma estrutura de serviço e novamente não é atendido. Desta maneira o usuário é encaminhado de unidade para unidade e, muitas vezes não encontra respostas do Sistema de Saúde.

b) O atendimento fonoaudiológico em grupo é outra forma escolhida, por alguns setores de Fonoaudiologia na UBS, para resolver a questão da grande quantidade de usuários que procuram pelo serviço. Reunem-se os pacientes para atender um número maior de usuários e diminuir a lista de espera.

c) A produtividade é uma exigência da Secretaria da Saúde, que solicita do profissional da saúde um número mínimo de atendimentos à população. A Fonoaudiologia, por estar inserida em uma instituição de saúde, é equiparada e confundida com o atendimento médico. A equiparação muitas vezes é realizada pelo próprio fonoaudiólogo, pela diretoria da UBS ou dos órgãos hierarquicamente superiores, que, por desconhecerem o serviço fonoaudiológico, solicitam do profissional um número de atendimentos comparado ao do médico.

d) A classificação das patologias é uma forma alternativa de levar à exclusão de certos grupos de pacientes do atendimento fonoaudiológico. No trabalho de Lopes (1991), aparece uma relação de patologias que o fonoaudiólogo exclui do atendimento do setor na UBS. Tais patologias - classificadas como sendo específicas de outros níveis de atendimento - são aquelas em que os problemas fonoaudiológicos fazem parte de um quadro orgânico de natureza neurológica (paralisia cerebral, deficiência mental, afasia), de natureza fisiológica (deficiência auditiva, disfonia) ou de natureza embriológica (fissura e má formações da cabeça e pescoço). Estes casos, considerados mais severos, são encaminhados para outras unidades ou para outros níveis de atendimento.

Além da questão do excesso de pacientes, o fonoaudiólogo vive ainda outras dificuldades na UBS, tais como: a escassez de

fonoaudiólogos no sistema de referência e contra-referência do SUS; os baixos salários; a falta de investimentos financeiros no setor e a ausência de programas de reciclagem de profissionais.

CAPÍTULO 3:

A QUESTÃO DO SINTOMA PARA A CLÍNICA DA PATOLOGIA DE LINGUAGEM

A Fonoaudiologia, desde o seu nascimento, tem importado recursos diagnósticos e terapêuticos da Medicina; parece que o movimento da Fonoaudiologia está sempre em batimento com o

movimento do saber médico. Em geral, a Fonoaudiologia apropria-se dos mesmos termos, dos mesmos procedimentos, do mesmo olhar e dos mesmos objetivos da Medicina. Creio que o investimento do fonoaudiólogo há que ser singular para que seu fazer também seja único. Para tanto, o enfoque deste capítulo é discutir o reducionismo a que a Fonoaudiologia é submetida quando toma para sua clínica, objetos de outras disciplinas que não só a Medicina. A partir de um outro enfoque sobre questões da clínica fonoaudiológica é possível alçar um perfil para a Fonoaudiologia na Saúde Coletiva.

Acredito que os problemas que tocam o fonoaudiólogo que atua com a clínica da linguagem decorrem do engano de tal profissional ao definir clínica fonoaudiológica, doença fonoaudiológica, sintoma[8] em Fonoaudiologia e, consequentemente, terapêutica em Fonoaudiologia. Como tais questões estão ausentes do discurso médico ao qual o fonoaudiólogo habitualmente recorre, o terapeuta da patologia da linguagem parece hesitar na sua própria clínica, perde a palavra, renuncia a um discurso próprio. É como se o terapeuta da linguagem ficasse à deriva, na busca de um objeto para investigação a fim de tratar da linguagem do paciente.

[8] Para a Medicina a palavra sintoma é definida como manifestações de doenças ou de distúrbios de órgãos ou funções e refere-se às sensações do indivíduo afetado. Como diz Spinelli (1983), geralmente o termo sintoma é aplicado no lugar de sinal clínico que refere-se ao que é observado

pelo examinador. Neste trabalho usarei o termo sintoma nos dois sentidos, tanto como manifestação de doença, como algo que pode ser observado pelo examinador.

3. 1. O Discurso da Clínica Médica

Interessa-me neste trabalho, fundamentalmente, discutir a partir de que lugar se define doença e sintoma em patologia da linguagem. Entretanto, antes de entrar nesta questão, volto-me para a clínica médica, sabendo que, ao se evidenciar seus pressupostos, pode-se flagrar na clínica fonoaudiológica, conceitos e discursos da Medicina.

O simples fato da clínica médica ter nascido primeiro que a clínica fonoaudiológica, já indica um lugar de onde a Fonoaudiologia incorpora seus conceitos. O que se pretende aqui é questionar a aderência da Fonoaudiologia a preceitos da Medicina e então justificar uma autonomia para a área. Para tanto passo a retomar aspectos do nascimento da clínica médica para então indicar como tais aspectos ainda estão presentes na clínica fonoaudiológica.

Foucault (1980) mostra que o sintoma na tradição médica do século XVIII ocupou um lugar de destaque pois apresentava-se como a transcrição primeira da doença. Naquela época a doença era carregada de uma obscuridade, ou seja, como o interior do corpo não era visível, ao médico restava descobrir ou adivinhar o interior do corpo pelas

manifestações externas. Portanto, era pelo sintoma que se enunciava uma doença. Os sintomas mostravam aquilo que o paciente podia descrever sobre o que estava sentindo e aquilo que o médico podia ver com seu olhar calculador que não se contentava com a aparência primeira. Os sintomas deixavam transparecer a doença. A medicina daquela época era considerada a medicina dos sintomas, realizada junto ao leito dos doentes na intenção de investigar o que o paciente estava sentindo e o que ele manifestava visivelmente no seu corpo.

No final do século XVIII ocorre uma grande mudança na clínica médica. A medicina dos sintomas entra em regressão, dando lugar a uma medicina dos órgãos, do foco e das causas. O saber médico descobre um novo sentido, agora o seu olhar está inteiramente absorvido pela soberania da anatomia patológica. Ultrapassando os preconceitos morais e religiosos, a abertura de cadáveres transforma o discurso médico. Agora o olhar médico atinge o mal, disseca, penetra no corpo, avança por entre um conjunto de formas, figuras, acidentes, formando assim uma geografia do corpo.

Com a descoberta da anatomia patológica cresce o interesse pela classificação das doenças. A nova percepção médica tem como objetivo a localização da doença no corpo humano, em uma relação direta lesão/doença.

A localização é assim uma das maiores conquistas para a medicina moderna que se constitui em: determinar o órgão do corpo que sofre, explicar como o órgão se tornou sofredor e indicar o que é preciso fazer para que deixe de sofrer. A determinação do órgão sofredor se faz a partir dos sintomas manifestados. A relação sintoma/lesão também é considerada em uma dependência direta. Localizar a lesão seria o caminho para a cura. Nas palavras de Foucault:

> *"Vista da morte, a doença tem uma terra, uma pátria demarcável, um lugar subterrâneo mas sólido, em que se formam seus parentescos e suas conseqüências; os valores locais definem suas formas. A partir do cadáver, paradoxalmente se percebe a doença viver. Uma vida que não é mais a das velhas simpatias, nem das leis combinatórias das complicações, mas que tem suas figuras e suas leis próprias."* (Foulcault, op. cit.: 169)

Prosseguindo sua obra sobre o nascimento da clínica, Foucault diz sobre a medicina fisiológica que observa a vida dos órgãos em relação com todos os agentes que possam exercer alguma influência sobre eles, colocando em dúvida a medicina anátomo-patológica concebida apenas como exame dos corpos sem vida, apenas localizacionista. Há então uma mudança da medicina das doenças e do foco para uma medicina das reações patológicas. Entretanto, apesar de

desprender-se do foco lesivo, a doença para a Medicina é sempre localizável, ou seja, é sempre visível, observável.

Neste breve percurso histórico sobre o nascimento da clínica, Foulcault mostra as transformações do olhar médico e do discurso sobre a doença. Para a Medicina, independente da época, do olhar ou do discurso, a doença é sempre o seu foco, o seu investimento. A doença aparece em uma relação específica com o corpo humano. Com efeito, o sintoma que tem uma relação direta com a doença, é também localizável no funcionamento orgânico. Não importa o olhar ou o discurso, a palavra doença para a Medicina traz uma relação com o funcionamento do corpo, funcionamento que leva a uma investigação anátomo-clínico. Enfatizo a importância que tem, para a Medicina, o sintoma, tomado sempre como sinal do corpo.

3. 2. A Questão da Doença e do Sintoma na Clínica Fonoaudiológica

Neste momento convido o leitor a voltar-se para a questão da doença em Fonoaudiologia, considerando a importância em diferenciar o investimento do fonoaudiólogo de qualquer outro investimento clínico. A questão que trago mostra um caminho para desfazer confusões que também fizeram parte do processo desta dissertação e que motivaram-me a escrever. Eis a questão: Será que doença em Fonoaudiologia, especificamente em patologia de linguagem, tem o mesmo sentido que doença para a Medicina?

Retomando a afirmação em que dizia que doença para a Medicina é sempre uma alteração orgânica e que sintoma é sempre um sinal do corpo, prossigo o raciocínio dizendo que, em Medicina, o conjunto de sinais ou sintomas oferecem pistas para o fechamento de um diagnóstico[9]. Estes sintomas ou sinais podem ser um conjunto de pistas que são fornecidas ao médico pela queixa do doente, pistas observadas pelo exame físico e pistas observadas por outros exames complementares. Sendo assim, sintoma para a Medicina tem um papel específico como auxiliar no fechamento de um diagnóstico, para que o médico possa encaminhar uma terapêutica apropriada.

---

[9] Para a medicina diagnóstico é um conhecimento que provém de coleta e análise de sintomas, sinais e antecedentes do paciente.

O sintoma é um ponto de entrada para que a Medicina descubra aquilo que não consegue decifrar em uma primeira investida. Dito de outra forma, sinais e sintomas tornam-se visíveis pela queixa do paciente, pelo toque/apalpação do médico no corpo do paciente, pelo olhar do médico, ou por exames complementares.

Enfim, a Medicina denomina e classifica suas doenças de acordo com sintomas e sinais clínicos que são do corpo, ou seja, que conduzem ao funcionamento do corpo. Aquilo que pode parecer obscuro na descrição da queixa do indivíduo, torna-se claro quando realiza-se a investigação clínica. Parece haver uma equivalência entre o funcionamento do corpo e os sinais e sintomas.

Se doença em Fonoaudiologia for compreendida tal como doença em Medicina, ou se um sintoma de patologia de linguagem for compreendido pela Fonoaudiologia tal como um sintoma para a Medicina, o ato clínico fonoaudiológico torna-se pontual e programado, um fazer clínico que atua também sobre o corpo do paciente.

Assim, se o sintoma do surdo é a surdez, então trabalha-se com estimulação auditiva para que ele escute. Se o sintoma do afásico é a dificuldade motora ou perceptual, então trabalha-se prioritariamente com a motricidade oral, com a memória, com a atenção. Se o sintoma do

sujeito com distúrbio articulatório é um comprometimento da motricidade oral, então trabalha-se com exercícios para melhorar o desempenho dos órgãos fonoarticulatórios. Se o sintoma dos casos ditos de retardo de linguagem é cognitivo, então trabalha-se com os esquemas sensório-motores tidos como pré-requisitos para o desenvolvimento da linguagem. Se o sintoma do sujeito com distúrbio de leitura e escrita é perceptual, então trabalha-se com atenção, com memória, com organização.

Tais exemplos mostram como a Fonoaudiologia tende a uma diluição de objetos de investigação, o que pode explicar a dificuldade e a heterogeneidade que se observa na clínica fonoaudiológica, descaracterizada de um raciocínio clínico único e exclusivo.

Vamos pensar em alguns casos que “melhoram” com a ação da clínica fonoaudiológica voltada exclusivamente para atividades de repetição, discriminação auditiva, discriminação visual, atividades divididas entre compreensão e produção de mensagens, exercícios de motricidade oral, exercícios de atenção, coordenação motora, enfim atividades que visam o motor, o perceptual, o cognitivo. Atividades que denotam uma aproximação do conceito de sintoma como sinal do corpo.

Um paciente afásico, surdo ou com retardo de linguagem consegue repetir uma lista de palavras corretamente a nível fonológico

mas apesar de repetir corretamente, não consegue colocar tais palavras em um funcionamento da linguagem que gere efeito no outro, quer dizer, o paciente repete mas encontra dificuldade em ordenar o dizer para que este faça sentido sobre o ouvinte e sobre si mesmo. Repete mas sua fala não faz sentido, é simplesmente uma repetição. Ou então, como no caso de um afásico que fala corretamente mas troca o nome das coisas e pessoas. O nível da motricidade oral já foi trabalhado, o paciente consegue produzir todos os sons da fala mas não consegue dar sentido ao seu dizer.

Como a Fonoaudiologia pode explicar tal fato quando o ponto de partida é o sintoma como sinal do biológico? Qual conceito da Medicina pode explicar a alteração no sentido da linguagem? O médico encaminha o problema para a Fonoaudiologia, para que esta dê conta do que não faz parte do investimento da Medicina.

De fato, assumir uma noção de sintoma do mesmo lugar que a Medicina, circunscreve o fonoaudiólogo em uma atividade que atua sobre o corpo. Trabalha-se com a motricidade oral, com a cognição, com a percepção, com a discriminação auditiva, como se tais funções reestruturassem por si mesmas a linguagem do paciente.

Assumir tal perspectiva resolve em parte, mas não consegue avançar quando o que está em jogo é o sentido da linguagem, quando o

que está em cena faz parte da instância do simbólico. Orlandi (1996) mostra que a linguagem, por pertencer ao domínio do simbólico, é espaço incompleto, não no sentido de algo que se pretenda ser ou não inteiro, mas em relação a algo que não se fecha. Considera a autora que o dizer é aberto, ou seja, o sentido está em curso, não há uma pré-determinação para o sentido do dizer.

E assim, se o sintoma que a Fonoaudiologia recorta for o mesmo que recorta a clínica médica, então a atuação do fonoaudiólogo fica sombreada por uma ordem médica, por um funcionamento orgânico que trata a linguagem como um processo natural de desenvolvimento e não como espaço simbólico, ou seja, se o funcionamento biológico estiver em ordem então a linguagem aparecerá como decorrência natural.

Ainda, o engano da Fonoaudiologia é o de tomar o mesmo sintoma da Medicina e lhe dar um estatuto de doença fonoaudiológica. E, ao fazer tal leitura finaliza por investir nos princípios médicos quando elabora sua terapêutica, gerando desgaste e um reducionismo para área.

O sintoma de doença fonoaudiológica não pode ser definido do mesmo lugar que a Medicina o faz. E este é o grande desafio para que a Fonoaudiologia alcance sua identidade: definir doença fonoaudiológica em domínio próprio que não o da Medicina. Como diz Palladino (1996):

"... não há como compor uma discussão sobre questões clínicas à luz da clínica médica, não só pelos seus conceitos de patologia e diagnóstico que são impertinentes quando se trata de perturbações de linguagem, mas também pelo seu conceito de terapêutica que difere na sua natureza da 'terapêutica' fonoaudiológica (não esporádica, não medicamentosa e/ou cirúrgica)."

Diluir o sintoma fonoaudiológico no sintoma da Medicina, ou da Psicologia, ou de qualquer outra disciplina, é confundir a natureza dos objetos de investigação e tratamento. Digo que o sintoma de doença em Fonoaudiologia mostra um acontecimento no movimento da linguagem que não se submete diretamente ao bom funcionamento orgânico. Acredito que o sintoma da patologia de linguagem não pode ser um sinal do funcionamento do corpo, mas um sinal que se vê na linguagem.

O fato do sintoma para a Fonoaudiologia não ter o mesmo estatuto que sintoma para a Medicina, não implica na exclusão do orgânico ou do seu desconhecimento, o orgânico está presente e precisa ser conhecido assim como o psicológico e o social, mas tais instâncias não explicam o funcionamento da linguagem. Colocar a questão da linguagem como prioritária não implica em uma exclusão ou negação de

outras ordens, mas sim em um redirecionamento do que seria, para o fonoaudiólogo, a sua preocupação, o seu investimento.

Enquanto a Fonoaudiologia se preocupar apenas com os mesmos sintomas da Medicina, ou considerar a linguagem como um processo natural do desenvolvimento orgânico, não haverá lugar para um investimento sobre a linguagem. E como apagar um investimento sobre a linguagem se o que se tem é um sujeito com alterações de linguagem? Com efeito, não há como deixar a linguagem em um segundo plano quando atua-se com sujeitos em que o que está afetado é a linguagem; seria incoerente.

A crítica sobre a marginalização ou relevância da linguagem na clínica fonoaudiológica tem sido amplamente disseminada na literatura fonoaudiológica da última década.

Palladino (1986), partindo da investigação de linguagem em crianças pequenas, descarta a visão chomskyana por definir a linguagem como decorrente da natureza maturacional, ou seja, inata. Descarta também a visão piagetiana em que a linguagem é compreendida enquanto função do desenvolvimento cognitivo. A autora considera as interações estabelecidas entre criança e adulto como lugar de origem da linguagem, portanto, a condição patológica teria sua origem na interação.

Freire (1990) foi uma das pioneiras ao apontar a necessidade de trazer para a clínica fonoaudiológica uma outra visão de linguagem. Abandonando práticas clínicas tradicionais, avança em uma nova clínica baseada em uma concepção de linguagem inspirada na abordagem sócio-construtivista em aquisição de linguagem. Nesta nova abordagem destacam-se os seguintes pontos: a própria linguagem do fonoaudiólogo funciona como estruturadora da linguagem do paciente; o foco de investigação do fonoaudiólogo está na interação diádica que é compreendida como o lugar privilegiado para a (re)construção da comunicação oral (e escrita); os desvios da linguagem são entendidos através da própria linguagem. Nas palavras da autora:

> *"Uma proposta fonoaudiológica construída a partir de uma concepção de interação como matriz de significação da linguagem, enquanto objeto lingüístico e enquanto atividade sobre o outro e sobre o mundo, deve abordar a questão da avaliação e terapia fonoaudiológicas de forma diferente daquelas que se utilizam de modelos prontos, tomados por empréstimo, sem reflexão, à medicina, à lingüística e à psicologia..."* (Freire, op. cit.: 39)

Lier-De Vitto (1994) assume uma posição que atribui à linguagem um papel constitutivo (fundante) e não meramente expressivo, ou seja, a linguagem é condição para a significação e para o nascimento

do sujeito. A criança só tem conhecimento do mundo porque está submersa na ordem da linguagem e principalmente porque o outro, já constituído por esta linguagem, é que pode lhe dar significados e incluir o sujeito na ordem do simbólico.

Arantes (1994) adota uma perspectiva interacionista em aquisição da linguagem para rever um outro modo de pensar a prática na clínica fonoaudiológica nos casos de retardo de linguagem. Acrescenta que adotar um outro modelo teórico envolve o fonoaudiólogo em uma reflexão teórica em que as respostas para a clínica devem ser buscadas na própria clínica e não fora dela. Para a autora a linguagem também é fundante e sua construção se dá na interação. Diz a autora que o terapeuta da linguagem é um intérprete, que se oferece como espelho para (re)significar a história da criança e (re)introduzí-la na ordem do simbólico.

Rubino (1994) mostra a ausência de uma tomada de posição sobre o lugar da linguagem no trabalho do fonoaudiólogo. Faz uma crítica à Fonoaudiologia quando esta pressupõe a linguagem enquanto comunicação, ou seja, enquanto codificação e decodificação de uma mensagem como se o dizer fosse transparente. Traz para a discussão uma concepção de linguagem como mostra a análise do discurso

francesa em que o sentido do dizer não é transparente mas se cria na palavra do outro.

Faria (1995), em seu trabalho sobre os distúrbios articulatórios, salienta a questão de como a Fonoaudiologia aproxima-se de outras disciplinas para justificar sua prática. A autora observa que há uma composição de teorias: o tripé Bio-Psico-Social aparece para apontar a etiologia do distúrbio, a Lingüística vem à cena para descrever os sintomas e a Teoria de Aprendizagem está presente na terapêutica. Tal dispersão mostra como a Fonoaudiologia ainda não assumiu uma identidade científica, capaz de fazer de sua clínica um acontecimento singular, diferenciado de qualquer outra clínica.

Faria ainda propõe um diálogo com outras disciplinas e não uma simples aplicação de seus instrumentais. Entendendo-se dialogar enquanto um encontro de explicitação de conceitos, ou seja, uma aproximação de conceitos, deixando claro a particularidade para cada disciplina em questão. A autora também afirma que a Fonoaudiologia tem um compromisso com a linguagem, portanto o dialogar com a Lingüística é inevitável, pois é nesta disciplina que a linguagem ocupa um espaço central. Concordando com outra afirmação da autora, também acredito que a aproximação da Fonoaudiologia com a Lingüística não pode ser por

meio de qualquer teoria da linguagem, mas com uma teoria cuja concepção inclua o sujeito e o sentido.

A Fonoaudiologia, além de trabalhar com a linguagem e suas perturbações, o que exige interpelação por uma teoria da linguagem, não pode deixar de fora um conceito de sujeito. É a partir de determinada apropriação do conceito de sujeito, que a Fonoaudiologia poderá estruturar uma relação terapeuta/paciente na clínica. Tanto paciente como terapeuta são sujeitos descentrados, ou seja, não são onipotentes e determinados pelas suas intenções. Portanto, o papel do terapeuta na clínica da linguagem não se reduz mais a ensinar um código ou treinar um fonema, há um avanço na relação terapeuta/paciente em que a linguagem toma um lugar central e não mais o terapeuta como o exemplo a ser seguido para a correção das alterações de linguagem do paciente.

Fonseca (1995), em seu trabalho sobre afasias, enfatiza a necessidade de se abandonar a relação de causalidade entre o orgânico e a linguagem, propondo uma relação de implicação entre as duas instâncias. Seria essa uma marca que diferenciaria a terapêutica médica da terapêutica fonoaudiológica - um compromisso com o funcionamento da linguagem que se abre para o simbólico, funcionamento que pode ser afetado por outras ordens. Como diz a autora:

"...a linguagem pode ser afetada pelo funcionamento cerebral, como os estudos afasiológicos deixam ver, mas o funcionamento cerebral não põe a nu o funcionamento da linguagem, e vice-versa." (Fonseca, op. cit.: 80)

Palladino (1996) diz que na Fonoaudiologia parece não haver discordância de que a linguagem é uma questão central. Entretanto as questões de linguagem, em geral, ficam apagadas no discurso do fonoaudiólogo. A autora mostra que o olhar do fonoaudiólogo para a linguagem há que ser diferente do olhar que a Medicina ou outra ciência lhe impõe. Para que o fonoaudiólogo desvie-se de um espaço de complementaridade, ditado por ordens orgânicas, sociais ou psicológicas, há que compreender as perturbações de linguagem por uma re-leitura da natureza da linguagem. Só assim poderá particularizar sua clínica.

Sobrino (1996), enfatizando a prioridade da linguagem na clínica fonoaudiológica, mostra que a leitura da linguagem constitui-se como necessariamente opaca e incompleta, porque não há sentido em si. A autora mostra que a linguagem sendo um sistema de relações de sentidos, exige interpretação enquanto gesto que desloca sentidos, desconstruindo os efeitos do já dito.

Muitas vezes, o olhar equivocado que se tem sobre o objeto da Fonoaudiologia, traz confusões e impasses na concretização dos procedimentos clínicos, ou ainda, a clínica fonoaudiológica fica sem uma singularidade, de forma que qualquer clínica poderia substituí-la.

Sabe-se que a linguagem por si só não se constitui como objeto da Fonoaudiologia, mas reconhecê-la como incompleta e opaca como propõe Orlandi (1996), faz com que possamos compreender mais efetivamente os problemas fonoaudiológicos, que não deixam de ser problemas de linguagem.

Até aqui já considerei que doença em Fonoaudiologia não pode ter o mesmo estatuto que doença em Medicina, e que sintoma não pode ser considerado como sinal do corpo. Interessa-me agora discutir o que é sintoma para a Fonoaudiologia quando se pensa em patologia de linguagem.

Se o sintoma de patologia de linguagem não é mais dimensionado como sinal do corpo ou de outra ordem qualquer, então acredito que o sintoma em patologia de linguagem mostra sinais ou indícios de que algo está ocorrendo dentro da própria linguagem, dentro do seu próprio funcionamento. O sintoma deve ser buscado na linguagem e não fora dela. Ao fonoaudiólogo cabe uma investigação do

funcionamento da linguagem, um compromisso primeiro com a linguagem do paciente, o que não descarta uma visualização de outras instâncias que cercam o sujeito.

Para a Fonoaudiologia o sintoma será um sinal, um indício de que há algo no funcionamento da linguagem e que precisa ser investigado dentro da própria linguagem.

Quando se fala em funcionamento da linguagem, fala-se de um funcionamento que tem autonomia, que possui leis próprias de funcionamento. Como diz Fonseca (1995) quando retoma Freud na questão das afasias:

> *"A reflexão de Freud abre a possibilidade de se considerar a afasia a partir de um 'outro lugar' que não o da Medicina, espaço discursivo que, por fazer equivaler funcionamento cerebral/mental e funcionamento lingüístico tem, a meu ver, obstaculizado a discussão teórica acerca da natureza da linguagem e sua implicação na afasia."* (Fonseca, op. cit.: 73)

Diante do funcionamento da linguagem, o compromisso do fonoaudiólogo é com a fala do paciente. Continua a autora:

> *"Eu trouxe à cena duas modalidades de compromisso: com a fala do paciente e com a ordem da linguagem. Acrescento que o primeiro não pode ser assumido sem o segundo. E é nesse duplo compromisso que se pode pensar a fonoaudiologia. Se o fonoaudiólogo resistir ao 'real da língua', nos termos apresentados aqui, seu dizer e sua clínica se transfiguram ao abrir espaço para discursos e fazeres outros com tonalidades 'psicológicas', 'sociais', 'psicanalíticas', etc. Expressões mesmas de quebra do compromisso primeiro que é com a fala do paciente."* (Fonseca, op. cit.: 76)

A noção de funcionamento da linguagem foi sendo transformada a partir das idéias do estruturalismo europeu, representado pela obra de Saussure que estabelece a lingüística como ciência. Saussure mostra a noção de língua enquanto um sistema em que os termos são estabelecidos por relações sintagmáticas e relações paradigmáticas.

As primeiras são relações baseadas no caráter linear da língua, que exclui a possibilidade de pronunciar dois elementos ao mesmo tempo; são relações que se formam com duas ou mais unidades consecutivas. A relação sintagmática ocorre na presença, isto é, um

termo só adquire valor porque se opõe ao termo que o precede ou ao que o segue, ou a ambos.

Por outro lado, relações paradigmáticas ou associativas ocorrem na ausência pois se referem a entidades que não estão presentes na cadeia do discurso, ou seja, os termos se relacionam com outros termos fora do discurso e formam uma série localizada na memória. Como afirma De Lemos (1992), as classes morfológicas e os campos lexicais podem derivar de relações paradigmáticas e, por outro lado, as categorias e as estruturas sintáticas derivam das relações sintagmáticas.

Jakobson, em uma releitura de Saussure, amplia as noções de sintagma e paradigma para entender o funcionamento interno da língua. Jakobson explica o funcionamento da língua como resultado da articulação de dois eixos fundamentais: metafórico e metonímico, sendo a metáfora uma relação interna de similaridade, associada a operações de seleção e de substituição, e a metonímia uma relação externa de contigüidade.

De Lemos (op. cit.) considera as idéias de Saussure e Jakobson no enfoque sócio-interacionista em aquisição de linguagem e

apresenta os termos processos metafóricos e metonímicos (processos interdependentes) como mecanismos do funcionamento da linguagem.

Fonseca (1995) mostra que embora Jakobson “oscile” na relação cérebro/linguagem, ora diluindo a linguagem em codificação e decodificação (teoria da comunicação), ora aceitando a relação lesão/sintoma, avança no sentido de entender a afasia como questão de linguagem que por sua vez é efeito do funcionamento simbólico, e o sintoma da afasia como efeito de uma perturbação no funcionamento da linguagem, ou, no modo de articulação entre os processos metafóricos e metonímicos.

Pensar no funcionamento da linguagem é enxergar o sintoma em patologia da linguagem com outro olhar, aí sim diferenciado do olhar médico. O sintoma é assim, para a Fonoaudiologia, um sintoma de linguagem, um sinal de perturbação no funcionamento da linguagem.

Do ponto de vista do funcionamento da linguagem, o modo de investigar o sintoma em patologia de linguagem sofre transformações fundamentais. Investigar o sintoma não será mais conformar-se com o visível, com o que primeiro se mostra à vista. Investigar o sintoma não será mais partir do que mostra a Medicina, a Psicologia ou as Ciências Sociais. O sintoma será detectado nos eixos metafórico e metonímico.

O sintoma também não pode ser confundido com a queixa do paciente. Se a queixa do paciente é trocar letras ao falar ou escrever, este não pode ser o sintoma para a clínica fonoaudiológica. Não adianta avaliar e dizer que o paciente apresenta um quadro de distúrbio articulatório ou de leitura e escrita. A queixa do paciente mostra a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo ou a percepção que a família, ou a escola, ou o médico tem sobre o paciente, e que necessariamente não pode ser a mesma percepção do fonoaudiólogo.

Tendo em vista tais colocações, afirmo que o sintoma para a Fonoaudiologia deve ser investigado no funcionamento da linguagem, e para isto, faz-se necessário abandonar uma concepção de linguagem como codificação e decodificação de uma mensagem, indicando uma transparência do dizer, como se o sentido de uma palavra fosse sempre o mesmo, tal como é discutido amplamente na Lingüística em um modelo da Teoria da Comunicação.

Contraponto a idéia de transparência da linguagem, há a idéia de opacidade da linguagem proposta pela Análise de Discurso (AD) de linha francesa[10] que mostra um lugar mais apropriado para que a Fonoaudiologia defina linguagem e sujeito para sua clínica.

---

[10] A Análise de Discurso inaugura, fundamentalmente nos anos 60, os estudos sobre linguagem incluindo o sujeito e o sentido em sua estrutura. O propulsor da Escola Francesa de Análise do

A AD tem como objetivo mostrar que linguagem e sujeito não são transparentes e que devem ser analisados em seus processos históricos de constituição, considerando a determinação pela ideologia e pelo inconsciente. Pêcheux (1995) mostra como as mesmas palavras conduzem a direções diferentes segundo a natureza dos interesses ideológicos colocados em jogo. Diz o autor:

> *"...o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, etc., não existe 'em si mesmo' (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pela s posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas)."* (Pêcheux, op. cit.: 160)

Quando linguagem é conceituada como fazendo parte da instância simbólica, não existe uma transparência à semelhança das questões da Medicina. A linguagem não é mais uma decorrência de um bom funcionamento orgânico. A linguagem é opaca. O sintoma para a Fonoaudiologia pede leitura porque o sentido do sintoma nem sempre é o mesmo. O sintoma pede interpretação.

Discurso foi Michel Pêcheux. No Brasil, filiada à escola francesa de Análise de Discurso, temos Eni Pulcinelli Orlandi.

Orlandi (1996) delineando a Análise do Discurso, fala na linguagem como abertura do simbólico, concebe dois eixos que constituem o movimento da significação, sendo polissemia e paráfrase, equivalentes aos processos metafórico e metonímico. Orlandi, ao privilegiar o eixo da polissemia, mostra a preocupação maior com o sentido da linguagem e não apenas com a estrutura da língua.

Considerando a linguagem enquanto instância simbólica, não há como evitar que o sujeito interprete diante de qualquer manifestação de linguagem. A interpretação está sempre presente, o sujeito é obrigado a doar sentidos diante da linguagem. Mesmo quando o sujeito está falando, está interpretando suas próprias palavras. Na atividade linguajeira do sujeito comum, a interpretação acontece como se os sentidos estivessem nas palavras, ou seja, como se o dizer fosse transparente e os sentidos fossem evidentes, trazendo ao sujeito a ilusão de ser a origem do seu dizer. Este é um fato ilusório ao mesmo tempo que necessário para constituição do sujeito.

A ilusão de que o sentido já está dado e de que o sujeito é origem do dizer, é uma ilusão necessária para que o sujeito se constitua e ocupe um lugar no discurso. Na interpretação do sujeito comum apaga-se o que na AD é chamado de condições de produção, ou seja, a relação que a linguagem tem com a exterioridade. No entanto, exterioridade não

é o “fora” da linguagem, mas o fato de que quando se fala, o dizer já foi significado antes em outro lugar, fazendo relação com as formações ideológicas. Ou então, pode-se dizer que todo dizer remete a um outro dizer, delimitando domínios, formando assim, o que Orlandi (1996) denomina de sítios de significância.

A mudança significativa sobre a noção de sujeito denuncia um sujeito que é efeito de linguagem, compreendido pela linguagem que ele enuncia e que na realidade o enuncia. É pela linguagem que o sujeito ocupa posições no discurso e chega a constituir-se enquanto sujeito. Nas palavras de Orlandi:

> *“A AD se interessa pela linguagem tomada como prática: mediação, trabalho simbólico, e não instrumento de comunicação. É ação que transforma, que constitui identidades. Ao falar, ao significar, eu me significo. Aí retorna a noção de ideologia, junto à idéia de movimento. Do ponto de vista discursivo, sujeito e sentido não podem ser tratados como já existentes em si, como a priori, pois é pelo efeito ideológico elementar que funciona, como se eles já estivessem sempre lá. “* (Orlandi op. cit.: 28)

Em Althusser (1985) há uma discussão sobre a cientificidade da Psicanálise em que o autor afirma que uma ciência só existe se possuir um objeto próprio, nas palavras do autor:

> *"Com isso, esqueciam que uma ciência só existe, como ciência, se pode, de pleno direito, pretender à propriedade de um objeto próprio - que seja o seu e não seja senão o seu - e não apenas à côngrua de um objeto emprestado, concedido, abandonado por uma outra ciência, a um de seus "aspectos", se suas sobras, que sempre se podem aproveitar, a seu modo, nas cozinhas, contanto que o dono já esteja saciado."* (Althusser, op. cit.: 57)

Situando como objeto da Fonoaudiologia a linguagem e suas perturbações e dialogando com a teoria da linguagem como propõe a AD, a cena clínica sofre modificações. Ao considerar a linguagem como opaca, incompleta e o sujeito como atravessado pela linguagem, o papel do clínico não é mais de um estimulador, ou mediador, ou aquele que tem o poder de preencher uma falha, mas o papel do fonoaudiólogo é a de um intérprete que irá investigar o funcionamento da linguagem e reestruturar a linguagem patológica. Ao saber que o sentido não é dado a priori, mas é construído historicamente, o fonoaudiólogo vai, pelo exercício da linguagem, refazendo o percurso da construção do sentido.

Paciente e terapeuta estão diante de uma linguagem que não se fecha, assim o papel do terapeuta é deslocado para uma posição de intérprete diferenciado do sujeito comum, capaz de saber que os sentidos não são unos, mas que podem se transformar e também deslocar o dizer do paciente. Isto não quer dizer que não há patologia de linguagem; se isso fosse verdadeiro, para que servirira a Fonoaudiologia? A patologia de linguagem existe e precisa ser tratada, mas a cena clínica não é mais a mesma pois o terapeuta também está atravessado pelo funcionamento da linguagem.

Palladino (1990) afirma que os papéis do clínico e do paciente constituem-se no conflito permanente no próprio ato clínico, que é espaço singular.

Retomando o percurso histórico que Foucault (1980) fez da clínica médica, faço aqui um deslocamento deste percurso para o campo da Fonoaudiologia. Para Foucault há três fases no desenvolvimento da Medicina: 1) a medicina dos sintomas em que o médico dependia exclusivamente das manifestações do paciente e do seu olhar observador; 2) a medicina dos órgãos, do foco e das causas (localizacionista), em que, com a abertura dos cadáveres, predominava a soberania da anatomia patológica. Diante do corpo que se deixava ver, o médico podia localizar o órgão sofredor e tratá-lo diretamente; 3) a

medicina das reações patológicas em que uma medicina fisiológica começa a tomar lugar. Descobre-se que os órgãos estão em relação uns com os outros, investiga-se assim o funcionamento do corpo e não apenas cada órgão em separado.

Assim como na Medicina, identifica-se um movimento semelhante do qual derivam a Fonoaudiologia dos sintomas, a Fonoaudiologia das causas e a Fonoaudiologia das reações. A diferença está no fato de que uma forma de Fonoaudiologia não foi suplantada por outra, de forma cronológica, pelo desenvolvimento da área, como na Medicina. Estes três modos de pensar a Fonoaudiologia estão misturados e presentes hoje na clínica, o que poderia explicar a heterogeneidade que existe na Fonoaudiologia.

Parafraseando a medicina dos sintomas, pode-se identificar uma Fonoaudiologia preocupada apenas com os sintomas e comprometida com a correção dos erros de linguagem a partir de um olhar superficial do que seja a linguagem, reduzindo a terapêutica ao ensinar, corrigir, inculcar, automatizar. Uma Fonoaudiologia cega para a linguagem, que só vê o sintoma.

Contrapondo-se à medicina localizacionista (das causas), pode-se perceber uma Fonoaudiologia comprometida na busca das

causas das doenças de linguagem e na tentativa de solucioná-las. Como, por exemplo, uma Fonoaudiologia que se envolve na solução de comprometimentos sociais, psicológicos, motores, perceptuais como se, resolvendo tais problemas, a linguagem retomaria seu curso natural.

E, por fim, comparada à medicina das reações patológicas, preocupada com o funcionamento do corpo, pode-se ver a emergência de uma Fonoaudiologia também preocupada com o funcionamento, mas agora com o funcionamento da linguagem.

A noção de funcionamento, extraída tanto dos estudos em aquisição de linguagem como da Análise de Discurso de linha francesa, permite que o clínico da patologia de linguagem não hesite diante de sua própria clínica, mas avance considerando que irá tratar de uma patologia de linguagem, cujo sintoma será investigado no funcionamento da linguagem: nos processos metafóricos e metonímicos como o querem alguns lingüistas ou nos eixos da polissemia ou da paráfrase como preferem outros.

3. 3. A Terminologia na Clínica Fonoaudiológica

Como afirmei anteriormente, a Fonoaudiologia tem adotado em sua clínica um discurso da doença tal como esta se define na clínica médica. Pode-se observar que a própria terminologia adotada pela clínica fonoaudiológica está articulada aos preceitos da Medicina. São termos que nomeiam o que a Medicina definiu como doença que, ao serem deslocados para a Fonoaudiologia, não foram re-significados, transformados. Nesta terminologia impregnada por conceitos médicos, há um obscurecimento do olhar do fonoaudiólogo para uma outra leitura de doença e de sintoma, qual seja, uma leitura que se proponha ser da linguagem. A seguir passo a indicar alguns desses termos usados pela Fonoaudiologia e a discutir a cristalização operada por eles no processo de mutação desta prática em área de saber.

O termo dislalia é definido pela Medicina como uma desordem da fala decorrente da inabilidade de coordenação dos movimentos de órgãos fonoarticulatórios e pode ser classificada em vários graus a partir da presença ou não de outros comprometimentos perceptuais e/ou motores. Embora a alteração esteja na fala do sujeito, a

Medicina lê na dislalia uma alteração orgânica e a Fonoaudiologia nada diz sobre a omissão do funcionamento da linguagem.

Já o termo dislexia, definido pela Medicina como uma dificuldade em aprender a ler e a escrever, cuja causa é uma disfunção cerebral, ou um atraso maturacional ou alterações inatas e/ou hereditárias, deixa a Fonoaudiologia indecisa sobre a natureza do objeto escrita. Como diz Freire (1996), "*a dislexia é uma cruel metáfora do processo de aquisição da escrita*" e apaga um outro olhar sobre o objeto escrita, qual seja, "*olhar a escrita como lugar de funcionamento da língua e da criança*". (Freire, op. cit.: 12)

A disgrafia é a falha no traçado das letras e na disposição dos conjuntos gráficos no espaço utilizado. Geralmente a causa está centrada no mau funcionamento motor. Desta forma, a Fonoaudiologia trabalha com a motricidade manual, esquecendo-se, como na dislexia, da natureza simbólica da escrita, reduzindo-a a uma atividade que mostra um bom traçado no papel. Assim a Fonoaudiologia deixa o sentido da escrita de fora e preocupa-se com a forma.

O retardo de linguagem é visto pela Medicina como sintoma de uma perturbação do funcionamento neurológico, de origem lesional ou genética, ou então é associado a fatores ambientais em que há pouca

estimulação da linguagem, ou ainda é determinado por um atraso ou deficiência no desenvolvimento cognitivo. Note-se que, em qualquer destas definições a Fonoaudiologia novamente marginaliza a linguagem, tomando-a como decorrente de um funcionamento orgânico adequado.

A afasia é um termo médico que nomeia as alterações de linguagem produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central. A Medicina classifica as afasias de acordo com a extensão da lesão cerebral. Este termo escurece o olhar do fonoaudiólogo para uma concepção de linguagem enquanto manifestação do simbólico. Desta maneira a clínica da linguagem fica submetida e reduzida a um domínio do funcionamento cerebral.

O termo rinolalia é descrito pela Medicina como uma ressonância nasal anormal, para mais ou para menos, devido a alguma deformidade no desenvolvimento dos seios nasais e caixas de ressonância localizadas na face. Aqui, a Fonoaudiologia, ao preocupar-se apenas com os movimentos da musculatura oral e com a colocação correta da articulação, deixa de questionar o lugar do sentido no dizer do paciente.

A definição de disfluência refere-se, como diz a Medicina, à uma fala produzida com repetições de sílabas, palavras ou conjunto de

palavras, prolongamentos de sons, hesitações e bloqueios. A gagueira aparece na definição como um tipo de disfluência articulada também a uma tensão muscular. A Medicina aponta elementos genéticos, ou neurológicos, ou psicológicos, ou sociais como possíveis causas para as disfluências. A Fonoaudiologia desconsidera as condições de produção do dizer, ou seja, quando o sujeito fala, ele fala para alguém que ocupa um lugar determinado, fala em determinado lugar, fala sobre certo assunto, enfim, condições que fazem parte dizer e podem mudar a fala do paciente.

A apraxia articulatória é definida como a inabilidade para produzir sons da fala por falha na programação motora. Decorre de lesões da córtex cerebral (frontal ou parietal). O termo disartria é a alteração da articulação, do ritmo e da entoação devido a incoordenação motora, perturbações do tono, paralisia e paresia dos músculos da fala. É um sintoma de lesão cerebral. Nestes casos - apraxia articulatória e disartria - a Fonoaudiologia não enxerga outra técnica terapêutica que não a adequação da musculatura oral para o treino e a automatização dos sons alterados, deixando de fora o trabalho com a linguagem enquanto efeito de sentidos, para que desloque o sentido do dizer do paciente.

O termo ecolalia refere-se à repetição automática de sons ou palavras ouvidas. Pode ser encontrado em casos com grande alterações

da compreensão oral e distúrbios psicológicos. A Fonoaudiologia deixa de questionar se esta fala - que é repetição da fala do outro - é propriamente objeto da instância do simbólico, já que embora pareça não significar, espelha o outro nesta fala.

Enfim, percebe-se que a terminologia fonoaudiológica está submersa na leitura que a Medicina faz dos sintomas para diagnosticar um quadro clínico. Ou seja, a Medicina nomeia o sintoma de disfluência, dislalia, disartria, disgrafia, dislexia, e outros, e estes são sintomas de uma doença orgânica. O que a Fonoaudiologia faz é deslocar o nome do sintoma em Medicina e tomá-lo como uma entidade em si, e ao fazê-lo, desconsidera questões da linguagem e embarca no olhar médico.

Além do fato da Fonoaudiologia definir doença para si pelo sintoma do que é doença para a Medicina, é curioso notar que a patologia de linguagem toma o nome do sintoma em Medicina. Eis aí um desafio para a Fonoaudiologia: construir para sua clínica uma outra terminologia desvinculada de um funcionamento orgânico e que proclame formas patológicas de funcionamento da linguagem.

Talvez a Fonoaudiologia ainda tenha que realizar vários retornos para alcançar uma maturidade científica, com uma verdadeira estrutura de ciência, com um conjunto prático, técnico e teórico e com

uma terminologia conceitual. Aqui revisitei os conceitos fundamentais para a clínica fonoaudiológica, sem entretanto pretender dar conta de um método para a clínica fonoaudiológica. Considerei necessário tal incursão para que, dos conceitos fundantes da clínica fonoaudiológica, possa deslocar meu olhar para a atuação nos serviços de atenção primária à saúde.

CAPÍTULO 4:

UM OUTRO OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4. 1. O Equívoco do Termo “Prevenção” da Patologia de Linguagem

A entrada da Fonoaudiologia no Sistema de Saúde aconteceu sem uma reflexão de qual seria o lugar a ser ocupado por este profissional na Saúde Coletiva. Uma reflexão que relacionasse, de um lado as peculiaridades da Fonoaudiologia e sua clínica, e de outro, os princípios estruturadores do funcionamento da Saúde Coletiva.

Lewis (1996) observa que os fonoaudiólogos, ao ingressarem no serviço público, desconhecem qual seria o papel da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde e afirmam que descobriram o serviço por meio da vivência e da discussão com outros fonoaudiólogos. Tal fato mostra como o terapeuta arrisca-se ao atuar sem uma reflexão sobre as particularidades da clínica fonoaudiológica, construindo sua atuação por meio de tentativas de erros e acertos.

Ainda Lewis (op. cit.) mostra que os entrevistados em sua pesquisa, acreditam que o papel prioritário do fonoaudiólogo no nível de atenção primária seja a prevenção, mesmo sem ter clareza do que significa atuar preventivamente em Fonoaudiologia.

Observa-se que, apesar do avanço na quantidade de produções científicas sobre Fonoaudiologia e Saúde Pública nos anos 90,

parece que a preocupação com a prevenção na atenção primária à saúde, continuou dominando o discurso da Fonoaudiologia.

Na prevenção da saúde as práticas mais relatadas englobam grupos de orientações, em que o fonoaudiólogo aparece como portador de um saber que necessita divulgar para melhorar a saúde do paciente. Geralmente, os grupos de orientações são destinados a mães, gestantes, professores do ciclo básico[11], trabalhadores de indústrias ruidosas, usuários de terceira idade, funcionários de creches.

A orientação a grupos específicos aparece como forma mais eficiente para a prevenção, referindo-se a uma atividade de ensinar a população a como se comportar para não ser acometida por um problema de linguagem. O fonoaudiólogo não problematiza o que seria programa de prevenção. Em geral, o profissional reduz a proposta que se tem sob o nome de orientação à uma transmissão de informações e, o que é pior, acredita com isso que poderá valer-se do chamado efeito multiplicador[12].

Desta perspectiva de orientação, a linguagem é tida como objeto de comunicação, tendo em si uma noção de transparência, como se o sentido do dizer do fonoaudiólogo ocupasse o mesmo sentido para o

---

[11] Refere-se à 1ª e 2ª séries primárias.

[12] É um termo utilizado nas UBS para indicar que o usuário que participa de uma orientação pode retransmitir o que aprendeu aos outros usuários, sendo ele um agente do efeito multiplicador. Tal noção dá à linguagem uma idéia de tranparência.

paciente. Tal fato marca uma ilusão de evidência de sentidos e explica porque a orientação não tem efetividade, já que não desloca sentidos.

Pela falta de clareza na definição do que vem a ser sua clínica, a Fonoaudiologia importa para os serviços públicos o discurso da Medicina. Por outro lado, o fonoaudiólogo, quando não é prisioneiro do discurso médico, fica à mercê de um discurso psicológico ou social e não alcança uma identidade própria e única. Desta forma qualquer clínica pode ser um modelo a ser copiado.

A concepção de linguagem adotada pela Fonoaudiologia nos serviços públicos caracteriza uma clínica fonoaudiológica tradicional que prevê, de um lado o paciente que treina, aprende e automatiza a linguagem, dominando-a, e do outro lado o terapeuta que ensina e corrige pois já domina a linguagem. Lewis (op. cit.) conclui que o fonoaudiólogo define linguagem como comunicação, em sua análise da freqüência das associações provocadas pela palavra Fonoaudiologia em 20 fonoaudiólogos de unidades básicas de saúde:

> *"No entanto a de maior freqüência foi comunicação (5), mostrando que os Fonoaudiólogos têm como enfoque principal na profissão uma das essências e natureza particular do homem que é a capacidade de se comunicar. A comunicação que significa*

transmitir e/ou receber qualquer tipo de mensagem falada, escrita, através de sinais e símbolos." (Lewis, op. cit.: 107)

Continua a autora:

"A segunda associação ocorrida com maior freqüência foi linguagem (3), que vem a ser uma das matérias primas e objeto de estudo principal da Fonoaudiologia, para que se alcance a comunicação." (Lewis, *op. cit*.: 108)

Na literatura sobre Fonoaudiologia na Saúde Coletiva, quase não se discute os conceitos de linguagem e de sujeito que fundamentam a clínica fonoaudiológica. Ou então, quando isto acontece, a linguagem ou é confundida com comunicação, em que aparece como codificação e decodificação de mensagens, ou é dominada por outras ordens de funcionamento como a somática, a psíquica ou a social, em que se investe sobre outro objeto que não a linguagem.

Lewis (op. cit.) ainda conclui que, na fala dos fonoaudiólogos entrevistados, há fusão de conceitos quando se fala de comunicação, linguagem, fala e audição, diz a autora:

“No que se refere à natureza da prática fonoaudiológica, os Fonoaudiólogos mostraram sua atuação voltada para a comunicação, para a linguagem, para a fala e para audição e suas manifestações, sejam elas de natureza patológica ou não. No entanto, não podemos deixar de apontar que alguns entrevistados pareciam fundir todos esses conceitos.” (Lewis, op. cit.: 134)

Para o fonoaudiólogo que faz uma simplificação da linguagem considerando-a enquanto comunicação e que busca o sintoma em seus pacientes assim como o busca o médico, tomando-a como fato natural decorrente do funcionamento biológico, torna-se simples fazer uma classificação das doenças, pois já há uma nosologia pronta na Medicina. E, tendo uma classificação das patologias apoiada nos preceitos da Medicina, também fica simples referenciar os casos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Podemos aqui fazer um exercício de como se apresenta o encaminhamento das patologias de linguagem nos níveis de atenção à saúde, quando o sintoma de linguagem é tomado como um sinal do corpo. O exercício que faço aqui não é só uma suposição, mas é o que geralmente acontece nos serviços públicos.

A Saúde Coletiva define que é de competência dos serviços em atenção primária à saúde, o atendimento dos casos ditos leves, ou seja, aqueles em que os sintomas não tem uma relação direta com uma lesão comprovada, configurando-se como casos mais “simples” e “fáceis” de tratamento. Portanto, à semelhança do parâmetro médico utilizado para a classificação das patologias, caberia a atenção primária à saúde em Fonoaudiologia, o atendimento de pacientes com retardo de linguagem, distúrbio articulatório, distúrbio de leitura e escrita, gagueira e alterações da motricidade oral. Para os ambulatórios - atenção secundária à saúde - que são unidades designadas para casos mais complexos, seriam encaminhados os pacientes que apresentam sintomas que relacionam-se a uma lesão observável, a um órgão sofredor, como nos casos de afasia, surdez, deficiência mental e disfonia. E, para os hospitais - atenção terciária à saúde - seriam encaminhados os casos com sintomas relacionados a lesões mais graves e irreversíveis, como a síndrome de Down, a paralisia cerebral, a fissura, a laringectomia.

Enfim, quando o fonoaudiólogo olha para o sintoma com o mesmo olhar do médico, o referenciamento de pacientes para o atendimento fonoaudiológico se assenta na leitura do sintoma do corpo.

Por outro lado, há situações em que a Fonoaudiologia toma como sintoma para sua clínica o mesmo sintoma que a clínica psicológica. Quando isto ocorre, a classificação das patologias de linguagem fica

resumida, ingenuamente, como se pode observar: às unidades básicas de saúde caberia o atendimento dos casos mais simples que apresentam um sintoma de linguagem mas não um comprometimento emocional. Para os ambulatórios de saúde mental seriam encaminhados os casos de problemas fonoaudiológicos acompanhados de seqüelas emocionais. E, para os hospitais-dia seriam encaminhados os casos em que as alterações de linguagem são sintomáticas no diagnóstico de comprometimento emocional grave. Para a Fonoaudiologia, o conceito de comprometimento emocional é completamente indeterminado. Lopes (1991), diferenciando o atendimento fonoaudiológico nos níveis de atenção, diz:

> *"Aqui encontramos uma delimitação clara quanto ao atendimento fonoaudiológico em relação aos níveis de atenção à saúde, ou seja, ao Ambulatório de Saúde Mental não compete o atendimento de casos de manifestação primária da comunicação, isto é, os pacientes portadores de patologias da comunicação como único sintoma, devem ser atendidos a nível de atenção primária à saúde, pelos ambulatórios de atendimento fonoaudiológico dos Centros de Saúde; cabendo aos Ambulatórios de Saúde Mental o atendimento específico aos pacientes que apresentam, além da alteração da comunicação, outro comprometimento, no caso, emocional. "*
> (Lopes, op. cit.: 127)

Interessa-me agora esclarecer os desentendimentos que aparecem durante o atendimento terapêutico quando se tem uma concepção de doença baseada em critérios médicos. O dito distúrbio articulatório é entendido como um quadro dos mais corriqueiros e banais para a Fonoaudiologia tradicional, entretanto há vários casos de distúrbios articulatórios que não são resolvidos na atenção primária à saúde.

Casos considerados “simples” pela atenção primária à saúde podem permanecer durante anos em tratamento sem conseguir avanços significativos, deixando o fonoaudiólogo sem saber o que fazer, contrariando seu pressuposto de patologia simples e de resolução rápida. Como explicar casos, que parecem “simples” à primeira vista (pelo olhar da Medicina que não enxerga outro funcionamento a não ser o do corpo) mas não conseguem avanços mesmo em um tratamento prolongado? Aí a Fonoaudiologia perde a palavra, cala-se, ou então justifica o seu insucesso colocando a culpa na família, na escola ou no próprio paciente.

Diante de tais considerações, afirmo novamente que o sintoma da patologia de linguagem não pode ser um sinal do funcionamento do corpo ou um sinal do funcionamento da mente, mas um sinal que se vê na linguagem, que é investigado no funcionamento da própria linguagem. Portanto, no campo da Saúde Coletiva, pode-se dizer

que um caso de distúrbio articulatório pode apontar para um funcionamento da linguagem cujo comprometimento poderia demandar uma ação fonoaudiológica para um primeiro, segundo ou terceiro nível de atenção à saúde. Quero dizer com isso que o que permite avaliar a complexidade de patologias para atendimento nos níveis de atenção à saúde é o funcionamento da linguagem e não outra ordem qualquer.

4. 2. O Deslocamento que a Clínica da Linguagem Promove na Fonoaudiologia em Saúde Coletiva

Ao se considerar sintoma em patologia de linguagem como sintoma de funcionamento da linguagem, não há mais uma classificação das doenças do ponto de vista médico ou psicológico. Com isso pode-se encaminhar casos de retardo de linguagem, de distúrbio articulatório, afásicos, surdos, portadores de síndrome de Down, casos de distúrbio de leitura e escrita tanto para a atenção primária à saúde como para os ambulatórios ou hospitais. O que vai diferenciar o nível de atenção onde o sujeito será atendido é o funcionamento da linguagem verificado pelo fonoaudiólogo através da observação da linguagem de seu paciente.

Portanto, posso dizer que uma mesma doença definida pela Medicina pode se apresentar como diferentes doenças de linguagem. Como, por exemplo, dois casos de AVCH (acidente vascular cerebral hemorrágico), atendidos com os mesmos procedimentos médicos, podem configurar o que genericamente se dá o nome de afasia. Por outro lado, para o fonoaudiólogo, o nível de afetação do funcionamento dos processos metafórico e metonímico será o diferencial entre ambos os casos. Quanto maior o nível de comprometimento no funcionamento da linguagem, mais indicado será o atendimento pelo segundo nível de atenção à saúde.

De fato, mudanças importantes acontecem no funcionamento do serviço fonoaudiológico em atenção primária à saúde,

quando se assume uma noção de doença e de sintoma em Fonoaudiologia a partir do funcionamento da linguagem.

Em primeiro lugar, partindo da definição de que a atenção primária à saúde é a porta de entrada para o Sistema de Saúde, o serviço fonoaudiológico deve oferecer um acesso imediato à população. Para isto, pode-se criar um serviço de recepção com objetivo de fazer uma observação do funcionamento da linguagem do paciente que definisse o próximo passo: o paciente é encaminhado para o atendimento terapêutico no primeiro, no segundo ou no terceiro nível de atenção à saúde.

A unidade básica de saúde é responsável pela entrada do paciente no Sistema de Saúde, podendo oferecer ou atendimentos fonoaudiológicos individuais aos casos de patologia de linguagem ou programas em Fonoaudiologia quando se observa que o que o paciente apresenta não se configura como patologia de linguagem, tal como discutida até aqui.

Se o caso observado apresentar sintomas de alterações no funcionamento da linguagem, então o paciente deve ser encaminhado para atendimento individual. A terapêutica individual no serviço público não sofre mudanças, ou seja, o raciocínio clínico não muda só porque o lugar de atendimento é público e não privado.

Caso, na observação da linguagem do paciente, o fonoaudiólogo conclua que não há uma patologia, pode encaminhá-lo para uma Programação em Saúde na própria unidade básica.

Atualmente, no campo da Saúde Coletiva, o tema Programação em Saúde vem ocupando um espaço central como forma mais adequada de se organizar os serviços de assistência primária à saúde no Brasil. A fase inicial da Programação em Saúde ocorre na década de 70 e a partir de então passa por transições importantes[13]. Schraiber (1993) declara que somente em anos recentes a noção de Programação toma proporções maiores, objetivando projetar modelos assistenciais alternativos desfazendo a tradicional dicotomia prevenção *x* cura.

Gonçalves, Schraiber e Nemes (1993) apresentam teses sobre a ação programática em saúde, considerando que a ação programática em saúde não trata do mesmo problema que a Medicina; não é uma padronização sistemática de condutas; não é uma burocratização; não é uma racionalização de meios escassos para atingir objetivos mínimos; só se efetiva nos casos de democracia plena. Os autores concluem que a ação programática é um modelo aberto, não

---

[13] Para cohecer melhor sobre a história da Programação em Saúde ler: NEMES, M. I. B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) *Programação em Saúde Hoje*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, p. 65-116.

esgotado, mas que deve ser resposta a uma realidade que permanece em mudança.

O termo “programa”, parte da terminologia da Saúde Coletiva, refere-se às várias atividades que podem ser desenvolvidas na unidade básica de saúde e fora dela, com objetivo de atingir uma população que é encaminhada para o serviço sem no entanto apresentar uma doença fonoaudiológica, ou seja, uma doença no funcionamento da linguagem.

Ao dizer que os programas também podem funcionar fora do posto de saúde, quero dizer que o que se observa nos serviços públicos é que vários encaminhamentos mostram um desconhecimento por parte da instituição do que seria normal ou patológico em Fonoaudiologia. Há o exemplo de escolas que encaminham uma grande quantidade de alunos em fase de alfabetização, com a queixa de problemas de aprendizagem. Ao se avaliar tais casos, percebe-se que o indicador não é um sintoma de mau funcionamento da linguagem, e sim do processo de aquisição da escrita. No entanto, faz parte da Saúde Coletiva, atender todos os pacientes encaminhados, organizando-se, para estes casos, os programas de desenvolvimento de letramento. Portanto pode-se também criar programas de outra natureza: assessoria às instituições para que possam realizar encaminhamentos adequados.

Considero que alguns dos casos chamados de distúrbio articulatório e/ou retardo de linguagem indicam que a posição do outro, como intérprete e estruturador da fala da criança, não foi eficaz. Na maioria destes casos basta oferecer ao paciente um espaço discursivo ocupado por outros intérpretes, para que sua fala seja resignificada e estruturada. Assim, o fonoaudiólogo pode assumir o papel de intérprete eficaz, despatologizando o paciente ao compreendê-lo imerso no processo de constituição pela/na linguagem.

Nos casos de distúrbio de leitura e escrita, o paciente também necessita de um intérprete eficaz, para encontrar na escrita um lugar onde ser significado, que desloque a preocupação apenas com a normatização imposta pelo sistema educacional e pela sociedade em geral.

Desta perspectiva, ao analisar as características do serviço fonoaudiológico, pode-se afirmar que há uma falsa demanda para a Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. Então, um dos fatores geradores de uma grande demanda estaria localizado nas instituições educacionais que acabam por patologizar o sujeito e encaminhá-lo para a UBS. Neste sentido, seria pertinente dizer que uma das atividades do trabalho fonoaudiólogico, em atenção primária à saúde, deveria voltar-se

para um trabalho de assessoria às instituições, em especial às escolas. Tal trabalho teria como finalidade promover uma reflexão sobre o processo de aquisição de linguagem oral e escrita, favorecendo assim um processo de despatologização dos escolares e a diminuição de encaminhamentos que chegam para o serviço público.

Os programas fonoaudiológicos seriam então considerados como atividades alternativas de atendimento à população que não apresenta uma patologia de linguagem, mas que necessita apenas de intérpretes mais eficazes para dar continuidade ao processo de aquisição da linguagem. Assim, o papel do fonoaudiólogo em um programa é o de um coordenador de atividades que se oferece como intérprete à linguagem do outro, sem preocupar-se em aprofundar uma investigação do funcionamento da linguagem de cada participante do programa.

CAPÍTULO 5:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. 1. A Questão da Prevenção

O conceito de prevenção incorporado pelo fonoaudiólogo aparece na literatura sob a perspectiva da Medicina Preventiva, baseada no modelo da História Natural da Doença. Neste sentido, o termo prevenção aponta para qualquer procedimento que interrompa o processo saúde-doença, podendo abranger uma ação antes da doença atingir o homem (período pré-patogênico) ou após tê-lo atingido (período patogênico). Quando se fala em prevenção no modelo médico, o enfoque está em uma ação antecipada, ou evitando que os elementos causais de determinada doença tomem conta do sujeito, ou evitando que tais elementos progridam ainda mais no organismo atingido.

Deslocando tal noção de prevenção para a patologia de linguagem, há um estranhamento. A meu ver, nas perturbações de linguagem, é controvertido falar em prevenção. Saliento ainda que, neste trabalho, refiro-me especificamente à ação fonoaudiológica na clínica da patologia de linguagem, sem deter-me em outras clínicas como a de voz ou a de audição.

Perguntaria primeiro, se a linguagem é manifestação do simbólico e não apenas código ou sistema de comunicação, como prevenir a patologia? Ou melhor, como saber, isolar e então prevenir o elemento causador da doença, se a linguagem é sobredeterminada?

Creio que a Fonoaudiologia, ao assumir uma postura de prevenção vinculada ao olhar da Medicina Preventiva, mostra uma simplificação da área, reduzindo o funcionamento patológico da linguagem a um funcionamento orgânico. Portanto uma das conclusões deste trabalho, é que o termo prevenção, conforme trata a Medicina Preventiva, não se aplica quando o que está em questão é a linguagem e seu funcionamento. Considerando-se a ingenuidade de apropriar-se dos conceitos da Medicina Preventiva, exige-se da Fonoaudiologia outras reflexões a serem suscitadas pela singularidade das perturbações de linguagem e de sua clínica.

4. 2. A Questão do Atendimento

As dificuldades decorrentes da grande quantidade de pacientes para o setor de Fonoaudiologia das UBS, apontadas no item 2.2. - lista de espera, atendimento em grupo, produtividade e classificação das patologias - são dificuldades que surgem porque o fonoaudiólogo acredita, ingenuamente, que todo usuário que procura pelo serviço é um paciente em potencial e, portanto, precisa do atendimento fonoaudiológico. A meu ver, o fonoaudiólogo aceita a demanda[14] *per se,* sem fazer uma análise da razão, quer da natureza dos encaminhamentos, quer da condição dos encaminhados. Em geral, não existe um planejamento estrutural do setor em função da demanda. Ou melhor, usando um termo da Saúde Coletiva, não se faz um "diagnóstico" de saúde da população. O diagnóstico corresponde a um conhecimento da natureza epidemiológica da população - seus processos saúde-doença. O diagnóstico em saúde é o fundamento para as intervenções por meio dos programas de saúde.

A Fonoaudiologia, imobilizada diante da grande quantidade de pacientes, procura maneiras alternativas de atendimento para

abranger um maior número de pacientes. Parece que a Fonoaudiologia busca irrefletidamente na Psicologia, a alternativa da terapia em grupo e, na Educação em Saúde, a alternativa das ações programáticas coletivas.

Retomando a questão da lista de espera, há unidades que possuem tantos pacientes em sua lista que, quando é feita a chamada desses pacientes para atendimento, apenas parte deles comparece à unidade. A desistência dos pacientes da lista de espera deveria levar ao questionamento da origem do encaminhamento o que, com certeza, indicaria que a demanda para o atendimento não é do paciente. Desta maneira, acredito que, pelo fato do fonoaudiólogo aceitar a demanda sem uma análise das razões que resultaram nos encaminhamentos, a chamada lista de espera configura-se como uma falsa lista de espera, integrada por usuários que não apresentam, de fato, uma patologia de linguagem.

Nos casos de distúrbios de leitura e escrita ou dificuldades de aprendizagem, pode-se observar que a escola considera como indicativos de doença as manifestações na escrita que marcam o processo de escolarização. De acordo com Freire (1992):

> *"Crianças sequer alfabetizadas já são representadas por seus professores, como maus leitores/escritores. (...) o professor coloca*

---

[14] Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) definem demanda como a procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial.

a origem do dito 'distúrbio' para fora da escola, isentando-se portanto de sua responsabilidade enquanto educador e atribuindo exclusivamente ao fonoaudiólogo a tarefa de 'alfabetizar' essa criança." (Freire op. cit.: 180)

Como a patologia é estabelecida a partir de uma normatividade observável, de um ideal esperado, as condições em que ocorrem os ditos distúrbios são esquecidas. Desta maneira, é sempre o indivíduo que manifesta um desvio da norma, sendo assim considerado portador de uma patologia. Em Canguilhem (1978) há a critica a esta relação dual entre normal e patológico. Considerando a vida como polaridade dinâmica, diz o autor:

" Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica. Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. (...) Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver." (Canguilhem, op. cit.: 187)

Fazendo uma avaliação diagnóstica das queixas que mais aparecem para o serviço fonoaudiológico nos serviços de atenção primária à saúde (distúrbio articulatório, distúrbio de leitura e escrita e retardo de linguagem), percebe-se que parte destas não poderia ser enquadrada como patológica. Na maioria dos casos, as perturbações de linguagem apontam para uma diferença inerente ao processo de aquisição da linguagem oral e da linguagem escrita.

Ainda, o fato dos encaminhamentos procederem basicamente da escola e não das crianças e suas mães, é um dos principais motivos que levam ao abandono do tratamento. Lopes (1991) mostra que o índice de abandono do tratamento fonoaudiológico está estimado em 24%. Como, em geral, o encaminhamento não é solicitado pela família, o paciente acaba por se afastar do serviço fonoaudiológico diante das dificuldades para a continuidade do tratamento. As justificativas apresentadas pelos pacientes para o abandono do tratamento são: o trabalho dos pais que impossibilita o acompanhamento das crianças à UBS, a distância entre a moradia e o local de tratamento, a periodicidade de ida à UBS (em geral é semanal) e o longo tempo de tratamento até a alta (em média um ano). Por outro lado, quando o atendimento é solicitado pela família do paciente, não há incidências

significativas de abandono, mostrando, desta forma, que quando há uma demanda a ser atendida, há assiduidade e fidelidade ao tratamento.

Quanto a questão dos atendimentos em grupo, encontra-se como justificativa para sua formação, a necessidade de atender um grande número de pacientes em curto espaço de tempo. Ou seja, como é impossível atender individualmente um número grande de usuários, cria-se os grupos para estender o atendimento a um número maior de pessoas. Os critérios principais para nortear a formação dos grupos são a faixa etária dos pacientes e a patologia que apresentam. Ora, o atendimento em grupo poderia ser uma alternativa válida desde que assentado em outros critérios tais como os princípios metodológicos provenientes de alguma teorização sobre a clínica.

Na questão da produtividade, em que exige-se um número mínimo de atendimentos diários (em torno de 8 pacientes), percebe-se que tal exigência decorre da comparação entre as clínicas médica e fonoaudiológica. Observe-se, no entanto, que a clínica médica funciona de maneira episódica, justificando a rotatividade constante de pacientes. Em oposição a uma grande procura está um atendimento rápido em tempo relativamente curto. Já a clínica fonoaudiológica funciona de maneira processual, atendendo o mesmo paciente, uma ou duas vezes

por semana, por um período relativamente longo. Seria portanto inviável, comparar o fluxo de atendimento das duas clínicas.

A preocupação com a produtividade está ligada também ao recebimento de recursos e, portanto, um número maior de usuários atendidos beneficia a unidade básica de saúde. Nesse caso, determinar o funcionamento de uma clínica pelos princípios de outra, é uma atitude meramente oportunista.

A meu ver, a ausência de uma nosologia construída a partir das peculiaridades das patologias de linguagem deixa a Fonoaudiologia a mercê da classificação nosológica baseada em parâmetros médicos, ou seja, em parâmetros orgânicos. Isto quer dizer que as patologias de linguagem que são excluídas do atendimento, o são porque submetem-se ao domínio da alteração orgânica que as acompanha. Mas como a uma alteração orgânica nem sempre corresponde uma alteração de linguagem da mesma complexidade, o encaminhamento do paciente para outro serviço que ofereça o atendimento - o que nem sempre se consegue pela falta de referência em outros níveis de atenção à saúde - é o reconhecimento da exclusão do fonoaudiólogo das decisões que deveriam sustentar a sua clínica.

Concluindo, é a ausência da definição de doença em Fonoaudiologia que leva cada profissional a atuar de acordo com suas possibilidades e/ou preferências. Como afirma Mendes (1994), a dinâmica do serviço fonoaudiológico é orientada por parâmetros pessoais; observa-se que em cada unidade a natureza dos serviços varia de acordo com a capacitação ou preferências do profissional e não com as características e demandas da região. Como exemplo pode-se citar os serviços de Fonoaudiologia que só atendem a população infantil; os que excluem do atendimento os casos em que há comprometimento neurológico; ou ainda os que não atendem determinadas perturbações da linguagem. Desta maneira, o funcionamento dos serviços de Fonoaudiologia fica na dependência da especialidade e/ou preferências do fonoaudiólogo. Em outras palavras, cada profissional "escolhe" sua demanda, indicando, com esta atitude, a ausência de princípios clínicos norteadores do trabalho em Saúde Coletiva.

5. 3. Conclusões

Diante do exposto, conclui-se que a Fonoaudiologia nos serviços em unidades básicas de saúde ainda tateia pela definição de seu perfil. A minha intenção, na crítica ao inchaço das listas de espera, à exigência de produtividade alta, aos atendimentos em grupo e aos critérios adotados para os encaminhamentos foi mostrar ao fonoaudiólogo de unidades básicas de saúde, que é necessário e urgente: a) realizar o diagnóstico dos processos patológicos de linguagem da população; b) analisar a origem e as razões dos encaminhamentos para o serviço; c) avaliar a linguagem dos encaminhados para atender apenas os usuários que realmente apresentem uma patologia de linguagem; d) afirmar as peculiaridades de uma clínica fonoaudiológica cujo objeto é a linguagem; e) teorizar sobre os atendimentos em grupo; f) buscar uma outra classificação das patologias de linguagem baseada em parâmetros próprios.

Concluindo, considero que as questões do serviço fonoaudiológico em Saúde Coletiva são, na realidade, problemas intrínsecos à própria Fonoaudiologia. A falta de clareza na definição do que é doença e do que é sintoma em Fonoaudiologia deve ser

enfrentada. Creio que definindo-se de que lugar é realizada a leitura do sintoma para a Fonoaudiologia, pode-se elaborar uma nosologia fonoaudiológica e, consequentemente, definir o que o fonoaudiólogo deve atender nos diferentes níveis de atenção à saúde. Tomando como ponto de partida uma outra perspectiva de onde olhar a clínica da linguagem e suas perturbações, pode-se voltar ao campo da Saúde Coletiva e repensar as questões colocadas e outras que, com certeza, emergirão desse olhar.

Finalmente, se a presença de um toque teórico pode impulsionar a desproblematização do fazer fonoaudiológico nas instituições públicas de saúde, é preciso lembrar que o número de profissionais nas unidades básicas de saúde ainda é pequeno e em número insuficiente para permitir a construção de um panorama fiel das necessidades fonoaudiológicas da população. Portanto, um outro desafio a ser enfrentado pelo fonoaudiólogo é a luta pela abertura de vagas no serviço público, o que, em última instância, significa o reconhecimento do papel deste profissional no Sistema de Saúde Coletiva.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, N. Bases Históricas da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. ***Epidemiologia & Saúde***. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 1988. p. 1-5.

ALTHUSSER, L. ***Freud e Lacan. Marx e Freud***. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ARANTES, L. O Fonoaudiólogo, esse Aprendiz de Feiticeiro. In: LIER-DE VITTO, M. F. (org.) ***Fonoaudiologia: no sentido da linguagem***. São Paulo: Cortez Editora, 1994. p. 23-37.

ARANTES, L.; RUBINO, R. A Dimensão Patológica da Linguagem: um apelo à investigação científica na Fonoaudiologia. In: ROJO, R. H. R.; CUNHA, M. C.; GARCIA, A. L. M. (orgs.) ***Fonoaudiologia & Lingüística***. São Paulo: EDUC, 1991. p. 69-75.

BEVILACQUA, M. C. *Compreensão de mães das orientações ministradas em um programa de audiologia voltado para a educação de crianças deficientes auditivas*. São Paulo, 1985. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. In: ***Physis Revista de Saúde Coletiva*:** Rio de Janeiro, vol. I, nº 1, 1991, p. 7-11

BRANDÃO, H. H. N. ***Introdução à Análise do Discurso.*** 4ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1995.

CAMARGO, L. O. S. *A Representação de Trabalho Fonoaudiológico em uma Instituição de Saúde Pública*. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CANGUILHEM, G. ***O Normal e o Patológico***. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1978.

COHN, A.; ELIAS, P. E. ***Saúde no Brasil - políticas e organização de serviços***. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

COUDRY, M. I. H. ***Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos***. 2ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.

DE LEMOS, C. T. Los Processos Metafóricos e Metonímicos como Mecanismos de Cambio. In: ***Substractum***, vol. I no. 1, p. 121-135, 1992.

ECO, U. ***Como se faz uma tese***. São Paulo: Editora Perspectiva, 1977.

FARIA, V. O. *Por entre os Distúrbios Articulatórios: questões e inquietações*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FONSECA, S. C. *Afasia: A Fala em Sofrimento*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada ao Ensino de Línguas) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FOUCAULT, M. ***O Nascimento da Clínica***. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1980.

FRAZÃO, Y. S. *Paralisia Cerebral na Clínica Fonoaudiológica: primeiras questões sobre linguagem*. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FREIRE, R. M. A. *A Abordagem Dialógica: uma proposta social em Fonoaudiologia*. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____Fonoaudiologia em Saúde Pública. ***Revista de Saúde Pública*,** São Paulo, vol. 26(3), p.179-184, 1992.

_____***A Linguagem como Processo Terapêutico***. São Paulo: Ed. Plexus, 1994.

_____A Metáfora da Dislexia. Texto inédito apresentado no XI Encontro da ANPOLL, em junho de 1996.

GADET, F.; HAK, T. (orgs) ***Por uma Análise Automática do Discurso. uma introdução à obra de Michel Pêcheux***. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

GARCIA-ROZA, L. A. ***Freud e o Inconsciente***. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

GONÇALVES, R. B. M.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) ***Programação em Saúde Hoje***. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, P. 37-63.

HARRISON, K. M. P. *A Surdez na Família: Uma Análise de Depoimentos de Pais e Mães*. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

IYDA, M. ***Cem anos de Saúde Pública - a cidadania negada***. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

LEITE, N. ***Psicanálise e Análise do Discurso: o acontecimento na estrutura***. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1994.

LEWIS, D. R. *A Prática do Fonoaudiólogo em Serviços de Atenção Primária à Saúde em São Paulo: um estudo de Representações Sociais.* São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil) - Universidade de São Paulo.

LIER-DE VITTO, M. F. Aquisição de Linguagem, Distúrbios de Linguagem e Psiquismo: um estudo de caso. In: ___***Fonoaudiologia: no sentido da linguagem***. São Paulo: Cortez Editora, 1994. p. 135 - 144.

_____Os Monólogos da Criança: “Delírios da Língua”. Campinas, 1994. Tese (Doutorado em Lingüística) - Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas.

LOPES, D. M. B. *Estudo das Características do Atendimento Fonoaudiológico Realizado em Centros de Saúde da Cidade de São Paulo.* São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São de São Paulo.

LÖWY, M. ***Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista.*** 11ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

LUFT, L. ***Reunião em Família***. 7ª ed. São Paulo: Siciliano, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. In: ***Physis Revista de Saúde Coletiva***: Rio de Janeiro, vol. I, nº 1, 1991, p. 77-96.

MANNONI, M. ***A Primeira Entrevista em Psicanálise; prefácio Françoise Dolto.*** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

MASSON, M. L. V. *É Melhor Prevenir ou Remediar? um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em Fonoaudiologia*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In:___***Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde***. 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 19-91.

MENDES, V. L. F. *Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde - a relação com os usuários.* São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MEZAN, R. Cada Disciplina com seu Objeto*.* **Folha de São Paulo**, São Paulo - Caderno Mais!, 21 nov. 1993.

MINAYO, M. C. S. ***O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde****.* 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília, 1987.

NALESSO, A. P. P. *Possibilidades de Concretização do SUS: propostas de organização dos serviços de saúde*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NOVAES, M. *Os Dizeres nas Esquizofrenias: uma cartola sem fundo.* Campinas, 1995. Tese (Doutorado em Lingüística) - Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas.

ORLANDI, E. P. ***A Linguagem e Seu Funcionamento - as formas do discurso***. 2ª ed. Campinas: Pontes, 1987.

_____***Terra à Vista! Discurso do confronto: velho e novo mundo***. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

_____ ***Interpretação; autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico***. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

PALLADINO, R. R. R. Reflexões sobre a Investigação de Linguagem em Crianças Pequenas. In: ***Revista Distúrbios da Comunicação***, São Paulo, 1(1): 1-11, jan./mar. 1986.

_____A Cena Clínica: leituras possíveis. Manuscrito. São Paulo, 1990.

_____A Questão da Linguagem na Fonoaudiologia. In: ***48ª Reunião Anual da SBPC***. Sessão de Comunicação Coordenada - Seção B.15. Lingüística e Semiótica, 1996.

PALLADINO, R. R. R.; PEREIRA, L. M. A.; ARANTES, L. M. G. Investigação Lingüística: sua natureza e função. In: ROJO, R. H. R.;

CUNHA, M. C.; GARCIA, A. L. M. (orgs.) ***Fonoaudiologia & Lingüística.*** São Paulo: EDUC, 1991. p. 77-81.

PÊCHEUX, M. ***O Discurso. Estrutura ou Acontecimento***. Campinas, SP: Pontes Editora, 1990.

_____***Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio***. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In:___ ***Epidemiologia & Saúde***. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 1988. p. 7-19.

RUBINO, R. Entre Ver e Ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão. In: LIER-DE VITTO, M. F. (org.) ***Fonoaudiologia: no sentido da linguagem***. São Paulo: Cortez Editora, 1994. p. 69 - 90.

SANTOS, V. R. *Fonoaudiologia e Grupo: construção de um processo terapêutico*. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SCHRAIBER, L. B. Programação hoje: a força do debate. In:___(org.) ***Programação em Saúde Hoje***. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, p. 11-35.

SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.) ***Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica***. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 29-47.

SERVILHA, E. A. M.; JESUS, M. H. F. C.; SOARES, M. T. S. N. B.; SANTOS, R. N. C. P.; RODRIGUES, T. C. L.; SANTANA, V. A. O. ***Fonoaudiologia em Serviço Público: relato de experiências***. Carapicuiba: Pró-Fono Departamento Editorial, 1994.

SOBRINO, A. Dizer o dito - a questão da interpretação na Fonoaudiologia. ***Revista Distúrbios da Comunicação***. Vol. 8. nº 1. p. 23-39, 1996.

SOUZA, L. A. P. *Clínica e Linguagem: presságios de um entre os possíveis encontros*. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

TASSINARI, M. I. *A Relação Terapêutica na Clínica da Linguagem: o país de Alice nas vizinhanças da Teoria Psicanalítica*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

TEIXEIRA, S. F. (org.) ***Reforma Sanitária: em busca de uma teoria***. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VERAS, F. M. F. Atenção Primária em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ***Epidemiologia & Saúde***. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 1988. p. 439-447.

WINSLOW, C. - E. A.; The Untilled Fields of Public Health. ***Science*****,** 51: 23-33, 1920.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA

MONTE ALEGRE / PUC-SP

DM
616.85 Pereira, Cristiane Marchiori
P Fonoaudiologia em atenção primária à saúde: a questão do sintoma na clínica fonoaudiológica. - São Paulo: s. n.. 1998.
130 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Área de concentração: Distúrbios da Comunicação
Orientador: Regina Maria Freire

1. Saúde Pública. 2. Clínica fonoaudiológica.

Palavras-chave: Linguagem - Fonoaudiologia - Saúde Pública - Unidade Básica de Saúde - Patologia de Linguagem - Análise de Discurso