

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Angélica de Menezes Pombo

**O tratamento da sialorréia na clínica fonoaudiológica:
articulações entre corpo e psiquismo**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO
2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Angélica de Menezes Pombo

**O tratamento da sialorréia na clínica fonoaudiológica:
articulações entre corpo e psiquismo**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE
em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof^a.Dr^a. Maria
Claudia Cunha.

SÃO PAULO
2008

Banca Examinadora

Dedico este trabalho aos meus pacientes aqui denominados
Bruno e Carlos.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Claudia Cunha, pela orientação e precisão nos destinos deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Ruth Palladino, minha grande admiração, pelas valiosas discussões no grupo de estudos e no exame de qualificação.

À Prof^ª. Dr^ª. Suelly Limongi, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação. Pelo cuidado na leitura e sugestões importantes.

À Prof^ª. Dr^ª. Vera Mendes e às alunas da graduação, pelo acolhimento e aprendizado nos grupos de supervisão.

Aos professores do PEPG em Fonoaudiologia, em especial ao Prof^º. Dr^º. Tuto pela maestria e beleza das aulas, e à Prof^ª. Dr^ª. Teresa Momensohn, pelas perguntas inquietantes, por sua escuta e por seu acolhimento.

Ao Cristiano, pela presença incondicional, por sua disponibilidade em estar sempre ao meu lado. Obrigada pela revisão do texto, pelas sugestões, por me escutar e acreditar em mim. Obrigada pelo cuidado incomparável.

À Mariana e Sofia, pela compreensão desde tão pequenas. Obrigada pelas horas de distração, criatividade, companhia e momentos felizes.

Aos meus pais, Leopoldina e Salvo. À mãe por me apresentar Freud e ao pai por investir na minha busca e por sempre confiar em mim.

Aos meus irmãos, Vanessa, Júnior, Juliana e cunhados, por me questionarem por esta escolha. Aos sobrinhos: Gabriel, Gustavo, Giovana, Laís e Kauê, pelas conversas e risadas, sempre.

À Fernanda Machado, pelas conversas e pela ajuda em todo o processo de escrita deste trabalho. À Melissa Catrini, pelas discussões teóricas e pela amizade. À Karin Genaro, Simone Pedrosa e todas as “meninas” do grupo de estudos “da Ruth”.

Aos amigos do mestrado, pelas conversas, risadas e amizade neste percurso.

Ao João e Graça, amigos da biblioteca, por me ensinarem na pesquisa, pela atenção e carinho.

À Virgínia, pela eficiência e disponibilidade.

À Derdic, pela disponibilização de parte do material clínico utilizado nesta pesquisa.

À Capes, pela bolsa concedida.

RESUMO

POMBO, A.M. **O tratamento da sialorréia na clínica fonoaudiológica: articulações entre corpo e psiquismo.**

Introdução: A indissociabilidade entre linguagem, corpo e psiquismo é um pressuposto assumido em várias pesquisas que enfocam o método clínico-terapêutico fonoaudiológico no tratamento de variados sintomas (BIRKMAN E CUNHA, 2006; MACHADO, 2007; PALLADINO, SOUZA E CUNHA, 2004). Essa dissertação aborda especificamente a sialorréia, manifesta por sujeitos com paralisia cerebral, na interface entre fonoaudiologia e psicanálise, o que permite abordar o corpo na sua condição simbólica em articulação com a biológica. **Objetivo:** Investigar o método clínico fonoaudiológico no trato com a sialorréia em sujeitos com paralisia cerebral espástica, a partir de articulações bio-psíquicas. **Método:** Pesquisa de natureza clínico-qualitativa por meio de dois estudos de casos clínicos. **Sujeitos:** (1) Bruno, 10,0 anos, diagnóstico neurológico de encefalopatia crônica não-evolutiva e queixa fonoaudiológica de sialorréia (com déficit predominantemente sensitivo da região oral) e retardo de aquisição de linguagem. (2) Carlos, 14,0 anos, diagnóstico neurológico de encefalopatia crônica não-evolutiva e queixa fonoaudiológica de sialorréia (com déficit predominantemente motor da região oral) e distúrbio de linguagem. **Procedimento:** A coleta de dados deu-se com o recorte das instâncias da entrevista e do tratamento, apreendidos através da experiência terapêutica. O material clínico foi registrado sistematicamente por escrito. **Crterios de interpretação de resultados:** O referencial teórico que norteou a interpretação dos resultados esteve baseado em textos fonoaudiológicos e psicanalíticos, com ênfase no conceito de corpo pulsional/erógeno. **Resultados:** A sialorréia adquiriu dupla representação: revelou falhas neurofisiológicas que perturbam a sensibilidade oral e sua erogeneização e também falhas na constituição da imagem inconsciente do corpo que perturbam o ritmo de deglutição. *Sujeito (1)* – a erogeneização da boca associada à técnica proprioceptiva favoreceu a sensibilização da região oral diminuindo a sialorréia. *Sujeito (2)* – a reestruturação de sua imagem corporal com ênfase na região oral acarretou a apropriação de seu esquema corporal, aumentando o ritmo de deglutição salivar. **Conclusão:** Considerar a concepção psicanalítica do corpo para abordá-lo na clínica fonoaudiológica com sujeitos que apresentam lesão neurológica, pode contribuir com o método clínico terapêutico no tratamento da sialorréia. Nesta dimensão, a utilização de técnicas motoras orais tornam-se a “porta de entrada” para a erogeneização da região oral, favorecendo a contenção salivar.

Palavras-chave: sialorréia, linguagem, psiquismo, terapia miofuncional, paralisia cerebral.

ABSTRACT

POMBO, A.M. **The treatment of sialorrhea in the speech therapy clinic: articulations between body and psychism.**

Introduction: The indisociability between language, body and psychism is an assumed presupposition of several researches that approach the speech therapy clinic method on the treatment of many symptoms (BIRKMAN E CUNHA, 2006; MACHADO, 2007; PALLADINO, SOUZA E CUNHA, 2004). This dissertation talks specifically about the sialorrhea, which manifests itself on patients with cerebral palsy, in the interface between speech therapy and psychoanalysis, what allows to approach the body in its symbolic condition in joint with the biological one. **Objective:** To investigate the speech therapy clinic method in the treatment with the sialorrhea on patients with cerebral spastic palsy, from biopsychic. **Method:** Research innate physician-qualitative by means of two clinical cases studies. Subjects: (1) Bruno, 5,0 years old, neurological diagnosis of non-evolutive chronic encephalopathy and speech therapy complains of sialorrhea (with predominantly sensitive oral region deficit) and language acquisition retard. (2) Carlos, 14,0 years old, neurological diagnosis of non-evolutive chronic encephalopathy and speech therapy complains of sialorrhea (with predominantly oral region motor deficit) and language disturbance. **Procedure:** The data was collected with the clipping of the instances of the interview and the treatment, apprehended through the therapeutic experience. The clinic material was registered systematically in writing. **Rules of interpretation of results:** The theoretic referencial that guided the interpretation of the results was based in texts from speech therapy and psychoanalysis, with emphasis in the idea of pulsional/erogenous body. **Results:** The sialorrhea acquired double representation: show fails neurophysiologic that perturb the oral sensitivity and its erogenous and also imperfections on the unconscious image of the body constitution that perturb the rhythm of swallowing. Subject (1) – The mouth excitation associated to the proprioceptiva technique favored the the oral region sensitization, diminishing the sialorrhea. Subject (2) – The corporal image reorganization with emphasis on the oral region caused the appropriation of its corporal scheme, increasing the saliva deglutition rhythm. **Conclusion:** To consider the psychoanalytical body conception to approach it in the speech therapy clinic with patients that present neurological injury can help the physician therapeutical method of sialorrhea. On this dimension, the use the motor oral techniques become the “entrance door” to excitation the region oral, favoring the contention of saliva.

Keywords: sialorrhea, language, psychism, therapy myofunctional and cerebral palsy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
MÉTODO	09
Cap. 1 – Sialorréia e Clínica Médica: Concepções e tratamentos	11
1.1 A sialorréia na interface Biologia e Fonoaudiologia	17
Cap. 2 – A teoria psicanalítica como eixo para a reflexão sobre os sintomas sensório-motores orais	23
2.1 Corpo Pulsional e Zonas Erógenas	23
2.2 Da boca à oralidade	29
2.2.1 Oralidade primária	32
2.2.2 Oralidade secundária	33
2.3 O sintoma de sialorréia na interface Psicanálise e Fonoaudiologia	34
Cap. 3 – Reverberações na Clínica Fonoaudiológica: Bruno e Carlos	40
3.1 O relevo de dois casos: a definição de uma demanda científica	40
3.2 Bruno	42
3.2.1 Histórico	42
3.2.2 Processo Terapêutico	43
3.2.3 Corpo e Linguagem	46
3.2.4 Corpo e Psiquismo	48
3.2.5 Linguagem, Corpo e Psiquismo	55
3.3 Carlos	61
3.3.1 Histórico	61
3.3.2 Processo Terapêutico	63
3.3.3 Corpo e Psiquismo	66
3.3.4 Corpo e Linguagem	71
3.3.5 Linguagem, Corpo e Psiquismo	76
Considerações Finais	78
Referências Bibliográficas	80
Anexos	85

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa surge de dilemas vividos no exercício da clínica fonoaudiológica, particularmente quanto à lida com pacientes portadores de lesões neurológicas. A partir do atendimento de um sujeito com paralisia cerebral, deparei-me com a singularidade desse paciente no contexto da universalidade de sua patologia. Saí do registro estrito da experiência como terapeuta, ancorando daí meu interesse como pesquisadora.

O estudo de caso clínico representa, desta maneira, a possibilidade de transformar a experiência clínica em conhecimento científico, capaz de promover generalizações analíticas. Fui convocada a discernir (na escrita do caso e em supervisões clínicas) a intrincada relação entre o orgânico e o psíquico e também como estas duas dimensões humanas circunscrevem a minha prática fonoaudiológica.

Aqui, o foco se refere à escuta e ao acolhimento das queixas e das demandas relativas às disfunções motoras orais – em especial a sialorréia¹ –, particularmente nos casos de pacientes com lesões centrais. Observa-se que a literatura fonoaudiológica abarca fartamente os aspectos técnicos envolvidos na redução/superação desses sintomas.

Segundo Basil (1995), 75% das crianças atingidas pela paralisia cerebral necessitam de um fonoaudiólogo. As lesões cerebrais produzem, quase sempre, alterações no aspecto motor-expressivo da linguagem, determinadas por uma perturbação, mais ou menos grave, do controle dos órgãos fonoarticulatórios, que podem afetar a execução (anartria) ou a própria organização do ato motor (apraxia). Em muitos casos, os distúrbios motores dos órgãos fonoarticulatórios afetam outras funções além da fala, como a mastigação e a deglutição, o controle da saliva ou a respiração.

¹ Existem, na literatura norte-americana, dois conceitos semelhantes, mas que se diferenciam por abordarem duas faces que parecem apontar para um mesmo problema. "Drooling" é a produção excessiva de saliva (hiper-salivação) e não está associada a alterações neurológicas. Já sialorréia refere-se à uma condição patológica pela inabilidade muscular da região oral (decorrente de lesões neurológicas) em manter o ritmo de deglutição de saliva. Neste texto nos deteremos no sentido dado pelo conceito de sialorréia.

De acordo com Bobath e Bobath (1976), estudiosos da área de fisioterapia, a lesão cerebral afeta o desenvolvimento psicomotor da criança em dois sentidos: a) A interferência na maturação normal do cérebro acarreta um atraso no desenvolvimento motor, e b) ocorrem alterações neste desenvolvimento devido à presença de esquemas anormais de postura e de movimento, já que persistem modalidades primitivas de reflexo (estereotipadas ou generalizadas), que a criança é incapaz de inibir.

Na literatura médica, constata-se que o que caracteriza o quadro da paralisia cerebral é o fato de que as lesões encefálicas ocorridas durante a constituição, maturação e organização do sistema nervoso central produzem seqüelas mais generalizadas, devido à influência da lesão sobre o andamento global da maturação neurológica da criança.

De acordo com Rosenbaum (2005), encontramos a seguinte definição para paralisia cerebral:

Grupo de desordens do desenvolvimento do movimento, postura e coordenação atribuídos a distúrbios não-progressivos que afetam o cérebro em sua fase de desenvolvimento fetal ou na primeira infância. É muitas vezes acompanhada por distúrbios de sensação, cognição, comunicação, percepção, comportamento e/ou por distúrbios que limitam atividades físicas e interacionais (ROSENBAUM, 2005, p. 509).

Observa-se, com isso, que os distúrbios associados à paralisia cerebral espástica são mencionados, na literatura médica, como previsíveis desta lesão e são listados, conforme a citação, como parâmetros de diagnóstico deste quadro clínico.

Dentre os sintomas da paralisia cerebral espástica, a dificuldade no controle das funções fisiológicas, incluindo a deglutição da saliva, compõe um quadro em que a intervenção clínica se realiza, dicotomizada em especialidades: cabe ao médico e/ou ao

fisioterapeuta os cuidados no controle das funções fisiológicas e ao fonoaudiólogo a função de promover o controle da sialorréia.

A proposta de trabalho baseada no conceito de Regulação Orofacial, desenvolvido por Castillo-Morales (1999), sugere que a atuação fonoaudiológica sustente a visão integral do indivíduo, compreendendo os processos fisiológicos, que interferem no seu organismo e na sua auto-imagem. Aqui, os elementos fonoarticulatórios não devem ser isolados do corpo e tratados como entidade isolada. Esta proposta terapêutica se auto-afirma capaz de avaliar o ser humano na sua totalidade, relacionando sempre o complexo orofacial com a postura corporal, tanto em repouso como em atividade funcional. Segundo este autor, a observação clínica mostra que uma postura patológica ou defeituosa da cintura pélvica influi na posição da mandíbula, da língua e dos lábios, podendo causar distúrbios fonoarticulatórios.

Ainda nesta vertente, Frazão (2004) afirma que nos sujeitos que apresentam paralisia cerebral, os padrões orais alterados podem ser exacerbados em decorrência da postura corporal alterada. O controle motor global (cervical, cintura escapular, tronco e cintura pélvica) é considerado um fator importante para a modificação de padrões patológicos, promovendo melhor movimentação das estruturas do complexo crânio-orocervical.

Ao receber crianças com lesões centrais na clínica fonoaudiológica, é difícil, ao meu ver, perceber o que é resultado de um limite imposto pela lesão neurológica e quais aspectos vieram a se somar a ela. Observo que há várias manifestações que não se justificam exclusivamente pela questão orgânica. Muitas vezes, constatei que os sujeitos inseridos em atividade dialógica apresentavam um melhor controle sobre suas funções fisiológicas, inclusive a contenção salivar.

A partir disso, o presente trabalho volta-se particularmente à articulação entre aspectos orgânicos e as incidências de ordem subjetiva que constituem o fenômeno da sialorréia, ou seja, um sintoma associado a uma lesão orgânica, mas que pode gerar

desdobramentos significativos no posicionamento do sujeito no campo simbólico e, portanto, na linguagem.

Nesta perspectiva, surgem algumas questões:

Com o nascimento de um bebê com paralisia cerebral, situação na qual os pais se vêem diante da doença orgânica, haveria alterações na maneira de os pais desejarem essa criança? Quais as conseqüências que surgem na constituição da linguagem e no desempenho motor oral?

De acordo com Birkman e Cunha (2006), as questões do corpo devem ser analisadas para além do funcionamento orgânico, quaisquer que sejam as histórias relativas a ele, pois o corpo é constituído através da imagem que o outro tem dele. No que se refere ao desenvolvimento da linguagem, o sujeito fala desde o lugar de onde é falado, tentando corresponder desde a imagem que lhe é atribuída, isto é, desde o desejo do outro.

O nascimento biológico de um ser humano é condição necessária, mas não suficiente, para a constituição de um sujeito, já que esta depende da linguagem. Apesar de estarmos imersos na linguagem desde antes de nascer, algumas operações são imprescindíveis para que o sujeito advenha. Essas operações não estão subjugadas ao corpo físico, nem às questões neurológicas unicamente.

Assim, considerando-se a concepção freudiana de corpo pulsional² (Freud, 1905) como imprescindível para pensar o corpo para além da organicidade, é possível afirmar que:

(...) o corpo, para a psicanálise, não é uma experiência primária do sujeito. Na verdade, ele só tem acesso a este

² O corpo habitado por pulsões, ou seja, corpo pulsional/erógeno, está imerso no universo das representações, um corpo com valor simbólico, quando sua realidade biológica é colocada num sistema significante a partir de um Outro Primordial que, em vínculo amoroso, acolhe com libido. O investimento libidinal no corpo da criança torna-o corpo erógeno, dando acesso à simbolização, ao corpo vivido como corpo próprio. (FERNANDES, 2003, p.111). Este assunto será retomado no capítulo II.

corpo mediante uma série de ações que são mediatizadas sempre pelo simbólico. A apreensão do corpo pelo sujeito exige, contudo, que uma nova operação tenha lugar. Esta operação, pela qual o corpo é subjetivado, é da ordem do imaginário, na medida em que depende do investimento de uma imagem – a imagem do corpo... supomos então, que na ausência desta operação imaginária que é regida pela ordem simbólica, o corpo torna-se, para o sujeito, uma exterioridade estranha, desconhecida, sendo sua apreensão, como corpo próprio, impossível de se realizar. (ELIA, 1995, p.152-153).

Com relação à minha atuação terapêutica, formulei a seguinte questão: como lidar com as disfunções motoras orais, como a sialorréia, nesta perspectiva?

A partir de uma concepção que considera o corpo como um híbrido - orgânico e psíquico - , o foco desta pesquisa é a singularidade desse corpo pulsional que manifesta a sialorréia. Após verificar, no atendimento de um paciente acometido por paralisia cerebral espástica, a presença sistemática de uma desorganização motora corporal, incluindo a região oral, identifiquei que tal investigação tenha relevância terapêutica e científica para a Fonoaudiologia.

Entenda-se que falar de corpo pulsional nos remete, neste trabalho, a diferenciar este conceito da noção de corpo-biológico, sendo esta última apoiada na idéia de que o corpo é constituído independente da linguagem. A noção de corpo pulsional supõe que o corpo está enlaçado em sua constituição na e pela linguagem. Seria nela (e por ela) que o homem faz a ultrapassagem do corpo natural para o corpo pulsional. Como nos diz Jerusalinsky (2007):

(...) o sujeito é efeito da obra da linguagem; como tal, está antecipado no discurso parental. Que tal estrutura opere na criança depende em parte da permeabilidade que o constitucional e o maturativo lhe ofereçam desde o plano biológico...(JERUSALINSKY, 2007, p. 29)

Portanto, o sintoma de sialorréia será compreendido, aqui, de acordo com esta noção de corpo proposta pela psicanálise, o que implica que esta pesquisa parte do pressuposto de que as funções do corpo estão, com efeito, submetidas às leis biológicas

e às fisiológicas, que, por sua vez, estão submetidas às leis da linguagem. Ou seja, há uma sobredeterminação das leis da linguagem em relação às leis orgânicas. É dessa afirmação que surge a necessidade de introduzir o conceito de pulsão, como se segue.

Se as leis orgânicas e simbólicas estão sobredeterminadas, elas dependem, conseqüentemente, da relação com o outro. No início da vida, a harmonia ou a desarmonia dessas funções está intimamente ligada às interações do bebê com o outro-mãe. Assim, "...a regulação da fisiologia do corpo depende da posição do sujeito em relação à cadeia de significantes promovidos pela linguagem com o outro". (Queiroz e Correia, 2002, p. 77) e permitirá que as funções corporais trabalhem num certo equilíbrio.

Para que estas funções possam ocorrer, é necessário que exista a atividade pulsional. A pulsão, então, é o primeiro elemento psíquico, surgido na fronteira entre corpo e psiquismo. Ela une as necessidades psíquicas às satisfações corporais e vice-versa. Peguemos um bom exemplo de Queiroz e Correia (2002) para explicitar o surgimento da pulsão: "...a mãe, para acalmar a fome do bebê, põe em ação a função digestiva, trazendo ao mesmo tempo a satisfação da pulsão oral, satisfação que é seguida por relaxamento da tensão e hipotonia".

Na próxima vez em que a necessidade, ou seja, que a fome se fizer presente, e todas as manifestações corporais que a acompanham forem satisfeitas, resultará, do ciclo necessidade-satisfação, o desejo. Esse estará, então, sempre ligado à necessidade de voltar àquele estado que o aparelho psíquico mais almeja: o alívio da tensão psíquica. É daí que emerge a pulsão. "...é essa pressão constante em direção à satisfação". (KELLY, 2002, p. 60)

Por estarmos então destinados, neste trabalho, a pensar sobre um sintoma que se detém na esfera oral, há que se considerar que a pulsão, traduzida pela busca de uma satisfação, apresenta-se em qualquer zona corporal e deve ser qualificada, portanto, como sexual (erógena) – o que, ainda na infância, não significa genital.

Nas obras de Freud (1905), um trecho merece especial atenção no que se refere ao trato da boca de forma associada ao funcionamento de outras regiões erógenas³ do corpo, intimamente implicadas:

Certos lugares do corpo, como as mucosas bucal e anal, reivindicam ser considerados e tratados, eles mesmos como genitais (...) tal como a zona dos lábios, a zona anal está apta, por sua posição, a mediar um apoio da sexualidade em outras funções corporais. É de se presumir que a importância erógena dessas partes do corpo seja originariamente muito grande. (FREUD, 1905, p. 144/175) (grifo meu)

Ainda nesta vertente, alguns estudos psicanalíticos recentes discutem o tema nessa mesma perspectiva:

(...) para todos os que intervêm, de uma maneira ou de outra, tratando da psique da criança, a boca não pode ser reduzida só a uma dimensão corporal/física. (tradução minha) (GOLSE E GUINOT, 2004, p. 23)

Observa-se, desta maneira, o lugar central que a boca ocupa nas conexões entre as regiões erógenas:

(...) em que se vê a boca como o estabelecimento do dentro e do fora, ou seja, entre o eu e o não eu, paralelamente ao seu papel no estabelecimento de uma linha/fronteira de demarcação progressiva entre o registro da necessidade e o registro do desejo. A criança vai descobrir, já nas primeiras mamadas, uma série de prazeres conexos por acréscimos, e nesses prazeres por acréscimo vai achar a voz da sua mãe, o odor da sua mãe, toque de sua mãe, o holding da sua mãe... (tradução minha) (GOLSE E GUINOT, 2004, p. 23)

Tanto na Psicanálise quanto na Medicina, encontra-se referências a distúrbios motores relacionados a lesões neurológicas centrais. Na Medicina, tais distúrbios são

³ Qualquer região do revestimento cutâneo-mucoso suscetível de se tornar sede de uma excitação de tipo sexual. De forma mais específica, certas regiões que são funcionalmente sedes dessa excitação: zona oral, anal, uretro-genital e mamilo. (LAPLANCHE E PONTALIS, 1996, p. 533)

descritos como sintomas manifestos (por ex., a sialorréia). Por sua vez, na Psicanálise vê-se a busca de relações entre estes distúrbios, a lesão cerebral e o funcionamento simbólico, singular a cada caso clínico.

Nesta dissertação, os distúrbios motores orais advindos de uma lesão central ganharão o enfoque da perspectiva psicanalítica, que permite estudar o corpo na sua condição simbólica em articulação com sua condição biológica. Tomando os casos clínicos estudados como de natureza singular, penso que estes poderão contribuir na direção de realizar possíveis relações entre funcionamento simbólico e disfunções motoras orais, mais especificamente a sialorréia.

Os dados e os argumentos apresentados justificam e delineiam o objetivo deste trabalho: investigar o método clínico fonoaudiológico no trato com a sialorréia em sujeitos com paralisia cerebral espástica, a partir de articulações bio-psíquicas.

A dissertação está organizada da seguinte forma: primeiramente, são apresentadas algumas definições médicas de sialorréia, como ela se manifesta (em maior ou menor intensidade) em sujeitos com lesão neurológica e como ela é tratada nesta clínica. Em seguida, algumas contribuições conceituais da psicanálise (corpo pulsional, zonas erógenas e oralidade) serão discutidas na relação com os sintomas sensório-motores orais. Os efeitos desse referencial teórico na análise e na compreensão do sintoma de sialorréia na clínica fonoaudiológica aparecem, no último capítulo, com a discussão de dois casos clínicos.

MÉTODO

Essa pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e foi desenvolvida através de dois estudos de casos clínicos.

O estudo dos casos comporta uma abordagem longitudinal, ou seja, a investigação de uma seqüência terapêutica.

A pesquisa é de natureza qualitativa e, portanto, comporta uma análise interpretativista. Nas palavras de Cunha (2000): “Ao recortar da experiência terapêutica o material que será utilizado para a pesquisa, o fonoaudiólogo assume um lugar de intérprete, já atuando, portanto, num foco de tensão entre a empiria e a arbitrariedade”. (CUNHA, 2000, p. 96)

1 – Sujeitos: O material clínico é relativo ao atendimento fonoaudiológico de dois sujeitos.

1. Bruno, 5,0 anos, sexo masculino, primogênito, atendido em consultório particular. Apresentou diagnóstico neurológico de encefalopatia crônica não-evolutiva devido a uma anóxia peri-natal decorrente de uma pré-eclâmpsia materna repentina. O diagnóstico fisioterápico refere quadro motor de tetraparesia espástica com predomínio crural entre o nível IV e V. A queixa fonoaudiológica foi de retardo na aquisição de linguagem e transtornos no sistema sensório-motor-oral, com ênfase na sialorréia.

2. Carlos, 14,0 anos, sexo masculino, atendido na Clínica da Faculdade de Fonoaudiologia/PUC-SP na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic/PUC-SP). Apresentou diagnóstico neurológico de encefalopatia crônica não-evolutiva devido a uma anóxia peri-natal, decorrente de sofrimento fetal. O diagnóstico fisioterápico refere quadro motor de diparesia espástica com alteração da marcha e na manipulação de objetos. A queixa

fonoaudiológica é de um comprometimento na região sensório-motora oral com ênfase na sialorréia e de distúrbio de linguagem.

2 – Procedimento: A coleta dos dados foi realizada com o recorte das instâncias da entrevista e do tratamento, apreendidos através da experiência terapêutica (dois encontros semanais no primeiro caso e um encontro semanal no segundo caso) que foi registrada em forma de relatórios e anotações elaborados no período dos atendimentos.

Nesse material, que abrange um período de três anos e quatro meses de atendimento (Caso 1) e de um ano (Caso 2), serão especialmente destacados os dados relativos aos distúrbios motores orais e dados da história dos pacientes.

3 – Critérios de interpretação de resultados: O referencial teórico que norteou a interpretação dos resultados esteve baseado em textos fonoaudiológicos e psicanalíticos, com ênfase no conceito de corpo pulsional na perspectiva de seus efeitos na formação/manutenção/superação dos distúrbios motores orais, especialmente a sialorréia.

Configura-se, desta maneira, o método: ao lado de explicitar a particularidade de uma clínica de linguagem movida pela incidência da singularidade, retira-se também algumas conseqüências teórico-clínicas.

De acordo com as normas éticas preconizadas para pesquisas utilizando seres humanos, os responsáveis pelos participantes assinaram “Termo de Livre Consentimento” (anexo 1). Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP (Protocolo nº 019/2007).

Os nomes dos pacientes foram substituídos por nomes fictícios, de forma a preservar as identidades.

CAPÍTULO I – SIALORRÉIA E CLÍNICA MÉDICA: CONCEPÇÕES E TRATAMENTOS

A saliva possui funções importantes para o organismo humano, tais como a lubrificação da cavidade oral, cujo efeito é o de agregar partículas alimentares importantes na formação do bolo, além de proteção das estruturas da cavidade oral, evitando a ação das bactérias e promovendo o controle do pH intra-oral. Ela está diretamente ligada à cavidade oral, mas é pouco citada na literatura fonoaudiológica quando se aborda as funções que ocorrem na cavidade oral.

Segundo Douglas (1994), há influências dos sistemas simpático e parassimpático na formação e no controle da saliva. O autor refere que todo o aparato secretório está sob controle do sistema nervoso autônomo, sendo que os nervos simpáticos e parassimpáticos trabalham de maneira complexa e conjunta. A ação do sistema simpático produz vasoconstrição, levando à diminuição de saliva na cavidade oral. Esse sistema estimula a contratilidade das células mioepiteliais que envolvem as regiões responsáveis pela produção de saliva. A partir dessa estimulação ocorre a expulsão da saliva pré-formada. O fluxo salivar, então, começa a diminuir devido à redução da irrigação sanguínea determinada pela vasoconstrição simpática. Este autor esclarece que, quando há uma hiperatividade simpática, a boca fica seca (a xerostomia), podendo, inclusive, ocorrer dor e dificuldade na deglutição e exemplifica que, se um orador está tenso (ação do sistema simpático), apresenta boca seca, pois a produção de saliva é limitada pela vasoconstrição (Douglas, 1994, p. 915)

Já a excitação do sistema parassimpático estimula a glândula, aumentando a velocidade de produção da secreção. Para que a saliva possa ser excretada normalmente, é necessário que exista um equilíbrio no fluxo sanguíneo da glândula salivar. Este sistema tem origem no bulbo cerebral (núcleos salivares superior e inferior). Os núcleos possuem uma íntima ligação com os neurônios motores dos nervos glossofaríngeo e facial, respectivamente IX e VII pares cranianos. (Douglas, 1994, p.915)

As fibras motoras do glossofaríngeo saem do núcleo salivar inferior, fazem sinapse no gânglio óptico e inervam as glândulas parótidas. As fibras motoras do nervo facial emergem do núcleo salivar superior e, através do nervo lingual e posteriormente da corda do tímpano, inervam as glândulas submandibular e sublingual (Palamim, 1999, p. 24). Segundo Douglas (1994), sendo integrantes do sistema parassimpático os nervos glossofaríngeo e a corda do tímpano, quando há a excitação desse sistema, acontece a estimulação da glândula salivar, havendo ao aumento da velocidade da formação da saliva, do consumo de oxigênio e da irrigação sanguínea da glândula.

Quando falamos, então, no prejuízo do controle neuromuscular com a disfunção da atividade motora oral levando ao aumento excessivo da secreção salivar/fluxo da saliva (pois há a diminuição da frequência da deglutição), estamos nos referindo a uma condição patológica: a sialorréia.

Segundo Meningaud et. al. (2006), a sialorréia é definida como uma inabilidade para *controlar* secreções orais. Esta condição não é decorrente da produção excessiva de saliva, mas é preferencialmente um problema na coordenação do mecanismo de controle orofacial e da musculatura palato-lingual. Este dano no controle neurológico resulta em pobre função deglutiva, o que provoca um excessivo acúmulo de saliva na porção anterior da cavidade oral e causa uma não-intencional perda de saliva da boca. Portanto a hiper-salivação não está relacionada com a sialorréia.

A sialorréia é um problema comum em crianças com comprometimento neurológico (por ex., paralisia cerebral). Salivação é um dado clínico relativamente comum em crianças com distúrbios neurológicos. De acordo com Meningaud et. al. (2006), estima-se que 28% destas crianças apresentem contínua perda de saliva. Quando se trata de sujeitos com paralisia cerebral, o índice de registro de sialorréia chega a 58%.

Muitos fatores podem contribuir para o sintoma de sialorréia, como maloclusões dentais, problemas posturais, alterações na sensibilidade oral e inabilidade na organização da deglutição da saliva. A sialorréia, além de apresentar conseqüências físicas, como odor e desidratação, entre outros, causa também complicações psicossociais, como a estigmatização, o que causa alguns transtornos tanto para o sujeito com a sialorréia quanto para seus familiares.

Mueller (1980) acrescenta que o constante escape de saliva gera constrangimento do sujeito perante o meio social. O isolamento deste sujeito é fato bastante comum, pois, segundo a autora, a saliva “suja” carpetes, brinquedos, roupas etc. Estas queixas colaboram para o estigma social da doença, acentuando os quadros de depressão e dificuldade de reabilitação (Manrique, 2005). As avaliações médicas se dão até mesmo nesta perspectiva: contando o número de camisas sujas por dia que mostram a estimativa das condições da secreção salivar do sujeito.

Segundo Meningaud et. al. (2006), a constante umidade das roupas e o desconforto físico adicionados à necessidade de atenção especial recaem sobre estes sujeitos. Além dos efeitos estéticos, a sialorréia pode prejudicar a função mastigatória, interferir na fala, favorecer infecções periorais, particularmente a *Cândida albicans*, e resultar na perda de fluído, eletrolíticos e proteínas, deteriorando a qualidade de vida do paciente. A inabilidade na deglutição pode, ainda, aumentar os riscos de se adquirir pneumonia.

De acordo com Neil et. al. (2004), a salivação excessiva é um fenômeno normal em crianças antes do desenvolvimento do controle neuromuscular oral (18 - 24 meses). Todavia, após a idade de 4 anos, é considerada patológica.

No desenvolvimento motor típico, a criança não apresenta sialorréia a não ser que esteja em períodos de novas aquisições motoras globais ou em fase de erupção dentária, sendo que a sialorréia é bastante comum no desenvolvimento motor anormal.

Os pacientes, em geral, têm dificuldades para engolir, o que é um composto adicional ao problema (Neil et. al., 2004, p. 2). Além disso, podem amplificar o problema:

- Problemas como a postura inadequada da cabeça;
- Controle e força da musculatura da região cervical diminuídos;
- Cárie dental e as infecções/doenças do tecido gengival.

Músculos sem coordenação tornam inábil o reflexo de deglutição e são caracterizados pela incoordenação dos movimentos da língua, responsável pela transição da saliva da parte frontal da boca para a orofaringe (Myer, 1989).

Há que se considerar que, no caso da hiper-secreção salivar (não associada à lesão neurológica), esta pode ocorrer devido aos efeitos de medicamentos, como tranqüilizantes, anticonvulsivantes e anticolinesterásicos, que aumentam a atividade de receptores específicos da via secretomotora, resultando em hipersecreção. Também outros problemas podem causar hipersecreção salivar: corpos estranhos, helmintíase, hérnia de hiato, epilepsia, hipertireodismo e etc. (Myer, 1989, p. 4).

Numa pesquisa desenvolvida com 10 crianças com paralisia cerebral e quadro de sialorréia e outras 10 crianças normais (não afetadas tanto pela paralisia cerebral quanto pela sialorréia), realizada por Tahmassebi e Curzon (2003), buscou-se verificar se a hiper-salivação estaria relacionada com a sialorréia nas crianças do primeiro grupo. Para isso, os pesquisadores utilizaram um dispositivo de coleta parecido com um copo, uma bomba de vácuo, um tubo plástico, um compartimento estanco de ar e tubos calibradores de prova sustentados no queixo dos sujeitos, com tiras elásticas unidas a um casquete ortodôntico. Após a coleta da saliva e uma análise estatística sobre a mesma, comprovou-se que não havia diferenças significativas no percentual do fluxo salivar entre os dois grupos de crianças, ou seja, os sujeitos com paralisia cerebral não produziam saliva em excesso e seu processo de salivação era similar aos das crianças do segundo grupo.

Entre as opções de tratamento da sialorréia na área médica estão a utilização de drogas com efeitos anti-colinérgicos, o sulfato de atropina, os tratamentos cirúrgicos ou a fotocoagulação dos ductos ou glândulas salivares, a radioterapia nas glândulas salivares, a acupuntura e, mais recentemente, a aplicação de toxina botulínica do tipo A (Botox) nas glândulas salivares.

De acordo com Manrique (2005), muitos pacientes apresentam intolerância aos efeitos adversos das drogas utilizadas ou apresentam condições clínicas muito avançadas e graves da doença neurológica para que sejam submetidos ao tratamento cirúrgico, sendo, segundo ele, o Botox a melhor alternativa de tratamento médico da sialorréia por ser considerado um método minimamente invasivo. A aplicação de botox é feita na região da glândula parótida e submandibular. Por exigir reaplicações, ela é desaconselhada por alguns clínicos no tratamento de doenças crônicas. A toxina botulínica do tipo B tem propriedades farmacológicas diferentes da do tipo A. O sucesso desta técnica tem sido descrito em pacientes com sialorréia e doença parkinsoniana. Segundo Shott et. al. (1989), algumas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para a redução da sialorréia em crianças com disfunção neuromotora, porém nenhum dos procedimentos apresentou eficácia no tratamento.

Martin e Conley (2006), numa pesquisa sobre a eficácia e o impacto na qualidade de vida da cirurgia intra-oral para a redução da sialorréia, relataram que a adoção de cirurgia intra-oral resulta em um mínimo controle a longo prazo deste sintoma. Segundo ele, em uma porcentagem significativa de pacientes foram necessárias a inclusão de medicamentos anticolinérgicos associados, injeções de toxina botulínica e incisão das glândulas submandibulares bilaterais.

Há também outros métodos cirúrgicos para a redução da sialorréia. A neurectomia (Meningaud, 2006) consiste na secção do plexo timpânico e do nervo da corda do tímpano unilateralmente ou bilateralmente, esse procedimento pode ser sozinho ou combinado com a remoção das glândulas submandibulares. A neurectomia

da corda do tímpano é um método eficaz na redução da saliva, porém, quando usado sozinho, tem se mostrado pouco eficaz, além de haver possibilidades de complicações auditivas. O método é contra-indicado em sujeitos com perda auditiva, exceto em sujeitos com perda auditiva total.

Segundo o autor, deve-se levar em conta que a neurectomia da corda timpânica também poderá produzir uma perda do paladar nos dois terços anteriores da língua.

Dentre os tratamentos com drogas estão as de efeito anti-colinérgico, o sulfato de atropina e a escopolamina (hyoscine) (Meningaud, 2006, p.51). Estas drogas são contra-indicadas quando há histórico de problemas cardíacos, glaucoma, hipertrofia da próstata e obstrução pilórica. Entretanto os resultados são freqüentemente incompletos, com efeitos colaterais consideráveis que variam individualmente.

A administração sublingual da atropina também reduz a sialorréia e apresenta muitas vantagens quando é administrada por gotas oftálmicas. A atropina não requer muitos gastos, não exige habilidade específica para o uso e é diferente da remoção cirúrgica, pois tem efeito reversível. Contudo é contra-indicada em pacientes com comprometimento cognitivo, demência e histórico de alucinações.

A radioterapia também se apresenta como técnica no tratamento da sialorréia. Borg e Hirst (1998) advertem que a radioterapia deve ser evitada nas crianças devido ao risco de induzir malignidade, retardo do crescimento, xerostomia, cáries e osteoradionecrose. Os cuidados são inversos para os idosos. De acordo com os autores, não se espera o desenvolvimento dos efeitos colaterais nos pacientes idosos com uma perspectiva de vida limitada, por serem a longo prazo. Os autores concluem que a resposta ao tratamento é positiva e sem desconforto a esses sujeitos.

A acupuntura na língua tem se apresentado como uma técnica inovadora na tradicional medicina chinesa. Num estudo de Wong (2001), foi verificada eficácia da

acupuntura na língua como um adjunto ou alternativo tratamento para pacientes com sialorréia e ela pode ser integrada como parte do programa de estimulação oro-motora.

1.1 A sialorréia na interface Biologia e Fonoaudiologia

Pode-se considerar que um transtorno das funções do Sistema Estomatognático é tomado como conseqüência de alguma alteração neurológica, cognitiva ou fisiológica, quando “...o corpo estaria submetido a essas leis [orgânicas] e o que é externo poderia interferir apenas contingencialmente em seu funcionamento”. (Parisi, 2003, p.32). O referencial, então, para diagnosticar um sujeito que procura o serviço fonoaudiológico estaria na exterioridade de seu sintoma. Com o olhar às superfícies visíveis, trabalhando os sintomas sensório-motores via técnica/estratégias corporais, o sintoma de sialorréia será delimitado também nesta perspectiva. Vejamos:

A lesão neurológica, mesmo não sendo progressiva, pode sofrer mudanças devido à capacidade do cérebro em desenvolvimento se reorganizar funcional e estruturalmente. Para Le Métayer (2001), as áreas do cérebro que não foram afetadas assumem parte das funções das áreas atingidas pela lesão, e, por esse motivo, as manifestações clínicas podem mudar de acordo com o amadurecimento cerebral.

Esse saber compõe o raciocínio clínico fonoaudiológico no trato com a sialorréia. Temos aqui o princípio básico deste fazer:

A plasticidade das células do Sistema Nervoso Central (SNC) é influenciada basicamente pela estimulação periférica captada e conduzida por meio dos sistemas sensoriais, ocorrendo tanto em processos patológicos como durante o desenvolvimento. A área sensitiva recebe, decodifica e analisa os estímulos, a área motora comanda os movimentos conscientes e voluntários e a área associativa integra as informações das áreas sensitivas e motoras, planejando os tipos de movimentos e comportamentos mais adequados à situação (ANUNCIATO, p. 355, 1998).

Desta maneira, o fonoaudiólogo fornece os estímulos necessários para que o SNC possa interpretar as informações provenientes da periferia do corpo, processando e integrando com as outras áreas, de modo que seja possível produzir uma reorganização de aferências.

Segundo Castillo-Morales (1999), o controle motor global (cervical, cintura escapular, tronco e cintura pélvica) é considerado um fator importante para a modificação de padrões patológicos, promovendo melhor movimentação das estruturas do complexo crânio-orocervical. Segundo o autor, o alinhamento biomecânico adequado, somado ao alinhamento muscular e à estabilidade corporal global, reflete-se na musculatura supra e infra-hióidea, na dos lábios e na da língua, permitindo maior estabilidade e mobilidade para a execução das funções orais de deglutição e articulação.

Numa outra vertente, temos a terapia motora oral que consiste num programa de aprimoramento da musculatura desta região, com atividades que incluem estímulos à sucção e a movimentos do lábio, da língua e da mandíbula. McCrachen (1978) descreve o tratamento de três casos de sujeitos com paralisia cerebral que apresentavam sialorréia, nos quais foram utilizadas técnicas sensório-motoras para o fortalecimento da musculatura da língua. Contudo, ao término das sessões, havia falta de evidências para sustentar os benefícios oriundos de tal programa. Harris e Dignam (1980) tiveram resultados positivos em crianças com paralisia cerebral que participaram de um programa de treinamento usando espelhos, jogos competitivos e frases de reforço combinadas com a técnica “chin cup”, em que se aplicava pressão sob o queixo para a obtenção de apropriado vedamento labial.

As terapias Behaviour Modification e Biofeedback (Koheil et. al., 1987) isoladas, mas usualmente combinadas, revelam-se como treinos para a criança com sialorréia, o que permite uma série de exercícios modelos para a deglutição da saliva através de sons e de estímulos auditivos. Os autores reportam o sucesso desse programa

de treinamento usando eletromiografia (EMG) com eletrodos localizados sobre a musculatura orbicular da boca.

Em um artigo que situa a importância da postura em repouso dos órgãos fonoarticulatórios em pacientes ortodônticos e sem lesões neurológicas, Junqueira (1996) sugere, com esta condição, conscientizar o paciente da importância de fechar os lábios e posicionar a língua na papila e usar lembretes para tais posturas. Segue, ainda, sugerindo aos fonoaudiólogos que definam a priori as dificuldades e os obstáculos de cada caso na terapia miofuncional, para que os limites anatômicos do paciente sejam priorizados.

A Terapia de Regulação Orofacial, descrita por Morales (1999), relata a correlação entre a mobilidade do complexo orofacial e o corpo, em que crânio, mandíbula, hióide, escapula, clavícula, cintura pélvica e alguns grupos musculares a eles relacionados funcionam de maneira semelhante ao sistema de alavancas. O trabalho fonoaudiológico, seguindo este preceito, se dará na modificação da postura patológica ou defeituosa da cintura pélvica, influenciando na modificação da posição da mandíbula, da língua e dos lábios.

Uma aplicação funcional, empregada de acordo com os princípios de seu idealizador, tem sido usada com êxito no tratamento da sialorréia. Ela consiste em utilizar uma placa acrílica palatal com estimuladores vestibular e lingual. O estimulador vestibular, formado conforme a variação da profundidade do sulco, estimula o lábio. O estimulador lingual é um botão mediano com uma cavidade que induz a sucção mais satisfatória e, subseqüentemente, promove a retração lingual.

Esta aplicação auxilia os sujeitos com musculatura perioral hipotônica e com protrusão de língua. Numa pesquisa de Limbrock et. al (1990), os pesquisadores constataram que houve evolução em 72% dos pacientes com paralisia cerebral que apresentavam sialorréia. Segundo os autores, mesmo quando este método não acabava com a sialorréia, ajudava a reduzi-la.

Pinho (1999) define a sialorréia como a ausência ou falta no controle salivar devido a aspectos como: postura inadequada de órgãos fonoarticulatórios, alteração de tônus dos órgãos fonoarticulatórios, inabilidade motora, dificuldade de coordenação entre sucção e deglutição da saliva e alteração da sensibilidade oral. Nesta última, a autora acrescenta que, mesmo que o sujeito tenha condições motoras para efetuar a função deglutiva da saliva, a sialorréia pode ainda permanecer caso a sensibilidade oral esteja comprometida.

O fonoaudiólogo, desta maneira, focará sua atuação na adequação dos reflexos patológicos e no ajuste da sensibilidade oral, na tonicidade e na postura dos órgãos fonoarticulatórios. Nesse sentido, o controle salivar será trabalhado: “Este trabalho estende-se até a atuação na sucção e na deglutição. Para agir no controle de saliva, o fonoaudiólogo pode utilizar-se de manobras facilitadoras envolvendo a mandíbula, os lábios, massagens e movimentação de língua”. (PINHO, 1999, p. 40)

No trabalho de Do Val et. al. (2005) em que o objetivo era a verificação da relação entre a postura corporal e a adequação do Sistema Estomatognático em crianças portadoras de paralisia cerebral com alterações sensório-motoras, foi observada melhora estatisticamente significativa dos aspectos do sistema estomatognático em 100% das crianças, tanto nas estruturas isoladamente quanto em conjunto. O mesmo foi observado com relação às funções. Concluiu-se que a adequação da postura corporal das crianças estudadas favoreceu de forma significativa o desenvolvimento e a adequação do sistema estomatognático em relação à postura e à funcionalidade.

Apesar de muito utilizada nos procedimentos fonoaudiológicos, a crioterapia (estimulação térmica com gelo) aparece, recentemente, na literatura fonoaudiológica. Rosa et.al. (2005) descreveram os resultados do uso desta técnica como recurso terapêutico para a redução da sialorréia em uma criança com disfunção neuromotora. As autoras referiram que a crioterapia tem a função de estimular as células intraorais e,

como nesta região há um grande número de termorreceptores para o frio, a sensação tende a permanecer por mais tempo.

O estímulo a ser utilizado é de forma rápida, promovendo a contração muscular pela criação de um potencial de ação no fuso muscular e pela existência de menor quantidade de tecido adiposo. Há relação entre estereognosia oral e a sialorréia em crianças com disfunção neuromotora, devendo-se, assim, estimular funções sensoriais e oromotoras para diminuir a mesma. (ROSA et.al., 2005 p. 301)

Contudo elas afirmam a necessidade de haver outros estudos com amostra significativa que confirmem tal eficácia.

O termo crioterapia significa, literalmente, "terapia pelo frio". Qualquer tipo de uso do gelo ou de aplicações do frio com objetivos terapêuticos é, dessa forma, crioterapia. Em outras palavras, crioterapia é a aplicação terapêutica de qualquer substância ao corpo, resultando numa retirada do calor corporal e, por meio disso, rebaixando a temperatura tecidual. Os efeitos fisiológicos ocasionados pelo uso da crioterapia são: anestesia, redução da dor, redução do espasmo muscular, estímulo ao relaxamento, melhoria na amplitude de movimento, estímulo à rigidez articular, redução do metabolismo, redução da inflamação, estímulo à circulação, redução do edema, quebra do ciclo dor-espasmo-dor.

Recentemente, no site American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Drummond e Fox (2007) publicaram um trabalho sobre a prática da aplicação de uma fita adesiva (kinesiotape) em pacientes com paralisia cerebral que apresentavam sialorréia. Esta prática envolve a aplicação desta fita na musculatura externa do assoalho da língua (mais precisamente na altura em que se localiza a glândula submandibular) e orbicular da boca, produzindo um efeito de redução da sialorréia. De acordo com as autoras, a aplicação do kinesiotape melhora a performance labial e, conseqüentemente, o feedback tátil e proprioceptivo desta região.

É absolutamente legítimo que o modelo médico no trato com a sialorréia seja assim. Quando falamos durante este capítulo sobre o sintoma de sialorréia delimitado às superfícies visíveis, estávamos nos referindo também a um fazer fonoaudiológico muito particular e que se aproxima clinicamente do modelo médico, de uma lógica positivista.

O que baseia o raciocínio clínico de ambos diante de um sujeito que apresenta sialorréia seria a apreensão de dados referentes aos sinais objetivos e fixos, baseados em uma série de exames físicos. Então, propõe-se uma terapêutica precisa, indicando ou contra-indicando outras intervenções. Como vimos, de acordo com o avanço tecnológico na área e com as pesquisas e estatísticas realizadas, o médico e o fonoaudiólogo terão acesso a um instrumental maior ou menor. Novas cirurgias, novas drogas e práticas vêm se somar ao arsenal terapêutico.

Há cem anos, entretanto, surge um outro paradigma de clínica. Esse paradigma é o do modelo psicanalítico, inaugurado por Freud, com a psicanálise. Este é o assunto que será abordado no próximo capítulo.

Cap. II – A TEORIA PSICANALÍTICA COMO EIXO PARA A REFLEXÃO DOS SINTOMAS ORAIS

“O corpo existe e pode ser pego. É suficientemente opaco para que se possa vê-lo. Se ficar olhando anos, você pode ver crescer o cabelo. O corpo existe porque foi feito. Por isso tem um buraco no meio. O corpo existe, dado que exala cheiro. E em cada extremidade existe um dedo. O corpo, se cortado, espirra um líquido vermelho. O corpo tem alguém como recheio”.

Arnaldo Antunes (2006)

2.1 Corpo Pulsional e Zonas Erógenas

Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade, de Freud (1905), devem ser considerados como o discurso da pulsão. E, como o próprio título indica, não é da pulsão em geral que Freud fala mas sim da pulsão sexual em particular.

O termo pulsão geralmente carrega em torno de si uma certa confusão com o que se costuma chamar de instinto, mas Freud pontua que pulsão deve ser entendida como o desvio do instinto. É essa dissociação da pulsão sexual com respeito ao instinto que vai constituir a diferença do sexual entendido como instinto em face do sexual entendido como pulsão.

As pulsões parciais⁴ começam a funcionar num estado anárquico, inorganizado, que caracteriza o auto-erotismo; enquanto umas estão ligadas a uma zona erógena determinada, outras são independentes e definidas pelo seu alvo.

O conceito de zona erógena está presente em Freud desde 1896, mas apenas no âmbito privado de sua correspondência com Fliess. Nessa época, ele já comentava com seu amigo que, na infância, a liberação da sexualidade ainda não é tão localizada como o é posteriormente, de modo que as zonas (e talvez também toda a superfície do corpo)

⁴ Esta expressão designa os elementos últimos a que chega a psicanálise na análise da sexualidade. O termo “parcial” não significa que pertencem à classe da pulsão sexual na sua generalidade; deve ser sobretudo tomado num sentido genérico e estrutural: as pulsões parciais funcionam primeiro, independentemente, e tendem a unir-se nas diversas organizações libidinais. (LAPLANCHE E PONTALIS, 1992, p. 402)

também provocam algo análogo à liberação posterior da sexualidade. A liberação da sexualidade dar-se-ia não apenas mediante um estímulo externo sobre os órgãos mas também “a partir de idéias, isto é, a partir de traços de memória”. (GARCIA-ROSA, 2004, p. 102).

Freud elabora a noção de zona erógena a partir de um referencial anatomofisiológico. De acordo com esse referencial, certas regiões do corpo são consideradas predestinadas para fins sexuais, mas, depois de algum tempo, Freud foi levado a atribuir a qualidade de erógenas a todas as partes do corpo e a todos os órgãos internos.

Foi necessário, portanto, haver uma organização da dinâmica pulsional, por etapas (as fases), do desenvolvimento sexual da criança, determinada ou pela predominância de uma zona erógena ou por um modo de relação de objeto. O termo “fase” não é empregado por Freud apenas para designar as etapas da evolução da libido mas também para estabelecer períodos do desenvolvimento individual, os quais estariam relacionados a zonas erógenas determinadas.

A primeira fase descrita por Freud dentre as organizações pré-genitais é a Fase Oral. Nela, o prazer ainda está ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios e da cavidade da boca, constituindo um prazer auto-erótico. Tal é o nome dado à fase de organização libidinal que se estende desde o nascimento até o desmame e que está, então, sob a primazia da zona erógena bucal. A necessidade fisiológica de chupar surge logo nas primeiras horas de vida; mas, saciado, o bebê continua durante o sono da sua digestão a sugar o lábios. Aqui, o sujeito não tem, ainda, a noção de um mundo exterior diferenciado dele. Se a ocasião de satisfazer este prazer lhe for dada, a criança prende-se a esse objeto ocasional (o seio ou a mamadeira) com que ela gosta de brincar mesmo quando já não há mais leite, que ela gosta de sugar sem fazer o esforço de aspiração e de deglutição.

Mais tarde, essa fase foi subdividida em duas: fase oral precoce ou passiva (caracterizada pela função de sucção). Aqui, as primeiras palavras já são uma conquista que exige muito esforço, recompensado pelo júbilo e as carícias do meio familiar. A fase oral-sádica ou ativa, esta mais avançada (caracterizada com o aparecimento dos dentes, pela função de morder). Nela, a incorporação – o modo de relação com o objeto – implica na sua destruição, deflagrando um sentimento de ambivalência em relação a ele. A criança morderá tudo o que tiver na boca, os objetos e também o seio, se ainda mamar; e, como a mordedura é a sua primeira pulsão agressiva, a maneira como for permitida ou não pelo objeto de amor é da maior importância, visto que sua oralidade dependerá disso.

A criança gosta daquilo que lhe metem na boca (o seio, a chupeta); e, por extensão (porque ela ainda não adquiriu a noção dos limites do seu próprio corpo) de seu cuidador ou a mãe, sempre ligados, necessariamente, ao prazer de mamar e com os quais este se encontra identificado. Aliás, todos os momentos de sensação voluptuosa, o banho, o embalo, estão ligados à presença da mãe/cuidador – pelo olhar, o som e o tato. Associada a estas sensações de prazer, a mãe converte-se inteiramente num objeto de amorosidade⁵.

Pouco a pouco a criança irá se identificar com sua mãe/cuidador, que, aliás, subsistirá durante a vida toda, mesmo depois de aparecerem outros modos: se ela sorri, o filho sorri, se ela fala, ele vocaliza/balucia e a criança desenvolve-se armazenando passivamente as palavras, os sons, as imagens e as sensações corpóreas.

De acordo com Dolto (1977), a atitude da criança em face ao mundo exterior irá se harmonizar com o modelo dessa relação de amorosidade. Desde que alguma coisa lhe interesse, ela a levará à boca. Absorver, então, o objeto, participar dele, acarreta à criança o prazer de “ter”, de “possuir”, o que, no bebê, confunde-se com o prazer de “ser”.

⁵ Na língua francesa, a palavra amor qualifica todas as possibilidades libidinais. Aimer engloba, além de amar, ter gosto ou ter interesse afetivo em si mesmo, descrito como aimance.

A segunda é a Fase Anal-Sádica, que é caracterizada por uma organização da libido sob o primado da zona anal e por um modo de relação de objeto que Freud denomina “ativo” e “passivo”. Ela está impregnada de valor simbólico, como é o caso da significação de que se reveste a atividade de dar e receber ligada à expulsão e retenção das fezes. Segundo Dolto (1977), para a criança de 1 a 3 anos de idade, nove décimos dos assuntos de relações com os adultos são ocupados pela alimentação e a aprendizagem do asseio esfinteriano.

Segundo a autora, o segundo ano da infância, sem destronar completamente a zona erógena bucal, vai conferir maior importância à zona anal. Esta, aliás, é despertada muito cedo e basta observar os mais pequenos para nos darmos conta do seu prazer durante o relaxamento espontâneo de seus esfíncteres excrementícios: “...a criança atingiu um maior desenvolvimento neuromuscular: a libido que provoca a sucção lúdica da fase oral provocará, agora, a retenção lúdica das fezes e da urina”. (DOLTO, p. 33, 1977)

Nessa fase, os cuidados higiênicos que se seguem à excreção são proporcionados pela mãe. Se ela está satisfeita com o bebê, o conjunto de cuidados de asseio ao corpo decorre uma atmosfera agradável; se ele sujou a roupa, passa-se o contrário – o censuram e ele chora.

De acordo com Dolto (1977), por causa da satisfação fisiológica da zona erógena, os cuidados com o corpo são agradáveis e as emoções contraditórias se associam à mãe: é a primeira descoberta de uma situação de ambivalência.

Quando a criança emite os seus excrementos no momento oportuno em que o adulto o solicita, torna-se, então, uma maneira de recompensar, um sinal de boa harmonia com a mãe, ao passo que a recusa em submeter-se aos seus desejos equivale a uma punição, a um desentendimento com ela.

Pela conquista da disciplina esfínteriana, a criança descobre a noção de seu poder, de sua propriedade privada: os seus excrementos, que ela pode oferecer ou não. Nas palavras de Dolto:

Poder auto-erótico sobre o seu trânsito⁶, poder afetivo sobre sua mãe, que ele pode recompensar ou não. Esse “presente” que lhe dará será assimilado a todos os outros “presentes” que se “fazem” (dinheiro, objetos que se tornam preciosos pelo simples fato de serem dados, o irmãozinho(a) que, nos fantasmas da criança, a mãe faz pelo ânus, após ter comido um alimento milagroso). (DOLTO, p. 34, 1977)

A terceira e última das fases, também porque vem depois das fases oral e anal, corresponde à fálica. A partir dela, no bebê, assiste-se ao despertar da zona erógena fálica, o pênis no rapaz e o clitóris na menina.

(...) no caso do menino, a fase fálica se caracteriza por um interesse narcísico que ele tem pelo próprio pênis em contraposição à descoberta da ausência do pênis na menina. É essa diferença que vai marcar a oposição fálico-castrado que substitui, nessa fase, o par atividade-passividade da fase anal. Na menina, essa constatação determina o surgimento da “inveja do pênis” e o conseqüente ressentimento para com a mãe “porque esta não lhe deu um pênis”, o que será compensado com o desejo de ter um filho. (GARCIA-ROSA, p. 106, 2004)

Aqui, há o desinteresse pelas matérias fecais, imposto à criança em nome da estética e aceito por ela para “agradar” a seus educadores e “comprar-lhes” o seu amor protetor. Até a aquisição dos hábitos de limpeza, a micção à vontade servia de apaziguamento da excitação fálica uretral, segundo o livre jogo das tensões libidinais locais (Dolto, 1977). De acordo com a autora, a disciplina do esfíncter vesical é menos exigida precocemente do que do esfíncter anal e menos incisiva pelos adultos. E acrescenta: “É à sua interdição que se deve, em grande parte, a persistência ou o retorno à incontinência da urina na segunda fase da infância, acompanhando ou não, a sucção do polegar”.

⁶ De acordo com Dolto (1977), é provável que a libido anal seja mais orificial, uma libido difusa “em todo o interior”, indo ao encontro da libido oral; o auto-erotismo narcísico de se sentir “dono de sua nutrição e do seu crescimento” de ponta a ponta.

A organização da dinâmica pulsional descrita acima nos mostra, desta maneira, os significantes que marcam o ritmo do desenvolvimento infantil, sempre intermediados pelo desejo do outro que opera sobre a criança através de seu discurso. A estruturação do corpo por parte de uma cadeia significativa o ordena em um olhar, ao escutar, ao receber, ao entregar, etc., em que as funções nutricionais ou excretórias cedem lugar a este ordenamento simbólico do corpo, sempre operado por um outro, que o reaciona em uma posição imaginária.

Com a idéia de inscrição de marcas no corpo que constituem as zonas erógenas, resultantes da sedução por parte do outro, há que se considerar e aprofundar neste trabalho a zona oral, que, por ser representada pela boca, remete à oralidade.

O termo oralidade exige ultrapassar a dimensão orgânica da boca e considerar também sua dimensão subjetiva. É ela que funda o sujeito, pois é o lugar do primeiro prazer. De acordo com Thibault (2004), a mamada e o choro surgem como a primeira expressão do eu. Assim, durante a construção do sujeito humano, a oralidade alimentar e a verbal parecem intimamente ligadas à sua necessidade funcional. Por isso, a autora afirma que a boca é a encruzilhada anatômica da palavra e do alimento.

É via oralidade que os elementos fundamentais para o estabelecimento do laço simbólico entre o outro primordial e o bebê se fundam.

Sabe-se, com Freud, que a boca é uma cavidade que denuncia o vazio vivido e que, por isso, faz apelo em direção a quem possa preenchê-lo. E, por isso, é uma cavidade pulsional.

Ao ser abocanhada em seu desejo de filho, a mãe se dá sugar pela sua cria. Criador e criatura se locupletam neste momento em que um oferta aquilo que deseja receber: a mãe, que oferecendo o seio, pede também para ser alimentada em seu desejo. A experiência da alimentação para o bebê, portanto, é a base de seu enraizamento corporal, operando uma passagem de *organismo* (pautado por determinações biológicas) a

corpo, como marca do desejo materno. (MARIOTTO, 2003, p. 267)

Não à toa, a boca e as pontas dos dedos das mãos são as estruturas sensorialmente mais desenvolvidas no corpo humano. É através da boca que a criança em desenvolvimento toma contato com o mundo físico e estabelece um conhecimento dos seus mais variados elementos que, mais tarde, serão explorados pelas mãos, através de uma coordenação mais aprimorada. Temos aqui a concepção de boca como uma "cavidade primitiva" que, amarrada estreitamente com as diversas atividades da língua e da mão, oferecem uma visão em certa medida encarnada de uma oralidade. Além disso, ela é o lugar em que ocorrem, simultaneamente, percepções externas e internas.

2.2 Da boca à oralidade

Os conhecimentos sobre a organização da zona oral e algumas das suas funções no feto muito desenvolveram-se nos últimos anos.

Sabe-se, por exemplo, que as vias nervosas do tato começam o seu desenvolvimento a partir da oitava semana de gestação e que os receptores do tato instauram-se ao redor da boca a partir deste momento, dado que é possível observar numa resposta motora a uma estimulação tátil desta zona. (GOLSE E GUINOT, 2004, p. 25)

De acordo com Golse e Guinot (2004), certas fotografias puderam penetrar na intimidade da vida fetal e, assim, familiarizaram-se com esta atividade oral pré-natal. Eles revelam que, mais recentemente, os progressos da ecografia ensinam sobre a existência de um jogo de fluxo e refluxo do líquido amniótico na boca e no trato digestivo superior.

As primeiras manifestações da oralidade fetal já são observadas durante o terceiro mês, assim como as primeiras gnosias e praxias orais e linguais são esboçadas em colaboração com a mão.

O reflexo de Hooker, descrito por Thibault (2006), é identificado durante a formação cefálica: o palato se forma, a língua descende, a mão toca os lábios, a boca se abre, e a língua sai para tocar a mão. Esta seqüência auto-erótica, primeira manifestação reflexiva de exploração e de poder de posse sobre o próprio corpo, permite ao embrião vir a ser feto.

Na 12^a ou 13^a semana, a grande maioria dos órgãos está instalada no devido lugar e o feto abre e fecha a boca de maneira mais ou menos ritmada. É o tempo dos primeiros movimentos respiratórios. Aparecem sobre a língua, os botões gustativos que desenvolver-se-ão até o fim da gravidez.

Na 22^a semana, o feto ficou capaz de provar o líquido amniótico. Golse e Guinot (2004) relatam que certas experiências mostraram que o tipo de alimento da mãe durante a gravidez pode influenciar, até certo ponto, a desenvolver o paladar para algumas substâncias ou moléculas que estão relacionadas com este alimento materno pré-natal.

Em outros termos, fica evidenciado, de acordo com os autores, que os cinco sentidos humanos desenvolvem-se de acordo com uma ordem invariável durante a vida intra-uterina: tato, depois o olfato, o paladar, a audição e, por último, a visão.

Além disso, os autores afirmam que, mesmo se não terminarem a sua maturação, estes sistemas parecem funcionais já antes do nascimento, o que confere à boca, já com aquele senso do tato e do paladar, um lugar completamente essencial, e isto muito precocemente dentro do útero. Igualmente, os autores relatam que o feto suga o polegar e o reflexo de sucção pode, assim, ser desencadeado a partir do quinto mês de gestação.

Thibault (2006) diz que o feto deve circundar e treinar o par “sucção-deglutição”, seja sugando seus dedos das mãos, seja deglutindo o líquido amniótico, com o objetivo de que este automatismo adquira uma eficiência até o seu nascimento.

Junqueira e Zago (1972) referem que a ectoderme constitui o folheto dorsal do disco germinativo, continuando-se perifericamente com o epitélio amniótico que dará origem à epiderme e seus derivados (pêlos, unhas, glândulas sudoríparas, sebáceas e mamárias) e epitélio de revestimento da porção anterior da cavidade bucal e suas glândulas, das cavidades nasais e dos seios paranasais, além das porções terminais dos aparelhos digestivo, genital e urinário e um esboço da cavidade anal.

A autora nos ensina que o que reveste o interior da boca não tem nada de mucosa habitual, como a mucosa brônquica ou intestinal. Trata-se de uma pele externa internalizada, chamado por Thibault (2004) de “pele mucosa”. A autora refere que a boca é a região do corpo especificamente situada na conversão do interior e da parte externa que se reencontrou por curiosos movimentos embrionários no interior dos lábios e é desprovida de queratina como a pele externa. Esta “pele mucosa” cobre o palato, o véu palatino, a língua e a face interna das bochechas e ainda apresenta um significado específico que confere ao conjunto da boca uma conotação sensorial muito próxima do tato, além do papel gustativo levado seletivamente pela língua, graças ao conjunto de suas papilas. Esta ambigüidade sensorial é parte integrante das diferentes funções pertencentes ao mundo da oralidade, ou seja, as sensações intra-orais são semelhantes às sensações das zonas externas do corpo, como por exemplo, temperatura, volume, forma, tamanho, peso...

Neste contexto, temos a boca e a oralidade “brincando” em um terreno emblemático e estruturado que faz parte de uma série de conflitos e desafios variados, que impõe a ambivalência do que está dentro e do que está fora, do que é orgânico e do que é simbólico. Neste ponto, é relevante notar que, além das papilas gustativas, cujas células sensoriais percebem (de forma heterogênea) os quatro sabores primários (amargo, azedo ou ácido, salgado e doce), quem nos dá a interpretação destas sensações

é o outro (aquele que caracteriza o gosto), aquele que fará a demarcação de seu desejo operando na criança através de seu discurso.

Portanto a boca de uma criança e, por conseguinte, toda sua oralidade, vão, assim, concorrer a uma edificação do seu sistema pulsional e, fundamentalmente, no campo das suas relações com o outro. Esta idéia nos leva a duas noções de oralidade trazidas por Thibault (2006): a oralidade primária e a oralidade secundária.

2.2.1 Oralidade Primária

A oralidade primária é marcada pela função alimentar sucção-deglutição. Esta função relaciona-se ao prazer que a criança experimenta no momento de se nutrir. A criança descobre que a excitação da boca e dos lábios procura o prazer em si mesmo na ausência dos alimentos. Desta maneira, o alvo da pulsão oral aqui é duplo: de um lado está a estimulação agradável da zona erógena bucal, e de outro, o desejo de incorporar o objeto que predomina (o seio). Aqui, a língua pode investir “livremente” sobre o espaço bucal.

Quando a mãe oferta o seio à sua criança, dá-lhe, com efeito, a mamada do leite que a alimenta, certamente, no plano calórico, mas, ela querendo ou não, sabendo ou não e que ela aceite ou não, nada pode fazer que o seu seio também não seja investido por ela como um órgão altamente erotizado no âmbito de sua vida de mulher.

A oralidade primária oferece-nos, com efeito, um modelo interativo de uma instauração pulsional, a sexualidade oral, mas não somente ela. Encontra-se, em certa medida, injetada da parte externa pela mãe, um tempo sexual que precede, de fato, uma elaboração interna ulterior pela criança dos materiais assim depositados em seu psiquismo (implantação "dos objetos-fonte" da pulsão na psique de uma criança em que os "significantes enigmáticos maternos" emitem ao conhecimento desta, via a situação de amamentação, todo o erotismo materno inconsciente, primeiro intraduzível, indecodificável, imetabolizável pelo bebê).

2.2.2 Oralidade Secundária

A oralidade secundária aparece com o desenvolvimento progressivo das oralidades corticais. Conforme a vontade da maturação neuropsicológica, o reflexo de sucção vai progressivamente dando lugar a novos padrões de gnosias e praxias. A língua, então, troca radicalmente de estratégia: pode aprender a comer e a falar.

Volta-se a dizer que o bebê mama primeiro para se alimentar, para absorver as calorias necessárias à sua sobrevivência, mas que muito rapidamente vai descobrir, já nas primeiras mamadas, uma série de prazeres conexos por acréscimos. E nesses prazeres por acréscimo vai achar a voz da sua mãe, o odor da sua mãe, toque de sua mãe, o holding da sua mãe.

Isto vale para todas as zonas erógenas parciais, em especial para a boca, em que se vê o papel central enquanto estabelecimento do dentro e do fora, ou seja, entre o si e o não si, paralelamente à sua função no estabelecimento de uma linha/fronteira de demarcação progressiva entre o registro da necessidade e o registro do desejo. Daí ser a boca o lugar do primeiro prazer e a oralidade a fundadora do sujeito. Neste contexto, ela é um lugar construído, que não está dado a priori.

Abraham e Torok apud Golse e Guinot (2004) apontam para uma segunda observação: importa notar que um aparelho da linguagem – cordas vocais são postas à parte – desenvolve-se com efeito pela aposta interessada e coordenada de todo um conjunto de zonas ou elementos corporais inicialmente atribuídos a outras funções. É o caso dos pulmões do qual a função primeira é a respiração, e é o caso da boca da qual a função primeira é, do mesmo modo, a alimentação. Isto para dizer que a linguagem vem transplantar-se secundariamente sobre o funcionamento auto-conservatório, revelando, por lá, as suas relações menos com o registro da necessidade e mais com os do desejo e os do pedido.

E os autores continuam com uma terceira observação: não é necessário esquecer que as primeiras produções sonoras de uma criança podem, sem dúvida, ser vividas por elas como verdadeiras substâncias materiais que preenchem a sua boca e, como tais, são suscetíveis de serem sentidas, por elas, como perdas na hora da emissão. Isto pode, em qualquer espécie, ser verificado no curso do tratamento de certas crianças mudas, nas quais há o sentimento de que falar realmente tem valor de perda de uma parte delas. Mas, com efeito, aquilo é quase igualmente perceptível nos bebês através do prazer que tomam ao encher a boca de suas vocalizações como numa espécie de manejo interno.

2.3 O sintoma de sialorréia na interface Psicanálise e Fonoaudiologia

Temos, agora, uma outra clínica já citada anteriormente, a chamada “clínica da subjetividade”. Atravessada pela teoria psicanalítica, podemos inferir que aqui há uma concepção de corpo diferente da anterior herdada do modelo médico. É importante salientar que esta clínica não se contrapõe com a objetividade. Segundo o ponto de vista da psicanálise, a objetividade e a subjetividade estão profundamente determinadas. Nas palavras de Tassinari (2000): “Tudo o que podemos conseguir objetivamente nos processos terapêuticos fonoaudiológicos vai depender do quanto podemos detectar as variáveis subjetivas que operam na prática, e do nosso posicionamento diante delas”. (TASSINARI, 2000, p. 87)

Aqui, é função do fonoaudiólogo compreender as manifestações sintomatológicas em sua rede de relações com a história de vida do sujeito (seja ele portador de lesões neurológicas ou não) e participar desta história na condição de terapeuta. Por se dizer da subjetividade, o sintoma que se apresenta tem algo a dizer sobre o seu sujeito, o sujeito do desejo:

(...) a Psicanálise, diferentemente de outras psicologias, não mais identifica a subjetividade com a consciência e a racionalidade... a psicanálise produz um descentramento do sujeito, isto é, não será mais o sujeito do conhecimento o referencial privilegiado para o desvelamento da verdade, e sim o sujeito do desejo. (SOUZA, p. 228, 1999)

O sintoma fonoaudiológico, observado via diálogo com a Psicanálise, deixa de ser somente aquilo que se vê, considerando, “além de suas manifestações aparentes, também os seus conteúdos latentes”. (CUNHA, 1997, p. 84)

Todavia, com a teoria psicanalítica, especialmente em sua vertente freudiana, considera-se neste trabalho que o sentido, o significado da “marca”⁷ que um sujeito “carrega”, o valor subjetivo destes sintomas, aqui também considerados como psíquicos, tem a ver não com um organismo “mal-desenvolvido”, mas sim com as vicissitudes, os acidentes ou mesmo os impasses da sua constituição psíquica.

Esta proposição não representa a negação ou a subestimação das limitações ou disfunções de caráter orgânico-fisiológico, mas, sim, fundamenta a importância de se considerar, para além dos diagnósticos e prognósticos (médicos e de outras especialidades), que o sintoma, “mesmo que primariamente de origem orgânica, sempre carregará as marcas subjetivas do sujeito, estando, muitas vezes, os conflitos psíquicos ancorados nessa disfunção plausível para o quadro patológico”. (TASSINARI, 2000, p. 86)

Lembrando Mannoni (1995): “Para além de qualquer fator de organicidade, esforcei-me para fazer aparecer o sujeito, perdido, esquecido através de todos os exames de laboratório”. (MANNONI, 1995, p. 149)

Da mesma forma que existe aqui a proposição de pensar que a constituição subjetiva se dá a partir de uma sustentação simbólica, deve-se considerar que o organismo apresenta-se não como *causa*, mas sim como um *limite*. Em termos psicanalíticos, o real do corpo, portador ou não de marcas, não representa o fator determinante das escolhas de um sujeito (*do desejo*), e sim o ponto final, “a linha que divide o possível e o impossível de suas funções e habilidades corporais”. (SILVEIRA, 2003, p. 4). Segundo Jerusalinsk (1999):

⁷ Vamos entender as “marcas” como lesões no real do corpo.

(...) se o desenvolvimento depende de um processo maturativo, a constituição de um sujeito não depende para nada dele. E mais, tal processo maturativo faz limite para este sujeito, porém não o condiciona nem o determina.[...] para que um sujeito se constitua não é necessário que uma criança caminhe, ou maneje habilidosamente sua preensão.[...] pois há crianças paráliticas cerebrais que nunca manejarão bem a pinça manual, nem caminharão; [...] nem por isso, serão menos sujeitos de desejo que outras crianças que gozam de todas as habilidades corporais. É verdade que tais acidentes do desenvolvimento colocam uma série de obstáculos à estruturação psíquica e, em seus efeitos traumáticos, podem pô-la em questão. Mas também é certo que não é do corpo, mas da simbolização que nele se opere a partir mesmo de suas primeiras falhas, que depende esta estruturação psíquica. (JERUSALINSKY, 1999, p. 37 – grifo meu)

Quanto a Freud, ele não ignorava o orgânico. Nele, o que se denomina orgânico está subsumido no conceito de constitucional que inclui o geneticamente herdado e as influências experimentadas durante os anos da infância. Segundo Coriat (1997), diversos autores acusaram Freud de biologista por ele não contar com as ferramentas conceituais para poder dar conta dos mitos universais de outra maneira do que como metáfora biológica.

É imprescindível pensar que, de acordo com o método clínico fonoaudiológico, temos um compromisso com o sintoma, já que se objetiva que o sujeito possa renunciar a ele. Contudo as alterações orgânicas serão qualificadas, aqui, a partir da relação com o outro. Nesta clínica, as dificuldades motoras orais justificadas por quadros lesionais podem ser compreendidas também a partir de alguns conceitos psicanalíticos, ou seja, requerendo uma apropriação deles, sem deixar de fora os pontos nos quais o orgânico incide no funcionamento do aparelho psíquico e, portanto, na constituição do sujeito.

Freud não deixa de levar em conta a materialidade do corpo, sustentando a idéia de que os processos psíquicos e fisiológicos são “concomitantes dependentes”: “...ao texto psíquico corresponde, como correlato, um tecido fisiológico que lhe serve de suporte”. (GARCIA ROSA, 2001, p. 35)

É o que Jerusalinsky (2007) chamou de permeabilidade biológica ao significativo, isto é, a permeabilidade à variação infinita dos representantes de objeto no ser humano, residindo na ausência de inscrição instintiva prévia do objeto”. (JERUSALINSKY, 2007, p. 41). Ou seja, nas crianças com lesões neurológicas, o significativo encontra suas dificuldades para se fazer valer. Há um obstáculo à inscrição dessa variação infinita, produzido porque, além da ausência de inscrição genética do objeto, manifesta-se uma ausência de capacidade de registro do sistema nervoso.

A partir destes pressupostos psicanalíticos, podemos apreender uma questão essencial para darmos início a uma outra (se não a mesma) discussão. Da mesma forma que a constituição subjetiva não se reduz ao aparato orgânico, ela não pode ser determinada estritamente por ele.

Como não há relação de causalidade entre o fisiológico e o psíquico, mas um paralelismo ou uma correspondência entre o processo fisiológico sensorial, o processo nervoso no nível cortical e o processo psicológico, o que faz a mediação entre esses níveis são forças que sustentam e *impulsionam* a atividade psíquica. Estamos falando das pulsões.

A pulsão é um “conceito que está entre o somático e o psíquico” e nos traz a marca do que é humano, o que Freud denominou ser elevação da condição animal. Aqui, o organismo não aparece, então, como causa de sua estrutura subjetiva, mas sim como um real limite de suas possibilidades. Um limite que, aliás, é (*im pulsionado* pelo outro.

E o que tudo isso tem a ver com os sujeitos com problemas orgânicos que chegam à clínica fonoaudiológica? Ora, se reconhecemos anteriormente que não vamos vivenciar experiências clínicas com um sujeito do conhecimento, e sim com o sujeito do desejo, é necessário que possamos favorecer o advento desse sujeito como tal.

Apesar de não ser o objetivo desta dissertação aprofundar conceitos lacanianos, torna-se importante dizer, mesmo que brevemente, como Lacan aborda o conceito freudiano de pulsão.

De acordo com os significantes da lingüística saussuriana, Lacan formaliza o modo pelo qual a pulsão vai sendo construída em cada caso a partir do Outro, aquele que *escreve* sobre o corpo do infans. Deste modo, há a herança e há transmissão, mas transmissão que se efetiva desde o registro simbólico antes mesmo de que o corpo vivo se aproprie da palavra. O conceito de inscrição⁸ (traço mnêmico) que Lacan toma de Freud, transforma-se em marca (também chamada de S₁).

Retomando. Para o sujeito advir como sujeito do desejo, é necessário que se cumpram as mesmas premissas, os mesmos passos necessários para que isso aconteça em uma criança organicamente normal.

Coriat (1997) recorda que, dependendo de como as marcas fundantes foram instaladas, irão possibilitar ou impedir o surgimento do desejo. A função do fonoaudiólogo, portanto, será a de propiciar uma escritura que possibilite a transformação da carne (do corpo/órgão) em um sujeito do desejo.

Metaforicamente, a autora sugere para os clínicos que trabalham com crianças com problemas orgânicos que “escrever” no corpo do sujeito que lhe procura não só é necessário uma mão dirigida mas também o papel. Nesse sentido, lança a pergunta: “Do que é feito o papel?” e produz uma resposta:

(...) Se tomamos a superfície corporal como papel, esta funciona como bloco mágico. As extensões periféricas do sistema nervoso central ocupam-se de levar a informação ao cérebro e ali fica instalado o registro definitivo. As letras da mensagem ficam escritas em código químico. A informação é transmitida por via química e elétrica. (CORIAT, 1997, p. 33)

⁸ Sobre isso ver: Lacan J. A identificação. Seminário IX, aula de 16 de Maio, 1962.

No projeto de neurologia para psicanalistas, Coriat (1997), diz que a psicanálise se ocupa dos efeitos do escrito, a neurologia ocupa-se do papel. Deste modo, a neurologia nos diz que há uma grande variedade de qualidades de papel. Há papéis sobre os quais a mão que escreve desliza quase sem se dar conta, e, no entanto, os caracteres que ali aparecem resultam nítidos e claros. Ela refere-se a sujeitos normais.

Há, porém, papéis sobre os quais, por diversos motivos, é difícil escrever. O papel pode apresentar uma superfície rugosa que não permite à caneta deslizar com facilidade, pode estar entrecortado, pode ser necessário remarcar uma e outra vez a mesma letra para que seja possível chegar a lê-la. De acordo com as circunstâncias, com certo esforço da parte de quem escreve, é possível obter um resultado tão legível quanto no caso anterior; outras vezes, com o mesmo esforço, também se consegue escrever o que se quer, mas resulta menos nítido: é possível ler o que está escrito, mas não salta à vista, é preciso um pouco mais de tempo para lê-lo. Refiro-me aos sujeitos com certos tipos de disfunções ou com déficits em seus órgãos sensoriais.

A clínica fonoaudiológica trabalha, principalmente, com os papéis do segundo grupo. Neste, deparamo-nos com pais que, confrontados com um papel diferente daquele esperado, às vezes não querem escrever nele; outras vezes querem, mas, em vez de escrever o texto que vieram preparando durante os meses de gestação, supõem que este papel diferente necessita de um outro texto daquele que haviam imaginado.

É dessa metáfora da escrita *no* papel que podemos pensar nas excitações *no* corpo, o que se revela no conceito de corpo pulsional. A pulsão seria aquela que vincula o homem ao corpo, à matéria, ao mesmo tempo que dá a condição de possibilidade para o registro do simbólico.

Nesse sentido, buscando contribuir para a compreensão do sintoma de sialorréia, o próximo capítulo traz o estudo de dois casos clínicos. Como já pontuado, as interpretações terapêuticas advêm de pesquisas baseadas em textos fonoaudiológicos e psicanalíticos que favoreceram o conhecimento a respeito desse sintoma.

Cap. III - REVERBERAÇÕES NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: BRUNO E CARLOS

3.1 O relevo de dois casos: a definição de uma demanda científica

“É mais promissor, no trabalho científico, atacar o que quer que esteja imediatamente à nossa frente e ofereça uma oportunidade à pesquisa. Agindo dessa forma, realmente com afinco e sem preconceito ou sem prevenções, e tendo-se sorte, então, desde que tudo se relaciona com tudo, inclusive as pequenas coisas com as grandes, pode-se, mesmo partindo de um trabalho desprezível, ter acesso ao estudo dos grandes problemas.”

Sigmund Freud (1915)

Pretende-se, neste capítulo, trazer a discussão de dois casos clínicos, tendo como referência a concepção de caso clínico descrita por Jerusalinsky (2004). Aqui, as apresentações destas duas experiências não seguem a ordem cronológica em que foram vividas. De acordo com o autor, tomado pela transferência imaginária, “o caso” se apresentou a partir de uma suposição de que o clínico sabia como resolver seu problema. Seguindo a ordem em que a história se apresentou a nós, teremos que começar por assumir este lugar de saber que nos é suposto. No sentido contrário, o autor sugere que uma apresentação de caso comece pelo ponto que nos faça questão, que ignoramos, pois são nossos pontos de ignorância que nos levam, pela via da transferência, a consultar um outro (seja ele um supervisor, um analista ou até mesmo, a escrita de um caso clínico). Tal direcionamento pode possibilitar um reordenamento ao que vinha ocorrendo até o momento. Ou seja, a cronologia do caso não está no calendário, ela é simbólica. Espera-se, então, que possamos lidar precisamente com essa nova ordem – o novo, além do mais, é isso que faz esse caso se tornar um caso: “onde bordejamos esse buraco de ignorância e nos decidimos a lidar com ele”. (JERUSALINSKY, 2004, p. 16).

Antes mesmo de iniciar com a apresentação dos casos, faço uma ressalva com Jerusalinsky (2004): um conto, uma novela, uma história não são um caso clínico, são uma narrativa qualquer.

Alguém que vem nos contar a sua vida não é um caso. Ele faz até ali conosco o mesmo que pode fazer com a vizinha, com o tio, com um amigo...Torna-se caso, propriamente dito,

quando ele nos apresenta um enigma, uma interrogação. E na formulação desse enigma e dessa interrogação o papel fundamental é nosso, e não dele.” (JERUSALINSKY, 2004, p.16)

3.2 BRUNO

“O desejo é o começo do corpo”
Tatit, P.; Peres.S., 1998.

Já faz algum tempo que atendi a Bruno. Optei por trazê-lo para a discussão neste trabalho pois foi ele quem, inicialmente, instigou-me a levantar questões sobre o método clínico fonoaudiológico, particularmente no que se refere aos sintomas sensório-motores orais decorrentes de lesões neurológicas.

Sentindo-me afetada pela patologia deste sujeito – várias vezes me vi angustiada e paralisada diante da realidade daquele corpo espástico –, padeci, embora de modo indireto, com seu sofrimento e imagino que decorreu deste lugar o meu desejo de saber, o desejo de curar. A forma como fui afetada pelo discurso materno e como me posicionei na escuta dos sintomas latentes e no olhar para os sintomas manifestos (dentre eles a sialorréia) exigiu-me, para a elaboração desta pesquisa, um trabalho analítico pessoal e discussões em um grupo de estudos.

3.2.1 Histórico

Bruno foi o primeiro filho do casal e único até setembro de 2003, quando já tinha completado 7 anos. Os pais pertenciam a uma família de classe média alta e eram casados há 2 anos quando souberam da gravidez. De acordo com o relato materno, o filho não foi programado, porém o casal ficou muito feliz com o fato.

Advogada, a mãe trabalhou até os dias que antecederam o parto. O estado gestacional foi lembrado por ela como um período “*tranquilo até os seis meses*”, quando, a partir da 27^a semana, foi lhe dada a recomendação médica de repouso absoluto. Dores de cabeça e mal-estar a levaram para um pronto-socorro. Bruno nasceu de uma cesariana de urgência, em decorrência de uma pré-eclâmpsia repentina na 28^a semana de gestação (6 meses). Ao ter um desconforto, a mãe foi à maternidade, e lá os médicos plantonistas diagnosticaram sofrimento fetal através de ultrassonografia.

Bruno teve anóxia pré e peri-natal, o que ocasionou uma paralisia cerebral espástica. Existiram outras intercorrências em sua saúde. Bruno apresentou duas paradas cardior-respiratórias 48 horas após o seu nascimento. Alguns dias depois, antes mesmo de receber alta da maternidade, foi diagnosticada uma enterocolite (lesões e inflamações na superfície interna do intestino). Ao ser transferido para outro hospital, Bruno realizou terapia medicamentosa, obtendo alta depois de algumas semanas. Desde seus primeiros dias de vida, Bruno começou a apresentar crises convulsivas. De acordo com a mãe, alguns medicamentos não controlavam essas crises, e, com o início do uso do Rivotril, as crises passaram a ser controladas.

O diagnóstico fisioterápico é de quadro motor de tetraparesia espástica com predomínio crural entre o nível IV e V. A postura, observada na cadeira, configura-se por uma hiperextensão cervical. Foi realizado o exame audiológico de Emissões Otoacústicas (EOAS) com resultado normal. Dos últimos exames realizados, aos 6 anos, Bruno teve diagnóstico oftalmológico de ambliopia no olho esquerdo, doença conseqüente do estrabismo. Como tratamento, foi realizada a oclusão do olho normal, para estimular o desenvolvimento do olho estrábico. Na avaliação odontológica, quando Bruno apresentava de 8 para 9 anos, verificou-se diastemas, maloclusão Classe II e mordida aberta anterior. Em avaliações psicológicas realizadas anualmente, os testes relativos ao desenvolvimento cognitivo apresentaram-se normais.

3.2.2 Processo Terapêutico

O processo terapêutico teve início em Abril de 2002 e foi finalizado em Agosto de 2005. O material de análise configura-se em registros escritos apreendidos através da experiência terapêutica, que ocorria na freqüência de duas vezes por semana, em atendimento domiciliar, com duração de 1 hora.

O atendimento fonoaudiológico de Bruno iniciou-se quando este tinha 5 anos de idade (abril de 2002). As entrevistas com a mãe eram freqüentes, quase que todas as semanas. Com o pai, conversei apenas uma vez. De acordo com o relato materno,

Bruno foi encaminhado pelo pediatra a uma equipe multidisciplinar da Associação de Amigos da Criança Deficiente (AACD) em seus primeiros meses de vida. Lá foram realizados exames neurológicos, terapia de estimulação sensório-motora com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além de terapia fonoaudiológica. Nesta instituição, segundo a mãe, Bruno permaneceu até completar 4 anos, quando foi encaminhado a um centro de reabilitação em outro local.

A queixa fonoaudiológica trazida pela mãe configurava-se, principalmente, no seu desconforto com a excessiva sialorréia de Bruno, além do retardo no processo de aquisição de linguagem oral. Além disso, ela se queixava da ausência de controle esfinteriano uretral e anal pelo filho, atribuindo este problema à lesão neurológica.

Nos estágios iniciais de atendimento, Bruno era uma criança extremamente tímida⁹. Durante a avaliação do sistema estomatognático, observou-se disartria espástica e diminuição da força muscular dos orbiculares da boca (o que causava uma imprecisão consonantal).

A velocidade dos movimentos articulatorios, assim como sua amplitude, eram menores do que os movimentos articulatorios típicos. Sua intensidade de voz era baixa, com tempo de emissão encurtado e perda da entonação. A qualidade vocal foi caracterizada como forçada e áspera. Em relação à postura de OFA, verificou-se lábios entreabertos, ambos com tendência à hipertonía e com pouca mobilidade. A respiração era predominantemente oral. Bochechas e língua hipotônicas, sendo esta última em posição de projeção e pouca mobilidade. Vale marcar que a sialorréia, apresentando-se como um distúrbio sensório-motor oral, manifestava-se, neste caso, com maior regularidade, numa deficiência proprioceptiva das regiões do vestibulo e dos lábios. Bruno, quando solicitado a deglutir a saliva, o fazia com eficiência.

⁹ Mesmo considerando a hipotonia de tronco de Bruno (quando se declinava sobre as pernas) e seu estrabismo, caracterizei-o como tímido devido ao efeito de nossa interação (pelo olhar e até mesmo pela hiperemia da pele da face quando lhe fazia perguntas). Tais expressões faciais evidenciaram uma correspondência com seu estado subjetivo, excluindo a possibilidade de uma interpretação destas manifestações como puramente espástica.

Foi verificada presença do reflexo de busca avaliado com um toque nas comissuras labiais, no lábio superior e no inferior. A sensibilidade tátil extra-oral nestas regiões, assim como nas bochechas, foi avaliada como hipersensível. Observou-se também o reflexo nauseoso (avaliado com um toque do dedo indicador no terço anterior da língua), o reflexo de mordida, utilizando-se uma colher, e hipersensibilidade intra-oral quando houve toque do dedo indicador na papila palatina e nas laterais da língua.

Ns cenas de alimentação, Bruno realizava suas refeições com a mãe e a tia, à mesa e sentado em uma cadeira especial. O alimento servido a Bruno era o mesmo que a mãe preparava para toda a família e pude observar, desta maneira, que Bruno alimentava-se de diferentes sabores e consistências. Muitas vezes, presenciei momentos em que a mãe lhe dava a comida no sofá da sala de estar enquanto Bruno assistia a televisão. Durante as primeiras refeições observadas, constatei a presença de sialorréia nos momentos em que Bruno comia, quando bebia no copo ou no canudo ou ainda quando conversava. Na ida da colher à sua boca, Bruno projetava-se, indo com todo o corpo ao encontro da colher, anteriorizando a língua.

A apreensão do bolo alimentar dava-se com os dentes. Nunca houve engasgos, porém não tinha registro de oclusão labial no momento da apreensão do alimento e na mastigação do bolo. Muitas vezes, Bruno engolia sem mastigar, conferindo um déficit na fase preparatória oral e na fase oral. Havia hipotonia dos lábios para o vedamento, e da língua, para a elevação de seu ápice contra o palato. Ao alimentar-se sozinho com bolachas, pão ou qualquer outro alimento com as mãos, Bruno os esfarelava devido à espasticidade dos membros superiores.

Segundo a mãe, Bruno foi amamentado no seio até os 6 meses de idade e, após este período, foi alimentado por mamadeira. O desmame aconteceu, segundo ela, porque seu leite “secou” e Bruno passou a recusar o seio. Neste relato, a mãe apresentou-se melancólica, pois disse que gostaria de continuar a amamentá-lo: *“...eu queria muito amamentá-lo... no início, foi emocionante, eu queria muito, e ele mamava*

bem, mamava forte...". Foi oferecida a ele a chupeta, da qual Bruno fez uso até quase dois anos: "...*ele mesmo a colocava na boca e ele mesmo a tirava...*", disse a mãe. De acordo com seu discurso, Bruno iniciou o hábito de sucção do polegar em seus primeiros meses de vida, mas foi interdito por ela, que considerava tal hábito nocivo e julgava que seria mais difícil de ser "*cortado*" se fosse prolongado por mais tempo.

3.2.3 Corpo e Linguagem

Sempre que saia de casa, a mãe preparava uma bagagem (camisetas, cuecas, calças, meias, tênis, lenços umedecidos e fraldas de pano) e todo este aparato se devia à persistência da sialorréia, além da enurese, inclusive durante as sessões terapêuticas. A propósito desses problemas, seguem-se alguns fragmentos clínicos:

Bruno chegou no horário e foi levado pela mãe ao banheiro mesmo sem ter o desejo de urinar. Segundo a mãe: "*...é pra que ele não tenha motivo pra sair...*". Era esse o discurso materno contaminado pelo institucional¹⁰.

Bruno estava completamente molhado por sua urina alguns minutos após o início das sessões. Além de seu corpo, a cadeira de rodas, as faixas para conter a musculatura lombar e os joelhos, a goteira da perna, os tênis e as meias também eram atingidos. No início, eu dizia: "*Bruno, você fez xixi, né?*". Depois, quando via a urina no chão, não dizia nada, aguardando que ele me dirigisse algum pedido. Era visível seu desconforto corporal, e Bruno solicitava a mãe, numa intensidade de voz muito baixa e com excessiva salivação.

Assim, "a boca que babava" parecia "perdida" num corpo espástico, com descargas motoras involuntárias, convocando-me para a utilização de técnicas fonoaudiológicas específicas para o trabalho de sensibilização e motricidade oral. Dentre estas técnicas, incluía-se a organização da postura de cabeça, tronco, pelve e

¹⁰ O discurso de outros profissionais que o haviam atendido era o de que Bruno urinava na roupa para não ter que permanecer nas terapias.

membros, além de estimulações sensório-motoras orais, como a crioterapia, que visavam sensibilizar a área do vestibulo, da língua, das bochechas e dos lábios, além de favorecer o ritmo de deglutição salivar.

Era este o ponto que me fazia questão, mas não obtínhamos resultados efetivos. Havia aqui um “buraco” no método clínico que impossibilitava a obtenção do que se desejava. Será isso o que afirma Jerusalinsky (2004, p. 24)? A saber: o método nos diz, do ponto de vista analítico, por onde começar e nos diz que é imprescindível que não saibamos onde terminar.

Neste tratamento de terapia sensório-motora oral, eu me ocupava em pensar Bruno e seu corpo em construção. A implicação particular de sua limitação física impunha alguns obstáculos, mas não o desviava, neste contexto, de sujeito desejante.

Supus que diante de uma boca que parecia “descolada” do sujeito e que se apresentava pelo sintoma da excessiva salivação, a ênfase na linguagem oral poderia se tornar a melhor forma de “exercitação” motora, via atividade dialógica. Ofereci a Bruno um espaço, objetos, situações em que ele se ocupasse com seu fazer, com seus sons e movimentos, colocando-o num outro lugar simbólico.

Neste contexto terapêutico, eu tomava o tônus muscular orofacial, assim como o tônus corporal global, articulado ao funcionamento orgânico e também ao simbólico. Nas palavras de Levin (1995): “é a linguagem que cria um sujeito e com ele, o seu corpo e a sua motricidade” (LEVIN, 1995, p. 81). Nessa perspectiva, decidi interpretar o corpo de Bruno pela (e como) linguagem.

Eu acreditava que, para um sujeito ter controle sobre suas funções orais, seria necessário que ele pudesse chegar ao saber de seu corpo e à sua representação simbólica. Desta maneira, seria impossível engolir saliva pensando no movimento da língua contra o palato duro para desempenhar tal função. Seria preciso esquecer (representar) a boca para a deglutição. Portanto, comecei a considerá-la em seu

posicionamento e na expressão oral em relação ao meu dizer e como ela se “dava a ver” na ação.

3.2.4 Corpo e Psiquismo

A mãe apresentava-se muito preocupada com a salivação, e os fisioterapeutas diziam-lhe que Bruno “parecia uma cachoeira” e questionavam se a fonoaudióloga “não estava cuidando disto”.

A importância que a mãe atribuía ao diagnóstico médico do filho ressoava em minha escuta como sua única possibilidade de dar vida ao corpo dessa criança que demandava seus permanentes cuidados. E os efeitos, oriundos de tal condição, manifestavam-se na dificuldade materna de supor que ali havia um sujeito, além de uma lesão orgânica.

Por isso, suas queixas restringiam-se à incontinência salivar e esfínteriana. Algo, em torno destas duas manifestações fisiológicas, tão cravadas no discurso materno, começou a delimitar uma outra demanda, senão uma nova. A queixa materna referia-se ao sintoma de sialorréia e à enurese, porém a demanda, ou seja, o que a remetia à busca do atendimento, articulava-se ao seu desconforto em ver a reação dos outros diante da falta de controle das secreções do filho.

Silva (2000), refletindo sobre queixa/demanda na clínica psicanalítica, descreve:

(...) deve-se ouvir a história da criança e dos pais e relançar o olhar desejan-te desses sobre seus filhos, não respondendo à demanda de “cura” muitas vezes presente, delimitando o problema da criança e não permitindo que ele afete outros aspectos de sua vida. (SILVA, 2000, p. 95)

Tavares e Pedó (2003) acrescentam neste raciocínio: “Há uma dupla demanda de atendimento, que se faz presente via de regra no discurso dos pais: (1) de um

conserto, uma reabilitação para isto que não funciona (no caso, o SNC lesado); (2) de um “resgate” do lugar de filiação da criança” (TAVARES E PEDÓ, 2003, p. 51).

É certo que, diante da sialorréia, o fazer fonoaudiológico é tecnicamente previsível. Mas o que implicava realmente o meu trabalho terapêutico com este sujeito?

Ouvir a mãe, acolher sua demanda e não restringir-se a ela já me traziam um importante passo em direção a um investimento nessa criança.

No caso de Bruno, suas próprias limitações constitutivas dificultavam o reconhecimento dos estímulos exteriores ou a resposta a eles, deixando a mãe num estado de solidão. Neste desencontro, os sintomas orgânicos manifestos ganhavam força. É como se, diante da decepção sofrida pela quebra da ilusão, a mãe recorresse à contenção daquilo que aparentemente lhe incomodava.

Segundo Jerusalinsky (1999), a estruturação psíquica de um sujeito passa pela imagem própria, formada a partir do olhar, da palavra e do desejo do outro. E a efetividade da função materna é fundamental para que tal constituição subjetiva aconteça. O autor escreve sobre o desencontro que pode acontecer entre a mãe e a criança nesses casos:

(...) a sustentação, a manipulação, a tarefa de conectar a criança com o meio, a transmissão da linguagem, o brincar, tudo pode e costuma ficar profundamente perturbado quando o déficit constitucional do bebê produz um desencontro precoce entre a mãe e seu filho. Desencontro que, por um lado, aparece como efeito de uma dor que se instala, suprimindo o gozo do intercâmbio mãe-filho; por outro lado, alimenta-se com os baixos níveis de registro e resposta do pequeno, ocasionados pelos seus déficits constitucionais. (JERUSALINSKY, 1999, p. 99)

Acredito que a posição da mãe afetava sua função materna. Como dissemos anteriormente no Capítulo II, é o desejo materno que permite que ela acredite que aquele filho lhe completa. Tal ilusão a coloca à disposição da criança e pronta a

oferecer os inúmeros cuidados que esse ser requer. Por isso, neste item, as cenas clínicas com a mãe tornaram-se fundamentais.

Neste contexto, foi necessário procurar compreender o papel da mãe no processo de constituição do aparelho psíquico de Bruno. À medida que as sessões iam acontecendo, ela me trazia, sistematicamente, dados do desenvolvimento motor da criança, assim como questões relativas ao controle esfinteriano e salivar.

A partir da teoria psicanalítica, especialmente em sua vertente freudiana, importava buscar o significado da marca corporal que essa criança “carregava”. Nessa perspectiva, os sintomas relacionavam-se a um organismo mal-formado e também às vicissitudes e impasses psíquicos. Considero que Bruno esteve sujeito a uma série de “curtos-circuitos”, provavelmente relacionados à edificação de seu sistema pulsional no campo de sua relação com a mãe, cujos desdobramentos representaram complicações em relação à sua oralidade.

De acordo com Brun (1996), mães de crianças afetadas por doenças de alto risco se fundem ao filho, de forma que o corpo doente da criança se torne representação de uma parte doente delas mesmas: “De que estariam elas doentes senão do vínculo indestrutível com a mãe, essa ‘doença materna’ de que a criança doente é a concretização?” (BRUN, 1996, p. 241). Desta maneira, mãe e filho ficam destinados à não separação. O que gera riscos à diferenciação da criança.

Bruno continuava urinando e salivando nas sessões, e esses problemas foram se intensificando. Então, foi solicitado à mãe que deixasse de usar fraldas para enxugar a boca de Bruno. Como alternativa, mostrei algumas técnicas de estimulação térmica com gelo (a crioterapia) associada ao ritmo de deglutição de saliva. A mãe passou a usá-las em casa e ensinou-as à tia materna, que também se prestava nos cuidados com Bruno.

Nas sessões subseqüentes, pareceu-me importante ir marcando para a mãe que os sintomas de Bruno não se restringiam à ordem orgânica. A deficiência do corpo do

filho cristalizava suas atitudes para com ele e, neste sentido, o trabalho fonoaudiológico propôs uma saída daquela “paralisia materna”.

Dolto (1984) relaciona esta dificuldade materna ao fato de a instância tutelar, desorientada por não receber as respostas habitualmente esperadas de uma criança desta idade, não procurar mais comunicar-se com ela de outro jeito exceto em um corpo a corpo, para a manutenção de suas necessidades, e abandonar sua humanização:

É mais do que provável que um tal ser humano, já que seu corpo sobrevive, seria capaz, cedo ou tarde, de elaborar uma imagem “linguageira” do corpo segundo as modalidades que lhe seriam particulares, por intermédio de referenciais relacionais de caráter sensorial e de sua cumplicidade afetiva com alguém que o ama, que o introduz em uma relação triangular, e que lhe permite assim alcançar a relação simbólica.(DOLTO, 1984, p. 14)

A utilização da técnica da crioterapia foi eficaz, pois se constituiu numa possibilidade de a mãe erogeneizar a boca de Bruno. Solicitei regularidade na utilização da técnica simultaneamente ao diálogo, que também deveria ser mobilizado naqueles momentos. Em terapias subseqüentes, a mãe quase sempre pedia que eu repetisse a demonstração desta técnica, pois dizia estar preocupada em realizá-la corretamente conforme minha solicitação.

Eu somava ao pedido uma nova fala em relação àquela trazida pela mãe e, ao mesmo tempo, dirigia uma fala a Bruno. Eu dizia: *“Isto aqui não pode ser diferente do que você faz com ele todo dia. Você não é fono. Olha, Bruno, sua mãe está preocupada, vamos mostrar pra ela. Olha, veja como ele já sabe...Você vai posturá-lo assim (ia organizando cabeça, tronco e membros), como você faz para escovar os dentes dele ou dar comida, né Bruno? É geladinho... tá gostoso Bruno? Parece sorvete, vamos chupar sorvete um dia, hum!!”*.

O que tento afirmar aqui é como, a partir da demonstração de uma técnica à mãe, o fonoaudiólogo pode “marcar” (no sentido dado por Coriat, 1997) a cavidade oral na sua função erógena. A efetivação deste procedimento associado a um momento de

prazer(“*tá gostoso, Bruno?*”) se inscreve em seu corpo através de minha fala com a mãe. Este ato de libidinizar o corpo necessita, assim, de “marcas” centradas na palavra, obtendo melhores respostas do que se fosse realizado com o objetivo de obter somente a resposta sensitiva/motora.

Em algumas sessões, convidei a mãe para participar das terapias. Brincávamos de futebol, ficávamos no chão em frente ao espelho ou no computador. Nessas práticas, comecei a observar que a mãe não se relacionava somente com um corpo, como antes. Quero dizer com isto que, no início dos atendimentos, eu via uma mãe entregue somente aos cuidados com a higiene, às trocas de roupas e ao oferecimento de remédios.

Trago uma reflexão de Meira (1987) quando diz que, em casos de crianças com distúrbios neurológicos, seus pais perdem de vista que a criança pode brincar, olhar, falar: “...o olhar dos pais se fixa no corpo disforme, na voz que não sai, no rosto estranho” (MEIRA, 1987, p. 56).

Com o passar do tempo, comecei a observar a mãe cada vez mais atenta às manifestações interativas de Bruno. O olhar dele, antes com um estrabismo que parecia tão intenso, começava a se fixar no meu e no de sua mãe, quando dirigia sua fala a uma de nós duas ou nos momentos da brincadeira. A mãe começava a solicitar do filho algumas brincadeiras ou que este me dissesse alguma novidade.

Ao ser solicitado a me dizer alguma novidade, Bruno, com uma excitação corporal evidente, contou-me sobre uma cena em que ganha uma camisa oficial do técnico de futebol do clube ao qual torcia. Ele se reposiciona na cadeira, deglute a saliva e pede que sua mãe busque a camisa. Neste ato corporal, Bruno diz e, neste fazer discursivo, acredito, seu esquema e sua imagem corporal mais uma vez se estruturam.

Eu disse a eles: “*Nossa! Você viu que erguida que ele deu? Até engoliu a saliva...*”.

Novamente Bruno deglute a saliva e me sorri.

Segundo Levin: “...é pela palavra que a sensação surpreende, somente a partir dela há inscrição” (Levin, 1995, p. 220). Não coincidentemente neste caso falamos de um déficit sensorial na região oral.

Parecia-me que eu apresentava Bruno à sua mãe, quando esta perguntava: “*Nossa, Bruno, não sabia que você podia ficar assim, que lindo!*” (referindo-se à sua postura cervical quando sentado numa cadeira sem encosto e sem braços). Foi a primeira vez que ouvi da mãe uma fala em que se verificava um reconhecimento da diferenciação de seu corpo e do filho.

Eram múltiplas as possibilidades de interpretação em relação às variações tônicas da musculatura do corpo e às mudanças de postura de Bruno, mas havia uma certeza: a de que o tônus muscular oral recebia uma influência significativa.

Se eu buscasse somente uma adaptação sensitiva/motora oral para extinguir a sialorréia, estaria tentando sanar o déficit, instrumentando exercitações para consegui-lo. Porém, se eu considerasse que o corpo em sua condição sensório-motora se constitui também em relação ao outro, o meu método fonoaudiológico iria para outra direção: a simbólica. E por implicar a presença do outro favoreceria o advento da boca como zona erógena.

Paralelamente ao corpo que começava a sentir prazer brincando, surgia uma grande necessidade de falar. As produções corporais de Bruno geravam lembranças de outros acontecimentos, suas sensações ganhavam nome e começaram a ser postas em palavras. A boca, em tais situações, também se reorganizava, libidinava-se.

A efetividade deste método dava-se justamente aqui: nestas vivências corporais que consistiam um processo de libidinização, o auxílio da palavra era condição

fundamental para sustentar uma imagem inconsciente do corpo e, atrelada a ele, a boca era erogeneizada, desenhada, incorporada.

Deste modo, sustentado no olhar, no dizer de sua mãe e no meu, Bruno criou uma zona de ilusão de seu corpo, o que considerei como uma das passagens de constituição de sua imagem inconsciente. Passagem que foi de um estado de desagregação à erogeneização e à estruturação corporal.

Com estas descrições, instaura-se aqui a diferenciação deste método no sentido de mostrar a interdependência bio-psíquica do sintoma.

Foi muito significativo para o processo terapêutico perceber que a postura corporal de Bruno, sentado numa cadeira, mantinha-se como a de qualquer outra criança. Foi possível observar que ele não salivou abundantemente naquela sessão e tampouco apresentou enurese. É interessante notar que a experiência motora corporal de estar sentado sem nenhuma contenção e, neste momento, ser jubilado pela mãe permitiu a Bruno entrar numa nova interação, ou seja, iniciar-se numa relação simbólica com ela. Nestas situações em que se presentificavam eu, a mãe e Bruno registrei uma etapa diferente, de mutação, de comunicação para a sua linguagem corporal, à distância do corpo de sua mãe. Apropriar-se de seu corpo sendo ele não mais de posse de sua mãe permitiu a Bruno começar a se identificar comigo, com os outros e com seu meio circundante.

Eu começava a acreditar que numa terapia de linguagem, ou seja, quando lidamos com os sintomas da oralidade, devemos considerar as circunstâncias constitutivas do sujeito em relação ao desejo materno. Esta sustentação simbólica dada pela mãe começava a permitir que Bruno fosse escutado no caráter simbólico de seus sintomas corporais.

Nesta fase, o fisioterapeuta solicitou à mãe uma avaliação médica urológica de Bruno, pois desconfiava que sua bexiga era espástica, assim como seu quadro motor

global. Bruno submeteu-se aos exames urológicos, e nada de anormal foi constatado. A mãe me mostrou os exames, mas disse que não os mostraria ao fisioterapeuta, pois, segundo ela, “já estava cansada de provar”. Ela concluiu: “como Bruno às vezes urina, e outras não; ele (o fisioterapeuta) teria que se ‘contentar com a palavra dela’”.

Neste momento do processo fonoaudiológico, vejo, na fala da mãe, o início da aceitação ao meu convite de fazê-la entrar numa nova trama vincular. Ora, quando ela fala: “...eles terão que se contentar com minha palavra”, parecia dizer: “Eu já tenho algo a dizer sobre o meu filho”.

3.2.5 Linguagem, Corpo e Psiquismo

Bruno salivava e urinava em momentos de prazer e desprazer. Pude considerar que a sialorréia, assim como a enurese, não estava relacionada somente à boca ou à bexiga respectivamente, mas com o controle motor de todo o corpo. De repente, na brincadeira, a urina “ia saindo”, o corpo ia relaxando, a saliva ia molhando a camiseta, o olhar baixando e a cabeça também (até o joelho). O efeito causado em mim era o de que ele iria dormir ou que acabara de ter uma convulsão.

Sua cadeira de rodas começou a aparecer com um plástico, que, segundo a mãe, era “para não molhar o assento”. Disse à mãe que em terapia Bruno não mais permanecia na cadeira de rodas, mas numa cadeira comum, com ou sem encosto. Assim, apresentava à mãe as potencialidades e possibilidades corporais do filho.

Percebi que, enquanto houvesse um “bloqueio” em seu corpo, fosse ele representado por um parapódium¹¹, bandeja ou cintos, mais Bruno debruçava-se sobre si mesmo. Ele se acomodava de tal maneira que a mesa parecia fazer parte de seu corpo também. Eu dizia: “Bruno, levanta, olha aqui pra mim...”, “Desse jeito eu só vejo sua

¹¹ Parapódium: Órtese usada para ortostatismo e fase de pré-deambulação. Tem o objetivo de realizar descarga de peso, propriocepção e evitar deformidade de membros inferiores, melhora de controle de cabeça e tronco, além de evitar a osteopenia. A bandeja pode ser acoplada neste aparelho para que a criança realize suas atividades de comer, pintar e brincar, além de favorecer melhor posicionamento de cintura escapular com melhora de apoio e função de membros superiores (Sheperd, 1996)

cabeça...” e ele ia erguendo-se com muito esforço muscular e me sorria; um “sorriso espástico”.

Certo dia Bruno ficou toda uma sessão sem urinar e me perguntou como eu mesma fazia para correr. Surpreendida, eu me vi “paralisada” diante de tal pergunta e respondi dizendo que ele estava curioso sobre o meu corpo, já que estava descobrindo o seu. Afirmei que já vinha percebendo que, naqueles dias, ele imitava meus gestos, minha fala e minha risada. Nesta sessão, em frente ao espelho, simulávamos os caminhos percorridos em sua rotina diária *como se* estivéssemos dirigindo um carro: a marcha, o volante, a parada, a descida.

Diante deste último fragmento, posso compreender melhor, “*a posteriori*” (*après-coup*¹²), o que Bruno estava me falando quando me perguntava como fazia para correr. Na brincadeira, Bruno me oferecia a metáfora do funcionamento do carro, para dizer que havia um funcionamento em seu corpo também. Eu dirigia o carro, Bruno era o “passageiro”. Eu simulava todos os mecanismos para dirigir um carro. Ligava a chave, engatava a 1ª marcha, a 2ª, a 3ª. Acelerava. Brecava. Neste trajeto imaginário, íamos descrevendo os lugares por onde passávamos. Poder simular um trajeto que *ele* realizava cotidianamente e representá-lo metaforicamente no ato de dirigir um carro era poder também, naquela brincadeira, permitir que ele *me* imitasse. Esta brincadeira se repetiu por mais algumas vezes, sempre a pedido de Bruno.

Recorro a Dolto (1984):

Quando uma criança é atingida por uma enfermidade, é indispensável que seu déficit físico lhe seja explicitado (...) é preciso também que ela possa, pela linguagem mímica e pela palavra, expressar e fantasmear seus desejos quer sejam eles realizáveis ou não. (DOLTO, 1984, p.12)

¹² Palavra utilizada frequentemente por Freud em relação com sua concepção da temporalidade e da causalidade psíquica; experiências, impressões e traços mnêmicos são posteriormente modificados em função das novas experiências ou do acesso a um novo grau de desenvolvimento (LAPLACHE, J.J; PONTALIS, J.B. 1996).

Bruno parecia estar mais apto a significar nossa relação. No diálogo, na estimulação oral e na imitação de minhas manifestações corporais, Bruno organizava o funcionamento de seu corpo, deglutindo a saliva e contendo a urina. Dei-me conta de que a linguagem de Bruno estava se modificando. Havia ali um sujeito do discurso, com perguntas, com desejos.

Acredito que brincar de dirigir um carro, ou seja, de “dominá-lo”, assumindo voluntariamente o controle dos movimentos, repercutiu no favorecimento da continência de seus esfíncteres anal e uretral, além do controle de sua secreção salivar. A brincadeira¹³ pôde ser utilizada para que Bruno descobrisse um outro modo de funcionar na organização de suas funções corporais.

Dolto (1984) sustenta a proposição:

(...) uma criança paraplégica tem necessidade de brincar verbalmente com a mãe, falando sobre atividades como correr, saltar, coisas que sua mãe sabe, assim como ela mesma, que jamais poderá realizar. Ela projeta, desta maneira, uma imagem sã do corpo, simbolizada pela palavra e pelas representações gráficas, em fantasmas de satisfações eróticas, na troca de sujeito para sujeito... que seus desejos sejam assim falados a alguém que aceita com ele este jogo projetivo, permite ao sujeito integrar na linguagem tais desejos, apesar da realidade, da enfermidade de seu corpo. E a linguagem lhe traz as descobertas de meios pessoais de comunicação. (DOLTO, 1984, p. 12)

Fui retirando, nas sessões, aquelas contenções corporais que se faziam presentes até mesmo na mesa encaixada a seu corpo (chamada bandeja). Bruno, ao perceber-se sem a “bandeja”, contraía antebraço em seu sentido, no impulso de se proteger e, neste reflexo, ficava ereto. Achei muito significativo aquele tal impulso e o sorriso espástico

¹³ Sobre a brincadeira, encontro um trecho em Winnicott (1975) que contribui neste raciocínio: “A brincadeira é extremamente excitante. Compreenda-se que é excitante *não porque os instintos se acham envolvidos*; isto está implícito. A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança.” (WINNICOTT, 1975, p. 71)

se conteve. Acomodei sua palma da mão em sua perna, tirei-o do banco com encosto e braços e o coloquei num banco sem encosto e sem braços. Apoiei seus pés, fazendo o joelho ter ângulo de 90°. Não usei mais “bandeja”, e passamos a ter as terapias sem a mediação de contensores.

Bruno, por vezes, ainda urinava na sessão e apresentava escape de saliva (eu não mais chamaria, sintomaticamente, de sialorréia), mas já iniciava um discurso sobre isso: “*Não deu tempo*”. Essa fala nos mostra que, assim como para os outros, havia um lugar estabelecido para seus excrementos e Bruno desejava se comportar como tal, pedindo que eu chamasse sua mãe, pois estava com vontade de urinar e precisava de seu auxílio.

Bruno já podia dizer: “Este corpo sou eu e busco minha mãe porque não sou ela, estou totalmente fora dela”. Mesmo não podendo ir ao sanitário sozinho, Bruno parecia disposto a controlar, voluntariamente, suas necessidades fisiológicas. Ele descobria o prazer de dominar a si mesmo nos funcionamentos de seu corpo no espaço, o que lhe permitia, dia após dia, sua reorganização neurológica e sua saúde psíquica.

Numa certa sessão, Bruno me falou que aprendeu a “chupar a saliva” e riu. Ele parecia estar descobrindo a potencialidade da própria boca. Na sessão seguinte, levei um chiclete de bola e propus que fizéssemos bolas diante do espelho. Ele sentiu um imenso prazer e me pediu que repetisse essa atividade outras vezes. Eu dizia para ele pedir à sua mãe ou ao pai que comprassem. Sua mãe, inicialmente, ficou apreensiva e permaneceu na sessão. Eu falei a ele(a): “*Bruno, sua mãe está com medo que você engasgue, mostre a ela que você sabe mascar*”. Tirando o chiclete da boca com a mão, Bruno respondeu prontamente: “*É gostoso*”. Neste contexto, eu o erogoneizava. Não pela sensação corporal em si mesma, mas pelo lugar representacional que eu ocupava para ele nesta operação terapêutica. Portanto, esta experiência proprioceptiva consolidava-se a partir de minha posição representativa e não pelo corpo em si mesmo.

Bruno foi assumindo uma outra relação com a linguagem. As sessões que marcaram o encerramento do processo terapêutico ocorreram sem nenhuma contenção

física em seu corpo, havia somente um apoio fixado ao chão para o apoio dos pés. A espasticidade aparecia nos momentos de excitação, quando Bruno entusiasmava-se ao falar ou quando falava numa intensidade mais alta. Algumas vezes ela também aparecia quando Bruno desejava urinar. Aos 8 anos, isto é, 3 anos após o início do processo terapêutico, Bruno conseguiu estabelecer freqüente ritmo de deglutição de saliva e já apresentava controle esfinteriano. A mãe trazia dados de melhora em sua sialorréia, dizendo que Bruno estava muito bem e que não havia necessidade de “lembrá-lo” para deglutir a saliva. A mãe já começava a falar de um “outro filho”, na medida em que o despatologizava. Bruno posicionava-se como interlocutor e quando enunciava algo que me trazia estranhamento, fazia reformulações e correções em sua fala, mostrando ter um domínio sobre ela em relação a mim e revelando sua autonomia discursiva.

As questões que se encontram no bojo do trabalho fonoaudiológico com crianças que apresentam lesões centrais são muitas e complexas. Sendo assim, os procedimentos de intervenção devem considerar não só os conteúdos relativos à função de um órgão ou de um sistema, mas também reconhecer suas marcas subjetivas, “impressas” simbolicamente no corpo.

A sialorréia, assim como a enurese de Bruno, pôde, neste caso, estabelecer um binômio secreção-desprazer. E separar estes dois sintomas, que pareciam estar tão intimamente implicados, seria um erro, tendo em vista a concepção de sujeito adotada pela psicanálise. Digo secreção-desprazer pois a atividade secretória salivar de Bruno, assim como sua enurese, esteve fortemente presente na queixa materna e foi, durante o processo terapêutico, interpretada como “concomitante dependente” por não se desvincular nem do ponto de vista fisiológico (estas duas manifestações aconteciam simultaneamente), nem do ponto de vista simbólico (por estar fortemente estruturado na trama vincular mãe-filho).

A questão orgânica não poderia ser desconsiderada. Salivar e urinar nas sessões passaram a assumir significados comuns a ambos os sintomas, o que redimensionou o

processo terapêutico à medida que o próprio sujeito foi incorporando tais sentidos (refiro-me à incorporação de erogeneidade), mantendo/contendo suas secreções.

O objetivo fonoaudiológico foi alcançado? Acreditamos que sim, pois a maturação do corpo orgânico e a escuta fonoaudiológica para as questões subjetivas deste sujeito favoreceram a constituição de sua imagem corporal, sempre intermediadas por interações dialógicas.

Há, então, que ser feita uma diferenciação necessária a respeito desta técnica: a sialorréia esteve ali, presente, mas eu não parti dela. Parti do sujeito e, ao desenvolver o trabalho nesta perspectiva, confrontei-me com o ato motor que falhava, mas que fazia parte da sua história, marcava a sua subjetividade. Foi a partir desta história particular que iniciou a especificidade clínica.

3.3 CARLOS

Iniciei os atendimentos com Carlos em fevereiro de 2007 e permaneci como sua terapeuta concomitantemente com a elaboração desta dissertação, diferentemente de Bruno, com quem já havia finalizado o processo terapêutico quando do início desta pesquisa.

Esta experiência veio atualizar alguns questionamentos que se iniciaram no caso de Bruno. Os sintomas de Carlos, assim como o discurso materno, me convocaram para um reposicionamento diante daquele novo caso, pois, à medida que investigava sobre o sintoma de sialorréia na clínica fonoaudiológica na produção desta dissertação, olhava para o caso, o que rendeu novas possibilidades e novos efeitos nesta segunda conduta terapêutica.

3.3.1 Histórico

Carlos nasceu em Pernambuco e, atualmente, tem 14 anos de idade. Já na sala de parto, sua mãe percebeu que algo não ia bem. Segundo ela, o filho demorou muito a nascer, e o parto teve que ser realizado por fórceps. Ela desmaiou quando retiraram a criança de seu ventre, ficando com uma imagem fugidia do filho. Ao acordar, com “tapinhas no rosto” dados pela enfermeira, viu as outras mães da enfermaria com seus bebês, menos ela. Mais tarde, chegou-lhe a informação de que seu filho nascera com um “probleminha” e que, por isso, estava na incubadora. Em entrevista inicial, disse: *“... na barriga era uma maravilha, mas, depois, ficou assim...”*

A mãe percebeu, ao amamentar Carlos, que ele era diferente dos outros bebês. Esta sensação foi lembrada por ela quando disse que amamentou outros bebês na maternidade (pois produzia muito leite), os quais as mães não conseguiam amamentar, e referiu que Carlos sugava “diferente, mais fraco”.

O pai não foi à maternidade acompanhar o parto. À prima de Carlos coube a tarefa de conversar com os médicos e tentar entender o que se passava.

Carlos saiu da maternidade medicado com Gardenal, mas só apresentou quadros convulsivos aos nove meses. A mãe referiu que, aos três meses, Carlos recebeu leite industrializado, pois, segundo ela, seu leite secou devido à pouca estimulação no seio (sucção fraca). Referiu que Carlos realizou sucção digital até os nove meses, além da chupeta. Foi também aos nove meses que Carlos obteve controle da musculatura cervical e se sentou com aproximadamente um ano. A mãe relatou que Carlos não engatinhou nem se “arrastou” até os dois anos e dois meses, quando, devido a uma promessa feita por ela, ele passou a andar: “...foi minha prima que ensinou ele a andar, aquela que foi comigo para a maternidade. Ela colocou ele em pé e ele saiu andando até hoje...”.

A mãe relatou que aos nove meses Carlos iniciou a dieta com semi-sólidos, além da mamadeira. Começou a comer sopa (referiu que ele mesmo pegava na colher para comer) e outros alimentos amassados. Aos dois anos, ela referiu que Carlos passou a comer sozinho.

Aos 4 anos, Carlos e sua mãe migraram para São Paulo à procura de emprego e de tratamento neurológico para ele. De acordo com ela, Carlos não foi acompanhado por nenhuma equipe multidisciplinar até os quatro anos. Ainda fazia o uso do Gardenal, pois, como recomendado desde o seu nascimento, ele deveria fazer uso deste medicamento “pelo resto de sua vida”.

Em consulta ao prontuário de Carlos, encontrei diagnóstico neurológico de paralisia cerebral decorrente de anóxia perinatal e quadro de dispraxia global com maior comprometimento do hemicorpo esquerdo. Seu diagnóstico fisioterápico é de hemiplegia espástica leve. Não houve referência a alterações auditivas, visuais ou outras queixas de sua saúde em geral.

No discurso materno, observou-se referências a um trabalho de reabilitação tardia. Mesmo sendo acompanhado por um neurologista em São Paulo a partir dos quatro anos, Carlos recebeu atendimento desta especialidade, de otorrinolaringologistas, pediatras e fisioterapeutas, mas, até os 10 anos, nunca realizou terapia fonoaudiológica. Com esta idade, encaminhado pela escola, Carlos iniciou terapia fonoaudiológica, em 2003.

3.3.2 Processo Terapêutico

Em Fevereiro de 2007, iniciei o processo terapêutico com Carlos, o qual se estende até os dias atuais. A frequência das sessões dá-se em uma vez por semana, com duração de uma hora.

Carlos é alto, magro, tem mais ou menos 1,70 m, olhos castanhos, cabelos pretos e lisos. Tem a pele morena, sorriso largo e olhar atento. Sempre de boné na cabeça, com a aba voltada para trás, Carlos apresenta-se nas terapias com bom humor, bem arrumado e limpo, usando jeans, camiseta ou camisa social e tênis.

Ainda na sala de espera, parecia disposto ao nosso encontro, olhava para os lados como se estivesse à minha procura; quando me via, sorria e acenava com a mão direita. Olhando para a mãe, levantava-se e vinha em minha direção, sempre. Cumprimentava-me dando a mão e, entrando na sala, sugeria-me ou me indicava alguma atividade lúdica.

A queixa fonoaudiológica anunciada pela mãe foi a de que Carlos não falava e que apresentava um excesso de saliva: “...você acha que ele vai babar pro resto da vida?”, perguntou-me a mãe em entrevista inicial.

O diagnóstico fonoaudiológico é de distúrbio de linguagem em que se verifica ausência de oralidade associada à dispraxia oral. Carlos se faz compreender em seus desejos e solicitações, mantendo a interação através de gestos corporais (mais

frequentemente manuais), do olhar e, muitas vezes, emitindo sons vocálicos posteriores como [ãɣ] que passaram a ser interpretados em terapia fonoaudiológica como produções de fala, na medida em que se modulavam diferentemente para cada situação discursiva e [ãe] quando referia-se à sua mãe.

Ao longo de 6 meses de atendimento, Carlos apresentou-se com efetivas condições de interação. Era um adolescente que criava e propunha situações lúdicas no “setting” terapêutico, levava CDs de músicas de sua preferência, dançava, imitava cantores, realizava coreografias musicais etc.

Com uma toalha de tecido em mãos para limpar a saliva que escorria pelos lábios, Carlos parecia estar sempre atento a este evento: o escape salivar. Algumas vezes, num momento de excitação ou numa risada, a saliva escorria em grande volume e, num ato rápido, Carlos a enxugava, olhando-me com acanhamento. Aqui, diferentemente do caso anterior, a sialorréia apresentava-se como um distúrbio de ordem predominantemente motora. Carlos apresentava uma hipersensibilidade na região dos orbiculares da boca e, quando solicitado a deglutir a saliva, mostrava-se impossibilitado.

Este constrangimento diante do escape da saliva sempre foi seguido de uma tensão na musculatura cervical e anteriorização da cabeça no sentido de abaixá-la. Não havia, nas sessões iniciais, nenhum momento em que Carlos se desfazia do uso da toalha. Em qualquer experiência motora que fôssemos realizar, utilizando ou não as mãos, Carlos mantinha a toalha em uma das mãos ou a colocava entre as pernas. Mesmo com minha solicitação em deixá-la na mesa e lhe oferecendo toalhas de papel, Carlos negava-se com um gesto de cabeça. Sua toalha, com o passar do tempo em terapia, ficava completamente úmida e sua mão, muito fria.

Na avaliação inicial do sistema sensório motor oral, foi observado, através de cenas de alimentação, lábios entreabertos e volumosos, com o inferior tendendo à hipotonia e o superior, encurtado, tendendo à hipertonia. Observou-se respiração oral e

ruidosa. Com bochechas assimétricas, foi possível verificar maior tônus na hemiface direita. A língua, em conformação alargada, hipofuncionante, volumosa e com pouca mobilidade. O palato duro é rebaixado, e a propriocepção mentoniana apresentou-se hipersensível. Verificou-se respiração oral e ausência de reflexos patológicos de busca e mordida. O reflexo nauseoso esteve presente ao tocar com o dedo indicador no terço anterior da língua.

Nessa condição anátomo-fisiológica, surgia o escape de saliva, acumulada nos vestibulos. O ritmo de deglutição de saliva também apresentou-se diminuído, o que intensificava a manifestação da sialorréia.

Nas cenas de alimentação, Carlos despejava o líquido na boca, não sugava com canudo, e, muitas vezes, na apreensão direta do copo, havia o vazamento do líquido pelas comissuras labiais. A apreensão dos alimentos sólidos estava alterada. Foi observado que o alimento era apreendido em grande quantidade (seleccionava a quantidade com a mão, por exemplo: quebrava a bolacha, rasgava o pão e o empurrava para o interior da boca) sem protruir os lábios.

Em seguida, utilizava um gole de líquido para facilitar o amolecimento do alimento, lateralizando o bolo alimentar para a direita, depois o apoiando na língua. Carlos não fazia movimentos de lateralização do bolo, pressionando-o contra o palato duro (organização muito semelhante aos movimentos primitivos realizados por bebês) e o engolindo, sem mastigar idealmente. Com frequência, encontrei restos alimentares nos vestibulos superiores e nos inferiores e também nos dentes.

A fase da deglutição ocorreu sem maiores intercorrências. Nunca foi observado engasgos na terapia, e, segundo a mãe, Carlos não engasgava durante suas refeições.

3.3.3 Corpo e Psiquismo

Os primeiros atendimentos com Carlos foram realizados juntamente com a mãe. Numa destas entrevistas iniciais, ela me relatou sua dificuldade nos cuidados com a higiene do filho. Referiu que Carlos nega os seus pedidos para que entre no banho ou recusa os horários para a escovação dos dentes: *“Ele não quer tomar banho, quando entra sozinho no chuveiro, sai seco...”*.

Neste relato, a mãe sustenta uma representação de que seu filho não tem condições de tomar banho sozinho e que, por isso, necessita de alguém que lhe banhe: *“...desde pequeno, ele não toma banho sozinho, eu dou banho nele, escovo os dentes, tudo...”*; *“...se ele entra sozinho no chuveiro, só a nuca e as costas ficam molhadas, o rosto e a frente do corpo ele não lava...”*. Segundo ela, Carlos *“não pega nem o sabonete”*. A mãe prosseguia: *“Tem dia que ele sai do chuveiro e anda pelado pela casa, sem vergonha de suas coisas...”*.

Ao ouvir tal discurso, algumas intervenções pareceram-me necessárias. Ao me relatar sobre a higienização do corpo do filho, a mãe parecia falar de um corpo ainda não apropriado por ele. À medida que ouvia sua fala, algo causava estranhamento, pois o sujeito que conheci e que presenciava tal discurso com o olhar acanhado (como nos momentos em que não continha a saliva) parecia começar a se reconhecer no discurso da mãe. Entre um olhar apreensivo e outro, durante a fala de sua mãe, Carlos sorria e testemunhava a descrição de algumas cenas de seu cotidiano que configuraram uma história que ela me contava sobre ele. Ele parecia envergonhado, pois a mãe referia que tinha que dar banho nele, ensaboá-lo, lavar suas partes íntimas: *“Ele é um bebê, eu tenho que lavar ele inteiro, pegar roupa no armário, tudo, tudo, tudo”*. Ao ouvir esta fala e estranhá-la, pergunto para a mãe: *“Um bebê..., olha só Carlos, você, um rapaz desse tamanho...”*. Rimos.

Os relatos maternos pareciam começar a desenhar uma história para Carlos. Há um lamento quando a mãe diz que “...faz tudo, tudo, tudo...”, mas há ali também um desejo em manter a história original, mantê-lo na condição de bebê, dar o banho, cuidar de uma criança com uma doença que “não lhe permite” aprender a se cuidar sozinha.

Ao ouvir sua mãe “contar” sua história, Carlos testemunha um trabalho de narração feito por ela que não só enunciava sua história médica e de seu desenvolvimento natural como também me (nos) dizia de sua história relacional familiar, o seja, a mãe falava dele e por ele.

Segundo Jerusalinsky (2007):

Dizíamos que a criança se situa frente a si mesma de acordo com o lugar que ocupa ao ser olhada, tocada, mimada, desejada pelo outro, construindo, assim, a sua imagem. Esta imagem está ligada às significações que o déficit orgânico adquire para seus pais, já que os remete ao seu narcisismo, à sua própria imagem corporal. (JERUSALINSKY, 2007, p. 196)

Pareceu-me importante, nas conversas sobre a construção de sua história, escutar e retomar a Carlos a fala de sua mãe. Quando eu digo “... *olha só Carlos, você, um rapaz desse tamanho...*”, começo a marcar ali uma terceira posição, entre Carlos e sua mãe. Na medida em que eu posso retomar aos protagonistas desta história seus próprios conteúdos discursivos, transmito, sobretudo, a possibilidade de recolocar a mãe numa posição dinâmica em relação a Carlos.

O discurso lamentoso ao qual me referi anteriormente, em que a mãe relata as impossibilidades do filho, entra num dinamismo à medida que é repetido nas sessões fonoaudiológicas. Neste dinamismo materno, acredito, Carlos começava a reconhecer, a partir do discurso do outro, o seu próprio. Observei que ele complementava a fala de sua mãe, lembrando-a, com gestos manuais, de algumas cenas vividas por eles em casa. Algumas vezes, no diálogo, apresentava algumas

expressões faciais que demonstravam vergonha, outras vezes raiva, ou a lembrava de alguns dados que complementavam a história que ela me contava: “... *olha aí, ele lembra melhor do que eu...*”, disse a mãe referindo-se a Carlos, quando este mostra a camisa de seu time de futebol ao ouvir sua mãe falar que ele “baba” muito quando joga videogame.

A realidade daquele sintoma de sialorréia que responde à existência da paralisia cerebral não foi, em nenhum momento, subestimada. E, o que procuro evidenciar é como a manifestação deste sintoma é vivida por Carlos e por sua mãe. Pensando que a sialorréia é uma perturbação determinada pela paralisia cerebral, ela estaria também fazendo parte da construção do esquema e da imagem corporal de Carlos:

(...) as perturbações determinadas pela patologia, como as alterações proprioceptivas, tônico-posturais e motoras, constituem igualmente experiências que incidem no processo de construção do esquema e da imagem corporal da criança. (JERUSALINSKY, 2007, p. 196)

O que adquiriu, então, um sentido, foi o valor simbólico que a mãe atribuiu ao sintoma de sialorréia de Carlos. Sua fala a respeito da incontinência salivar do filho foi adquirindo uma nova importância (para ela) e isso foi observado nas sessões fonoaudiológicas.

Perguntei: “*Em que momentos ele baba?*” A mãe respondeu de um outro lugar discursivo. Desta vez, a fala descritiva que me dizia da quantidade de toalhas que tinha para enxugar a saliva de Carlos, dos momentos em que tinha que chamar sua atenção para não enxugar a baba com as mãos ou com a própria roupa e do incômodo que estas situações proporcionavam aos dois, deu lugar a uma fala que começava a considerar o autor daquela incontinência salivar.

Com a minha pergunta, a mãe teve que relembrar o cotidiano de Carlos, o que ele fazia nos dias da semana e nos fins de semana, enfim, como era sua rotina.

Para responder à minha pergunta, a mãe exerceu um trabalho de rememorar as experiências diárias do filho, dizendo em quais atividades ele “baba” ou não e quais “baba” mais ou menos.

Carlos, ouvindo tal fala, sorriu. E a mãe continuou: “... *me incomoda e muito, ele me provoca, Angélica, com essa baba, me atenta...*”. “*Te atenta? Como assim? Por quê?*”, eu perguntei. “... *ai, não sei, parece que ele baba mais quando eu tô perto, ele baba muito...*”.

Para mim, foi de fundamental importância saber o significado que a paralisia cerebral de Carlos imprimia em sua mãe e escutar as implicações práticas que esta deficiência com seus desdobramentos determinavam no dia-a-dia dele.

Fui ouvindo, no decorrer de várias sessões, o quanto Carlos, com 14 anos, ainda mantinha-se sobre os cuidados básicos de sua mãe, desde a escolha da roupa, até a troca, a escovação dos dentes, a arrumação do cabelo, seu banho etc, ou seja, toda a organização de seu corpo. Interessava-me saber como ela relacionava-se com o corpo do filho nos hábitos diários, enfim, procurar decifrar que imagem a mãe construía do corpo dele. A mãe me falava, eu estranhava, ela retomava, eu ouvia, ela chorava ou ria, eu ouvia, e Carlos ouvia...

Nesta medida, pude começar a compreender que a intervenção fonoaudiológica no sentido de escutar as queixas e as demandas relativas aos distúrbios motores orais é descobrir e permitir a circulação de tais desejos maternos e significar este discurso. Inaugura-se, daí, um discurso corporal para seu destinatário, neste caso, Carlos.

Quando a mãe diz “... *será que ele vai babar pro resto da vida...?*”, eu me interrogo: Qual lugar ocupa a perturbação motora oral neste discurso?

À pergunta, respondo: “... *a baba do Carlos lhe incomoda, né?*”.

Essa pergunta que interpreto à posteriori como um pedido de fazê-lo parar de babar coloca Carlos num único lugar: da carência, ou seja, “arrumar este corpo que não funciona”.

Nesta fala, senti-me pontualmente convocada a “solucionar o problema”. A instauração desta pergunta pareceu-me decisiva, pois Carlos também dirigiu o olhar a mim, como se também esperasse uma resposta. Se minha resposta desse a Carlos a impressão de que é recusado como sujeito do desejo (caso eu respondesse que sim ou que não), ele permaneceria identificado à pergunta materna.

Clarificar e elucidar esta fala pareceu ser a função terapêutica neste momento. Com esta última fala da mãe, pude perceber que ela começava a falar de um sujeito, anterior ao sintoma. Ele começava a aparecer como alguém que a provocava. “...*ele baba mais quando eu tô perto...*”. A sialorréia de Carlos aparece, aqui, numa outra dinâmica, ela (a mãe) se implica no sintoma, mas de forma diferente. E vê Carlos como o sujeito que está sob seu efeito, que reage a ela. A mãe parecia tomar consciência de sua implicação no determinismo dos problemas que envolviam a motricidade oral de Carlos: “...*por que, aqui, ele não baba?*”, ela me perguntou. “...*por que, com você, ele baba mais?*”, respondi.

Jerusalinsky (1999) pontua que o terapeuta deve intervir procurando gerar uma demanda ali onde havia somente um pedido: “A demanda enuncia o desejo, o que permite aos pais antecipar nessa pura motricidade, nessa pura conduta, nesse puro corpo, um sujeito” (JERUSALINSKY, 1999, p. 200).

3.3.4 Corpo e Linguagem

Em uma das sessões seguintes, Carlos chega e me cumprimenta dizendo “Oi” com um sorriso. Fiquei surpresa, pois nunca havia escutado Carlos dizer uma palavra. Respondo “Oi”, pergunto se está tudo bem, e, em seguida, nós nos sentamos à mesa. Logo, sua tia (que o levou neste dia para a terapia) bate na porta e, pedindo, licença, lembra-nos do horário para tomar o remédio (anti-convulsivo), daí a 30 minutos. Ela me avisa que o remédio já está na bolsa de Carlos.

Com o decorrer do tempo da terapia, esquecemos, eu e Carlos, do horário para a ingestão do remédio. Como estávamos na frente do espelho, ele, ao olhar sua boca, lembra-se do remédio e começa a apontar para dentro da boca emitindo: “[ã̃y]”. Nesta cena, lembro-me do horário e respondo: “*Ai, esquecemos da hora, você vai lá tomar ou quer que eu vou junto?*”. Negando com a cabeça e já abrindo a bolsa para pegar o comprimido, Carlos abre a porta e vai buscar um copo de água. Na volta, pergunto se tomou o remédio e ele responde que sim com um gesto afirmativo de cabeça.

Ao continuarmos em frente ao espelho, vejo o remédio sobre sua língua. Solicito que o engula, mas Carlos continua com o remédio na boca e só ingere depois de alguns minutos, talvez quando o comprimido já tivesse sido dissolvido pela saliva. Com o término da terapia e já tendo fechado a porta da sala de atendimento, Carlos e sua tia retornaram. Ela referiu que o sobrinho tentava lhe falar algo e, por não entender, pediu que a ajudasse na compreensão. A tia me parecia assustada com a iniciativa de Carlos.

Solicito, então, que entrem novamente na sala e, fechando a porta, Carlos me diz, apontando para a cabeça com o dedo indicador e para sua boca em seguida. Interpreto: “*Ah, você quer dizer para sua tia que nós esquecemos o horário de você tomar o remédio?*”. Sorrindo, ele faz um sinal positivo com o polegar. Explico para a tia que esquecemos do horário, e ela, sorrindo, diz que não tem problema, pois Carlos, muitas vezes, não quer tomar o remédio ou não o toma na hora em que sua mãe solicita. Mal sua tia havia acabado de falar, ele vai a sua direção, começa a tremer, a sialorréia

se intensifica e seu corpo começa a se enrijecer. Abraçou a tia pelo pescoço e começou a apresentar expressões faciais de choro. Peguei em sua mão e senti um estremecimento e um suor. Todo o seu corpo pareceu tremer. pedimos que ele sentasse, mas, muito tenso, não conseguiu. Disse: *“Você ficou preocupado porque nós esquecemos o seu remédio, por isso você ficou assim?...calma...quer água?...”*. Negando com a cabeça, ele olhou para a tia, e ela me disse: *“...será que é uma crise? A gente não briga com ele por causa disso... quando ele vai ter uma crise ele faz isso, abraça a gente e fica agarrado, esperando a crise chegar, ele sente quando ela vai chegar...”*.

Carlos passou a respirar melhor, enxugou a saliva e sua expressão facial relaxou. Perguntei novamente se ele queria água. Negando, ele se dirigiu até a porta e chamou a tia com as mãos, pedindo que fossem embora. Despedimo-nos.

Esta cena, selecionada para ser descrita neste item – Corpo e Linguagem, configura o material clínico central do assunto em questão.

Carlos, por apresentar ausência de oralidade, evidencia, nesta cena, o quanto as vozes parentais – neste caso, a da tia e a da mãe – produzem efeitos de inscrição no corpo e na sua linguagem e o quanto estas vozes podem produzir a organização e/ou desorganização de suas funções corporais.

Aquela descarga motora materializada no corpo de Carlos nesta cena (a iniciativa em querer dizer algo, seguida de tensão, tremor, sialorréia e suor) me fez levantar a seguinte questão: O que a sua produção corporal, diante do outro, deu a ver acerca de sua posição enquanto sujeito?

Esta questão só pôde ser elucidada depois de uma supervisão com a orientadora desta dissertação. Durante dias após este atendimento, não consegui sequer levantar qualquer hipótese acerca desta cena que aconteceu no “setting” terapêutico. A idéia de fracasso terapêutico também se fez presente nestes dias, na medida em que não encontrei uma nomeação para as manifestações corporais de Carlos e oferecer a ele.

O desejo de me dizer algo atrelado ao suposto início de uma convulsão, nomeada pela tia como “crise”, ficou, na cena clínica, sem uma produção de sentido. Fiquei tomada pelo acontecimento, no cuidado em conter, amparar o corpo de Carlos e tentar decifrar o que ele tentava dizer. Carlos parecia não se situar em relação a si mesmo e a mim, e isso me angustiou. A efetividade de sua linguagem, naquela cena, necessitava do suporte de sua mãe e, quando Carlos procurou fazer-se ouvir sem o respaldo do outro (quando volta à sala de atendimento), sua linguagem é tida, mais tarde, como o início de uma crise.

Esta vivência introduz um questionamento importante que diz respeito às repercussões provocadas no outro quando Carlos assume a posição de falante.

Como dito anteriormente, em nossas sessões terapêuticas, Carlos se fazia entender através dos gestos corporais. Sua posição de interlocutor, mesmo sem apresentar oralidade, sempre foi muito efetiva, o que me trazia uma idéia de que havia ali uma unidade corporal minimamente consolidada.

Esta unidade corporal na cena clínica descrita, todavia, apresentou-se frágil e provisória. É possível observar um sentimento de estranheza com relação às percepções do próprio corpo, assim como a impossibilidade de nomeação de suas sensações corporais para o outro. Com a visível precariedade de sua apropriação corporal, a interpretação da tia confere-lhe “um nome” que privilegia a deficiência orgânica: suas sensações e intenções de fala foram tidas como crise convulsiva.

No termo oralidade secundária, trabalhado no capítulo II, sustenta-se uma interpretação desta cena:

(...) as primeiras produções sonoras de uma criança podem, sem dúvida, ser vividas por elas como verdadeiras substâncias materiais que preenchem a sua boca e, como tais, suscetíveis de serem sentidas, por elas, como perdas na hora da emissão... tem-se que o sentimento ao falar realmente tem

valor de perda de uma parte deles mesmos, a saber que o seu material vocal, que por lugar de palavra, não poderia então ser provado como que arriscando cair no abismo de um desvio inter-subjetivo.

Carlos sabia o que queria dizer, mas, devido à distância que havia entre a idéia de realizar o ato motor (mesmo que por gesto manual) e realizá-lo efetivamente, nesse espaço, houve uma quebra, que provocou a impossibilidade de fazê-lo. É justamente uma manifestação semelhante ao seu diagnóstico neurológico: dispraxia¹⁴. Seu corpo na linguagem funcionou “dispraxicamente”.

De acordo com Levin (2004):

A motricidade de um sujeito está mediada pela linguagem, pelos traços mnêmicos. Esta mediação provoca a separação irreduzível entre o pólo perceptivo e o pólo motor. A partir daí, cada resposta motora estará afetada e mediada pelos traços mnêmicos, por esta história que determina o sujeito a partir das demarcações que o outro deixou impressas em seu corpo. (LEVIN, 2004, p. 267)

Por estarmos falando, neste caso, de um sintoma de origem predominantemente motora e que tem sua falha na realização do movimento motor oral, sustenta-se que, para organizar tal praxia, são necessários, além do aparato biomecânico disponível, o desejo, a idéia do que tem que ser feito e a representação desse movimento.

Penso que, no caso de Carlos, a construção do corpo, como algo próprio, era um processo inacabado, ainda por se fazer e dependente do discurso do outro. Diante disso, todo o processo do trabalho fonoaudiológico teve foco na construção de uma narrativa sobre si, a partir da fala parental, mas frequentemente através da fala da mãe. Esta operação de registrá-lo numa história, acredito, possibilitou ir “mais além” da praxia. Tanto a palavra quanto o toque e o olhar eram modos de intervenção fonoaudiológica, e, nessa medida, a demanda criada em torno da sialorréia foi se organizando.

¹⁴ A palavra praxis, em francês, quer dizer “atividade em vista de um resultado, oposta ao conhecimento e ao ser”. A dispraxia é, segundo Levin (1995), a dificuldade em realizar movimentos voluntários coordenados.

Aquilo que acontecia com o corpo de Carlos tinha que passar pela concordância de um outro que o nomeasse. Ele parecia depender, então, de um discurso externo, que lhe concedesse uma propriedade de existência, que o organizasse minimamente.

O trabalho em frente ao espelho, muito menos com a intenção de realizar exercícios de fortalecimento muscular dos orbiculares da boca, direcionava-se mais para que Carlos tivesse a visão, de fato, de sua própria expressão oral, para que se desse conta do que ela produzia. Ele teria que olhar para sua sialorréia e, a partir disso, passar a se representar no lugar do outro que o vê neste evento do escape salivar e a se representar no momento em que deglute a saliva.

A representação do movimento de deglutir em frente ao espelho entra no corpo, via estímulo sensório-motor e via significante, o que permitiu a instalação do desejo no funcionamento da função deglutiva. Estas cenas eram acompanhadas de um certo prazer. A experiência tátil em sua boca, seria, por assim dizer, uma marca subjetiva. Sustento esta proposição com Coriat (1998, p. 16): “...as experiências vão deixando sua marca, imprimindo os signos daquilo que, percebido, impactou como prazer ou desprazer...”

Por vezes, eu dizia: “... é Carlos, esta aí é sua boca...” “olha aí, você engoliu a saliva”, “já faz tempo que você não usa a toalha, né?” “Desde o começo da sessão você não usa a toalha...” “... ah... deixa essa toalhinha pra lá”.

Para executar um movimento com sentido, antes da ação puramente perceptiva, estará em jogo o desejo de fazê-lo, logo irá fazer falta o aparelho motor que o possibilite e, por último, a execução do projeto psicomotor, sua realização. Este processo delimita uma seqüência marcada pela imagem inconsciente do corpo, inscrita pelo desejo do outro e, por sua vez, sua articulação na ação específica. (LEVIN, 2004, p. 88)

Diferentemente do primeiro caso, aqui, o uso da técnica da crioterapia não se mostrou eficaz com Carlos. Devido a quadros neurológicos diferentes e à constatação de haver em um a preponderância de um déficit sensitivo (Bruno) e no outro, um déficit motor (Carlos), as evoluções em relação à possibilidade de funcionamento da boca também apresentaram-se diferentes nos dois pacientes.

Bruno não “imaginava a boca” como órgão, assim como seu corpo, não sentindo sequer a saliva. Já, Carlos não imaginava os movimentos de sua boca e, por isso, o ritmo de deglutição salivar mostrava-se comprometido.

Esta dificuldade na imaginação do corpo e de seus movimentos, portanto, ia muito além do problema orgânico.

3.3.5 Linguagem, Corpo e Psiquismo

As interpretações terapêuticas sobre o corpo de Carlos, de acordo com a fala das cenas cotidianas que a mãe me trazia, funcionou como a apropriação de um discurso por meio do qual Carlos poderia dizer de si. À medida que eu manuseava sua região cervical para melhor posturá-lo e que organizava pernas e pés, também tocava sua boca nas manobras para a contenção da saliva, realizando estimulações sensório-motoras intra e extra-orais. Nestas ações eu delimitava, cuidava, olhava e falava como um outro que dele sabia.

Se, nas primeiras estimulações sensório-motoras orais seu corpo reagia de forma reflexa, uma vez instalada uma marca – desconhecida até então – que proporcionava o prazer, o ato de deglutir a saliva substituía cada vez mais a sua inabilidade muscular para efetuar tal função. Pode-se dizer então, com Coriat (1998):

(...) o saldo desta experiência é um traço mnêmico primeiro, uma letra que se escreve e, a partir daí, já o real do organismo se transforma porque essa letra ficou escrita. A experiência seguinte já não será igual porque voltará, sim, a ser o encontro entre o outro e o organismo no real, mas este organismo já estará modificado e voltará a ser transformado pela nova letra, que será o saldo da nova experiência. (CORIAT, 1998, p. 24)

Numa cena: “*Carlos, posso lhe contar uma coisa? Você não precisa mais daquela toalha*”. Ele me olha. Olha para a mesa. Não havia se dado conta que estava sem a toalha em mãos. “*Viu, você não precisa mais dela, parece que ela não faz mais parte de você*”. Mesmo havendo, em alguns momentos, o escape salivar,

Carlos procurava toalhas de papel, dispostas na sala de terapia. Acredito que nestes momentos em que a interpretação terapêutica se dirigia a ele, havia a aquisição de um “saber” sobre o próprio corpo.

Desta maneira, além de eu atestar sua existência, construía uma narrativa sobre ele, inscrevia-o numa história e estabilizava uma imagem corporal de sua boca.

Devo concluir com uma citação de Levin (2004):

A representação do movimento estaria sustentada por duas vertentes: do lado simbólico, a que geraria a imagem do movimento, e, no limite com o real, aquela gera o projeto motor, as praxias. O órgão motor por si mesmo não cria a representação motora, esta surge do atravessamento da linguagem, que é a que produz como efetivação dramática a imagem do movimento, e com ela o prazer do funcionamento da função, sua realização funcionante. (LEVIN, 2004, p. 326)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, investigou-se o método clínico fonoaudiológico no trato com a sialorréia em dois sujeitos com paralisia cerebral espástica, a partir de articulações bio-psíquicas.

Nos dois casos clínicos apresentados, apesar da pertinência da utilização de técnicas fonoaudiológicas baseadas em estimulações sensório-motoras para a redução da sialorréia, comprovou-se a importância de se considerar a boca como zona erógena, e, conseqüentemente, privilegiá-la como região fundamental para a constituição da imagem inconsciente do corpo.

Nos casos de Bruno e Carlos, cada qual com suas particularidades, a escuta do discurso materno permitiu o resgate de dados importantes sobre as vivências relacionais, especialmente aquelas voltadas aos cuidados das mães com os corpos de seus filhos. E tais conteúdos foram fundamentais para a compreensão da dimensão psíquica latente do sintoma manifesto (a sialorréia), na singularidade de cada caso.

No discurso materno, em ambos os casos estudados, a sialorréia associava-se à preocupação, à ansiedade, ao desconforto e à sensação de impotência. Em suma: quando o filho babava, a mãe, automaticamente, realizava a limpeza superficial dos lábios e seu entorno. Contudo, diante destas dificuldades em lidar com tais sentimentos, as condutas terapêuticas também foram direcionadas às intervenções de ordem sensitiva (Bruno) e motora (Carlos).

Tornou-se, então, essencial, também em ambos os casos, que as intervenções fonoaudiológicas favorecessem que a cavidade oral exercesse sua função erógena, além da fisiológica.

Dessa maneira, a sialorréia adquiriu dupla representação, a saber: revelou a salivação excessiva, decorrente de falhas neurofisiológicas que perturbam o ritmo

de deglutição, e também falhas na constituição da imagem inconsciente do corpo que perturbam a erogeneização da região oral.

No caso de Bruno, havia um déficit predominantemente sensitivo da região oral que remeteu à utilização de técnicas de sensibilização, no sentido de erogeneizar sua boca, diminuindo a sialorréia. No caso de Carlos, a sialorréia era consequência de um déficit predominantemente motor, direcionando o tratamento para a reestruturação de sua imagem corporal, com ênfase na região oral, acarretando a apropriação de seu esquema corporal e aumentando o ritmo de deglutição salivar.

Diante do material clínico estudado, sugere-se a seguinte direção para o tratamento fonoaudiológico da sialorréia: ao lado das técnicas direcionadas para a adequação das funções sensório-motoras orais, o terapeuta deverá escutar e intervir na dimensão psíquica do sintoma.

Concluindo: as técnicas fonoaudiológicas para o trabalho com o sistema sensório-motor orofacial são a “porta de entrada” para a erogeneização da região oral. Nessa interface bio-psíquica, o método clínico fonoaudiológico mostrou-se efetivo nos dois casos clínicos apresentados nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, A. **Como é que chama o nome disso?** Antologia. São Paulo: Publifolha, p. 91, 2006.

ANUNCIATO, N.F. A plasticidade do sistema nervoso. In: **Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia**. São Paulo: Pancast, p.355 –368, 1998.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral: desenvolvimento e educação. In: Cool; Palácios; Marchesi (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BIRKMAN, M. ; CUNHA, M. C. Internações hospitalares e cirurgias precoces, linguagem e psiquismo: estudo de dois casos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 79-88, jan.-abr. 2006.

BOBATH, K. A. **Deficiência Motora em Pacientes com Paralisia Cerebral**. São Paulo: Ed. Manole, 1976.

BORG, M; HIRST, F. The role of radiation therapy in the management of sialorrhea. **Int. J Radiation Oncology Biol Phys**. E.U.A. v. 41, n.5, p. 1113-9, Jul, 1998.

BRUN, D. **A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

CASTILLO-MORALES, R. **Terapia de Regulação Orofacial**. São Paulo: Ed. Memnon, 1999.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Trad. Julieta Jerusalinsky. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

_____. De que se trata...uma criança? In: **Trata-se uma criança**. I Congresso Internacional de Psicanálise e Conexões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

CUNHA, M.C. Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.12, n.1, p. 91-99, jan.mar.2000.

_____. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

_____. **Psicanálise e pediatria**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1977.

DOUGLAS, C. R. Fisiologia da secreção salivar. In: **Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde**. São Paulo: Robe Editora, 1994.

DRUMMOND, S.S.; FOX, K. Feasibility of Kinesiotape Application for Treatment of Dysarthria. **American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)**, Southeast Missouri State University, Cape Girardeau, MO. Disponível em: <<http://www.asha.org/public/speech/swallowing/default.htm>>. Acesso em: 6 mai. 2007.

ELIA, L. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Ed. Uapê, 1995.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FRAZÃO, Y. S. Disfagia na paralisia cerebral. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Ed. Roca, 2004.

FREUD, S. Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Completas**, Rio de Janeiro: Imago, 1905, v. 7, p. 128-189.

_____. Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Parte I. In: **Obras Completas**, Rio de Janeiro, 1915, v. 15, p. 43.

GARCIA-ROSA, L.A. **Introdução à Metapsicologia Freudiana 1**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2001.

GARCIA-ROSA, L.A. **Freud e o inconsciente**. 20ªed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2004.

GOLSE B.; GUINOT, M. La bouche et l'oralité. **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant**. Paris, France, 42ème. Année. n° 220, p. 23, Fédération Nationale des Orthophonistes, Dec. 2004.

HARRIS, S.R; DIGNAM, P.F. A non-surgical method of reducing drooling in cerebral-palsied children. **Developmental medicine and child neurology**, v.22, n.3, p. 293-9, 1980.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil. Um enfoque transdisciplinar**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.

_____. Razão e método para apresentação de casos clínicos. In: **Seminários III**. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, Lugar de Vida, 2004.

JUNQUEIRA, L.C.U; ZAGO, D. **Fundamentos de Embriologia Humana**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

JUNQUEIRA, P. A Postura em Repouso dos Órgãos Fonoarticulatórios Frente aos Limites Anatômicos do Paciente na Terapia. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v.9, n.1, p. 60-61, set., 1996.

KELLY, R.E.O.G. O buraco na língua ou... Há especificidade no sintoma de gagueira? In: **Gagueira e Subjetividade. Possibilidades de tratamento**. Porto Alegre: Ed.Artmed, 2001.

KOHEIL, R. et.al. Biofeedback techniques and behaviour modification in the conservative remediation of drooling by children with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.29, n.1, p. 19-26, Fev., 1987.

LACAN, J. **O seminário, livro 9: A identificação**. Inédito. 1962.

LAPLANCHE, J.J; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LE MÉTAYER, M.L. Reeducação da motricidade bucofacial: tratamento da alimentação. In: SANCLEMENT, M.P. et.al. **A fonoaudiologia na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, p. 93-115, 2001.

LEVIN, E. **A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997

_____. **A clínica psicomotora. O corpo na linguagem**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

LIMBROCK, G.J. et.al. Drooling, chewing and swallowing dysfunctions in children with cerebral palsy: treatment according to Castillo-Morales. **ASDC dent child**, v.57, n.6, p.445-51, Dec., 1990.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MANRIQUE, D. Aplicação de Toxina Botulínica Tipo A para Reduzir a Saliva em Pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.71, ed.5, p. 566/569, set.-out., 2005

MARIOTTO, R.M.M. Distúrbios Alimentares em bebês: uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 263-274, jun., 2003.

MARTIN, T.J; CONLEY, S.F. Long-term efficacy of intra-oral surgery for sialorrhea. In: **International lecture on head and neck cancer**, Milwaukee, Scientific Sessions-Wednesday, p. 201, 2006.

MCCRACKEN, A. Drool control and tongue thrust therapy for the mentally retarded. **American journal of occupational therapy**, v.32, n.2, p. 79-85, Fevereiro, 1978.

MEIRA, A.M.G. Sobre um caso de psicose simbiótica e lesão cerebral. In: **Escritos da criança**. Ano 1, nº1, p. 55-60, 1987.

MENINGAUD, J-P; et.al. Droolin of saliva: A review of the etiology and management options. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, E.U.A, v. 101, n. 1, p. 48-57, Jan., 2006.

MYER,C.M. Sialorrhea. In: Recent Advances in Paediatric Otolaryngology. **Pediatric Clinics of North America**, University of Cincinnati, Ohio, v. 36, n.6, p. 1495-500, Dec., 1989.

MUELLER, H. Alimentação. In: FINNIE, N.A **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**.2ª ed. São Paulo: Manole, p. 219-231, 1980.

NEIL, G. Sialorrhea: A management challenge. **American Family Physician**, E.U.A, v. 69, n. 11, p. 2628-34, Jun.1, 2004

PALAMIN, M.R.L. Funções da saliva para a cavidade oral: aspectos relacionados à mastigação, à deglutição e à fala. **Revista Fono Atual**, São Paulo, n.8 , p.19-26, abr.-jun. 1999.

PARISI, C.O. **O corpo na fonoaudiologia: Agenciamento de Conceitos**. 2003.102f. (Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia) –PEPG, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PINHO, G.K.O. **Paralisia Cerebral. Alterações e Atuações Fonoaudiológicas**. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – CEFAC, Curitiba, 1999.

QUEIROZ, T. C.; CORREIA, J.R.A. Algumas considerações sobre a falha epistemo-somática e suas manifestações na criança. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v.V, n. 4, p. 74-84, dez., 2002.

ROSA, C.M.R. A Crioterapia como Recurso para Diminuir a Sialorréia em Criança com Disfunção Neuromotora: Relato de Caso. **Revista Cefac**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 301, jul-set., 2005.

ROSENBAUM, P. et.al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. **Dev Med Child Neurol**, n. 47, p. 571-576, april, 2005.

SHEPERD, R.B. **Fisioterapia em pediatria**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1996.

SHOTT, S.R.; ET.AL. Surgical management of sialorrhea. **Otolaryngol Head Neck Surg**.v.101, n. 1, p. 47-50, Jul., 1989.

SILVA, A.P.P. **A criança com distúrbio neurológico e a psicanálise**. 2000. 110f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVEIRA, T.C. A psicanálise e os impasses da constituição subjetiva. **Psyché**, São Paulo, v.VII, n.11, p. 117-132, jun., 2003.

SOUZA, L.A.P. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, v.10, n.2, p. 225-234, 1999.

TAHMASSEBI, J.F; CURZON, M.E.J. The cause of drooling in children with cerebral palsy – hypersalivation or swallowing defect? **International journal of paediatric dentistry**, Leeds, v. 2, n. 13, p. 106-111, 2003.

TAVARES, E.; PEDÓ, M. Algumas questões sobre o trabalho do psicanalista. **C. da APPOA**, Porto Alegre, n. 113, p. 33-40, 2003.

TASSINARI, M.I. Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos. **Distúrbios da Comunicação**, v. 12, n. 1, p.75-89, 2000.

TATIT, P.;PERES, S. **Cultura**. In: Canções Curiosas (CD), 1998.

THIBAUT, C. R. **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l’oralité alimentaire chez l’enfant**. Paris, France, 42^{ème}. Année, n° 220, p. 3-7, Fédération Nationale des Orthophonistes, Dec. 2004. Editorial

THIBAUT, C. R. La langue, organe clé des oralités. **Rééducation Orthophonique – La deglutition dysfonctionnelle**. 44^{ème}. Année. n° 226. Fédération Nationale des Orthophonistes. Paris, France, Juin, 2006, p. 115-124.

VAL, D.C. do; LIMONGI, S.C.O.; FLABIANO, F.C; SILVA, K.C.L da. Sistema estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 345-354, set.-dez., 2005.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

WONG, V; et al. Traditional Chinese Medicine (Tongue Acupuncture) in children with drooling problems. **Pediatr Neurol**, n.25, p. 47-54, Jul., 2001.

ANEXOS

Caso Bruno

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: O tratamento da sialorréia na clínica fonoaudiológica: articulações entre corpo e psiquismo.

Eu discuti com a fonoaudióloga Angélica de Menezes Pombo sobre a minha decisão em permitir a participação de meu (minha) filho (a) nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a não identificação de meu (minha) filho(a) não será possível pois os dados se referem unicamente a ele(a) e a(s) fotografia(s) facilitaram seu reconhecimento. Entretanto, o endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto. Ficou claro também que a participação de meu (minha) filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em permitir a participação do(a) meu(minha) filho(a) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data:

____/____/____

Assinatura do pai (mãe) ou responsável

Nome:

Endereço:

R.G:

Angélica de Menezes Pombo

Data:

____/____/____

Assinatura do pesquisador(a)

Nome da criança:

Termo de Livre Consentimento

Eu, _____ autorizo a utilização de imagens, gravações em áudio, dados referentes a exames realizados, dados referentes à terapia fonoaudiológica, bem como desenhos ou material de escrita de _____, paciente desta Instituição, para fins didáticos e de pesquisa. Informo ainda que fui devidamente esclarecido (a) sobre os aspectos acima mencionados.

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Nome do responsável

R.G

Nome da pesquisadora: Angélica de Menezes Pombo

Parecer do Comitê de Ética do PEPG em Fonoaudiologia PUC-SP