

**EVELIN TESSER**

**REFLEXÕES SOBRE *DIÁLOGO***

**- sob efeito da Clínica de Linguagem com afásicos -**

**Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**São Paulo**

**2007**

**EVELIN TESSER**

**REFLEXÕES SOBRE *DIÁLOGO***

**- sob efeito da Clínica de Linguagem com afásicos -**

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de título de MESTRE em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto.

**Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**2007**

**Comissão Julgadora**

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

*Dedico esta dissertação  
aos meus pais, Ademir e Leonilda.*

## **Agradecimentos**

À Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, pela confiança, dedicação, carinho, respeito e paciência dispensados a mim e a esta pesquisa durante estes dois anos. Pelo entusiasmo (contagante!), competência e seriedade que marcaram as produtivas orientações e tornaram esse meu percurso muito prazeroso. Pela sensibilidade, compreensão e também pelo “colo” nos momentos de aflição. Para você, minha querida orientadora, meu muito obrigada!

À Dra. Suzana Carielo da Fonseca, senão a maior, sem dúvida alguma a primeira responsável por tudo isso. Por me apresentar a Clínica de Linguagem e por me contagiar com seu encantamento pelas afasias. Pelo incentivo quando escolhi o LAEL para desenvolver minha pesquisa. Pelas supervisões sempre cheias que questionamentos e, ao mesmo tempo, acolhedoras. Pela generosidade. Pelas indicações de leitura no exame de qualificação. Pela amizade. Pelos projetos futuros.

À Ana Lúcia Franco Nobile Girardi, pela leitura atenta e minuciosa, pelas pontuações e indicações de leituras na banca de qualificação, que foram muito importante para que este trabalho ficasse assim como está. Também pela companhia nas aulas e por compartilhar as angústias e os prazeres dos tortuosos caminhos da pesquisa.

À Dra. Lourdes Andrade, a *Tati*, pelo auxílio com o *abstract* e pelos sorrisos sinceros.

À Rosana Landi, companheira de LAEL, professora do aprimoramento, colega de profissão, pela leitura minuciosa e ajuda na escrita.

À Dra. Lúcia Arantes, pelo exemplo e pela paixão por aquilo que faz – assim inspirando-me, também, a me apaixonar.

Aos colegas que fiz neste percurso: Adriana Pucci, Ana Lúcia Girardi, Bizio, Carolina Guadagnoli, Cláudia Cerqueira, Cláudia Tumiate, Fernanda Fudissaku, Helena Ferreira, Luciana Carnevale, Magda Branco, Melissa Catrini, Milena Marchiori, Regiane Vieira, Rosana Landi, Roseli Vasconcellos. Obrigada pela companhia!

À querida Cláudia Tumiate, pela companhia desde o princípio. Pelas conversas. Por dividir as alegrias e as angústias. Por saber ouvir e por saber falar. Pelos planos. Pelos congressos (quanta aventura!). Valeu!

À Carolina Guadagnoli, querida amiga que admiro desde que foi minha monitora em Teoria Lingüística. Pela companhia nos congressos. Pela companhia nas aulas. Pelas longas conversas. Obrigada.

À Lílian Cristina Kühn Pereira, amiga desde a graduação, compartilhou comigo muitos momentos, inclusive o ingresso no LAEL. Agradeço pelo carinho e consideração. Espero que nossos encontros, hoje tão raros devido às correrias do dia-a-dia, possam, em breve, ser mais freqüentes.

Aos meus pacientes, Sra. Esmeralda e Sr. Ricardo, por serem o motor que impulsionou esta pesquisa.

À DERDIC, lugar que me formou enquanto terapeuta e pesquisadora, por permitir a realização deste trabalho. Um agradecimento carinhoso ao João e à Marilei, pela paciência e disposição com que me ajudaram nas pesquisas bibliográficas.

À Maura Souto Castro, pelo carinho e compreensão.

Às **amigas eternas**, Camila, Isa, Janete, Suelen e Valley, pela presença quase diária, ainda que, fisicamente, nos vemos só nos finais de ano.

À Cássia, pelo auxílio nas transcrições e pelas boas risadas. Aos tios Antônio e Marlene, pela acolhida nos finais de semana.

Às minhas irmãs amadas, Vanessa e Priscila, pelo carinho, paciência e apoio. À Priscila, pela ajuda com as transcrições e pela leitura atenta que fez deste trabalho.

À minha mãe, Leonilda, pela presença constante, paciência, carinho e amizade. Pelas noites em que foi dormir tão tarde porque eu ainda estava no computador. Por tudo!

Ao meu pai, Ademir, pelo apoio, pelas conversas e pelos silêncios. Pelo olhar carinhoso que insiste em aparecer no “semblante durão”. Por tudo!

Ao Leonardo, meu grande amor, pela imensurável paciência e compreensão (tão importantes para mim), dedicação, carinho e amizade. Pelos incontáveis gestos de amor.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, sem o qual este sonho não seria possível.

# ÍNDICE

---

<b>RESUMO</b>	10
<b>ABSTRACT</b>	11
<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>PREÂMBULOS DE UMA DISCUSSÃO</b>	30
1.1 Apontamentos sobre diálogo e método clínico	33
1.1.1 Anna Basso: diálogo como veículo de <i>reeducação da fala</i>	33
1.1.2 Centro de Convivência de Afásicos: diálogo e intersubjetividade	42
1.1.2.1 Diálogo como meio de reconstrução conjunta da significação	44
1.1.2.2 O Centro de Convivência de Afásicos e “Práticas Discursivas”	51
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>BASES TEÓRICAS DE UMA CLÍNICA DE LINGUAGEM</b>	57
2.1 <i>Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem</i>	57
2.2 O “diálogo” e seu estatuto no Interacionismo em Aquisição de Linguagem	62
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>A CLÍNICA DE LINGUAGEM</b>	69
3.1 A Clínica de Linguagem com afásicos: considerações primeiras	69
3.2 Do compromisso com a Lingüística e suas extensões	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	80
<b>ANEXO</b>	90

## **Resumo**

O encontro com falas de sujeitos afásicos é, reconhecidamente, um desafio clínico para o fonoaudiólogo, dada sua natureza hesitante, elíptica, incompleta, que, na maioria das vezes, promove perturbação coesiva no tecido textual-enunciativo. Essas falas afetam o diálogo. A afasia é um dos casos mais expressivos do que disse Lier-DeVitto (2006): “*um desarranjo na fala que destrói a ilusão do sujeito de estar na origem [ou em controle] de seu dizer e que **esgarça o laço social***” (ênfase minha).

*O diálogo*, mesmo quando perpassado de modo significativo por ambigüidades e mal-entendidos, é o mecanismo privilegiado de enlace possível entre seres falantes. Ele é, então, solo de sustentação do tratamento clínico. De fato, no jogo dialógico, mudanças na posição do afásico frente ao dizer do outro e ao próprio dizer, ocorrem. Torna-se, portanto, relevante refletir sobre suas configurações complexas e heterogêneas – complexidade que remete à alegada “assimetria interacional” (SALAZAR-ORVIG,1998, e outros). Assimetria que não tangencia a problemática clínica e/ou teórica de eventos dialógicos em que estejam envolvidos falantes “sintomáticos” e falantes “normais” de uma língua.

Este trabalho discute a natureza e as funções do diálogo em diferentes propostas terapêuticas e alinha-se à concepção de diálogo pautada na idéia da irremediável dessimetria (não coincidência) entre falantes. Nesse sentido, ele toma distância, seja de vertentes comportamentalistas, seja de vertentes que o aproximam de interação social em que ele seria sustentado pela construção de “conhecimento mútuo”. Neste trabalho, falas afásicas e seus efeitos na clínica motivam a reflexão que aqui são desenvolvidas. Propõe-se o diálogo como *locus* de promoção de mudanças. Segmentos de situações clínicas serão incluídos para ilustrar a discussão.

## **Abstract**

Aphasic speech constitute a challenge for language therapy for presenting itself as hesitant, elliptical and incomplete – characteristics which often produces a cohesion disarrange and, consequently, a dialogical disturbance. Aphasia can be taken as an striking example of what has been described by Lier-DeVitto (2006) as “*a disturbance in speech which destroys the illusion of the speaker of being in control of hers/his own speech, thus tearing apart the social tissue in which it is involved*” (my emphasis).

*Dialogue* - even when ambiguous and full of misunderstandings – is the privileged bonding mechanism between speakers. It constitutes, thus, the basis for clinical intervention. In fact, it is through dialogical processes that the aphasic patient changes his/her position in relation to its own speech or the speech of others. It is, therefore, of importance to reflect upon the complexity and heterogeneity of dialogues as well as on the “interactional asymmetry” which is alleged part of the dialogical process in clinical settings (SALAZAR-ORVIG 1998, among others) – an asymmetry which does not take into account the specific theoretical/clinical features of dialogues involving “normal” and “symptomatic” speeches.

This dissertation assumes dialogue as an asymmetric exchange (in the sense of a non-coincidence between speakers) and aims at discussing the nature and functions of dialogical processes in various therapeutic approaches. Such a point of view distances itself both from behavioristic and from social approaches based on the notion of “shared knowledge” – it is, instead, directed towards the idea of dialogue as the driving force behind the changes that take place in patients’ speech. The discussion will be illustrated by clinical material.

## Introdução

O encontro com falas de sujeitos afásicos é, reconhecidamente, um desafio clínico para o fonoaudiólogo. Na maioria das vezes, sua natureza hesitante, elíptica e incompleta tem como consequência uma perturbação coesiva que abala o tecido textual-enunciativo - o que, por sua vez, afeta o diálogo<sup>1</sup>. Falas afásicas enquadram-se, sem dúvida, numa caracterização oferecida por Lier-DeVitto (2001, 2006 e outros) sobre o sintoma: “*um desarranjo na fala que destrói a ilusão do sujeito de estar na origem [ou em controle] de seu dizer – [um desarranjo] que **esgarça o laço social***”. A ênfase que coloco neste enunciado da autora tem a função de destacar impasses dialógicos promovidos por falas de afásicos na escuta do outro.

O segmento transcrito de uma sessão com uma paciente (Esmeralda – E.)<sup>2</sup> que recebi na DERDIC/PUC-SP, poderá ilustrar o que disse acima. A família desta paciente apresenta uma queixa sobre a fala; na verdade, sua filha foi “porta-voz” dessa queixa, feita no momento do “primeiro atendimento” – um procedimento institucional em que uma triagem inicial é realizada, com vistas a um encaminhamento mais específico para Setores e Serviços para avaliação mais precisa do problema<sup>3</sup>. Quando chamo a paciente a entrar na sala de atendimento para a primeira entrevista, quem se levanta é a filha. Contudo, após meu pedido para que aguardasse pela mãe na sala de espera, ela recua e se senta novamente. Esmeralda levanta-se e caminha silenciosamente até a sala de terapia. Sentadas uma frente à outra, pergunto a ela o que a trazia à DERDIC. Vejamos, abaixo, o **SEGMENTO 1**:

---

<sup>1</sup> Falas de afásicos afetam, de muitos modos, a escuta do clínico. Como discutiu Marcolino (2004), por exemplo, por ser *truncada e hesitante*. Frente a elas, de fato, “[o outro] ‘tem pressa’, ele ‘se apressa’, *antecipa um sentido*” (2004:102). Assim procedendo, o clínico, não fica “fora do sentido” - o que pode, contudo, “deixar de fora” o paciente.

<sup>2</sup> Nome fictício.

	<b>E1:</b> Eu bati cabeça ficô rum.
<b>T2:</b> E depois a senhora ficou no hospital?	
	<b>E3:</b> Hum?
<b>T4:</b> A senhora <b>ficou</b> no hospital?	
	<b>E5:</b> Eu <b>tava</b> , ele, ele, aí eu bati a cabeça <b>lá</b> , eu vi, eu vi, <b>de lá, de lá</b> , eu caí, <b>eu vi</b> , tendeu?, a cabe... não vi, não vi. <b>Não vi</b> mais nada, mais nada.
<b>T6:</b> E faz muito tempo que isso aconteceu?	
	<b>E7:</b> Hã?
<b>T8:</b> <b>Faz muito tempo</b> que isso aconteceu?	
	<b>E9:</b> Foi eu, foi eu. <b>De, de neném</b> eu falei, de lá eu vi, só por isso, só por isso.
<b>T10:</b> <b>Quanto tempo faz?</b>	
	<b>E11:</b> <u><b>Doeu.</b></u>
<b>T12:</b> <b>Quanto tempo faz que a cabeça <u>doeu</u>?</b>	
	<b>E13:</b> <u><b>Ta doendo.</b></u>
<b>T14:</b> <u><b>Ainda dói?</b></u>	
	<b>E15:</b> É, tava, tava. <b>Tava doendo</b> e tá doendo. <b>Eu não falava na casa</b> , mas é <b>rum</b> , se é <b>rum</b> , não. Por aqui é <b>ruim</b> falá. <b>Pode falá, pode falá</b> que eu, eu tenho que <b>falá, por aqui até lá</b> , mas falá <b>eu tenho que falá, num tenho o qui falá. Num podia falá.</b> Isso é rum, é rum. Isso é muito.... SI...foi assim, é.

<sup>3</sup> A DERDIC oferece diferentes tipos de atendimento: médico, fonoaudiológico (audição, voz e linguagem) e psicológico, além de contar com assistentes sociais.

[...]	
<b>T16:</b> Ah, tá. E a senhora ficou muito tempo no hospital?	
	<b>E17:</b> ãhn? ãhn?
<b>T18:</b> A senhora ficou muito tempo lá dentro?	
	<b>E19:</b> Eu tava lá, tava lá. Aí eu comi, qué comê? Qué comê? Quando eu comi, que eu comi, qué comê?.Minha vontade é comê. Aí quando eu comi, quando eu falei, quando eu falei, eu não vi. Aí eu não vi, não vi.
<b>T20:</b> ãhã.	
	<b>E21:</b> Aí eu comi um pêda, pêda, pedaço de carne, pedaço de carne, eu comi, quando eu comi, quando eu comi, quando eu mordi, eu não vi, eu não vi.
<b>T22:</b> Aí a senhora parou de ver.	
	<b>E23:</b> É, aí eu comi, eu vi, eu não vi.

O ponto inaugural do diálogo entre Esmeralda e eu começa pela pergunta que lhe dirijo referente ao AVE (Acidente Vascular Encefálico). Nada de estranho começar por aí, já que, numa entrevista inicial, pacientes são interrogados sobre as razões de suas presenças na clínica e, os afásicos, comumente, falam de “doença”, do acidente vascular (ou traumático) de que foram vítimas. O desenvolvimento do diálogo, nessa primeira entrevista, foi bastante tortuoso (como se pode ler no registro acima). Ele mostra, do meu lado, aparentemente, uma tentativa de “garantir um espaço de sentido” em torno da questão que iniciou esse encontro clínico e, do lado da paciente, tropeços no dizer ou, em palavras teoricamente mais adequadas, deslizamentos homonímicos que impulsionam o encadeamento da fala de Esmeralda. Contudo, impressionou-me menos a qualidade dessa fala e mais o fato de que, nas entrevistas posteriores, frente à fala de Esmeralda, solidificou-se em mim a impressão de que ela “permanecia no mesmo lugar”,

presa ao mesmo ponto: ao tema da doença que, a meu ver, reaparecia em quase todas as respostas que ela me dava, *independente de qual havia sido minha pergunta*. Frente a isso, considere que o *revolver dessa fala sobre um mesmo assunto* poderia ser indicativo de que Esmeralda não entendia o que o outro falava. De meu ponto de vista, havia, portanto, um *desencontro básico entre pergunta e resposta... falta de comunicação no diálogo*.

Como as sessões são gravadas, por razões teórico-clínicas e institucionais<sup>4</sup>, apresentei minha impressão sobre Esmeralda em reunião de supervisão e demos início à leitura do material clínico (já transcrito por mim). O efeito dessa leitura foi o de diluição da impressão de que Esmeralda “não entendia minhas perguntas”. O que eu não havia sido capaz de escutar era que ela era vencida pela força propulsora da lei da linguagem, a cada passo do encadeamento de sua resposta. Quero dizer, com isso, que minha surpresa maior foi, digamos, com o equívoco de minha suposição de que ela não me compreendia. Quem não entendia quem, nesse caso? Colocar a questão nesses termos tem importância: certamente que *a fala de afásicos coloca a escuta do outro em sofrimento* (FONSECA, 1995), mas para que uma escuta clínica se constitua, ela deve abrir-se para essa fala em sofrimento e surpreender, nela, um falante que, tendo perdido a ilusão de ser “*senhor*” de seu dizer (SAUSSURE, 1916; HAROCHE, C. 1988), luta pelo reconhecimento do outro (responde a ele). Um falante que não abdica do reconhecimento do outro de ser um sujeito que, mesmo com uma fala estilhaçada, está ali “*ao lado do que diz*” (LACAN, 1955-6).

Vejam um trecho de outra sessão, com a mesma paciente, no **SEGMENTO 2**:

<b>T24:</b> Isso, a senhora gosta de comer bolo?	
	<b>E25:</b> Já já já
<b>T26:</b> Já comeu?	
	<b>E27:</b> Já já
<b>T28:</b> E a senhora gosta?	
	<b>E29:</b> Já já <b>cumi</b>
<b>T30:</b> Faz tempo que a senhora comeu?	

<sup>4</sup> Sobre as questões teórico clínicas, remeto o leitor a Lier-DeVitto & Arantes (1998, 2001); Arantes (2001); Andrade (2001, 2006). Quanto a questões institucionais, sendo a DERDIC uma unidade acadêmica da PUCSP, todos os pacientes assinam termo de consentimento esclarecido, autorizando a utilização de suas falas para fins de pesquisa.

	<p><b>E31:</b> Já comi, já já já ouvi, ouvi, eu vi, eu vi, vi</p>
<b>T32:</b> O quê que a senhora viu?	
	<b>E33:</b> (SI)
<b>T34:</b> Isso ...	
	<p><b>E35:</b> Ah, qui eu caí, eu caí, aí depois eu comi, eu caí i comi, eu cumi (9 vezes) ,</p>
<b>T36:</b> O quê a senhora comeu?	
	<b>E37:</b> Hum?
<b>T38:</b> O quê que a senhora comeu?	
	<p><b>E39:</b> Ácálá... eu danô/ eu caí, eu cumi, danô, quando eu caí, eu caí, eu caí, danô, eu caí, a carne eu cumi, eu cumi, daí, eu cumi, cumi, Acabô</p>
<b>T40:</b> A senhora comeu até acabar?	

	<b>E41:</b> As/ as/ <b>foi</b>
<b>T42:</b> Foi?	
	<p><b>E43:</b> <b>Cumeu...</b>  Aqui <b>eu foi</b>,  eu panhei,  eu cumi,  <b>eu cumi</b> a carne,  eu cumi//eu panhei,  eu panhei/panhei</p> <p>(SI) ...  Quando <b>eu cumi</b>,  Quando <b>eu comeu</b>, eu virei,  eu virei...</p>
<b>T44:</b> Ahan. E o quê a senhora comeu?	
	<b>E45:</b> Ahn
[...]	
<b>T46:</b> E o quê que era? <b>Era pão?</b>	
	<b>E47:</b> <b>Pãno</b> , eu caí, eu caí..
<b>T49:</b> Sim, mas a senhora falou que a senhora comeu... o que a senhora comeu?	
	<b>E50:</b> Ahn?
<b>T51:</b> O quê que a senhora comeu?	
	<b>E52:</b> (SI)
<b>T53:</b> A senhora comeu <b>o quê?</b>	
	<p><b>E54:</b> (SI)</p> <p><b>tem dois,</b>  <b>tem doce,</b>  <b>tem lá,</b>  todo mundo tem lá (?)</p>
<b>T55:</b> Sim, a senhora me contou que tinha	

<p>muita gente lá quando a senhora caiu, mas a senhora agora <b>tava me dizendo</b> que comeu lá... o quê que a senhora comeu?</p>	
	<p><b>E56:</b> Tava eu, tava eu, tava eu</p>
<p><b>T57:</b> O quê que a senhora comeu?</p>	
	<p><b>E58:</b> Aião?</p>
<p><b>T59:</b> Comeu o quê?</p>	
	<p><b>E60:</b> De lá, <b>eu vim/eu vi</b>,  quando eu passei,  quando <b>eu cá/eu cá</b>,  a manteiga, a manteiga,  <b>eu pá/eu pá</b>,  (SI)  eu vi de lá, eu fiquei,  aí eu vi uma mulher, <u>tinha uma</u>,  <u>tinha outra...</u>  aí, eu falei:  ó Deus, <b>olha pra mim</b>,  ó Deus...  ó Deus, <b>ó pra mim</b>,  <b>eu caí</b> meu Deus,  <b>eu caí</b> ó Deus, <b>todo mundo</b>,  <b>todo mundo</b>  eu <b>tô cu</b>mendo,  ó Deus,  <b>ó pá mim</b>, Deus...  ó Deus, <b>ó pá mim</b>,  Deus, meu Deus,  meu,  <b>ó pá mim</b> Deus...</p>

	(SI – chorando)
--	-----------------

Este segmento de sessão deliberadamente foi transcrito “em paralelo” para iluminar o “traçado da homonímia” (LIER-DEVITTO & FONSECA, 2007, a sair) que impulsiona a fala de Esmeralda. Nele, espero poder mostrar a emergência de uma escuta outra para os dizeres de minha paciente. Neste trecho, há maior “enlace” entre nossas falas: enlace que se dá pela via de incorporações/repetições de partes de enunciados, nas tentativas de contenção de deslizamentos, no tempo ampliado/concedido para a fala da paciente caminhar (e, naturalmente, para a escuta achar âncora).

Quanto ao traçado da homonímia (presença notável nos dois segmentos), sua natureza é equivocizante: sustenta-se na substância fônica e faz recortes, cortes e composições que diluem estratificações (MILNER, J-C, 1987) e fazem, por isso, uma palavra ser ela mesma e outra; fazem, por vezes, uma palavra virar outra (como, por exemplo, *falá... até lá, mas falá /// tenho qui fala /// num tenho o qui fala*) e emperrar ou perturbar o encadeamento “lógico” de dizeres, como podemos ver acontecer “em excesso” nos dizeres de Esmeralda. A questão importante, do ponto de vista clínico, parece-me, é reconhecer que uma *escuta clínica*, tendo-se em conta a Clínica de Linguagem, deve ser capaz de recolher, nesse excesso, algo que não se reduza a uma mera projeção de significado próprio – recolher não é projetar. Nessa diferença parece estar minha posição frente à fala de Esmeralda entre o primeiro e o segundo segmentos apresentados. Note-se que, no segundo, meu *compromisso com a fala é também com o sujeito que fala essa fala* – tenho a expectativa de que aquilo que pergunto seja respondido e de que minha interpretação seja reconhecida.

Desse modo, posso admitir que minha suposição de que Esmeralda não entendia minhas perguntas correspondia mais a uma dificuldade minha de “ficar fora do sentido” (ARAÚJO, S. 2003) – uma dificuldade em reconhecer que o acontecimento afásico impõe ao sujeito, uma cisão profunda, exposta e explícita, entre fala e escuta (LIER-DEVITTO, 2003) - uma divisão que não pode ser cerzada pela ilusão (perdida) de ser uma unidade e um falante que controla a fala. O que se pode ver nos segmentos de sessão, acima transcritos, parece vir ao encontro do que digo. Temos *uma fala que ultrapassa o falante*, que o frustra porque lança o outro para fora do sentido e para longe de si. Nessa fala, **cruzam-se tempos verbais** que fazem conviver, de forma inesperada, passado e presente (“doeu” / “tá doendo” / “táva doendo”); **embaralha**

**vozes** (*Aí eu comi, qué comê? Qué comê?*); **elide tempos/cenas** e caminha alinhavando fragmentos dispersos; **diluindo o tecido de argumentações** (*Foi eu, foi eu. De, de neném, eu falei. De lá eu vi, só por isso, só por isso*). De fato, não só irrupções inesperadas como “só por isso”, como também lacunas enunciativas suspendem uma esperada relação causa-conseqüência. Por exemplo: em resposta à pergunta da terapeuta: “A *senhora ficou no hospital?*”, a paciente diz: “*eu táva ...*”. **Aglutinações são, também, freqüentes** (em “*eu tô cumendo*” (E60), parecem imbricar-se, ao menos, “*todo mundo, tô comendo e tô com medo*”).

As seqüências pautadas por repetições insistentes acabam impulsionadas “para frente” por deslocamentos da matéria sonora, como indicado acima. Esse modo de caminhar de uma fala pode gerar “mal entendidos” (MILNER, J-C 1987: 15) e mais que isso, pode gerar não-sentido na escuta do clínico (CARNEVALE, a sair) e produzir suposições equivocadas - como a que construí, no início deste atendimento, frente a falas que, como disse, ultrapassam o sujeito-falante e o outro-ouvinte - ambos sob o impacto da escuta de uma imprevisibilidade incontornável. Pois bem, sob tal impacto, minha direção primeira foi atribuir unicamente a Esmeralda um “déficit de escuta” e nisso residia meu equívoco.

Entendo, hoje, que para um clínico *dar reconhecimento ao afásico como falante*, recolher sua demanda, é preciso que ele - o clínico - possa “ficar fora do [próprio] sentido”, ou seja, possa criar uma escuta para a *trama significativa* - esse lugar em que se pode localizar um “querer dizer”; e é preciso, também, ter em conta o *drama subjetivo* de alguém que, embora falante, fica em descompasso em seu dizer. Enfim, parece-me necessária uma escuta clínica que possa caminhar pelas linhas de uma imprevisibilidade que tende a ser diluidora da comunicação para que o diálogo possa ocorrer, ser sustentado e estruturante. Diálogo parece supor, mesmo, que o sentido “está entre” - não é o prévio, nem o esperado por uma das partes envolvidas.

As considerações acima, que foram sendo tecidas a partir do atendimento de Esmeralda, decorreram de efeitos cruzados entre leitura de materiais clínicos gravados e transcritos (de meus pacientes) e efeitos de falas “em cena” (desses pacientes). Insisto em “meus pacientes” porque é precisamente nessa particularidade que “análise de dados” e “escuta/interpretação” podem ser distinguidas: no primeiro caso, é indiferente o anonimato da gravação/transcrição do *corpus* - o que não acontece no segundo caso. *Escuta* supõe *fala viva* (LIER-DEVITTO, 2004), ou então, um corpo-escuta marcado pelo diálogo vivo. Pergunto, com Lier-DeVitto (comunicação pessoal): “quem, senão aquele que tenha ouvido uma fala “em ato” (que tenha

sido marcado por ela em seu corpo) seria capaz de reter-lhe a vida na leitura de sua transcrição?” .

O atendimento do Sr. Ricardo<sup>5</sup>, paciente que, como Esmeralda, atendi na DERDIC/PUC-SP poderá não só iluminar a heterogeneidade marcante nas afasias como também permitir que eu mostre os efeitos de sua fala/corpo numa escuta clínica. Convém dizer que Ricardo e Esmeralda foram, ambos, vitimados por um AVE na mesma região cerebral<sup>6</sup> o que, como se poderá ver, não produziu a mesma qualidade sintomática. De fato, a etiologia não esgota a questão: a fala desses dois pacientes nada têm de semelhantes. Uma passada de olhos sobre este material transcrito é suficiente para se notar que a fala de Ricardo é muito menos hesitante, muito menos truncada do que a de Esmeralda. O primeiro ponto surpreendente para mim era o desencontro entre o diagnóstico de que Ricardo “compreendia”, que respondia às minhas perguntas, que sustentava e sustentava-se num texto, mas sua queixa mais insistente era de que ele “não compreendia” a fala.

Na entrevista inicial, Sr. Ricardo, compareceu sozinho<sup>7</sup> e contou que após o AVE ficou muito mal, mas foi rapidamente melhorando. Apesar da melhora ele percebia que não conseguia “completar a palavra”, não conseguia falar. Acrescentou que, durante a leitura, não conseguia “concluir sentenças”, saber o que leu. Queixou-se que, em algumas situações, não conseguia entender o que diziam a ele, principalmente quando havia mais de uma pessoa falando ao mesmo tempo. Ricardo disse que tinha muita dificuldade para escrever porque se esquecia como escrevia determinada palavra, além de não ter mais “clareza na escrita”. Ao lado da reiterada afirmação de fracasso, que se exprimia na presença dos enunciados “eu não consigo mais x, y,...”, pude notar uma expressiva tensão corporal que, ao longo da entrevista acabou cedendo lugar a um visível relaxamento. Nesse trânsito, as hesitações diminuíram e emergiram parafasias e neologismos<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Nome fictício

<sup>6</sup> O relatório médico afirmava que os pacientes haviam sido acometidos por “lesão frontal”.

<sup>7</sup> Como já foi explicado, de acordo com as reflexões encaminhadas no *Projeto*, o próprio paciente é convocado para a entrevista inicial. Entende-se que esse movimento é necessário para que o paciente sinta que naquele espaço, ao menos, ele tem vez e voz. Cabe assinalar que convocar o próprio paciente é uma recomendação, e não uma norma. Sobre isso ver Fonseca (2002) e Marcolino (2004).

<sup>8</sup> Manifestações lingüísticas que já haviam sido registradas no prontuário do paciente na ocasião do primeiro atendimento.

**SEGMENTO 3:**

T1: Esse AVC que o senhor teve então foi por causa de pressão alta?	
	R2: Pressão alta, foi.
T3: E o senhor tem algum outro problema, como colesterol, problemas cardíacos?	
	R4: Nada, não tenho p... pressão... eu tinha muito... uma coisa que eu tinha muito dor de cabeça, e eu fui ao médico, tudo, e explicava que a dor estava insuportável de cabeça, muita <b>enxu... enxuca... enxucaca não, enxecaca</b> , como é? <b>Enxe...</b>
T5: Enxaqueca.	
	R6: Enxaqueca... (risos). Enxaqueca, e eu ia constantemente falá “ <i>não, a tua pressão tá um pouquinho alta... é... <b>diminuo o sal, diminuo o sal</b> que vai melhorá, não precisa tratamento, nada</i> ”, <b>até que uma hora que não</b> precisou controlá esse tipo de coisa. De todos os cuidados que os médicos me falava, <b>acho que chegou uma hora que não</b> foi o suficientemente cuidado, e aí veio a acontecer. Eu tinha muito tenso, meu trabalho, como é muito a... chamadas...
T7: Ãhã.	
	R8: Sobre o tempo, é um trabalho muito tensão... e tem uma cobrança muito grande

	com a França <sup>9</sup> ... com a disponibilidade <b>deles</b> em tempo integral. Então isso eu acho que também ocorreu tensão.
T9: Ãhã, entendi. E o senhor tava onde quando isso aconteceu?	
	R10: Eu tava no escritório.
T11: E como é que foi?	
	R12: Isso foi mais ou menos oito e meia, nove horas da manhã.
T13: E o senhor tava sozinho?	
	R14: Não. Aconteceu o seguinte: na verdade, eu comecei a sentir na, no domingo a tarde. Eu acordei de manhã, pensei que tava com a pressão bem alta, tava com dor, né, tomei é... neosaldina e isso fui pra casa da minha cunhada, quando eu tava vol... lá não tô agüentando de dor de cabeça e tava impaciente, e tava voltando pra minha casa, aí eu percebi que... eu não tava mais enxergando, como se fosse perdido meu... meu espaço, e eu tava dirigindo. Mesmo assim, com dificuldade, consegui chegar em casa. Aí, ã... alguns amigos me ligaram a noite é... eu falava com ele e a única coisa que falava bem era que eu tava bem, não tinha nada, tava bem, tava bem, mas o que eles falava eu não entendava, não, não entendia.
T15: Isso no domingo?	

<sup>9</sup> Parece importante mencionar que Ricardo trabalha em empresa que tem sede na França.

	R16: Isso no domingo. Mas... aí eu deitei, dormi e acordei bem, mas eu tava falando bem.
T17: Na segunda, quando o senhor acordou?	
	R18: Aí quando na segunda de manhã eu fui trabalhar, eu moro sozinho, tomei meu banho de manhã, tomei meu café e fui pro escritório, sete horas da manhã. Fiquei até sete e m... sete e... sete hora da manhã e era... eu fui que... eu me senti muito agitado, muita tensa com as coisas que tinha pra fazer. Aí eu comecei a esquecer, esquecer não, escutar, e eu tava mexendo com a máquina de uma funcionária que tinha saído... quando eu abaixei a cabeça, aí me deu aquele mal-estar que eu tinha muita angústia... muita angústia, aí eu fui pro banheiro, sabe aquele <b>chi</b> ., <b>chi</b> ., <b>chanc</b> , como se fosse <b>cho</b> ... <b>chovando</b> , <b>chovendo</b> , <b>chova</b> , não, <b>che</b> ... como é que fala? Lagrimá...
T19: Chorar.	
	R20: Chorá, chorá, aí voltei, quando voltei já não táva no normal, aí eu falava, queria falar aquilo pro pessoal, mas já não era nada a ver, aí o pessoal: <i>“leva o Ricardo correndo pro hospital que não tem alguma coisa normal que ta acontecendo”</i> e eu sabia de tudo, assim, eu tinha noção mas eu não conseguia explicar o que eu táva sentindo

	<p>mais, aí quando eu fui no hospital táva com a pressão alta, <b>medictário</b>, né, passaram uns remédios aí foi quando melhorou, aí eu voltei mas não fiquei bem, aí eu fui no outro médico meu, no mesmo dia ele falou: “<i>não, você precisa fazer uma... uma... uma... tomografia</i>”, aí foi quando foi precipitava isso também, fiquei uma semana no hospital.</p>
--	---

Não é preciso uma análise aprofundada para verificar que esta fala caminha sem muito embaraço apesar de alguns tropeços: interrupções, pausas, reformulações (bem e mal sucedidas), problemas mais acentuados de concordância, referência temporal e de substituições pronominais e elisões de pessoa. Nada disso, porém, estanca a fala de Ricardo nem leva a uma diluição argumentativa, da articulação seqüencial do texto. Basta, suponho, indicar a posição em que este falante e sua fala me colocaram neste diálogo. Ricardo, como Esmeralda, tinha escuta para a própria fala, mas ele podia manter-se ali:

- (1) no intervalo de suas hesitações, como em R8: *Sobre o tempo, é um trabalho muito tensão... e tem uma cobrança muito grande com a França... com a disponibilidade deles em tempo integral. Então isso eu acho que também ocorreu tensão.*
- (2) na possibilidade de separar vozes na sua narrativa/relato, como em R6: *Enxaqueca... (risos). Enxaqueca, e eu ia constantemente falá “**não, a tua pressão tá um pouquinho alta... é... diminuo o sal, diminuo o sal que vai melhorá, não precisa tratamento, nada**”, até que uma hora que não precisou controlá esse tipo de coisa. De todos os cuidados que os médicos me falava, acho que chegou uma hora que não foi o suficientemente cuidado, e aí veio a acontecer. Eu tinha muito tenso, meu trabalho, como é muito a... chamadas...*
- (3) nas tentativas (nem sempre bem sucedidas) de reformulação, como em R4 e R18:
 

**Em R4:** muita enxu...  
enxuca...

enxucaca não,  
enxecaca. Como é?

**Em R18:** sabe aquele chi:  
chi:  
chanc, como se fosse  
cho...  
chovando,  
chovendo,  
chôva, não,  
che... como é que fala?  
Lagrimá...

- (4) Ele, também, não se perdia nos desarranjos de concordância verbal ou pronominal, nem em quebras abruptas ou elipses (esses deslizes, ele, aparentemente, não escutava: não havia reformulação ou hesitação), como em R14<sup>10</sup>: *Aí, ã... **alguns amigos me ligaram a noite é... eu falava com **ele** e a única coisa que falava bem era que eu tava bem, não tinha nada, tava bem, tava bem, mas o que **eles falava**, eu não entendava, não, não entendia.***

É fato que a homonímia faz seu caminho nesse tecido de fala, mas ela não é corrosiva como no caso de Esmeralda. Talvez se possa dizer que Esmeralda se sustentava como sujeito em seu dizer quase que unicamente na enunciação da palavra “eu”. Sem essa possibilidade, ela ficaria fora do dizer. Na fala reinaria a homonímia numa voz vazia, sem sujeito. Ricardo não é assim. Como disse, ele titubeia, mas um texto se encadeia. Ele distingue vozes e se mantém “em posição”. Sua narrativa abre lugares subjetivos, mesmo que com deslizes gramaticais. Dito de outro modo, há delimitações de posições subjetivas em seu texto. Pode-se entender, frente aos comentários feitos que reconhecer a heterogeneidade “*impede a aplicação cega de técnicas*” (FONSECA, 2002: 222) – impede porque tal aplicação é cega à problemática subjetiva que as afasias não encobrem.

<sup>10</sup> E também em R8, na palavra em negrito.

Posso dizer que os efeitos de falas de sujeitos afásicos, a surpresa frente à revelação de um equívoco e um desejo de reflexão sobre a Clínica de Linguagem levaram-me a interrogar sobre o *diálogo*; mas é preciso dizer um pouco mais sobre isso, porém: uma identificação já havia se estabelecido antes, na graduação, quando fui aluna do módulo *Reeducar, Acompanhar, Clinicar: Perspectivas Terapêuticas no Atendimento do Afásico*, oferecido pela Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca, que me introduziu à diversidade de perspectivas sobre o atendimento de afásicos que, por vezes, mencionavam o termo “diálogo” como *método clínico*. O fato desse termo circular em espaços de discussões diferentes levou-me a supor que seriam várias as maneiras de se conceber o “diálogo” terapeuta-paciente.

Ao longo do curso, pude notar que na perspectiva do *reeducar*, “diálogo” era equivalente a interação face-a-face numa “situação experimental”, em que o terapeuta testa o paciente porque é o detentor do saber (ele controla, dirige, corrige e modela a situação clínica e o paciente) – nada deve escapar ao planejamento, ao roteiro da sessão e qualquer resposta do paciente, se diferir daquela esperada pelo “*script*”, mesmo que correta ou apropriada, é considerada errada e deve ser inibida (ANDRADE, 1998). Na perspectiva do *acompanhar*, ainda que não haja roteiro prévio, “diálogo” é, também, interação/interlocução. Como procurei mostrar nos segmentos acima, há mais a ser considerado sobre o assunto – há mais complexidade envolvida nessa relação face-a-face. Comecei, no referido curso, a intuir que comunicação, interação e diálogo não deveriam ser tratados como termos sinônimos. Essa diferença e complexidade ganharam corpo quando fui introduzida à perspectiva do *clinar*, em que testes ou exercícios são afastados como procedimentos clínicos. Tal perspectiva é lingüística e parte da definição de que “diálogo” é *jogo da linguagem sobre a própria linguagem* (DE LEMOS, 1982, entre outros) e de que esse jogo, que implica *linguagem*, implica **escuta**. Note-se que esta direção diverge das abordagens acima mencionadas pela relevância que dão à **relação sujeito-linguagem**. Dessa forma a relação entre sujeito-falante e outro (instância da língua constituída) definem “diálogo” o que o distancia, conceitualmente, de interação ou comunicação (termos em que se mesclam no lingüístico o sócio-cultural e o falante como “*socius*” (M.T. LEMOS, 2002) ou usuário da linguagem).

Os efeitos dessa distinção apareceu na formação clínica, propriamente dita: mesmo sendo eu iniciante e a fala Esmeralda estilhaçada, fui orientada recebê-la, considerando que meu único “instrumento” clínico seria minha própria fala/escuta. Eu deveria confiar no poder desse

“instrumento”, como dizia Suzana Carielo da Fonseca<sup>11</sup>. Assim, como recomendado, o paciente é convocado desde o primeiro encontro (e não seu acompanhante/informante). Também, na medida em que não se aplicam testes nem exercícios, conta-se com efeitos entre falas – o que dá sentido clínico ao “diálogo”. No que concerne à minha inquietação intelectual sobre o termo, fiz meu TCC e, depois, esta dissertação. Fui à literatura sobre as afasias e levantei algumas – as mais representativas – que faziam menção a “diálogo”. O que pude notar foi que Schuell e Anna Basso, abordagens clássicas, são ainda as referências fundamentais nessa área.

Schuell preocupou-se com a classificação das afasias porque elas ignoravam os sintomas ou, então, indicavam alguns que não ocorriam na fala de pacientes. Ela se propôs a “*elaborar uma classificação mais adequada, o que não foi possível dado que os testes elaborados por ela também apresentaram problemas*”, como assinala Landi (2000: 6). Para Schuell, os resultados de seus testes eram instáveis/inconclusivos e que os sintomas variavam num curto período de tempo - ainda que os pacientes estivessem neurologicamente estáveis. Frente a tal constatação, Schuell elaborou um teste que, segundo pretendeu, deveria produzir uma classificação mais confiável. Para essa autora, sem “*o estabelecimento de um perfil*” que permitisse estabelecer um diagnóstico mais objetivo, não seria possível realizar um **planejamento terapêutico** confiável. Em Schuell, menção ao “diálogo” acontecerá na instância da terapia em que há **interação face-a-face**, mesmo que ela seja governada pela técnica de “bombardeio auditivo” para amenizar a dificuldade de “retenção verbal”. A meta dessa terapia é *expandir vocabulário* (o que supõe, como conseqüência, a ampliação da habilidade dialógica ou, melhor, da interação social).

Anna Basso, diferentemente de Schuell, declara que a direção do tratamento das afasias deve ser, primariamente, a de **re-instaurar a habilidade** comunicativa e, para tanto, o terapeuta deve partir (das) ou **apoiar-se nas capacidades residuais do paciente**. De todo modo, essas capacidades devem ser “objetivamente” detectadas: o programa reeducativo não deve ser baseado em uma “conversa”. Pensando assim, testes são aplicados porque, como mencionado, eles é que “*darão respostas mais objetivas*” (1977: 21-22). Com a preocupação voltada para a “objetividade”, ela sugere que seja realizada uma “*extensa avaliação*” do paciente para que se venha a “*selecionar a terapêutica*” mais apropriada, ou melhor, os **exercícios de compreensão**,

---

<sup>11</sup> A referida professora é fonoaudióloga e tem a afasia como foco do seu trabalho clínico e de pesquisa. Talvez se possa dizer que sua reflexão sobre a clínica com afásicos seja tributária da abordagem jakobsoniana na medida em que ela faz render a articulação entre língua e fala na abordagem do sintoma afásico. É fato, entretanto, que em função de sua atividade clínica, questões relativas ao sujeito falante foram por ela tematizadas.

**de expressão oral, de leitura e escrita e os articulatórios:** os seus “exercícios de linguagem” - todos eles visando à eliminação das respostas “mal adaptadas” dos afásicos. Interessa, para esta dissertação, sublinhar o modo como eles deveriam ser conduzidos, segundo Anna Basso: “*os exercícios devem ser conduzidos na vivacidade da troca verbal entre terapeuta e paciente*” (*idem*: 39), ou “*no diálogo*”. Por fazer menção explícita ao diálogo, a proposta de Anna Basso será privilegiada neste trabalho<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Quanto a Schuell, remeto o leitor à dissertação de Rosana Landi (2000). A pesquisadora faz uma análise detalhada, original e extensa da reflexão e da proposta multidisciplinares da referida autora.

## Capítulo 1

### Preâmbulos de uma discussão

Neste capítulo, apresentarei e procurarei discutir as propostas mencionadas acima. Pretendo encaminhar a discussão numa direção que permita não só iluminar certas diferenças e semelhanças entre elas e esclarecer suas bases teóricas mais expressivas, como também a distinção que o termo diálogo tem na Clínica de Linguagem, conforme teorização desenvolvida no LAEL-PUCSP<sup>13</sup>. Esta vertente teórica, a qual estou filiada, toma distância radical de tendências comportamentalistas e, portanto, da noção de *imitação* - veículo dos **exercícios** que, invariavelmente, pautam-se na *repetição do terapeuta como modelo* e promove o “diálogo” - enlaçamento complexo e imprevisível entre falas - como *locus* das transformações na fala e dos deslocamentos do sujeito como falante.

Se entendermos que o *diálogo*, perpassado por ambigüidades e mal-entendidos, é, mesmo assim, solo de um trânsito possível entre os seres-falantes, na clínica, a relação entre terapeuta e paciente não é outra, mas é certamente necessário caracterizar a particularidade que o diálogo tem nesse espaço instituído por uma demanda de mudança que impõe a necessidade de se precisar a natureza da escuta e das ações clínica que a recolhem. Não se pode ignorar que a clínica de linguagem com afásicos (mas não só) é inaugurada sob as bases de uma “assimetria interacional” (SALAZAR-ORVIG,1998, e outros) (há diferença de posição/poder entre paciente e terapeuta, segundo a pesquisadora). No caso da Clínica de Linguagem, porém, a “assimetria é **radical**” e diversa da sugerida por Orvig, uma vez que fundada na distância profunda entre falantes de uma língua: a assimetria é *radical* porque ela implica ou imbrica em si a oposição *normal vs. patológico* - nessa Clínica de Linguagem estão envolvidos falantes e falas “sintomáticos”.

---

<sup>13</sup> Projeto “Aquisição e patologias da linguagem” e Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”, ambos coordenados pelas doutoras Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes.

Pretendo, do ponto de vista teórico, centralizar meu olhar, de início, sobre o que é dito em relação à *natureza e a função do diálogo* em “propostas interacionistas” e refletir sobre seus prolongamentos nas propostas terapêuticas fonoaudiológicas. Assim, abordarei diferentes menções explícitas ou implícitas ao diálogo.

O objetivo teórico deste trabalho é, portanto, problematizar a noção de diálogo, tão freqüentemente utilizada e, contudo, “moeda gasta” e sem valor porque não teorizada no campo da Fonoaudiologia. Dito de outra forma, ela circula lado-a-lado ou como um sinônimo de interação, de comunicação. Nesse caso, linguagem não é mais do que veículo seguro para a transferência/transmissão de informações, vontades, intenções do falante que, em sendo linguagem assim concebida, só pode ser pensado como sujeito epistêmico (noção, esta, que não pode ser sustentada quando em causa estão falantes com falas sintomáticas!). Procurarei, assim, sempre motivada pelos impasses dialógicos que perpassam a clínica com afásicos (“impasses” e não “barreiras”), examinar criticamente o uso do termo “diálogo” na bibliografia consultada e discutir questões teóricas e clínicas relacionados ao tema.

Como disse acima, minha filiação teórica é à Clínica de Linguagem, conforme sugerida e desenvolvida por Maria Francisca Lier-DeVitto e pelo grupo de pesquisadores no LAEL e na DERDIC<sup>14</sup>. Esta proposta pode ser reconhecida como um desdobramento original daquela elaborada por Cláudia Lemos, no campo da Aquisição da Linguagem. Nesta proposta, (também) conhecida como “Interacionismo”, na verdade, o diálogo é protagonista, como veremos. Ali, diálogo e interação não se confundem. Vejamos, por ora, apenas uma afirmação de De Lemos:

*“Monólogo e diálogo são palavras que vêm de outros lugares. De lugares em que a língua é território individual e, paradoxalmente, se esgota no trânsito de um indivíduo para outro [...] o termo “interacionismo” não condiz com esforço de teorização que temos feito [...]”.* (1998: 11)

Considerando tal declaração na mira e tendo minha clínica como motor e motivo, espero contribuir com uma discussão que possa ser relevante para a Clínica de Linguagem. Afinal, como disse, meu interesse pelo assunto desta dissertação nasce precisamente de uma

---

<sup>14</sup> Projeto Integrado CNPq (522002/97-8), hoje Grupo de Pesquisa CNPq (Aquisição, patologias e clínica de linguagem), ambos LAEL-DERDIC/PUCSP. Uma produção bibliográfica reconhecida como extensa, original e teoricamente consistente tem sido produzida por pesquisadores deste grupo. Esta dissertação está a eles vinculada.

interrogação clínica: de minha clínica com afásicos – sujeitos-falantes com sérias dificuldades de linguagem; pessoas que *subitamente* são protagonistas de uma tragédia: que perderam “*a ilusão de [ter] domínio sobre a fala*” (LIER-DEVITTO, 2003; 2004:105)<sup>15</sup>. O sujeito afásico sofre por efeito de sua própria fala já que, na maioria das vezes, afásicos *têm escuta para a própria fala* e, portanto, para um fracasso que não deixa o outro indiferente. Afásicos *sabem do efeito que suas falas produzem no outro*.

Falar em *mudança*, como resposta à demanda de atendimento, não implica *cura* (no sentido de retorno a uma condição anterior pré-mórbida) – essa é meta que não pode ser atingida (como discutiu Canguilhem, 1943, e também Fonseca, 2002.) Não se deve pensar, portanto, que milagres sejam possíveis – o **diálogo clínico**, que, como disse na introdução, envolve uma escuta singular para a fala, produz mudanças, mas há um limite real, que é da ordem do real do organismo (há cérebro lesionado). Embora não seja foco privilegiado discutir, nesta dissertação, a problemática da cura/final de tratamento na Clínica de Linguagem com Afásicos, considero importante indicar que “progresso” e “cura/alta” assumem sentidos e direções muito peculiares.

A expressão “fala em sofrimento”, tão bem destacada por Suzana Fonseca (1995), caracteriza com extrema sagacidade a fala do afásico - uma fala não sofre, mas ela pode fazer sofrer. Assim, a expressão condensa a relação falante-fala e, como veremos, uma relação que implica não-coincidência: por isso ela pode “fazer sofrer” e por isso ela pode expor um “falante em descontrole sobre a própria fala” (LIER-DEVITTO, 2007). Esse será um ponto fundamental de que parto e que espero explorar neste trabalho. Outro é aquele que remete às *múltiplas e variadas manifestações de fala afásica* – elas afetam de formas bastante diferentes o jogo dialógico – não há antecipação, portanto, para a escuta da fala afásica, nem método prévio para dirigir as ações/interpretações. Em outras palavras, as perturbações lingüísticas dos afásicos têm especificidades, nunca são “mesmas” – são singulares. Não se pode supor, portanto, a idealização de um modelo-padrão de diálogo prévio. Se diálogo algum é antecipável, muito menos é aquele que acontece na Clínica de Linguagem: cada fala sintomática e cada paciente afetam, de modos particulares, a escuta do terapeuta.

---

<sup>15</sup> “Ilusão” porque, como já disseram Lier-DeVitto (1994), Lemos, C. (1995) com Saussure (1916), o sujeito falante não é central de controle da linguagem. Muito pelo contrário, ele está submetido a ela, está sob seu comando e não

## 1.1 Apontamentos sobre diálogo e método clínico

Trago, nesta parte do trabalho, como anunciado acima, algumas abordagens terapêuticas de clínica com afásicos. Procurarei identificar como, em cada uma delas, a noção de diálogo pôde ser delineada. Meu ímpeto primeiro foi o de buscar uma bibliografia básica – ou seja, composta de autores representativos dessas vertentes - e tentar ver ali como se instancia a terapêutica proposta. Li, então, Schuell (1974), uma fonoaudióloga americana que é representante do que se pode conceber como **clínica de reeducação**. Pude constatar que a clínica, idealizada por ela, é de cunho comportamentalista<sup>16</sup> e que o termo "diálogo" seria improcedente nesse ambiente. São *técnicas mio-funcionais* e de *estimulação auditiva* (nomeação, discriminação, repetição) que estão no cerne de sua proposta de reabilitação – trata-se, portanto de uma tentativa de instaurar um processo de (re)modelagem do comportamento-fala. De fato, não se poderia dizer "dialógica" a interação que se estabelece numa cena de treinamento ou de re-aprendizagem da linguagem - diálogo apareceria como corpo estranho numa clínica de base behaviorista. Já, no âmbito de outra proposta de reeducação, o termo “diálogo” aparece no trabalho de Anna Basso, que será discutido abaixo. Anna Basso será tomada como representante de como a noção de diálogo é utilizada no campo da Fonoaudiologia.

### 1.1.1 Anna Basso : diálogo como veículo de *reeducação da fala*

Basso quer “reeducar” e considera isso possível de acontecer na clínica. Ela invoca o **diálogo como método**. A pesquisadora e clínica das afasias fez Filosofia e também Psicologia na Universidade de Milão. Ela é, além disso, a terapeuta da afasia que invoca o **diálogo como espaço de reconstrução** da linguagem do afásico. Basso especializou-se em neuropsicologia e

---

tem consciência de suas leis.

<sup>16</sup> Há relação intrínseca entre o método comportamentalista (estímulo → resposta → reforçamento) e aquele da teoria de aprendizagem – na verdade, mesmo que se alterem nomes e rótulos, “ensinar” é admitir que o conhecimento está de um lado: do lado do professor e que, por isso ela é “educador” daqueles que não detêm o conhecimento a ser “transmitido” (motivação → resultado → aprovação/correção).

foi essa preparação que a habilitou como “*reeducadora da afasia*” (DE RENZI, 1977: 8). Em função dessa formação, sustentada numa postulação localizacionista estrita<sup>17</sup>, que não foi muito diferente da de Schuell, Basso colocou-se em oposição e empenhou-se em oferecer uma proposta alternativa.

Os procedimentos de reabilitação, por ela idealizados, foram publicados sob a forma de um manual prático que, segundo a própria autora, é dirigido àqueles que detêm “*conhecimento teórico necessário sobre a clínica da afasia – etiologia, síndrome, localização, fenômeno patológico da enunciação, etc.*” (Basso, 1977: 12). Dito de outro modo, o referido manual destina-se a profissionais que não ignoram a visão neuropsicológica. Pode-se entender, então, porque esta terapeuta *não* poderia levantar uma questão sobre a fala na afasia porque, segundo essa vertente, *afasia é uma perda / perturbação da função lingüística (da cognição), causada por lesão cerebral*. Como se vê, afasia é problema psicológico/mental e não lingüístico “em essência”. Pode-se notar, levando-se em conta tal definição de afasia, quanto sua formação a mantém ligada ao raciocínio causal típico do localizacionismo, que repete a seqüência causal: lesão cerebral → cognição → sintoma lingüístico. Nessa linhagem, *linguagem é função cognitiva e mera atividade sensório-motora*<sup>18</sup>, é “... a faculdade que os homens têm para se entender por meio de signos vocais, para **traduzir o conteúdo da sua própria consciência em palavras e estas em significado**” (*ibidem*, 12) (ênfase minha).

Dessa forma, os procedimentos terapêuticos não podiam ter outro fim senão o da re-instauração da **habilidade comunicativa**. A possibilidade de se pensar em reabilitação decorre do fato de que, na verdade, para Basso, o afásico **não perdeu a palavra** propriamente, mas ele **não pode evocá-la**, fazê-la emergir intencionalmente. Vê-se que, dessa forma, o léxico permanece preservado e estocado na memória, bem como inabalada fica a intenção comunicativa do afásico: a “dificuldade para evocação” é operacional/funcional, que envolve acesso informações estocadas e à sua externalização: expressão/comunicação.

A “reeducação” proposta pela terapeuta visa à reconstituição dessa função cognitiva e deve apoiar-se nas habilidades lingüísticas residuais do paciente. Para saber quais são elas, testes padronizados são aplicados porque, diz Basso: “*não basta uma conversa com [o paciente] para estabelecer um programa reeducativo*”, apenas testes bem montados é que “*darão respostas*”

<sup>17</sup> A vertente localizacionista estrita defende a idéia de que a cada função mental corresponde um “centro” cerebral.

<sup>18</sup> Isso é o que Fonseca (1995, 2002) identificou como “causalidade expandida”.

*mais objetivas*” (*ibidem*: 21-22). Note-se que a objetividade almejada por ela permite que se diga que aquilo que o terapeuta “ouve da fala do afásico” não é insuficiente para o estabelecimento de um diagnóstico e para a direção do tratamento delineado por Basso. De fato, ela acrescenta que, ainda, o exame deve ser amplo o suficiente para dar resposta a todas as questões do terapeuta. Ele deve abordar expressão/compreensão do paciente por meio da oralidade e da escrita, em diversos níveis de dificuldade. Os resultados obtidos nesses testes, diz ela, devem mostrar diferenças quantitativas de dificuldades de evocação, sempre que comparadas a um padrão pré-estabelecido de normalidade (de falantes adultos não lesionados).

Após extensa avaliação do paciente, o terapeuta deve considerar, sugere Basso, o *grau de comprometimento* da afasia (extensão e gravidade), antes de “*selecionar a terapêutica*” mais adequada, ou melhor, **os exercícios** de compreensão, de expressão oral, de leitura e escrita, e articulatórios a serem aplicados. Por “exercício” Basso entende “*o material utilizado e a instrução dada, assim como a maneira com que o terapeuta entende e faz o paciente evocar a resposta esperada, assim como seu comportamento uma vez adquirida uma resposta*” (*ibidem*: 29). Convém enfatizar a insistência de Basso em dizer que *a situação terapêutica deve ser a mais favorável para “recriar situações”* em que respostas, já automatizadas, possam emergir para que, “*com o tempo*” (sic), o paciente venha controlar sua fala e “*produzir respostas voluntárias, intencionais*”. As respostas automáticas – sempre preservada nos afásicos –, diz ela, não deixam rastros duradouros nos circuitos cerebrais. Assim, se uma resposta intencional, isto é, **uma resposta lingüística voluntária, é obtida, significa que há traço no circuito cerebral que permitirá a emergência de outras respostas intencionais em situações lingüísticas semelhantes**. Nas palavras da autora:

*“A tarefa do terapeuta consiste essencialmente em recriar a situação que determina de modo mais ou menos automático a resposta que o paciente deve dar, ajudando-o na possibilidade de reduzir a demanda e a quantidade de as alternativas possíveis [de respostas] para que o paciente faça sua escolha. A resposta dada automaticamente deve ser evocada novamente como uma resposta voluntária”* (*ibidem*: 25).

Dessa maneira, somente as respostas corretas serão reforçadas e as erradas deverão ser corrigidas, pois, do contrário, o erro seria reforçado. Assim, para **corrigir as respostas erradas**,

segundo Basso, elas – as respostas erradas – devem ser “*repetidas e enfatizadas sob forma interrogativa ou exagerada*” (*ibidem*: 33). Esse método de reeducação forneceria, ao paciente, a oportunidade de reconhecer e corrigir, ele mesmo, seu erro. Basso ressalta a importância desse procedimento porque, diz ela, se ele não for implementado como método clínico, o paciente pode permanecer considerando satisfatória sua resposta errada. Ela adverte, ainda, que só se deve passar a um “*novo estímulo*” quando a resposta correta ao estímulo precedente já estiver adquirida e estabilizada (“modelada”, eu diria).

Todos os exercícios de linguagem de Basso visam à eliminação das respostas “mal adaptadas” dos afásicos. Interessa, para esta dissertação, o modo como eles deveriam ser conduzidos. Segundo Basso, os exercícios devem ocorrer na “*vivacidade da troca verbal entre terapeuta e paciente*” (*ibidem*: 39) (*ênfase minha*), ou seja, no **diálogo**. Talvez se possa dizer que, para sustentar a clínica como um espaço diferente dos laboratórios de manipulação de comportamento animal, ela acaba invocando “a vivacidade do diálogo” entre terapeuta e paciente. A questão é que mera invocação ao “diálogo” não é suficiente para encobrir o desejo de objetividade e a utilização de exercícios que, como se viu, devem ser bastante controlados pelo terapeuta, na clínica idealizada por Basso.

Veremos, nos segmentos de sessões, conduzidas por ela e que estão no apêndice de seu manual prático, que sua meta clínica não é (e nem poderia ser) sustentada na “vivacidade do diálogo”. O que se pode apreender, na verdade, é a seqüência clássica: **estímulo – resposta – reforçamento** e não uma *determinação mútua num jogo entre dizeres*, que poderia ser tomado como indício de diálogo. A convicção de que é preciso “aplicar testes” (porque não basta escutar a fala) e de que são “exercícios planejados” com base em resultados recolhidos de testes é que impede ligação consistente de “diálogo” à proposta terapêutica de Basso. Esse problema estava, a rigor, anunciado: tratar linguagem como “matéria sensível” dependente e decorrente do cérebro-cognição, não poderia mesmo levá-la muito longe em sua meta de fornecer uma “abordagem alternativa” e, muito menos, oferecer condições para a teorização de “diálogo”, que é um conceito que só pode ser elaborado por alguém que coloque a linguagem em outro lugar. Por alguém que possa reconhecer sua “ordem própria” que, ainda que afetada por acontecimentos cerebrais, permanece “em operação, em funcionamento”. Basso não poderia, de onde partiu, apostar na “vivacidade do diálogo” – ela não reconhece, efetivamente, a força da

linguagem, nem poderia explicar os efeitos do “jogo da linguagem sobre a própria linguagem” implicado no diálogo. Por isso, ela não pode ir além da simples menção à sua “vivacidade”.

Note-se, além disso, que os “exercícios”, que ela sugere e aplica, se interpõem e comandam a sessão... eles, logicamente, se interpõem à vivacidade/espontaneidade dialógica: estão planejados antes do encontro com o paciente. Sendo assim, eles criam obstáculos à possibilidade de escuta para a demanda e para a própria fala do paciente: os instrumentos diagnósticos “sabem” por antecipação o quê *implantar* e o quê *retirar* de uma fala, mas, penso, ao custo, insisto, da “vivacidade do diálogo”, de uma obturação da escuta para uma incomparável *densidade de articulação significativa*, para uma *irredutível expressão subjetiva*. Essa incompatibilidade não se apresenta para Basso, ela não se sente premiada a desnaturalizar “diálogo” e, por esse motivo, esse termo caminha lado a lado com “troca verbal”, identificável, por sua vez, com *formatação deliberada e pré-programada da relação entre falas*, que seria condição indispensável para que o paciente seja conduzido à “*espontaneidade*” da fala:

*“pela via intencional ... [e] sem qualquer facilitação. Só quando obtivermos a resposta intencional podemos prosseguir [pois a resposta voluntária] deixa traços nos circuitos cerebrais, traços esses que tornam mais prováveis respostas corretas” (ibidem.:35, 24).*

Observemos, abaixo, um segmento de sessão terapêutica, encaminhada por Basso, com um paciente de 52 anos. Na situação abaixo, paciente (P) e terapeuta (T) falam sobre um texto que acabaram de ler.

<b>T1.</b> <i>Do que fala essa narrativa?</i>	
	<b>P2.</b> <i>... da cigarra.</i>
<b>T3.</b> <i>Só da cigarra?</i>	
	<b>P4.</b> <i>Não, formiga.</i>
<b>T5.</b> <i>Uma só.</i>	
	<b>P6.</b> <i>Não, uma, uma, duas, são duas.</i>
<b>T7.</b> <i>Que duas?</i>	
	<b>P8.</b> <i>Formiga e cigarra.</i>

<b>T9.</b> <i>[interrompendo P]. Uma formiga?</i>	
	<b>P10.</b> <i>Não, não, uma ci-cigarra e a formicia.</i>
<b>T11.</b> <i>Quantas formigas?</i>	
	<b>P12.</b> <i>Ohò, porco giuco, não só! Trinta, quaquaren – quartan ...</i>
<b>T13.</b> <i>[interrompendo P] Uma ou muitas?</i>	
	<b>P14.</b> <i>umas, não não! Muitas, muitas que...</i>
<b>T15.</b> <i>[interrompendo P]. Muitas o quê?</i>	
	<b>P16.</b> <i>formice, são ....</i>
<b>T17.</b> <i>[interrompendo P] Formice? Form...</i>	
	<b>P18.</b> <i>Formigas.</i>
<b>T19.</b> <i>Bem, continua.</i>	
	<b>P20.</b> <i>Para pegar os grãos.</i>
<b>T21.</b> <i>[interrompendo P] Quem pega os grãos?</i>	
	<b>P22.</b> <i>A formiga.</i>
<b>T23.</b> <i>Uma?</i>	
	<b>P24.</b> <i>Muitas.</i>
<b>T25.</b> <i>Então? [com um gesto o convida a repetir tudo até o fim].</i>	
	<b>P26.</b> <i>Muita formigas.</i>
<b>T27.</b> <i>Muitaaa formigas?</i>	
	<b>P28.</b> <i>Muitas formigas.</i>
<b>T29.</b> <i>O que faziam?</i>	
	<b>P30.</b> <i>Muitos grãos.</i>
<b>T31.</b> <i>Muita formigas, muito grãos? Falta a ação! Muitas formigas ... Que fazem?</i>	
	<b>P32.</b> <i>Muitos grãos.</i>
<b>T33.</b> <i>Falta a ação; que fazem? Comem, brincam?</i>	
	<b>P34.</b> <i>Ah! Dão, não! Pegam, não? É isso?</i>
<b>T35.</b> <i>Pegam?</i>	

	<b>P36.</b> Não, dão.
<b>T37.</b> Dão? Muitas formigas dão muitos grãos? É isso?	
	<b>P38.</b> Pegar, carregar.!
<b>T39.</b> Tá bom, carregar mas me diga melhor. As formigas ... (posturando os lábios como para articular /p/ de “portare”).	
	<b>P40.</b> Porta.
<b>T41.</b> Porta? Uma formiga porta, muitas formigas por ...	
	<b>P42.</b> Portano? É portano? É isso?
<b>T43.</b> Sim! Continua.	
	<b>P44.</b> Muitas formigas carregam.
<b>T45.</b> O quê?	
	<b>P46.</b> O grão.
<b>T47.</b> Onde?	
	<b>P48.</b> No trem do carro.
<b>T49.</b> Onde? (em tom muito ríspido).	
	<b>P50.</b> Eu entendi, eu entendi; “in capogna, in campogna...”
<b>T51.</b> Sim, mas onde?	
	<b>P52.</b> Ao sol, col sol, col sol.
<b>T53.</b> Carregam-no col sol?	
	<b>P54.</b> Sim.
<b>T55.</b> Carregam-no ‘col sol’? ‘Col’?	
	<b>P56.</b> ah! Ao sol, se diz ...
<b>T57.</b> [interrompendo P] Por quê?	
	<b>P58.</b> Para secar.
<b>T59.</b> Bom. Continua.	
	<b>P60.</b> As formices.
<b>T61.</b> Formice?	

	<i>P62. As formigas carregam ao sol, secos.</i>
<i>T63. Carregam ao sol ... que coisa? Carregam ...</i>	
	<i>P64. Grãos, o grão.</i>
<i>T65. Continua.</i>	
	<i>P66. As formigas ... que cabeça, porco...</i>
<i>T67. [interrompendo P] As formigas ...</i>	
	<i>P68. As formigas ... carregam ... ao sol ...</i>
<i>T69. O quê?</i>	
	<i>P70. Grãos para secar.</i>
<i>T71. Continua!</i>	
	<i>P72. As formigas carregam o grão ao sol para secar.</i>
<i>T73. Secar. Tá bom. Escreva, então...</i>	

O “diálogo” que Basso encaminha parece inibir a fala do paciente - o que seria “indispensável” até “respostas voluntárias” aparecerem e se estabilizarem. No segmento acima, podemos notar que ela o interrompe, é imperativa, diretiva.

Vejamos que a própria autora dá suporte às minhas impressões e interpretações, ao comentar a condução de uma sessão por outro terapeuta:

*“Quando o paciente foi capaz de repetir as três sílabas, o terapeuta tentou fazer com que ele dissesse a palavra inteira. Certa vez, para interromper um pouco a reeducação, que estava extremamente cansativa e deixar o paciente descansar, o terapeuta escreveu a palavra completa e o paciente ‘copiou’. Nessa situação, infelizmente, nem mesmo a leitura em voz alta, que pode ser mais fácil que a repetição [...] foi possível. Foi necessário, então, recomeçar com as tentativas de repetição. Esse tipo de exercício também era muito cansativo em função da logorréia do paciente; ele tendia não só a responder ao acaso e com neologismo às intervenções do terapeuta, mas, também, a falar por sua própria conta, comentando a dificuldade que encontrava no âmbito da reeducação: começava a explicar que ele não era capaz de falar corretamente*

(*pelo menos era esta a interpretação do terapeuta*)” (*idem: 153*) (*ênfase minha*).

Enfim, nem sempre o paciente pode ser mantido “sob controle” e isso é tratado como um problema, como lemos na citação acima: quando o paciente “toma a voz”, ele é silenciado pela terapeuta que pode chegar a “tapar-lhe a boca” (em sentido estrito), quando considerar que sua “fala espontânea” será uma fala sem valor... uma “logorréia”. Como, frente a tal qualificação da fala do afásico, manter o valor e a alegada importância da “vivacidade do diálogo” como método terapêutico? Na citação acima, é patente seu apagamento. De fato, em questão, nesse tipo de tratamento proposto, é uma postura pedagógico-reeducativa que banaliza a expressão diálogo ao deixá-lo circular numa retórica que não esclarece seu sentido.

Fonseca (2002), também aborda criticamente Basso e comentários seus interessam a esta dissertação. Ela assinala que as sessões terapêuticas iniciam-se, segundo o manual de reabilitação, já mencionado aqui, com a apresentação de uma cartela (de figura ou de ação) para o paciente. Ela assinala criticamente que o uso de cartelas tem uma dupla e paradoxal função: **estimular a fala** e **conter a fala**. *Estimular*, porque acredita-se que, frente a uma figura, o paciente possa eleger e nomear partes do que vê. *Conter*, porque “sabe-se” que a fala do paciente não ultrapassaria a produção de uma resposta, de “somente uma”: aquela que, por algum meio ou *pista*, é desejada pela terapeuta. Além do que, *nomear* e *descrever* são tarefas que, a rigor, **não comunicam nada**, nada têm a ver, seja com comunicação, seja com diálogo.

A cartela **não** é utilizada como um “disparador de diálogo” ou de uma narrativa, como disparadora de uma direção discursiva que não se pode prever, mesmo “*porque o terapeuta não supõe ao paciente a capacidade de produzir fala espontânea*” (*ibidem: 157*). Podemos dizer, então, que “diálogo” não é noção tangenciada, definida, embora frequentemente mencionada no texto de Basso. Importantes, para ela, são os testes e os exercícios de linguagem, decorrências clínicas de um desejo de “modelar a fala” para que ela volte a ser “comunicativa”. Nada contra o desejo, mas ele não foi suficiente para gerar, em Basso, um outro: o de refletir sobre a fala, a linguagem ou o diálogo. Buber (1982), um filósofo que se ocupou do diálogo, desenvolve um argumento que vai ao encontro do que digo. Ele insiste em que o encontro terapeuta-paciente **não** é determinado por um “*voltar-se pra o outro*” em sentido estrito (mesmo que haja uma projeção de

desejo (de cura) sobre o paciente). Esse encontro seria, diz ele, melhor caracterizado como uma relação que se “revolve sobre si mesma”, autodeterminante - não antecipável, portanto.

Para encerrar esta parte, trago uma ponderação de Fonseca (2002) sobre o “compromisso” de Basso com o *diálogo enquanto procedimento terapêutico*:

*“De fato, tanto as perguntas e ‘pistas’ fornecidas pela terapeuta, quanto a cartela servem, apenas, para eliciar respostas. Como sustentar, então, a idéia de diálogo quando se tem fala abortada e escuta travada? Quando, enfim, barradas estão as condições de diálogo. Barradas pelas interrupções da fala do paciente, pela determinação de fazer acontecer ‘uma’ fala – modos exemplares de ensurdecimento para o imprevisível e, portanto, para a subjetividade que se inscreve no diálogo” (ibidem: 157).*

Entendo que a “escuta travada”, a que se refere Fonseca, possa ser relacionada a outros compromissos (e mais profundos) de Basso:

(1) com a “ordem médica”, que abstrai de seu campo o que é de natureza contingencial e subjetiva da linguagem (que dilui o imprevisível) e

(2) com o ideal de ensino-aprendizagem, que perpassa as propostas de reeducação: “aprender” e “modelar” são termos bastante íntimos. Num processo de modelagem, o aprendiz “*não tem vez e nem voz*”, em expressão de Fonseca (2002).

Numa perspectiva como a de Basso, fica sem explicação como se dá a evolução a partir dos exercícios planejados – os pacientes saltam para respostas voluntárias porque ela não pode explicar como a linguagem (mesmo que seja aquela manipulada nos exercícios) poderia realizar o que Basso supõe: “*deixar traços nos circuitos cerebrais*” (e, estes, nas funções cognitivas). A questão complicada nessa proposta é ver aquilo que era **efeito** (perturbação na fala) ser transformado em **causa** de transformações (cerebrais). Complicado, igualmente, ver o diálogo ser invocado como “método clínico” e convivendo termos que o anulam: testes, exercícios, modelagem.

### 1.1.2 Centro de Convivência de Afásicos: diálogo e intersubjetividade.

Parece-me conveniente e adequado partir de uma declaração da fonoaudióloga Masini, L. (2004) que, em tese defendida no LAEL-PUCSP, diz-se partidária do tipo de abordagem proposta por Coudry (1988/2001) que enfatiza a *intersubjetividade*. Masini afirma que uma clínica pode ser derivada de tal abordagem e poderia ser concebida como Clínica da Intersubjetividade – inspirada na natureza das atividades instituídas no Centro de Convivência de Afásicos (CCA) da UNICAMP. Segundo Masini, os profissionais que compartilham de tal perspectiva: “*estão preocupados com a relação entre a clínica fonoaudiológica e a ideologia do bem falar*”<sup>19</sup> (2004: 35) e também preocupados “*com o contexto de produção em que um determinado evento lingüístico é produzido para avaliar a dimensão do que é considerado patológico e intervir de modo a que o paciente possa transformar a relação conflituosa que estabelece com a linguagem em seu cotidiano*” (*ibidem*: 35)<sup>20</sup>.

Pesquisadores desta linha, de acordo com Masini, sustentam que a linguagem só se efetiva na **prática dialógica**, ou melhor, **na interação verbal** que é considerada “*o lugar de produção de enunciados em que se explicita o para quê, para quem, onde, quando e porquê dizer e/ou escrever algo*” (*ibidem*: 36). Dessa maneira, no Centro de Convivência de Afásicos privilegiam-se os *contextos efetivos de produção de sentidos* ou, nos termos de Bakhtin, a diversidade social de linguagens (o plurilingüismo social). Importa, nesse ponto do trabalho, dar relevo para a imbricação entre *intersubjetividade, interação verbal e diálogo*, uma relação que ganha peso e valor no apoio que retira do *contexto situacional e/ou social*. Revela-se aí uma sinonímia sutil entre diálogo em interação verbal e, também, uma ordem de determinação que submete a linguagem (e o diálogo) ao contexto (situacional/social).

A fundamentação teórica destes trabalhos tem sua raiz na obra de Bakhtin, em que *diálogo/interação* são assumidos como “*cruzamento de vozes [em situação]*”. As fonoaudiólogas ligadas ao CCA sustentam que os conceitos bakhtinianos “*reverberam na prática terapêutica*”. No que concerne ao diálogo, dizem que, de fato, aquilo que o paciente diz é resposta ao que foi dito e essa resposta demanda, por sua vez, uma fala outra. Nesse sentido, os fonoaudiólogos devem adotar uma “*atitude de responsividade*” e, se o fazem, diz Masini, os pacientes “*acabam por tomar a mesma atitude*” e essa reciprocidade, acrescenta ela, faz toda a

<sup>19</sup> A pesquisadora parece referir-se à ideologia que dá suporte à clínica fonoaudiológica.

<sup>20</sup> Não vou me deter no trabalho de Masini porque a fonoaudióloga, como partidária do Grupo da UNICAMP será contemplada, uma vez que dedico atenção, em parte expressiva da reflexão que se desenvolve nesta dissertação, a

diferença: “ao reconhecer no enunciado alheio suas próprias palavras acolhidas [...] o paciente sente-se pleno de palavras interiores e [...] essa é uma condição fundamental para a ressignificação da linguagem em sua vida” (ibidem: 180). Ao que tudo indica, o cruzamento efetivo/concreto de vozes que circunscreve uma relação social particular repercute no domínio interno - “o paciente sente-se pleno de palavras interiores”. Cabe pontuar, frente a essa citação de Masini, o fato de que se a afasia se manifesta como sintoma na fala, ela não implica um “estar fora da linguagem” (Chomsky, 1988; Saussure, 1916, Lacan, 1955-6; Goldstein, 1933; Jackson, 1932, Freud, 1891/1987; Luria, 1986). Nesse caso, como dar consistência para a suposição de que o efeito da reciprocidade de atitudes terapeuta-paciente seja o de “preencher uma ilusão”? Como poderia ressignificação ser identificada a uma espécie de logro, que poderia ser traduzido nos seguintes termos: o paciente *perde palavras interiores*, mas a interação verbal faria com que o paciente sentisse que não as perdeu? Esse argumento vai, parece-me na contramão da literatura mais expressiva sobre as afasias e sobre a linguagem.

Passo a tecer considerações a respeito do trabalho de três pesquisadoras ligadas diretamente ao CCA e, portanto, à Clínica da Intersubjetividade, conforme qualificada por Masini – qualificação, esta, com a qual concordo plenamente, tendo em vista os comentários, feitos por mim, acima. Início com a Dra. Maria Irma Hadler Coudry por ter sido ela quem deu início a esse tipo de reflexão e ao CCA. Na sequência, trago Mônica Gandolfo, uma fonoaudióloga, para abordar a proposta de atendimento ao afásico nesta vertente interacional-dialógica. Em seguida, discuto o trabalho de Edwiges Maria Morato, atual fonoaudióloga-coordenadora do CCA (Centro de Convivência de Afásicos), no qual ela explicita seu funcionamento. Finalizo com Mikhail Bakhtin, sobre o diálogo, que é pano de fundo para a proposta dessas autoras.

### 1.1.2.1 Diálogo como meio de reconstrução conjunta da significação

Deve-se reconhecer que Maria Irma Hadler Coudry (1988/2001) empreendeu uma reflexão original sobre as afasias que lhe permitiu introduzir uma “*perspectiva interacional e*

---

vertente iniciada por Coudry na UNICAMP. Parto de Masini porque ela oferece exatamente o termo “intersubjetividade”, que subjaz a “diálogo” naquela perspectiva.

*discursiva de linguagem nos procedimentos avaliativos*” de sujeitos afásicos. Note-se que, segundo esta visada e a proposta de avaliação, a afasia caracteriza-se:

*“por alterações de processos lingüísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta incluídos aspectos gramaticais) produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associarem a alterações de **outros processos cognitivos**. Um sujeito é afásico quando, do ponto de vista lingüístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados recursos de produção ou interpretação.” (2001: 03) (ênfase minha).*

A ênfase que dei a “outros processos cognitivos” está ligada à importância que tem para mim, nesta dissertação, sinalizar a relação entre linguagem e cognição admitida nos trabalhos desta linha: linguagem é uma função da cognição (afetada por uma lesão cerebral). Nesse sentido, e com base na definição oferecida pela autora, pode-se dizer que a seqüência clássica da afasiologia médica não é posta em questão na vertente desenvolvida por ela e seus seguidores, qual seja: lesão cerebral → perturbação cognitiva → sintoma lingüístico<sup>21</sup>.

A novidade almejada - e, de fato, introduzida pela autora no campo da avaliação das afasias - assentou-se numa crítica veemente dirigida aos procedimentos avaliativos tradicionais (leia-se aos clássicos “testes” de linguagem), considerados **inadequados por descontextualizar a linguagem**. Eles enfatizam, como se sabe e como sublinha Coudry, atividades metalingüísticas, ou seja, visam a apreensão de um conhecimento suposto ao falante sobre a linguagem (sobre relações estruturais, categorias ou definições semânticas), deixando de lado as características sintomáticas e concretas de suas produções. Na aplicação dos testes-padrão, acrescenta ela, outro problema: “*não se leva em conta a situação especial de interlocução entre um sujeito não afásico e um sujeito afásico*” (*ibidem*: 11) – o que se articula perfeitamente ao aspecto mencionado (apreensão de habilidades metalingüísticas) – testes são atemporais e, por isso, falas tornam-se anônimas e privam os sujeitos do jogo interacional/dialógico: eles ficam

---

<sup>21</sup> Vale insistir: perturbação cognitiva (que tem a linguagem como uma de suas funções). Nesta proposta, portanto, não se dá reconhecimento à “ordem própria da língua” (De Lemos, 1992, 1997, 2002 e outros), como veremos acontecer em outra, que será discutida em capítulo subsequente. A diferença com relação à conceituação de diálogo será, necessária e substancialmente diferente, assim como seus efeitos na clínica.

impossibilitados de incidir sobre a fala/discurso dos efeitos produtivos de uma *atividade epilingüística*:

*“chama-se epilingüística a atividade do sujeito que opera sobre a linguagem: quando o sujeito explora recursos de sua linguagem e reutiliza elementos na construção de novos objetos lingüísticos até para produzir certos efeitos (rimas, trocadilhos, humor, novas formas de construção); quando o sujeito, a partir dos fatos lingüísticos a que foi exposto ou que produz, elabora hipóteses sobre a estruturação da linguagem ou sobre formas específicas de uso.”* (ibidem: 15) (ênfases minhas).

A atividade epilingüística, assim concebida, introduz a idéia de **ação do falante sobre a fala** e distingue-se da habilidade metalingüística, que envolve apenas conhecimento, e ela é considerada, por Coudry, como imprescindível à construção/reconstrução da linguagem<sup>22</sup>. A aquisição da linguagem está, aqui, subsumida e relacionada a uma “ação” da criança sobre a fala e identificável a “exercício”<sup>23</sup>. A pesquisadora empenha-se em anular a idéia de relação contemplativa do sujeito a respeito da linguagem, mas, mantendo-se no horizonte que a linguagem é uma das funções cognitivas e que o sujeito age e, nessa atividade, “elabora hipóteses” sobre a linguagem, deve-se admitir que a “atividade reguladora”, por excelência, é exercida pela cognição. Pode-se assim, entender a relevância da atividade epilingüística: por meio dela, há exploração das propriedades essenciais da linguagem e de suas possibilidades de significar<sup>24</sup>.

Na afirmação que segue, pode-se entender melhor a importância atribuída à atividade epilingüística, sua participação na organização da interação verbal e seus possíveis efeitos no processo terapêutico. A referida atividade teria: “*um valor reconstutivo na busca de alternativas à*

<sup>22</sup> Segundo Coudry, a atividade epilingüística corresponde ao “*modo de ação primeiro em que se exercita a linguagem oral*” (2001.:76) (ênfases minhas). Modo de entrada da criança na linguagem, sugere a pesquisadora.

<sup>23</sup> Dizer que a criança realiza uma “ação” sobre a linguagem implica uma concepção de sujeito epistêmico (em controle de sua produção), uma noção de linguagem como matéria sobre o qual incide a ação e como instrumento a serviço do sujeito. Implica, também, uma idéia de interação como interação verbal = trânsito/troca de sentidos/informações/emoções entre interlocutores. Remeto o leitor à crítica contundente a esse modo de abordar a linguagem e o sujeito, realizada por Lier-DeVitto (1998), em *Monólogos da criança: delírios da língua*.

<sup>24</sup> Embora haja sensível diferença entre Coudry e Basso - a primeira oferece um discurso sobre a linguagem e crítica a aplicação de testes (a “busca de objetividade”, meta de Basso) - elas coincidem nesse ponto: cognição e

resolução de suas dificuldades, na **retomada de elementos da fala do outro** ou de si mesmo em turnos anteriores para reelaborá-los, quando se serve de discursos anteriores **para reorganizar um novo discurso**” (ibidem: 16). Coudry aposta, portanto, na ação sobre a linguagem como mote para a “elaboração” e para a “reorganização” discursiva.

Partindo desses pilares (atividade epilingüística, re-elaboração de hipóteses, reorganização discursiva), Coudry afirma ser desnecessário classificar e descrever a falas afásicas, bem como descobrir se o afásico nomeia os objetos à sua volta. Ela propõe que a avaliação de sujeitos afásicos ocorra por meio do diálogo porque, nele, podem surgir “*recursos lingüísticos alternativos que o afásico e seus interlocutores agenciam diante dos impasses discursivos*” (idem: 81). Sua *avaliação dialógica* busca apreender (1) **como esse sujeito convive com as pessoas**, (2) **como são suas ações sobre a linguagem e os objetos** e (3) **como se envolve nos processos comunicativos, nas conversas**. Sendo a linguagem, para ela, *atividade* (epilingüística e, por excelência, atividade social) a avaliação proposta refletiria essa concepção: implica construção/reconstrução e permite o estabelecimento de conhecimento mútuo entre os interlocutores. Em trabalho posterior, Coudry reafirma seu ponto de vista, ao dizer que sua concepção de linguagem “*segue a tradição de estudar a linguagem pública, o sujeito, a enunciação, os fatores que se conjugam na atribuição do sentido, as imagens que se formam entre interlocutores, a dialogia que atua nos processos de significação*” (1997:10).

Não me parece mais necessário insistir na exposição dos laços estreitos que têm sua proposta com o pensamento de Bakhtin. Basta, parece-me, dizer que a pesquisadora mantém a hipótese de que o afásico deverá contar, **no processo de reconstituição social e da linguagem**, com procedimentos que levem em conta fatores<sup>25</sup>, instaurados na interação verbal, no “jogo dialógico”. Nesse ponto, Coudry faz menção a Cláudia Lemos (1981) e à sua indicação de que “*processos dialógicos são constitutivos*” de objetos lingüísticos e que devem ser, por isso, decisivos na reconstrução da linguagem dos sujeitos afásicos.

Note-se que Coudry faz um paralelo entre **reconstrução e processo de aquisição da linguagem**. Cabe indagar se esse paralelo é legítimo e se a referência a De Lemos é apropriada. No primeiro caso, falar em reconstrução é supor que há “perda” de algo antes adquirido (e que

---

linguagem são instâncias solidárias e linguagem é função cognitiva. Veremos, em momento oportuno, que Coudry faz uma aproximação explícita a Vygotsky, autor que, nem de leve, é cotejado por Basso.

<sup>25</sup> “*a construção conjunta da significação, o recurso ao ponto de vista do interlocutor, a utilização dos interlocutores como base para os parâmetros da interlocução e da aceitabilidade social de suas expressões, a partilha e negociação das pressuposições que lhe permitam assumir na interlocução seus papéis reversíveis, etc.*” (Coudry, 1997: 59)

pode ser re-adquirido pelos mesmos meios) e é, também, ignorar condições subjetivas bastante heterogêneas<sup>26</sup>. Por outro lado, invocar a obra de De Lemos pode levar a confusões inaceitáveis. Se o paralelo estabelecido com a proposta de De Lemos pode soar cabível - caso se considere unicamente - e injustamente - o primeiro tempo da elaboração teórica de sua proposta em que “processos dialógicos” eram postulados como “processos estruturantes” e em que mantinham *certa* relação com a idéia de aquisição como “construção” por “apropriação” da linguagem pela criança pela “ação” -, tal aproximação torna-se im procedente no texto de Coudry de 1997. Desde 1992, os processos ditos dialógicos foram abandonados e as mudanças na aquisição da linguagem ressignificada em termos de “captura” pela linguagem (De Lemos, 1992, 2002 e outros) - processos metafóricos e metonímicos são implicados na explicação dessa “captura”. Essa torção argumentativa elimina qualquer possibilidade colocar lado a lado as duas vertentes: é leitura equivocada entender a aquisição como fruto da “interação verbal”, de um “processo de construção” ou de “apropriação” da linguagem pela ação. Desse modo, diálogo não será, de modo algum, identificável a interação social, por exemplo.

Como disse, a concepção fundamental de sujeito na reflexão de Coudry é uma que o mantém em controle da ação sobre a linguagem - repetindo com ela: é “*aquele que faz uso da linguagem para agir sobre o outro, o mundo, a realidade*” (*ibidem*: 68). No que se refere ao processo terapêutico, segundo ela, *estar afásico* significa que uma pessoa perde a possibilidade de “usar”, “regular” a fala adequadamente, o que perturba sua condição de interlocutor porque ela “*apresenta, ao nível da linguagem, uma certa destituição de condições de significação*” (*ibidem*: 70).

Assim, na prática clínica sugerida, o diálogo deveria ser primeiramente implementado por meio de “contextos artificiais”. Com a dilatação do conhecimento mútuo, afirma ela, as condições dialógicas tornam-se mais espontâneas uma vez que conhecimento mútuo é instituído - o que “*constitui o conjunto de pressuposições indispensáveis ao diálogo*” (2001: 79). A partir desta afirmação de Coudry pode-se reconhecer uma redução de “diálogo” a “comunicação”. De fato, esse caminho garante a sustentação de linguagem como “interação verbal” ou como “discurso social” - essa concepção dá ênfase ao significado/sentido e, na interação, à troca/trânsito de conteúdos entre interlocutores. Quando pensamos em diálogo entre terapeuta e afásico, é mesmo

---

<sup>26</sup> Coudry não está sozinha aqui. Lembro, por exemplo, que Jakobson (1988) entende que a afasia é o reverso do processo de aquisição de linguagem. Sobre isso ver Fonseca e Landi (2004)

a idéia de troca/trânsito que fica abalada – ganho relevo, no caso, a importância de se refletir sobre “interpretação”.

De todo modo, Coudry, mesmo tendo em conta essa profunda assimetria, trata de justificar a relevância do diálogo/interação/comunicação na lida com afásico. Ela diz que:

*“dadas as suas dificuldades lingüísticas, há um aumento da indeterminação, incompletude e ambigüidade das expressões lingüísticas que [o afásico] constrói, tornando ainda mais exigente o **recurso ao contexto** e às pressuposições comuns para a interpretação conveniente” (ibidem: 81).*

Coudry e Morato (1988)<sup>27</sup> entendem, de fato, que a maneira mais adequada de enfrentar tais dificuldades de estruturação de um diálogo fluente é apoiar-se em fatores contextuais. Eles favoreceriam, segundo dizem, a construção de conhecimento compartilhado que na interação/diálogo será permeado por ajustes e negociações<sup>28</sup>. Note-se que, segundo as pesquisadoras, o diálogo nem sempre está no centro de seus trabalhos com os sujeitos afásicos. Segundo elas, há vezes em que situações artificiais mais controladas são necessárias para, entre outras coisas, superar dificuldades lingüísticas mais específicas e especificamente caracterizada. Por situação mais controlada a autora entende *“exame de quadros com cenas diversas, fotos de situações, pessoas, objetos e eventos” (COUDRY, 2001: 76).*

O diálogo, que, como disse, não é outra coisa senão interação (meio de relação social pela linguagem), perde espaço nestas situações porque não se pode atingir, conforme Coudry, sua condição decisiva e fundamental: um conhecimento compartilhado. Nesses casos, **o sintoma na fala coloca obstáculos ao jogo dialógico**. Sobre esses limites à interação, como procedimento clínico, ouçamos a própria autora:

*“O diálogo é mesmo um fator decisivo para a avaliação e evolução da linguagem do sujeito afásico, mas não um ‘remédio milagroso’ que o livre de todas as suas dificuldades. Enfim, [seu] objetivo não é mudar o estado patológico do afásico, em alguns aspectos, irreversível, mas levá-lo a conviver*

<sup>27</sup> COUDRY, MIH & MORATO, EM (1988) “A ação reguladora da interlocução e de operações epilingüísticas sobre objetos lingüísticos.” In: Cadernos de Estudos Lingüísticos (15): 117-35. Campinas, IEL.

*com suas dificuldades e reinstaurar-se em uma vida pessoal e social plena” (ibidem: 183).*

Mas, suporia mesmo o diálogo, ainda que atrelado à idéia de veículo da interação social, “conhecimento mútuo”? Não me parece ser esse o caso... principalmente considerando a clínica com afásicos. Essa questão não se coloca para Coudry – para ela diálogo/interação depende de condições cognitivas bem particulares – delas dependeria tanto a identificação do contexto quanto a mobilização de “ações internas” para sua realização adequada/significativa.

Entende-se porque a terapia deveria levar o afásico ao “*conhecimento de seu sintoma*” para que ele “*possa atuar sobre ele*” (ibidem:128). Nesse ponto, não posso deixar de perguntar: para alguém chegar à clínica (e para que ela aconteça), não seria preciso admitir que o afásico já esteja sob efeito de sua fala truncada e faltosa – de uma fala que ele não pode “agir sobre” ou fala que resiste à sua ação sobre ela? Note-se que se Coudry observa que, no início da terapêutica, o diálogo não se sustenta por falta de conhecimento mútuo, Gandolfo (1996), fonoaudióloga clínica do CCA, admite que há limites à interação já na instância diagnóstica. Por essa razão e apesar das duras críticas de Coudry aos testes, Gandolfo afirma utilizá-los<sup>29</sup>.

Ela utiliza, por vezes, um protocolo avaliativo proposto na Área de Neurolinguística da UNICAMP que contém provas que, segundo diz, levam ao uso efetivo da linguagem (ao contrário dos testes convencionais), que são “*baseados no conhecimento de uma gramática escolar, restritos à nomeação, repetição, definição de palavras, ditado, enfim, às formas de se lidar com a linguagem em situações totalmente descontextualizadas, que nunca aparecem em uma conversação normal*” (GANDOLFO, 1996: 26). Mas não deixa de soar bastante paradoxal o que acrescenta a fonoaudióloga após esta crítica. Mesmo dizendo que “as provas” são desprovidas de sentido, ela ressalta sua importância porque entende que eles podem “*cercar com mais precisão*” (ibidem: 26) as dificuldades de linguagem de um sujeito afásico. Pois bem, nesse “cercar com maior precisão” aparece uma indicação: uma aproximação a Basso que, na clínica, sustenta a necessidade de “maior objetividade” para orientar a direção do tratamento – uma objetividade que não convive com seu ideal de manter o diálogo como procedimento terapêutico, como

---

<sup>28</sup> É por meio de expressões como “construção”, “negociação” ou “ajustes” que se imiscui o pensamento de Vygotsky (sobre “sujeito”), comumente articulado com a proposta dialógica de Bakhtin.

<sup>29</sup> Ela afirma que iniciou a avaliação de um paciente, cujo caso, mais tarde, foi publicado, com a aplicação de uma bateria de testes convencionais que não apontaram quaisquer dificuldades linguística ou cognitiva.

vimos. Talvez o mesmo se possa dizer de Gandolfo - talvez se deva mesmo considerar que há limites ao diálogo com afásicos. O problema não está nesse reconhecimento, mas na facilidade e naturalidade de substituí-lo por procedimentos avaliativos e terapêuticos, que se opõem diametralmente ao *"exercício vivo da linguagem"*, utilizando palavras que sustentam a visada dessas autoras.

A condição sintomática do afásico parece reclamar um redimensionamento da noção de diálogo como interação social, como intersubjetividade. O recurso a "testes e provas" e a criação de "situações artificiais" podem ser tomados como sinais dessa necessidade teórico-clínica. Trata-se de uma pressão, a meu ver, que advém da impossibilidade de sustentar a idéia de "troca" ou de "negociação" que supõe simetria entre falantes ou, como diz Coudry, "conhecimento mútuo" como solo para o diálogo.

#### 1.1.2.2 O Centro de Convivência de Afásicos e "Práticas Discursivas"

O Centro de Convivência de Afásicos (CCA), da Universidade Estadual de Campinas, reflete na prática, as suposições abordadas acima. Ele é coordenado por Maria Irma Hadler Coudry e Edwiges Maria Morato. Tem como proposta *acompanhar* longitudinalmente sujeitos cérebro-lesados praticando *"o exercício da linguagem em diversas situações e práticas discursivas"* (MORATO, 1999: 158). Pretende-se enfrentar, assim, fatores adversos (lingüísticos, sociais, subjetivos e cognitivos), desencadeados pela manifestação de um quadro afásico. Assume-se que a afasia *"não pode ser entendida apenas como um problema de linguagem ou saúde, ela é uma questão social e enquanto tal deve ser encarada"* (MORATO ET AL, 2002:12). Reuniões semanais com e entre afásicos são realizadas e, nelas, propõem-se atividades que possam favorecer *"a conviv[ência entre pessoas] com diversas formas de alteração em sua linguagem oral ou escrita"* (idem: 12).

De acordo com Morato, todos os sujeitos que chegam ao CCA passam por avaliações (neurológica, neuropsicológica, neurolingüística) e são, a seguir, encaminhados para atendimento terapêutico e ao CCA (com sessões semanais de duas horas)<sup>30</sup>. Tal abordagem é

---

<sup>30</sup> Essas reuniões semanais distribuem-se em três diferentes momentos: (1) o primeiro é destinado a *atividades corporais e dramatizações*; (2) o segundo é a hora do café, e (3) o terceiro a um "trabalho de convívio", em que

nomeada, por Morato, de “discursivo-pragmática”: uma articulação entre “*o modo de funcionamento da linguagem e o modo de funcionamento da cognição*” (Morato, 1999: 159). E como “*processos cognitivos não são considerados comportamentos previsíveis [...] estão, como a linguagem, na dependência de práticas significativas, fundamentadas por contingências socioculturais, por propriedades do inconsciente e pela qualidade das interações humanas*” (ibidem: 160). A pesquisadora não se detém na explicitação do que entende por “contingências socioculturais” ou por “propriedades do inconsciente” não deixa de causar estranhamento a relação aparentemente implausível entre essas duas expressões alinhadas na citação acima. Estaria no horizonte de Morato um outro sujeito que não o epistêmico? Parece que não, quando se lê que as atividades propostas no CCA são “lingüísticas, metalingüísticas e epilingüísticas” (sic) e que elas buscam colocar em relação *linguagem* (saber lingüístico-cognitivo) e seu *exterior discursivo*: pólos desarticulados em sujeitos cérebro-lesado, de que decorreria a marginalização dos afásicos. Em função disso, a meta maior do CCA é promover a (re)inclusão social e familiar do afásico, que depende, sustentam Coudry e Morato, da suspensão de obstáculos impostos pela **perturbação cognitivo-lingüística**. Assim:

*“em termos neurofisiológicos, os neurônios são estimulados pela ação de nossos processos cognitivos, tornando-se capazes de estabelecer novas ligações entre si (formando novas sinapses), numa tentativa de restabelecer as funções perdidas ou alteradas. Em outras palavras, para haver rearranjo funcional do cérebro após a lesão, é preciso que ele seja motivado, e essa motivação depende de nossas ações no mundo” (idem, 2002: 26)*

Esta citação reafirma o que eu disse no início da discussão desta vertente intersubjetiva: a novidade introduzida por Coudry não abala a seqüência lesão → cognição → linguagem. Se ela, de fato, apresenta uma crítica sólida ao modo de avaliação clássico das afasias, quando se volta para a prática que visa a re-inclusão social de afásicos, vemos retornar uma discursividade bastante tradicional na Fonoaudiologia – aquela que se rende ao peso da questão etiológica, mas, como disse Fonseca, *a etiologia não esgota a questão da linguagem*. É por essa razão que a

---

diferentes configurações textuais emergem: “*relatos, diálogos, comentários, leituras de algo a ser compartilhado, recontagem, explicações, etc*” (ibidem: 56).

explicação neurofisiológica da afasia recupera espaço. Também não esclarecida é a suposição de que “ações no mundo” estimulam ou motivam, no caso da afasia, as relações (tão enigmáticas e complexas) entre cérebro e mente.

Morato afirma ter três pontos de partida: *linguagem, interação e dialogismo*. Note-se que interação e diálogo são termos justapostos e tratados, portanto, como diferentes. Talvez se possa dizer que *interação* fica ligada a aspectos mais empíricos/pragmáticos e *diálogo*, a universos discursivo-textuais: “*posições enunciativas dos sujeitos [dependem de] sua capacidade pragmática de reconhecer seus interlocutores, suas propostas discursivas, suas possibilidades de manipular diferentes universos discursivos*” (MORATO, *op. cit.*: 160). O problema é separar essas duas instâncias. Também, no que concerne à “ação”, Morato pretende distinguir três modalidades que seriam, em sua opinião, responsáveis pela reorganização das funções lingüísticas e de processos cognitivos: *interlocutiva* (posições do locutor/interlocutor em diferentes situações discursivas)<sup>31</sup>, *meta-enunciativa* ((re)elaboração conceitual – reformulações e correções) e *discursiva* (novas formas de referir e interpretar – remete ao aspecto criativo da linguagem).

Apesar de diferenças e da tentativa de Morato de criar classificações que possam favorecer maior clareza sobre as atividades realizadas no CCA, o fundo teórico e conceitual mantém-se o mesmo e tanto em Coudry, quanto em Gandolfo ou Morato, o “diálogo” é meio de realização de ações sobre o outro (nisso, é instrumento social) e sobre o mundo (nisso é instrumento cognitivo) e essa coalizão no fundamental remete ao fato de todas manterem filiação ao pensamento de **Mikhail Mikhailovich Bakhtin**, um filósofo soviético que, como é amplamente reconhecido, foi uma referência importante para lingüistas no século XX.

Bakhtin (1895-1975) estudou Filosofia e Letras na Universidade de São Petersburgo. Entre 24 e 29 anos e após a revolução russa de 1917, morou em Leningrado e conheceu os principais pensadores do Formalismo Russo<sup>32</sup>. Bakhtin foi, na verdade um *filósofo da linguagem* e “sua lingüística” é considerada uma *trans-lingüística* porque ela se desvia da visão de “língua como sistema”, como havia proposto Saussure na mesma época. Para Bakhtin, as

<sup>31</sup> “refere-se, basicamente, a tarefas de reformulação, modalização e fortalecimento de quadros interativos e esquemas de trocas verbais” (op. cit.: 161) - abrange os relatos, diálogos, recontagem e outras configurações textuais.

<sup>32</sup> O seu Método formal nos estudos literários (1928) e Marxismo e Filosofia da Linguagem (1929), são suas obra mais célebres – esta última, assinada como Volochinov. Somente depois dos anos de 1970, esta obra teve difusão/reconhecimento importantes e veio a ser confirmada como de sua autoria.

questões que a linguagem levanta não se esgotam em análises lingüísticas e, para abordar esse extravasamento, afirma ele ser compulsório **envolver fatores extra-lingüísticos** (como contexto da fala, a relação falante-ouvinte, o momento histórico, etc.). Nessa sucinta apresentação do autor, podemos ver que há ecos de seu pensamento nos trabalhos da UNICAMP sobre as afasias, aqui discutidos.

De fato, Bakhtin influenciou profundamente o desenvolvimento de teorias lingüísticas no século XX. Como diz Faraco, esse autor “*antecipa temas<sup>33</sup> que só surgiriam na lingüística em décadas seguintes*” (1988: 22) – antecipa e oferece as direções conceituais e metodológicas para seu desenvolvimento, como vimos. A pluralidade temática não encobre, contudo, acrescenta ele, a existência de um pensamento unificador em Bakhtin – a **concepção dialógica da linguagem** perpassa sua obra:

*“É dessa concepção de linguagem que nasce uma das categorias básicas do seu pensamento: o dialogismo, com a qual ele estuda o discurso interior, o monólogo, a comunicação diária, os vários gêneros de discurso, a literatura e outras manifestações culturais” (ibidem: 23).*

Cunha (1997) afirma que o conceito de dialogismo é o alicerce da Lingüística pós-estrutural – aquela que **abdica da língua** para sustentar<sup>34</sup>, como objeto, a fala e a interação verbal. O dialogismo bakhtiniano não pode, por razões teóricas, ser reduzido à manifestação empírica de uma interação face-a-face, nem à comunicação entre falantes *stricto sensu*, chama a atenção Faraco (1988). A noção de *réplica* é fundamental: a fala é sempre uma resposta. Quer dizer, um enunciado é permanentemente constringido por um passado discursivo e aberto a um devir. Ele é:

*“réplica ao já dito e também [está] sob o condicionamento da réplica ainda não dita, mas já solicitada e prevista, já que [para] Bakhtin [...] o*

---

<sup>33</sup> Temas variados e abordados por diferentes disciplinas da Lingüística (Psicolingüística, Sociolingüística, Análise do Discurso e Pragmática), da Filosofia da Linguagem, da Psicologia, Semiótica e outras. Quanto aos temas, podemos mencionar, por exemplo: *interação, ato de fala,...* e *diálogo (que nos interessa de perto neste trabalho)*.

<sup>34</sup> A questão que pretendo retomar no próximo capítulo nos remeterá a essa questão do “*abdicar a língua*” em favor de fatores sociais, interacionais ou psicológicos para abordar a linguagem.

*universo da cultura [é entendido] como um grande e infinito diálogo”*  
(*Idem, 2003: 42*).

Ou, então,

*“Cada enunciado está pleno de ecos e de reflexos de outros enunciados com os quais se relaciona na comunidade da esfera da comunicação discursiva. Todo enunciado deve ser analisado a partir do princípio de que é resposta [réplica] a enunciados anteriores ...”* (BAKHTIN, 1982: 281) (tradução minha).

O dialogismo bakhtiniano, aponta Dahlet, faz com que o discurso seja concebido como uma “*construção (in)acabada por vozes em concorrência e sentidos em conflito*” (DAHLET, 1997: 60). O sujeito, nessa proposta, é aquele só pode modificar “*seu discurso em função das intervenções dos outros discursos, sejam elas reais ou imaginadas*” (*ibidem: 60*). Note-se que estamos, nesse caso, bem próximos ao jogo da linguagem sobre a linguagem – enquanto réplica, o diálogo é impulsionado e restringido por dizeres – contudo esse jogo é, ao que parece, em Bakhtin, *antes* determinado por fatores *extra-lingüísticos* – nesses fatores ele se enraíza, mesmo que falar seja “uma atividade dialógica” – “uma resposta ao outro”. Todo enunciado seria, a rigor, *expressão do pensamento do sujeito*, mas que por ser essencialmente **culturalmente constituído** (na interação com o outro), carrega a articulação de **múltiplas vozes sociais**.

Nesse sentido, Bakhtin implode o *mundo interno* de uma subjetividade fechada, ao envolver em sua *trans-lingüística* e força da reflexão marxista sobre o homem e sobre a linguagem. Linguagem que, sendo monólogo ou diálogo, é povoado por vozes em relação dialética. Mas, insisto para efeito de clareza: diálogo, no Círculo de Bakhtin, não pode ser desligado de **intersubjetividade**: sempre que falamos, falamos para alguém e fazemos uma previsão possível de nosso interlocutor e nos adaptamos às suas reações. Nas palavras de Dahlet, “*como decorrência [...] desta reciprocidade, toda ação verbal toma a forma socialmente essencial de uma interação*” (*ibidem: 61*) (ênfase minha). Nas do próprio Bakhtin: “*nenhum enunciado pode ser atribuído apenas ao locutor: ele é produto da interação dos interlocutores*” (BAKHTIN, *apud* Todorov, 1981: 50).

Lembremos, Bakhtin critica as teorias lingüísticas de seu tempo – ele<sup>35</sup> fará uma oposição entre duas categorias teóricas: *objetivismo abstrato* e *subjetivismo idealista*. Segundo Bakhtin (Voloschinov), à primeira categoria interessa o *sistema de regularidades fonéticas, gramaticais e lexicais da língua* que garantem a unidade da língua. Ele coloca Saussure como representante maior de uma Lingüística desse tipo, dessa Lingüística que se atém e se contenta em operar nos limites da sentença. Bakhtin quer “linguagem viva” e para isso, ele opõe a essa unidade teórica abstrata – a sentença -, **o enunciado** “concreto [...] que nasce, vive e morre, no processo da interação verbal entre os participantes da enunciação” (Todorov, 1981: 198). A proposta deste filósofo é ver a língua imersa na realidade enunciativa concreta, servindo aos propósitos comunicativos do locutor em um dado contexto. Esta concepção de linguagem opõe, como se vê, Bakhtin a Saussure (e indicar essa divergência interessa a esta dissertação). Vejamos o que afirma Bakhtin:

“A língua, como sistema de formas que remetem a uma norma, não passa de uma abstração, que só pode ser demonstrada no plano teórico e prático do ponto de vista da decifração de uma língua morta e do seu ensino. Esse sistema não pode servir de base para a compreensão e explicação dos fatos lingüísticos enquanto fatos vivos e em evolução” (BAKHTIN, 1979: 108).

Quanto ao *subjetivismo idealista*, na mira de Bakhtin ficam Humboldt e seus seguidores, para quem a linguagem é *um ato essencialmente psíquico, interior* de uma personalidade individual. Contrário a esse ponto de vista, na ótica bakhtiniana, como já suficientemente enfatizado nesta parte, há primazia de processos inter-pessoais, “dialógicos”. Meu objetivo ao trazer Bakhtin para encerrar esta parte de meu trabalho tem três direções: (1) mostrar a relação entre sua teorização e a das pesquisadoras das afasias, incluídas neste capítulo; (2) indicar a posição que assume o opõe a Saussure e (3) deixar aparecer a relação estreita entre diálogo e interação social. Penso atingido tais metas.

---

<sup>35</sup> Pretendo, no capítulo seguinte, apontar para o que considero equivocado na crítica a Saussure. Em que pese o brilhantismo de Bakhtin, não se pode tomar suas declarações como dogma, mesmo porque Saussure demorou muito a poder ser lido de modo mais apropriado – modo que permite dar sentido à expressão “pai da Lingüística moderna/científica”

## Capítulo 2

### Bases teóricas de uma Clínica de Linguagem

#### 2.1 *Aquisição, patologias e clínica e linguagem*

“Diálogo” é, como seria de se esperar, palavra que circula no âmbito das patologias e das clínicas. Sua circulação discursiva nesse âmbito, porém, nem sempre (ou quase nunca) suscita uma necessidade (exigência) de definição. Por esse motivo, como procurei mostrar, seu uso é pré-teórico<sup>36</sup> e, por isso, **diálogo** resta confundido com *comunicação*, com *interação*, com *conversa*, enfim, com uma linhagem de termos que, no senso comum, são utilizados como equivalentes.

No que diz respeito ao tratamento clínico de afásicos, suas eventuais características específicas não provocam discussão. Basso, como vimos, não ultrapassa a simples menção relativamente à sua condição de “instrumento diagnóstico e terapêutico” (sem arregimentar argumentos convincentes). No CCA-UNICAMP, **diálogo** é tratado como *intersubjetividade / interação social / troca* ou *negociação* entre interlocutores ou, mesmo como *comunicação*. Na Clínica de Linguagem, **diálogo**, como vimos, é conceito ligado às noções de imprevisibilidade, de indeterminação, o que o afasta dos usos aos quais tem sido submetido, seja em construções pré-teóricas, seja em propostas que buscam sustentar-se em solo teórico.

A noção de “diálogo” que se apresenta na Clínica de Linguagem não se confunde com conversação, mesmo porque parte de uma teorização em que **diálogo é proposição problemática**, como veremos. Entende-se, assim porque Lier-DeVitto (2000), afirma sobre o

---

<sup>36</sup> Faço, neste trabalho, exceção a Coudry (e seu grupo de pesquisadores do IEL-UNICAMP) que procura sustentar sua *reflexão sobre o diálogo* no trabalho de Bakhtin. Esse autor, como procurei mostrar e como é sabido, elabora uma concepção de diálogo como *intersubjetividade*, como *interação social*. Exceção, também, a Lier-DeVitto (e seu grupo de pesquisadores do LAEL/DERDIC-PUCSP) que, diferentemente da vertente acima mencionada, *trabalham conceitualmente o diálogo* a partir da noção de “não-coincidência”. Pode-se admitir que ambas as propostas contemplam a linguagem. Há, porém, diferença radical entre elas, como procurarei mostrar.

início do Projeto Integrado *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem* (CNPq 522002/97-9):

“Parti do princípio de que não se poderia pensar a face clínica da Fonoaudiologia sem que **interação ou diálogo** viesse à tona como categoria. Isso coloca, ao meu ver, restrição à aproximação da Fonoaudiologia à Lingüística: “*não será qualquer teoria da Lingüística que poderá dialogar com a Fonoaudiologia – há que ser uma em que “interação” e “outro” sejam proposições problemáticas, assim como erro*” (Lier-DeVitto, 1994). De fato, **clínica** é espaço instituído pela presença de um sujeito que tem uma queixa e que dirige uma demanda a um **outro** investido da capacidade de intervir e produzir **mudanças**. Tanto esse outro deveria ser pensado em sua especificidade como *outro-terapeuta*, quanto *mudança*, no caso, que envolve uma *ação clínica* – **uma interpretação** - que incide sobre um **sintoma**. Como se vê, mudança articula-se a demanda, intervenção e sintoma. **Não se deve pensar, porém, que interação [ou diálogo] é noção transparente e que ela possa ser sempre reduzida à empiria da relação entre duas pessoas – a uma “intersubjetividade”**. É, de fato, aí que incide o Interacionismo ao introduzir a língua como um terceiro.

Como diz De Lemos (1992), “*o outro é instância do funcionamento da língua*”, ou seja, é outro determinado pelo Outro/Língua. “Outro” que não só vem como condição de possibilidade da interação/diálogo, mas que é condição mesma de haver falante. Quero dizer que a linguagem tem anterioridade lógica sobre o sujeito, que ela é causa de haver sujeito (como disse Lacan) e, por decorrência, interação. **Assim, a interação é assumida como “triádica”** – o que imprime uma diferença radical na natureza da reflexão que se pode encaminhar sobre as patologias da linguagem e sobre a clínica de linguagem. Esse pensamento opõe-se ao empirismo da relação dual (à intersubjetividade

psicológica/social) porque introduz nela uma outra existência, uma força motriz, embora não observável a olho/ouvido nu(s)”.

Todos os ingredientes que participam da circunscrição de **diálogo**, nesta proposta, estão postos - assim como explicitada está a natureza de sua relação à alteridade: ao Interacionismo. Trata-se de uma relação de não-coincidência! Não-coincidência no que se refere à *posição do outro*: o outro da criança não é outro-terapeuta, e essa diferença demanda especificação. Também, como disse Lier-DeVitto, *erro não é sintoma*. Enfim: “parentesco não é identidade” (op. cit., 1994-7).

Pode-se apreender o esforço de teorização dos pesquisadores do Projeto do LAEL-PUCSP, precisamente no movimento de marcar diferenças conceituais, de explorar suas conseqüências teóricas e clínicas, de construir fundamentos para uma prática. É o que se pode retirar de afirmações como a de Arantes: “*o terapeuta é intérprete diferenciado [...] por se tratar de alguém instrumentalizado por uma teoria de linguagem*” (2001:35), e também de Fonseca: “*o que diferencia um leigo de um fonoaudiólogo [é] a formação teórica [que] é indispensável ao exercício clínico*” (2000: 77). Como mostram estas citações, no horizonte está a busca de delineamentos.

No Grupo de Pesquisa (LAEL/CNPq) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*<sup>37</sup>, liderado por Maria Francisca Lier-DeVitto, de que faço parte, um dos objetivos – o primeiro eu diria – foi o de examinar a natureza do encontro, motivado por falas patológicas, entre a Fonoaudiologia e a Lingüística, um “*mau encontro*”, afirmou a pesquisadora (1995). Mau encontro que se traduz numa aproximação que, do ponto de vista da Fonoaudiologia, foi diagnosticada como “*utilitária*” por Lier-DeVitto (2000) e Landi (2000) e numa relação que não chegou nem mesmo a atingir o estatuto de um debate teórico; muito pelo contrário: ela, de fato, restringiu-se à mera aplicação de instrumentais descritivos da Lingüística. Os pesquisadores do *Projeto* almejavam mais; por essa razão, voltaram-se à realização de um “*diálogo teórico*”

---

<sup>37</sup> Antes Projeto Integrado *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem* (implementado pelo CNPq - processo nº522002/97-8, que teve vigência de oito anos). O referido Projeto Integrado foi finalizado quando o CNPq suspendeu essa linha de fomento em favor da instituição dos Grupos de Pesquisa. Dessa forma, pesquisadores antes ligados ao Projeto, novos pesquisadores e estudantes, prosseguem na elaboração de discussões sobre “*Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*” no Grupo de Pesquisa LAEL/CNPq (que leva, atualmente, este nome).

(LIER-DEVITTO, 1994) entre a Fonoaudiologia e os diversos campos de estudo. Os frutos desse diálogo foram muitos e podem se estenografados nas seguintes proposições:

*(1) as falas sintomáticas têm realidade – são reconhecidas pela escuta do falante nativo;*

*(2) falas sintomáticas implicam sofrimento e convocam uma clínica*

*(3) o falante não tem controle sobre sua fala – não pode mudá-la, mesmo que a escute “em diferença”.*

*(3) a escuta clínica para a fala sintomática é singular e teoricamente instituída.*

Iniciei este capítulo com uma “declaração de princípios”, realizada por Lier-DeVitto, em que fazem presença a exigência de teorização sobre falas sintomáticas – “erro não é sintoma” – e sobre noções pertinentes à clínica de linguagem, espaço que as acolhe – interação/diálogo, outro, mudança, etc. Tal declaração explicita, também, seu ponto de partida: a teorização desenvolvida por Cláudia Lemos e outros pesquisadores (dentre eles, Maria Francisca Lier-DeVitto). Entendo ser importante esclarecer a qualidade dessa relação, que remete à questão da Alteridade: os pesquisadores das Patologias e Clínica de Linguagem *não aderem e nem rompem* com o Interacionismo de Cláudia Lemos. Eles mantêm-se em diálogo teórico com ele, mantêm-se numa posição intervalar que é sustentada pelo compromisso com os efeitos, no clínico/pesquisador, de falantes em sofrimento e de suas falas sintomáticas. Tal posição e escuta são obstáculos sólidos à aplicação, seja conceitual, seja de instrumentos descritivos. Ainda que erro e falas de crianças possam ter algum parentesco, diferenças são perseguidas por esses pesquisadores que visam a uma teorização sobre a clínica de linguagem.

Pode-se dizer que o fator mais fundamental ou decisivo para o desenvolvimento da proposta teórico-clínica, em questão neste capítulo, foi o *compromisso com uma teorização sobre a linguagem*. Caso contrário, como seria possível ao fonoaudiólogo “‘avaliar’ o que acontece com o falar de seu paciente...” (LIER-DEVITTO, 1995: 166)? Como poderia realizar um diagnóstico do acontecimento que o institui como clínico? Esse compromisso foi o motor da elaboração de abordagens originais no que diz respeito às falas sintomáticas; originais, mais precisamente, porque não-aplicativas, mas *interpretativas/ explicativas*.

Os pesquisadores das patologias e da clínica de linguagem, dada sua filiação à reflexão de Saussure – lingüista que impôs o reconhecimento do funcionamento da língua, mecanismo que é impeditivo de qualquer movimento de aplicação – e à proposta de Cláudia de Lemos – pesquisadora que estabeleceu uma relação tensa com o estruturalismo europeu e que privilegiou o erro: acontecimento *não passível de descrição* e, por isso, relegado ao lugar marginal de um “fora da regra” numa “*taxonomia às avessas*” (ARANTES, 1994) – puderam implementar uma reflexão original sobre as falas sintomáticas na qual implicada está uma “escuta” para a fala do paciente. O diálogo teórico com as propostas acima mencionadas permitiu, à clínica de linguagem, destituir olhar normativo de um aparato descritivo da posição de instrumento “diagnóstico” da fala do paciente. Pôde-se refletir sobre *escuta para a fala*. Pôde-se, também, chegar a teorizar sobre o reconhecimento de que o falante ‘*não controla a fala*’, mas que, ainda assim, sua fala “*não está fora da lei*” – da lei do funcionamento da linguagem (LIER-DEVITTO, 1998; FONSECA, 2002).

A relação ao Interacionismo rendeu diferenças porque os pesquisadores das Patologias e Clínica de Linguagem puderam acompanhar De Lemos e sua reflexão acerca da relação entre campos, acerca da relação a uma alteridade. De acordo ela, não se deve esperar respostas da Lingüística para aquilo que ela, a rigor desconhece, mas levantar questões que a interroguem. Nas palavras da autora:

*Eleger a Lingüística – e as disciplinas que a têm como referência – como espaço teórico-metodológico para a discussão [...] é tornar conseqüente o fato de que é de linguagem que se trata, quando disso se trata.*

*Não me parece, contudo, que se deva entender como conseqüente ao reconhecimento da lingüística como lugar de um saber sobre a linguagem, que este saber seja visto como disponível sob a forma de certezas e respostas às questões [dirigidas a ela]. Penso, ao contrário, que essa escolha só pode vir a ter conseqüências se a lingüística for tomada como lugar onde o que não se sabe sobre a linguagem é reconhecido e produz questões*

.....

... *O que, enfim se esquece é que a lingüística, como qualquer outra ciência, é um lugar onde **o que se sabe** serve, acima de tudo, para interrogar e se transforma num saber interrogar* (1998: 13-4).

Chamo a atenção para o *parentesco* entre a afirmação de Lier-DeVitto, citada no início deste capítulo, e o que diz De Lemos na citação acima: ele permite mesmo que, ao colocarmos essas autoras lado a lado, possamos apreender o sentido que o termo “*filiação*” adquire no âmbito da reflexão sobre as patologias e a clínica de linguagem. Nesse espaço, *filiação* é “*relação em que um dos lados não sucumbe*”; é relação dirigida sim por uma identificação, mas na qual se sustentam as diferenças; é, finalmente, relação que implica a sustentação de não-coincidência entre campos .

### 2.2.1 O “diálogo” e seu estatuto no Interacionismo em Aquisição de Linguagem

Os primórdios da relação de Cláudia de Lemos com a área de Aquisição da Linguagem remontam à sua tese de doutorado desenvolvida na década de 70. Em foco, então, estavam a sentença e o aparecimento de categorias sintáticas na fala da criança. Apesar desse panorama, De Lemos fez valer seu “compromisso com a fala da criança” na medida em que apontou, na discussão realizada, para uma **impossibilidade** de “*deprender dos dados uma ordem de emergência compatível com alguma proposta lingüística*” e, ainda, e principalmente, de “*regularizar’ o heterogêneo para chegar a uma descrição*” (DE LEMOS, 2002: 45). Entende-se que a autora atestou um **fracasso** em realizar uma leitura e descrição do processo de aquisição da linguagem a partir de uma proposta de **desenvolvimento**: esta, como é sabido, deve atingir a necessária generalidade para que possa atender ao critério da preditibilidade (o que ela contestou!). Esse atestado, diga-se, foi possível uma vez que a autora não se furtou ao **encontro com a heterogeneidade da fala da criança**, um fenômeno que, como nos diz, inviabiliza que se “regularize” o processo de aquisição da linguagem.

Note-se que o resultado desse empreendimento foi, de um lado, surpreendente dada a novidade contida nas declarações da pesquisadora e, de outro, extremamente importante na

medida em que dele decorreu o início da construção de uma “proposta alternativa” à noção de desenvolvimento” – proposta atualmente altamente reconhecida e consolidada com o nome de Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem - cujo ponto de partida foi o ano de 1981, com o Projeto de Aquisição da Linguagem do IEL/UNICAMP. Nesse projeto, De Lemos e o grupo de pesquisadoras por ela orientado constataram, a partir da análise do *diálogo* entre adulto e criança, que a *heterogeneidade imprevisível*, que marca a fala do infante, era decorrente do fato de que nela predominavam fragmentos incorporados da fala do outro. Essa “dependência” relativamente à fala do adulto, fez com que De Lemos colocasse sob suspeição a possibilidade de identificação do processo de aquisição da linguagem a um processo de ampliação cognitiva, no qual é pressuposta a apreensão/extração/construção gradual de conhecimento sobre a linguagem. Para ela, se a criança fala o que o outro fala, deve-se, ao menos, perguntar “de quem é o conhecimento?”

Como disse, pode-se constatar que a fala da criança “vinha” da fala do adulto que circulava nos *diálogos entre mãe e criança*. Pois bem, os chamados “processos dialógicos” – especularidade, complementaridade, reciprocidade – nascem como possibilidades de apreender empiricamente esse enlaçamento entre falas. Chamo atenção para o plural “processos dialógicos”; isso importa porque ficamos frente a uma noção complexa: se há “*diálogos*”, é preciso admitir que, na aquisição da linguagem, a relação com o outro muda de feição e o diálogo de configuração. Outra interrogação emerge: aquela que diz respeito à **subjetividade**.<sup>38</sup>

De Lemos suspende o termo “aquisição de linguagem”: esse termo, diz ela, é utilizado indevidamente como sinônimo de “desenvolvimento lingüístico”: se a linguagem é estruturada (se há leis de totalidade que restringem a relação entre as partes) não é possível supor fragmentação da estrutura e sua “montagem” gradual e cumulativa ao longo do processo. Ora, um pensamento estrutural, é puramente relacional: um elemento não subsiste sem o outro!

---

<sup>38</sup> Tais processos explicitam a divergência da autora em relação tanto ao inatismo lingüístico, quanto ao empirismo psicológico (comportamentalismo) vigentes no campo. A esse respeito, em artigo notável de 1986, a autora reflete sobre o termo “aquisição de linguagem”. “Aquisição”, diz ela, pressupõe um movimento - o de “alguém que, privado de algo situado fora de si mesmo, dele se apropria como de um objeto que (lhe) é alheio” (op. cit.: 05). Sua crítica incide sobre a suposição de um sujeito já constituído, uma vez que se assume que entre a criança e o objeto (a linguagem) há distância ou espaço para a observação/análise da linguagem – só dessa forma se poderia pensar que numa criança que é capaz de “adquirir”, “tomar” ou “apropriar-se” daquilo que não lhe pertence. Além disso, acrescenta ela, na expressão “aquisição” está contida a suposição de que a linguagem existe “fora” e de forma “independente” dos sujeitos. O ponto a que chega a autora é o de mostrar que, nessa perspectiva, linguagem e subjetividade são domínios separados e que, sendo assim, a linguagem só poderia servir para “representar” ou “comunicar” conteúdos, emoções, intenções que o sujeito quer expressar.

Tecendo tais considerações, Cláudia de Lemos pergunta: “como ocorrem mudanças na fala da criança e **de que natureza são a criança e a linguagem?**” – pergunta que não havia ainda sido enunciada no campo da Aquisição<sup>39</sup>.

De Lemos, como disse, deixou-se afetar pela ‘fala da criança’ – por sua singularidade, fragmentação e heterogeneidade – e recusou-se a aplicar instrumentais descritivos da Lingüística que, como disse em 1982, se aplicados acabariam por “higienizar” a fala da criança. Não fez aplicação. Contudo, não deixou de reconhecer na Lingüística um espaço a partir do qual é possível levantar questões, interrogar, refletir: a autora, de fato, reconheceu o saber da Lingüística relativamente à linguagem; por outro lado, ela recuou a Psicologia e questionou o termo “interacionismo” que rotulava sua proposta: ela se afastou “*dos psicólogos sócio-construtivistas que colocavam em relação processos intersubjetivos e linguagem?*” (*ibidem*: 50)<sup>40</sup>.

A teorização elaborada por De Lemos deixou claro que, decididamente, **diálogo** não é “interação social”: *é linguagem sobre linguagem* – “chama viva” que determina os sentidos ou que os dissolve, que sempre envolve a possibilidade de interpretação (seja ela bem ou mal sucedida). Note-se, nessa proposta, diálogo dispensa “comunhão” de objetivos: de fato, o diálogo com crianças caminha sem ter que atender a essa condição. Cláudia Lemos marchou na contramão, portanto, dos estudos da década de 1970, momento dos primeiros **estudos interacionistas** em Aquisição de Linguagem<sup>41</sup>. Estudos que fizeram oposição à Gramática Gerativa e ao inatismo, de Chomsky, e declaradamente se aproximaram da Psicologia, de Piaget e Vygotsky, ou da Pragmática. De fato, com Bruner (1975)<sup>42</sup>, um psicólogo, na noção de

<sup>39</sup> É preciso dizer que Chomsky parte daí para elaborar sua proposta – ele e ninguém mais (nem construtivistas, nem empiristas). Cláudia Lemos teve escuta para essa questão, mas a direção que tomou foi outra, como veremos.

<sup>40</sup> Para Vygotsky a mudança qualitativa resultante da relação criança-adulto era definida pela transformação dos processos intersubjetivos e intra-subjetivos. Dessa maneira, a fala do outro seria uma espécie de motor para a interiorização da operação de intersubjetiva para intra-subjetiva. De Lemos, diferentemente manteve-se interessada nas mudanças na fala da criança.

<sup>41</sup> Livros como *Talking to children* de Snow & Ferguson (1977) e *Developmental Pragmatics* de Ochs & Schieffelin (1979) são representantes clássicos desses trabalhos americanos sobre interação.

<sup>42</sup> Bruner levanta a hipótese de que *aquilo que é construído em ação conjunta é transformado em linguagem*. Ele sustenta que a mãe *atribui intenção comunicativa* à criança e ao recortar e significar sua fala, transforma comportamentos em gestos, e ações em fala. E isso porque *a língua está no outro* (não na criança). Pode-se dizer ter sido esta a mais importante contribuição de sua proposta: pelo fato da fala não vir da criança, mas “de fora”, Bruner cria obstáculos à tendência do campo em querer produzir uma gramática da criança. Bruner, porém, não pôde articular linguagem e sujeito e nem explicar como comportamentos sociais afetam o desenvolvimento da linguagem, i.e., como se transformam numa sintaxe. Scollon (1979), ao desenvolver um trabalho sobre fonética, deparou-se com uma fala de criança que, como disse, parecia fazer um *apelo de reconhecimento*. Ele se interroga, por isso, sobre a intenção comunicativa da criança. A originalidade de sua resposta é a de afirmar que ela **não tem** intenção de comunicar, mas deve ser entendida como um *apelo por significação* – ela “pede” que o outro

diálogo persiste a de **atividade intersubjetiva**. Nessa mesma década, os **processos dialógicos** de De Lemos ultrapassaram esse entendimento psico-sociológico da expressão: a interação, para ela, tem uma natureza que é “*lingüística*”; não se trata nem de interação, nem de comunicação. A relevância do diálogo residiria na “conexão de natureza lingüística dessa **interação tão desigual**” (idem, ibidem) (ênfase minha). A noção de diálogo como *não-coincidência* é reconhecidamente determinante da aquisição da linguagem e, como tal, deveria ser revestida de valor teórico

No Interacionismo, o *diálogo* foi assumido como determinante das mudanças que acontecem na aquisição de linguagem; decorreu dessa concepção *uma outra noção de sujeito*: para De Lemos, a noção de especularidade (o mais conclamado entre os processos dialógicos) **colocava em questão o sujeito da psicologia** porque “*revela sua alienação como uma dimensão constitutiva, que está na base de todas as transformações simbólicas que sua fala opera*” (DE LEMOS, *op. cit.*: 196) (ênfase minha). Vinte anos desta afirmação De Lemos (1982) já apontava para o fato de que os fragmentos que compareciam na fala da criança, aqueles que migravam da fala do outro, eram *indeterminados*; ou seja, seu uso não poderia mesmo ser expressão de conhecimento categorial – sintático, semântico ou pragmático – dito de outro modo, a fala da criança tinha uma **determinação que era de natureza dialógica**. Vê-se que o diálogo é alçado a uma posição estruturante: ele é condição de possibilidade para que a fala da criança (e a própria criança) sejam transformadas. Uma articulação estreita entre aquisição da linguagem e estruturação subjetiva se imprime na proposta de De Lemos já em seus primórdios: de fato, o sujeito que aí fez presença é diverso daquele que figura nas propostas ditas interacionistas; diversidade que aflora seja na idéia de “dependência dialógica”, seja na crítica constante ao cognitivismo que perpassava (perpassa) os trabalhos elaborados pelo grupo de pesquisadoras do IEL/UNICAMP.

Cabe chamar a atenção, ainda, para o fato de que **diálogo**, nesta proposta, comporta **diferenças inconciliáveis entre falantes** (e não a comunhão ou a partilha de significados ou sentidos comuns). Isso significa que o **diálogo é suporte da não-coincidência entre falantes**<sup>43</sup>

---

signifique. Nesse deslocamento da intenção de comunicar (que prevê um sentido/significado na criança) para pedido de significação, Scollon pôde se aproximar mais da linguagem: ele vê, na fala da criança, *uma sintaxe vertical, dialógica*, anterior à sintaxe horizontal, monológica. Se existe uma sintaxe dialógica anterior à monológica, não há fase pré-lingüística – a criança fala sem ser detentora de um saber sobre a linguagem. Scollon não encontrou nem pôde avançar uma teorização sobre o que viu/descobriu e acabou abandonando esta descoberta.

<sup>43</sup> Remeto o leitor para artigo de Lier-DeVitto (2007- no prelo).

– entre adulto e criança, no caso – e a alienação também joga um papel, pois sustenta, no outro, a ilusão de “coincidência”.

O fato de que De Lemos, em trabalho de 1992, recua os processos dialógicos – e avança no sentido de uma proposta estrutural no que concerne às mudanças que se operam na fala da criança – não significa que o diálogo tenha sido descartado dessa teoria: ao contrário, ele foi **ressignificado** a partir de uma base teórica mais forte porque mais consistente. Os processos metafórico e metonímico, propostos por Jakobson (1954), são trazidos para **explicar os efeitos dialógicos** nas mudanças que ocorrem na fala da criança. Para a pesquisadora, Jakobson importa porque ele “*se colocou, de certa forma, além do estruturalismo que professou ao analisar a língua de um certo ponto de vista que o excluía do falante*” (DE LEMOS, 1997:06) (*ênfase minha*). Na interpretação que fez dos distúrbios afásicos, como diz De Lemos, de alguma forma o falante vem à tona no funcionamento da língua, ainda que por meio de uma lesão orgânica, acrescenta ela. O que se pode depreender dessa afirmação é que do compromisso de explicar os acontecimentos que têm lugar na fala, implicando sua necessária articulação à língua, decorre um outro compromisso: o de elaboração de uma *reflexão sobre o falante* que seja *compatível* com a concepção de língua assumida (DE LEMOS, 2002).

Segundo De Lemos, os processos propostos por Jakobson permitem:

(1) “*interpretar os enunciados da criança [...] como produto de relações tanto entre os fragmentos não-analisados e os enunciados/textos do adulto, quanto entre esses fragmentos no domínio de um mesmo enunciado da criança*”.

e

(2) “*inferir dessas relações uma mudança estrutural do ponto de vista lingüístico e subjetivo*”. (DE LEMOS, 1992: 07)

Como se lê acima, o diálogo é estruturante, mas comporta, agora, um terceiro elemento: o “*jogo da linguagem sobre a linguagem*” passa a implicar o movimento da língua; esse movimento permite esclarecer tanto as relações internas entre fragmentos de um enunciado, quanto sua relação com a fala do adulto. A inclusão da língua, nota-se, permite ir muito além do atestado da existência de relação entre enunciados e da descrição dessa relação. A língua como

um sistema de valores puros, conforme refletida por Saussure, sustenta que “determinação categorial” é efeito das relações entre elementos no interior do sistema; isso tornou possível a abordagem teórica e empírica da fala da criança acolhendo a heterogeneidade surpreendente que nela faz presença: os equívocos, deslizamentos entre falas, desvios são entendidos como possibilidades que decorrem do funcionamento dos eixos metafórico e metonímico; “erros” serão, nesse espaço, “*produtos de relações entre cadeias que se cruzam produzindo substituições*” (DE LEMOS, *op. cit.*: 51). A língua, uma instância equivocizante, uma “alteridade radical”, como diz De Lemos, perturba a suposta relação pacífica entre falas que permeia a noção de intersubjetividade (LIER-DE VITTO, 1996) e suspende o ideal das “trocas” e das “negociações” através das quais, adulto e criança atingiam um “conhecimento comum”.

Desse empreendimento teórico nascerá sua **proposta estrutural**. A jogada foi feita e os dados estão na mesa, três pólos são implicados: **a criança, o outro, a língua**. Essa tríade, como disse, representa a estrutura do diálogo, que assume perfis distintos: na *primeira posição*, o predomínio do eixo metonímico é o fator promotor de deslizamentos entre falas – um fragmento da fala do adulto desliza para a fala da criança e nela se manifesta; tem-se, aí, a expressão de sua alienação à fala do outro, lugar em que, depois, o fragmento da criança adquirirá um valor, ele será interpretado<sup>44</sup>. Na *segunda posição*, prevalece o eixo metafórico nas operações que passam a ocorrer sobre os fragmentos que circulam na voz da criança; por isso ela “erra” e atesta, com isso, o distanciamento de sua fala em relação à da mãe. A direção desses **mecanismos de mudanças** é a da “*estabilização da língua na fala da criança*” (DE LEMOS, 1997: 12)<sup>45</sup>. Isso porque, como assinala Lier-DeVitto (apontamento de aula), mecanismos de mudança são, também, processos de subjetivação: da alienação à separação, diz ela, há *mudanças na escuta da criança*. Se, na primeira posição, a criança não pode *escutar que fala a fala do outro*, na segunda posição, ela fala, erra, mas não se corrige ou corrige o outro – *a criança não escuta a diferença entre sua fala e a do outro*. Na terceira posição, diferentemente, a o que ela diz *afeta*

---

<sup>44</sup> É importante dizer que “interpretação” é, nesta proposta, **restrição**, ou seja, um fragmento ganha valor quando inserido numa cadeia/texto (vale lembrar, aqui, o que dissemos acima sobre o valor lingüístico em Saussure).

<sup>45</sup> Sendo a proposta estrutural, pode-se falar em estabilização, mas não cessação dos erros - isso porque há uma fase inicial, em que a criança entra em relação com a língua por meio da fala (da mãe, do outro...). Essa primeira posição é caracterizada pela alienação (nascimento do falante como objeto do outro). Há uma segunda posição que mostra o relacionamento da criança com a língua, pois a língua predomina na fala da criança. No entanto, a língua só opera com o que está na fala da criança, e o que está na fala dela veio da fala do adulto.

*sua escuta* o que, segundo De Lemos, é sinal de que houve **cisão subjetiva** em que são configuradas instâncias não-coincidentes: uma que fala e outra que escuta.

Vê-se que, nesta proposta estrutural, o diálogo assume uma complexidade remissível à problemática da “posição subjetiva”, que é imprevisível, tendo-se em conta que essas três posições não são hierarquizadas, mas tratadas em termos de “dominância”, como requer uma abordagem estrutural (não desenvolvimentista). A filiação à Psicanálise é declarada: *alienação* leva à concepção de criança como *corpo pulsional*, ou seja, corpo “*que demanda interpretação, isto é, corpo que, articulado na e pela linguagem, se acha no regime da demanda e do desejo*” (DE LEMOS, 2002: 64). A relação entre Linguística e Psicanálise estava já posta: foi realizada por Lacan (com outros propósitos, é claro). No caso de De Lemos, a relação entre os dois campos nos remete ao “compromisso com a fala” e com a “fala da criança” e, também, com a “ordem própria da língua”: o sujeito da Psicanálise pareceu-lhe compatível com a noção de língua (DE LEMOS, 2002).

Compreenda-se, como já mencionado acima, que na fala da criança a autora observou que: (a) circulam fragmentos de outras falas; (b) há permanente e persistente oscilação entre acerto e erro; (c) há surpreendente singularidade e heterogeneidade. Não seria consistente, frente a tais argumentos empíricos, atribuir à criança um estatuto de saber sobre língua. Vimos que a língua (processos metafórico e metonímico) é invocada como funcionamento explicativo das mudanças na aquisição da linguagem - *a língua* e não uma eventual dilatação de conhecimento da criança sobre a linguagem. Ora, sendo assim, o sujeito suposto só poderia ser aquele postulado na Psicanálise (e não o da razão ou do conhecimento). Essas considerações conduzem De Lemos à noção de **captura** – o que “*significa dizer que não é a criança que se apropria da linguagem via capacidades perceptuais e cognitivas mas, diferentemente, ela é capturada numa estrutura ...*”(ANDRADE, 2003: 89).

## Capítulo 3

### A Clínica de Linguagem

#### 3.1 A Clínica de Linguagem com afásicos: considerações primeiras

A afasia é um quadro clínico que envolve uma dupla perturbação: orgânica e lingüística e ambas são mencionadas em sua definição clássica: “*afasia é perda (ou perturbação) da linguagem causada por lesão cerebral*” (BENSON & ARDILA, 1996:3) <sup>46</sup>. Na Medicina, campo em que brota como questão teórica e clínica antes do que em outros, **três premissas** acabam ficando indelevelmente impressas, como escreve Marcolino. São elas:

- (1) *há lesão cerebral na afasia;*
- (2) *há uma ordem causal: patologia cerebral seguida de patologia na fala;*
- (3) *há privilégio do primeiro acontecimento sobre o segundo (2004.: 85 )*

Dessas premissas decorre, logicamente, uma direção clínica (diagnóstico e tratamento) pautada por incidências cirúrgicas ou medicamentosas sobre o organismo. Contudo, como não há expectativa de cura, em sentido estrito: não se observa, nem se aposta na supressão de sintomas por efeito dessa modalidade de tratamento, pode-se dizer que a abordagem médica *encontra limite na linguagem* e, de fato, como antes assinalou Fonseca (1995, 2002), médicos encaminham afásicos para outra clínica: a Fonoaudiológica. Esse estado de coisas expõe, com clareza, que, para um médico, a afasia pressiona seu campo porque demanda construções teóricas sobre *o funcionamento cerebral* e, na clínica, a afasia estabelece a necessidade de tomada de decisões sobre procedimentos bem circunscritos, mas precisos, que possam evitar novas ocorrências nefastas de AVE.

Fonseca (op. cit.) chama a atenção para uma evidência, nem sempre reconhecida por fonoaudiólogos: a de que a afasia envolve questão **teórica** e **clínica** para a Fonoaudiologia. Segundo Lier-DeVitto (em preparação) não se poderia, pela questão ética implicada em qualquer *práxis*, recolher apenas parte dessa dupla convocação, quer dizer, aceitar a prática e ignorar a demanda teórica que essa prática impõe<sup>47</sup>. O ponto é: dois campos e duas clínicas (o plural é aí fundamental) incluem afásicos, mas o discurso fonoaudiológico sobre afásicos e afasias não passa, na maioria das vezes, de um arremedo do discurso médico<sup>48</sup>, i.e., não há assunção de compromisso com “a fala sintomática”, que inaugura essa clínica. É fato, como já disse antes, que não há afasia sem lesão, mas é fato, também, que a etiologia não esgota a discussão: falta um dizer positivo sobre o movimento da fala sintomática e, mesmo, uma definição que ultrapasse o simples julgamento de valor (LIER-DEVITTO, 2002).

Pesquisadoras e clínicas da afasia, ligadas ao Projeto e Grupo de Pesquisa CNPq: “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”<sup>49</sup>, sustentam com Fonseca (1995, 2002 e outros), que **a afasia é um problema lingüístico e subjetivo**. Elas entendem, com Saussure (1916), que “há língua e que ela opera em toda e qualquer manifestação da linguagem” (MARCOLINO, 2004:86). Partindo dessa colocação, podemos entender que é um **compromisso teórico com a linguagem** que configura essa clínica e que circunscreve a posição/escuta do terapeuta. Trata-se, neste Projeto, de “recolher a tarefa” de escrever uma clínica que nasce “por efeito de demanda” de outros campos clínicos. Sua singularidade deve ser explicitada, afirmam as pesquisadoras mencionadas.

Roman Jakobson (1954; 1955) foi um primeiro a teorizar sobre a fala afásica; um lingüista que, implicando em sua discussão *o funcionamento da língua*, conforme inicialmente postulada por Saussure, pôde articular *la langue* e *la parole* e, nesse passo, avança e transforma *la langue* e seus mecanismos em *leis de composição interna da linguagem* (J-C MILNER, 1987). Sabemos que Jakobson ressignificou os eixos sintagmático e associativo (propostos por

---

<sup>46</sup> Apesar da citação utilizada aqui ser relativamente recente ela repete ou reproduz uma noção antiga cristalizada sobre esse quadro clínico.

<sup>47</sup> Recolher a demanda clínica feita por outros campos – demanda para que se “trate” uma fala sintomática –, explica Lier-DeVitto, exige que se reconheça a incontornável exigência de que se diga “o que é uma fala sintomática” para que possa incidir de forma específica sobre ela e, para isso, é preciso, também, que se “crie uma escuta para a fala”, que seja própria dessa clínica.

<sup>48</sup> Os trabalhos desenvolvidos na UNICAMP são, em grande medida, exceções quanto a isso, como vimos na parte anterior.

<sup>49</sup> Fonseca (1995, 2002, entre outros), Landi (2000, 2001, entre outros) e Marcolino (2004).

Saussure, como operações da língua) e os renomeou como eixos/processos **metonímico** e **metafórico**. O eixo metonímico diz da combinação na relação de um termo a outro – é, então, responsável pela seqüencialidade manifesta da cadeia da fala, enquanto o eixo metafórico remete à substituição de um termo pelo outro em cada ponto de uma cadeia. Até aí, não há diferença entre os dois autores, mas ela aparecerá na plasticidade decorrente da implicação, por Jakobson, da *lei de projeção de um eixo sobre outro*. As possibilidades de composição se abrem e podem ser explicadas como “efeitos possíveis da língua na fala”.

Ora, como Saussure (1916: 13) propôs, *todas as manifestações da linguagem* seriam “*matéria*” para a Lingüística - também as falas patológicas, portanto! Também elas são manifestações da linguagem passíveis de serem referidas a *la langue*. Jakobson, como se pode ver, “pegou a chave” e se voltou para **falas estranhas**: a da criança e a dos afásicos e a poesia (DE LEMOS, 1986). É fato que fez delas “empíria” para a Lingüística (bem de acordo com a lição de Saussure) – deu um grande passo, mas não o passo suficiente. A rigor, teorizar sobre a fala sintomática é elevá-las a estatuto de “objeto”, ou seja, mais do que inclui-las como material factual para a Lingüística; mais do que criar uma sub-área: a Neurolingüística. Não se pretende aqui retirar qualquer mérito de Jakobson, ao contrário, ele fez avançar a Lingüística e o entendimento sobre a fala e isso se reconhece: ele é autor indispensável para aqueles que se voltam para falas sintomáticas. Para alguém que, como eu neste trabalho, pretenda refletir sobre “diálogo”, a partir do jogo de mútua determinação entre falas na clínica com afásicos, as bases assentadas por Jakobson têm importância capital <sup>50</sup>.

### 3.2 Do compromisso com a Lingüística e suas extensões

Quando se faz menção á Clínica de Linguagem com Afásicos, Fonseca (2002 e outros) é expoente: ela oferece uma discussão aprofundada sobre a *articulação sujeito-afásico-outro*. O foco recai sobre o *modo de relação do sujeito com a fala* (própria e do outro)<sup>51</sup> - foco e questão que

<sup>50</sup> Na discussão da proposta de Cláudia Lemos, que está implicada na reflexão do Projeto a que me filio, esse ponto ficará mais claro, espero.

<sup>51</sup> Masini faz menção a efeitos da fala dos afásicos nos outros e vice-versa. Suponho que sejam ecos da circulação da reflexão de Fonseca, desde 1995, na PUCSP.

não haviam sido até então discutidos. Jakobson, por exemplo, não incluiu o sujeito-falante “em sofrimento” (e nem poderia ou deveria, tendo-se em vista a natureza de seu programa científico – articular língua e fala e incorporar a fala como empiria da Lingüística). Diferentemente, no interior do Projeto *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem*, as interrogações sobre as falas sintomáticas (afásicas ou não) partem da Clínica e é nessa instância que a fala se apresenta como fala que “faz sofrer um sujeito”. Reconhecer que “há sofrimento” significa, inevitavelmente, aproximar-se do sintoma (LIER-DEVITTO, 2005 entre outros). Rubinstein, de fato, afirma que ele “nos instala diretamente no campo da clínica” (1996: 13). Sintoma e sofrimento formam um par complementar que, por sua vez, invoca a problemática da subjetividade e da imprevisibilidade. O sintoma afásico produz um “sinto-mal”, expressão de que ela *faz sofrer o sujeito*, mas não só: essa fala *faz sofrer a escuta do outro* e, muito freqüentemente, ele *fica fora do sentido* (ARAÚJO, 2003). Frente a tais condições, é preciso reconhecer, antes de tudo, que ele tem particularidades. Podemos dizer, por exemplo, que não se pode saber por antecipação quando, quanto e como um sujeito sofre por efeito de sua fala sintomática. Não se pode prever, nem mesmo, se ele “escuta” sua fala sintomática (LANDI, 2006).

Essas considerações acima indicam que a teorização de um clínico sobre a fala deve incluir a dimensão de sofrimento; uma teorização que, embora não possa ignorar o lingüístico *stricto sensu*, não deve se confundir com a de um investigador: um clínico, diferentemente de um investigador, não escapa às ressonâncias e efeitos do *diálogo vivo*: ele não está frente a um *corpus*, mesmo quando lê o material transcrito de uma sessão clínica em que ocupou posição de terapeuta (ANDRADE, 2001, ARANTES, 2001, LIER-DEVITTO, 2004). Um clínico está incluído na trama dialógica complexa e seus efeitos são indelévels em seu corpo (CARVALHO, 2006).

De Jakobson (1954), Fonseca faz render a afirmação do autor de que a afasia é questão de linguagem e de interesse para lingüistas. Ela afirma a idéia de que a *afasia é um problema lingüístico* e implica, já em 1995, “as leis de composição interna da linguagem” (os processos metafórico e metonímico) na interpretação de pacientes afásicos (idem, 1995). Interrogada, porém, com a heterogeneidade das manifestações afásicas, Fonseca (escuta esta, que decorre de sua relação com a proposta interacionista de De Lemos, 1992 e da tese de Lier-DeVitto, 1994), retira considerações relativas à relação sujeito-fala:

---

*“num comentário geral sobre o dizer de (N), penso que ele pode ser qualificado como um dizer que ‘não faz texto’, como já disse. Isso porque os fragmentos que ali circulam são **restos dispersos** articulados numa composição quase caótica. Restos de textos mas **restos habitados** [...]. De fato, **não são fragmentos quaisquer que são postos lado a lado**. (1995: 125) (ênfases minhas).*

Mesmo que apenas “insinuado” neste momento de sua reflexão, uma sinalização sobre “o sujeito-falante” é feita na citação acima: quando se toca na fala, tangencia-se o falante. Digamos que, se “os fragmentos não são quaisquer” é porque há restrições e elas remetem à vivência singular de cada falante, vivência que marca a fala de modo não menos singular. Fonseca parte, também para o terreno das delimitações críticas e diz:

*“o resultado da análise dos dados parece-me permitir, nesse momento, tecer algumas considerações ‘terapêuticas’. [...] **Pus em questão a noção de controle** que subjaz às propostas de reabilitação em favor da noção de ‘**mútua determinação**’. É na noção de ‘controle’ que a idéia de comunicação ganha relevo à medida em que o terapeuta fica como **decodificador** diante (e à distância) do dizer do paciente. Ele fica **diante** e não **interrogado**, submetido a esse dizer. E submetido no sentido de ficar sob o efeito e na dependência desse dizer” (ibidem: 134)*

Note-se que a noção de sujeito de que se afasta a pesquisadora e clínica é a de sujeito epistêmico, que tem distância cognitiva em relação à linguagem: o sujeito implicado nesta vertente “não controla” a língua, mas é **comandado** por efeitos de falas, ou seja, pelo jogo dialógico (pela imbricada trama de efeitos entre falas). Nesse caso, como qualquer diálogo, também o *diálogo clínico*, é incompatível com a idéia de “conhecimento mútuo”, que subjaz à de comunicação. Nesse sentido *diálogo* e *comunicação* são termos não correlacionáveis ou sinônimos. Temos aqui, portanto, uma diferença radical entre a proposta de Coudry (e de seu Grupo da Unicamp) e o de Fonseca (do Grupo do LAEL/DERDIC-PUCSP). Podemos dizer que um diálogo progride na clínica, apesar da incomensurável diferença entre os falantes, progride

sem que se chegue a um conhecimento comum ou ao fechamento de um sentido. Nessa progressão, os sujeitos são afetados e mudanças ocorrem na fala e na relação dos falantes com a fala. É isso, em termos gerais, que se vê acontecer na clínica.

Penso ser relevante trazer, aqui, uma afirmação de Pereira de Castro, autora que reflete, a partir da argumentação, sobre a aparente sinonímia diálogo-comunicação e a dessimetria entre falantes: *“a argumentação [...] é um dos lugares por que se nivelam ilusoriamente [...] as diferenças ou dessimetrias entre [falantes], oferecendo assim a possibilidade para que atue a máscara do modelo de comunicação”* (2004: 45).

Na Clínica de Linguagem, diálogo supõe imprevisibilidade, impossibilidade de antecipação seja de uma condição sintomática de fala (a localização da lesão não é um veredicto a respeito da modalidade particular de problema na fala), seja dos efeitos que uma fala poderá ter sobre outra. Indeterminação e imprevisibilidade de falas que remetem a noções bem específicas (e mutuamente determinantes) de *sujeito* e de *social*: assume-se que não há coincidência entre sujeitos (como disse acima Pereira de Castro) e nem do sujeito consigo próprio. Nesse sentido, sob efeito da própria clínica: da heterogeneidade das falas sintomáticas; da dessimetria profunda entre falas/falantes - e do reconhecimento da “ordem própria da língua”, firma posição sobre seu reconhecimento da teorização sobre o sujeito do inconsciente, inaugurado por Freud e desenvolvido por Lacan. Caminho, este, decorrente dos laços teóricos que a Clínica de Linguagem tem com o Interacionismo, conforme proposto por Cláudia Lemos (desde 1992).

No que concerne ao diálogo enquanto conceito, suas bases teóricas só poderiam, portanto, ser determinadas, nesta clínica de linguagem com afásicos, pelos dois eixos mencionados no capítulo acima: indeterminação e imprevisibilidade. Eles são os alicerces que sustentam, como vimos, o movimento dialógico e relacionam “diálogo” ao espaço de um “não saber” básico do sujeito em relação a si próprio ou a um “querer dizer”. Posicionar-se deste modo é colocar-se em oposição à idéia de que ele dependa de “conhecimento comum”. O que há de mais específico no diálogo clínico com pacientes cujas falas são sintomáticas, como as de afásicos, é precisamente o fato de que fica irremediavelmente suspensa a ilusão de controle (sobre si e sobre o que se diz) e de “laço social” – falas sintomáticas, como diz Lier-DeVitto (2007-no prelo), retiram da sombra “a verdade da não-coincidência”.

Com o quê fica o clínico privado da ilusão de “comunidade” (de comum-unidade), que subjaz à noção de intersubjetividade? Ele fica, num primeiro tempo, com uma “*escuta em sofrimento*” (FONSECA, 2002, LANDI, 2006) sustentam os clínicos e pesquisadores da proposta em foco neste capítulo. A *escuta clínica* torna-se “operativa”, quer dizer, distinta daquela escuta intuitiva do falante nativo de uma língua, que persiste *em sofrimento* porque ela é “construída”, ou seja, não é leiga: “*o terapeuta é intérprete diferenciado [...] porque se trata de alguém instrumentalizado por uma teoria de linguagem*” (ARANTES, 1994/1997: 35) – ou seja, o clínico se diferencia de um leigo porque para o primeiro, “*formação teórica é indispensável ao exercício clínico*” (FONSECA, 2000: 77). Lier-DeVitto (2004), com Carvalho (2004, 2006) assinala que a **escuta é corpo marcado por uma teoria**. Uma escuta para a fala e para o diálogo, assim concebida, deixa se afetar pela *densidade significativa* de falas faltosas, truncadas, inconclusas. O ato clínico não se sustenta no significado (comumente abalado ou mesmo diluído no movimento das falas sintomáticas); não ignora, contudo a demanda do paciente de poder falar e falar com o outro – dito de outro modo, não diminui a importância da montagem de uma textualidade e da ilusão de comunicação. O ponto é que na Clínica de Linguagem o que se procura é não se “antecipar à fala do paciente”. Como disse Fonseca (2002) e Lier-DeVitto, M.F., Fonseca, S., Landi, R. (no prelo): procura-se “*dar voz e vez*” para um falante/fala “*em sofrimento*”.

É mesmo balizada por esse ideal que Fonseca (2002) sugere que a primeira entrevista seja feita já com o próprio afásico (e não com o acompanhante). É afinal, diz ela, com o afásico e sua fala estilhaçada que o clínico terá que se haver ao longo do tratamento: queixa e demanda deverão ser apreendidas nos movimentos do corpo e da fala do próprio falante afásico: “*é preciso incluir o sujeito e a relação que ele entretém com a sua fala*” (FONSECA & VORCARO, 2006) e, ainda segundo Fonseca: “*é o enfrentamento da condição do paciente que situa [o clínico] numa posição terapêutica*” (*op. cit.*: 213). Nessa perspectiva, portanto, a idealização ou a aplicação de técnicas/testes/provas, visando a uma suposta objetividade ficam, logicamente, como já disse, descartados. Não há “objetividade” quando linguagem está implicada porque ela é lugar de incidência de “singularidades” – de incidência subjetiva.

Assim como nas entrevistas, a avaliação de linguagem não elimina o diálogo – não é procedimento “observacional” (o distanciamento do clínico acontece num “depois da cena” (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998)). A avaliação da linguagem passa pelo diálogo e

implica necessariamente o terapeuta – sua interpretação “no depois” á guiada por uma teorização que reconhece a “*complexidade envolvida na presença trágica de um sujeito na linguagem, de uma não coincidência insuperável entre fala-escuta e da impossível ‘recuperação’ de uma fala*” (FONSECA, *op.cit.*: 249). Ora, “sob análise”, portanto, está também o efeito, no clínico, da fala afásica: a situação/condição de sua escuta.

A terapêutica só poderia ser eminentemente dialógica, que tem como base “*deixar falar o paciente*” (*ibidem*: 249). Como se sabe, o diálogo não comporta previsibilidade; não se sabe o que o outro vai dizer até que ele o diga. Dessa forma, a terapêutica, na Clínica de Linguagem, leva em conta “*o imprevisível que marca o encontro do paciente com o terapeuta e de ambos com o sintoma*” (*ibidem*: 250). Imprevisível, mas certamente afetado pelo “ler depois do clinicar”. É uma posição que se estabelece, mesmo que não se possa estabelecer parâmetros para a imprevisibilidade de uma fala e, portanto, para a interpretação:

*“não se realiza à revelia do dizer do paciente mas [...] incide sobre essa trama significativa. Se a discussão dos casos pôde mostrar que não há regra ou norma para interpretar, há que se respeitar, contudo, uma condição essencial para que a interpretação não produza um efeito disruptivo, que ela não retire o paciente da condição de falante quando ele procura sustentá-la”* (*ibidem*: 249).

Desse modo, *incidir sobre a trama significativa* não se reduz à atribuição de sentido. Isso porque o “sentido” é um efeito, é valor que emana da articulação significativa (como ensina Saussure, 1916) e, nem terapeuta, nem paciente são, portanto, fonte das significações. Ambos estão à mercê da dimensão de equívoco - por isso, não se deve, também, confundir diálogo com comunicação.

## Considerações finais

**Diálogo** é expressão que tem sido aproximada - seja na Psicologia, seja na Lingüística (em vertentes teóricas dominantes como a Pragmática, a Análise do Discurso, a Aquisição da Linguagem) de **interação social**. Procurei, nesta dissertação, iniciar uma discussão sobre o diálogo para mostrar a dominante tendência em tratar essas palavras como sinônimas. Essa sinonímia parece-me redutora e impeditiva de uma reflexão consistente a singularidade de uma clínica. Na verdade, este trabalho foi motivado por efeitos dialógicos sobre mim, na clínica com afásicos. Fui interrogada por esses efeitos e, não menos, pela realização de um trabalho de conclusão de curso, em que fui iniciada numa reflexão que não dispensa a crítica (no sentido produtivo da termo). Pude vislumbrar, nessa ocasião, a complexidade envolvida nesta questão: complexidade que tem sido recoberta pelo imaginário de que **diálogo, comunicação, interação** sejam termos intercambiáveis.

Meu empenho foi, nos capítulos 1 e 2, delimitar noções e, nesse movimento, deixar clara minha posição. Penso não ter me restringido a tais objetivos. Procurei, também, ao abordar os espaços teóricos em que se fundamenta a Clínica de Linguagem, distinguir sua peculiaridade em relação a outras clínicas e, igualmente, a originalidade que decorre, para esta clínica, do compromisso com uma teorização sobre a linguagem e sobre o sujeito-falante. Refiro-me ao compromisso com uma reflexão lingüística sobre a linguagem, mais especificamente, aquela que remete a Saussure (1916, 2002), Jakobson (1954-60), J-C Milner (1987, 2002); De Lemos (desde 1992)<sup>52</sup>. Refiro-me, acima de tudo, ao movimento, iniciado em 1995 e desenvolvido, desde então, por pesquisadores fonoaudiólogos-lingüistas que, com Lier-DeVitto, no LAEL e na DERDIC, têm se dedicado a produzir uma reflexão sobre falas sintomáticas e sobre clínica de linguagem.

---

<sup>52</sup> De Lemos, condensa, aqui, o trabalho de outras pesquisadoras da linha que propôs. Faço referência especial à Glória Carvalho, Maria Fausta Pereira de Castro, Maria Francisca Lier-DeVitto e Rosa Attié Figueira.

O que este trabalho promete para reflexão futura é um mergulho mais direto e verticalizado sobre a problemática do diálogo na clínica. Não quero dizer, com isso, que eu tenha deixado de apresentar uma discussão relacionada ao tema; pelo contrário: o esforço que fiz de delimitação e de precisão da noção de diálogo responde, a meu ver, nesta dissertação, por um passo necessário, mesmo que ainda preliminar. Procurei sublinhar que **diálogo** implica não-coincidência entre falantes e não-coincidência do falante consigo mesmo. Diálogo implica “não saber”. Procurei mostrar, além disso, que imprevisibilidade e indeterminação são seus pilares.

Essas discussões indicam outros horizontes - domínios em que o diálogo tem complexidade e que esta envolve, em boa medida, a concepção aqui assumida. Refiro-me, primeiramente, à Filosofia, em que temos Sócrates e Platão como expoentes na abordagem do diálogo. O método socrático consistia em elaborar perguntas que conduzissem pessoas à descoberta da verdade - esse método é a maiêutica. Embora Sócrates não deixado escritos, Platão adotou seu método. Nele, toda investigação, toda busca de saber, se fazia por meio do diálogo, mas, nas palavras de Szlezák (1993-2005: 168), ele “*tem [...] um condutor soberano*”. Esse desnível estrutural aponta, segundo o autor, para o fato de que, em Sócrates ou Platão, não existe diálogo entre iguais, sendo este o motivo de se estar sempre exposto “*ao perigo do mal entendido*” (*ibidem*: 184).

As questões que permeiam o **diálogo** são, como disse Koyré (1963), perturbadoras e atuais. No entanto, são questões que não têm uma resposta pronta ou uma conclusão positiva. Na verdade, diz ele, quando se atenta bem, vê-se que “*os diálogos socráticos [...] não chegam a nenhuma conclusão*” (*op. cit*: 09), eles deixam, contudo, um ensinamento; uma lição de método (1988):

*“Sócrates ensina-nos o uso e o valor das definições precisas dos conceitos empregues na discussão e a impossibilidade de os chegarmos a possuir sem proceder, previamente, a uma revisão crítica das noções tradicionais, das concepções ‘vulgares’, recebidas e incorporadas na linguagem” (idem: 11).*

Dessa maneira, um eventual resultado negativo a que se chegue num diálogo não é menos importante, uma vez que ele **aponta para aquilo que não se sabe**, mas que pode

permitir a ultrapassagem de limitações individuais. Mas Koyré alerta: “*a forma dialogal não é uma forma escolar. [O] pensamento [de Platão] é sinuoso, difícil de assimilar ...*” (*ibidem*: 11).

Esclareço que meu objetivo, em apresentar estas breves considerações sobre o método maiêutico de Sócrates e Platão, foi iluminar a complexidade conflituosa envolvida no diálogo. Complexidade, essa, que acaba recoberta quando o termo é identificado a interação. Meu objetivo foi, também e naturalmente, mostrar que me coloco na direção proposta por esses filósofos.

Resta dizer que Psicanálise está no horizonte e que ela não está tão distante de Sócrates e Platão. O diálogo afeta a escuta de Freud como vivência conflituosa (amor e resistência). Para ir direto ao ponto: Freud assenta a “transferência” no coração da clínica. Desde então, **linguagem, clínica e transferência**, tornam-se termos solidários e imbricados. Lacan, depois de Freud, leu o *Banquete* de Platão e dele se banhou para realizar o Seminário VIII, sobre Transferência. A Clínica de Linguagem não me parece poder esquivar-se do enfrentamento dessa questão<sup>53</sup>. Parece-me incontornável que ela venha a delimitar esse termo e suas funções em seu domínio, assim como delimitar-se em relação à Psicanálise. Enfim, entendo que a Clínica de Linguagem deva realizar o esforço teórico para definir, de forma cada vez mais precisa, o que é **diálogo** em seu cenário clínico.

---

<sup>53</sup> Esse foi um assunto também abordado por Melissa Catrini em Dissertação de Mestrado defendida em 2005. Nesse sentido, embora nossos trabalhos tenham partido de pontos diferentes, ambos levantaram a questão da discussão da transferência em Clínica de Linguagem.

## **Referências Bibliográficas**

- ANDRADE, L. The status of linguistic data in language assessment procedures. In: **7<sup>th</sup> International Pragmatics Conference**. France: Reims, 1998.
- \_\_\_\_\_. Os efeitos na fala como acontecimentos na clínica fonoaudiológica. **Letras Hoje**. v.36, n.3, p.261-265. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. 2003. 143f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- \_\_\_\_\_. Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: M.F.Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. p. 349-360. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006.
- ARANTES, L. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: M.F. Lier-DeVitto (org.) **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994/1997.
- \_\_\_\_\_. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. 182f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- ARAÚJO, S. A escuta da fala sintomática e a direção da terapia de linguagem. In: 13<sup>o</sup> Intercâmbio de Pesquisas em Lingüística Aplicada, LAEL/PUC-SP, 2003, **Anais do 13<sup>o</sup> INPLA**. São Paulo, 2003.

- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Editora Hucitec, 1977/1979.
- \_\_\_\_\_ **Estética de la creación verbal**. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentina editores, 1979/1982.
- BASSO, A. **Il paziente afásico. Guida pratica all'riabilitazione**. 2ª. Edição. Milano: Feltrinelli Editora, 1997.
- BENSON, D.F. & ARDILA, A. **Aphasia. A clinical perspective**. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- BORGES, S. A aquisição da escrita como processo lingüístico. In: M. F. Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, patologias e clínica da linguagem**. p. 149-159 São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006.
- BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1982.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943/1990.
- CARNEVALE, L. (a sair). ***O nonsense e seu efeito sintomático na escuta: um questão para o clínico de linguagem***. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, a ser defendida em 2007
- CARVALHO, G. M. M. de. O erro em aquisição da linguagem: um impasse. In: M. F. Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. 1 ed., v. 1, p. 63-78. São Paulo: EDUC - PUCSP, 2006.

- \_\_\_\_\_ . A singularidade em aquisição de linguagem: um impasse metológico. **Letras de Hoje**, v. 39, n. 3, p. 27-36. Porto Alegre-RS, 2004.
- CATRINI, M. **A marca do caso: Singularidade e Clínica de Linguagem**. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
- CHOMSKY, N. **Language and Problems of Knowledge: the Managua Lectures**. The MIT Press. Mass., 1988.
- COUDRY, M.I.H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda., 1988/2001.
- \_\_\_\_\_ . 10 anos de neurolingüística no IEL. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos** (32) 09-23. Campinas: IEL, 1997.
- \_\_\_\_\_ & MORATO, E.M. A ação reguladora da interlocução e de operações epilingüísticas sobre objetos lingüísticos. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos** (15) 117-135. Campinas: IEL, 1988.
- CUNHA, D. A.C. Bakhtin e a lingüística atual: interlocuções. In: Beth Brait (org) **Bakhtin, dialogismo e construção de sentido**. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.
- DAHLET, P. Dialogização enunciativa e paisagens do sujeito. Beth Brait (org) **Bakhtin, dialogismo e construção de sentido**. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.
- De LEMOS, C.T.G. *Interaccional process in the child's construction of language*. In: W.Deutsch (org.) **The Child's Construction of Language Cambridge**: Cambridge University press, 1981.

- \_\_\_\_\_ *Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original.* **Boletim da Abralin**, vol.3. Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco, 1982.
- \_\_\_\_\_. *On Specularity as a constitutive process in dialogue and language acquisition.* In: L. Camaioni & C. de Lemos (orgs.) **Questions on Social Explanation.** Amsterdã : John Benjamins, 1986,
- \_\_\_\_\_. Interacionismo e Aquisição da Linguagem. **Delta**, 2(2). São Paulo: EDUC, 1986.
- \_\_\_\_\_. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. In: **Substratum**, 1(1). Barcelona: Meldar, 1992.
- \_\_\_\_\_. Native Speaker'S Intuitions And Metalinguistic Abilities: What do They Have In Common From The Point Of View Of Language Acquisition?. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas-SP, v. 33, p. 5-14, 1997.
- \_\_\_\_\_ . Apresentação. In: M.F. Lier-DeVitto. **Os monólogos da criança: delírios da língua.** São Paulo: EDUC FAPESP, 1998.
- \_\_\_\_\_. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Caderno de Estudos Lingüísticos**, Campinas, (42): 41-69, 2002.
- DE RENZI. Prefazione. In: Basso, A. (1977) **Il paziente afásico – guida pratica alla riabilitazione.** Milão: Feltrinelli Editora, 1977.
- FARACO, C.A. Bakhtin: a invasão silenciosa e a má leitura. In: Carlos Alberto Faraco *et alli.* **Uma introdução a Bakhtin.** Curitiba: Hatier, 1988.

- \_\_\_\_\_ . **Linguagem e Diálogo – as idéias lingüísticas do círculo de Bakhtin.**  
Criar Edições: Paraná, 2003.
- FONSECA, S.C. **Afasia: a fala em sofrimento.** 1995. 142f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada ao Ensino de Línguas). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1995.
- \_\_\_\_\_ . *A instância clínico-terapêutica da Fonoaudiologia.* In: R.M. Freire (org.) **Fonoaudiologia. Seminários de Debates**, vol. 3. São Paulo: Editora Roca Ltda., 2000.
- \_\_\_\_\_ . **O afásico na clínica de linguagem.** 2002. 264f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.
- \_\_\_\_\_ . **O afásico na clínica de linguagem: questões sobre o fim do tratamento** (no prelo).
- FONSECA, S. C. ; VORCARO, A. . O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In: M. F. Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem.** 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora Ltda., 2006.
- FREUD, S. **La Afasia.** Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1891/1987.
- GANDOLFO, M. C. **Às margens do sentido.** São Paulo: Plexus Editora, 1996.
- GOLDSTEIN, K. L'analyse de l'aphasie et l'étude de l'essence du langage, In **Journal de Psychologie**, 1933
- HAROCHE, C. **Da anulação à emergência do sujeito: os paradoxos da literalidade no discurso (elementos para uma história do individualismo).** Sujeito e Texto. São Paulo: EDUC, 1988.

- JAKOBSON, R. **Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia**. Lingüística e Comunicação. São Paulo: Cultrix, 1954.
- \_\_\_\_\_ . A afasia como um problema lingüístico. In: **Novas Perspectivas Lingüísticas**. Petrópolis: Editora Vozes, 1955/1970.
- KOYRÉ, A. **Introdução à leitura de Platão**. Lisboa: Editorial Presença, 1963.
- KOYRÉ, A. **Estudos de história do pensamento científico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1988.
- LACAN, J. **O Seminário. Livro 3, As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1955-56/1985.
- \_\_\_\_\_ . **O Seminário. Livro 8, A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960-61.
- LANDI, R. **Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações**. 2000. 130f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2000.
- \_\_\_\_\_ . Sob efeito da própria fala: os depoimentos (queixa) de afásicos discutidos à luz de uma teoria de funcionamento lingüístico. In: **Intercâmbio de pesquisas em lingüística aplicada** - InPLA, 2001, São Paulo, 2001.
- \_\_\_\_\_ . Quando o sintoma e na escuta: considerações sobre o diagnóstico na clínica de linguagem com afásicos. In: M.F.Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. p. 341-348. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006.

- LEMOS, M.T.G. **A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem.** Campinas: Mercado da Letras, 1994/2002.
- LIER-DEVITTO, M.F. (1994/1997). *Apresentação.* In: M.F. Lier-DeVitto (org.) **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem.** São Paulo: Ed. Cortez, 1994/1997.
- \_\_\_\_\_ Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 7, n. 2, p. 163-171, São Paulo: EDUC, 1995.
- \_\_\_\_\_. Sobre a interpretação. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, v. 29, p. 9-15. Campinas, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Os monólogos da criança: delírios da língua.** São Paulo: EDUC FAPESP, 1998.
- \_\_\_\_\_. As margens da Lingüística. **Memorial de concurso para professor titular.** São Paulo, Lael/PUC-SP, 2000.
- \_\_\_\_\_. Sobre o sintoma: efeito da fala no outro, déficit de linguagem, ou ainda?. In: **Letras de Hoje**, v. 36, n. 3, p. 245-252. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
- \_\_\_\_\_. Questions on the normal-pathological polarity. **Revista da ANPOLL**, v. 12, n. 1, p. 169-186. USP - São Paulo, 2002.
- \_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: N.V. de A. Leite. (Org.). **Corpolingüagem; gestos e afetos.** 1 ed., v. 1, p. 233-246. Campinas: Mercado de Letras edições e Livraria Ltda., 2003.

- \_\_\_\_\_ . Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. In: **Letras de Hoje**, vol.39, n.3, p. 47-60. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- \_\_\_\_\_ . Falas sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea. In: M. M. Freire; M. H. V. Abrahão; A. M. F. Barcelos. (Org.). **Linguística Aplicada e contemporaneidade**. 1ª ed., v. 1, p. 1-352. Campinas: Pontes, 2005.
- \_\_\_\_\_ . Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". In: M.F. Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. 1ª ed., p. 182-200. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006.
- \_\_\_\_\_ (no prelo) Efeitos subjetivos na cadeia significante: considerações sobre a alteridade. In: **Letras de Hoje**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
- LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. In: **Letras de Hoje**, v. 33, n. 2, p. 65-72. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 1998.
- LIER-DEVITTO, M.F. & FONSECA, S.C. (a sair). O “equivoco bem-sucedido” ou da comunicação no diálogo. Comunicação em Sessão Coordenada no 7º ENAL. Porto Alegre. A sair em **Letras de Hoje**.
- LIER-DE-VITTO, FONSECA,S., LANDI, R. (no prelo) **Veze Voz na Linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática**. In: Kayrós, Revista do programa de Gerontologia da PUC-SP. São Paulo: EDUC, 2007.
- LURIA, A. R. **Pensamento e Linguagem. As Últimas Conferências de Luria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986/1987.

- MARCOLINO, J.F. **A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento.** 2004. 115f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.
- MASINI, L. **O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica.** 2004. 184f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.
- MILNER, J.C. (1978/1987). **O amor da língua.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1987.
- MORATO, E.M. Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um centro de convivência de afásicos. **Distúrbios da Comunicação**, 10 (2): 157-165. São Paulo, 1999.
- MORATO, E. M. et. al. **Sobre as afasias e os afásicos – subsídios teóricos e práticos elaborado pelo centro de convivência de afásicos.** São Paulo: Ed. Unicamp, 2002.
- PEREIRA DE CASTRO, M.F. A argumentação na impossível simetria do diálogo: a aquisição da linguagem em questão. In: **Letras de Hoje**, v39, nº3: Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- RUBINSTEIN, A.M. **El concepto de síntoma en Freud.** In: Diversidad del síntoma. Argentina: Editora EOL, 1996.
- SAUSSURE, F. **Curso de Lingüística Geral.** São Paulo: Editora Cultrix, 1916/1991.
- SCHUELL, H. **Aphasia theory and therapy. Selected lectures and papers of hildred Schuell.** London: The Macmillian Press Ltd., 1974.
- SALAZAR-ORVIG, A. Interpreting and diverging in clinical interviews. In: **Pragmatics.** V.8, n.2, pp. 167-185. Antuérpia: IprA, 1998.

- SZLEZÁK, T.A. **Ler Platão**. São Paulo: Edições Loyola, 1993/2005.
- TODOROV, T. **Mikhail Bakhtine. Le principe dialogique**. Paris, Seuil, 1981.

**ANEXO**

## Reflexões sobre o diálogo: sob efeito da clínica de linguagem com afásicos

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do Participante:

Data:

Pesquisadora: Evelin Tesser

Orientadora: Maria Francisca Lier-De Vitto

Instituição: LAEL - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Rua Monte Alegre, 984, Perdizes, São Paulo – SP

CEP:05014-001

1. *Título do Estudo:* “Reflexões sobre o diálogo - sob efeito da clínica de linguagem com afásicos”.
2. *Propósito do estudo:* Problematizar a noção de diálogo em alguns campos clínicos e não clínicos (Filosofia, Pragmática Lingüística, Aquisição da Linguagem, Fonoaudiologia e Psicanálise)
3. *Procedimento:* Serão realizadas gravações em fita cassete de minhas terapias que serão, mais tarde, transcritas para uma melhor compreensão dos dados, porém, meus dados pessoais serão omitidos para que seja preservada minha identidade. As terapias são realizadas na sala 202 da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC), às segundas e quintas, das 13:00 às 13:45 horas, com a fonoaudióloga Evelin Tesser, sob supervisão da Profª. Dra. Suzana Carielo da Fonseca.
4. *Riscos ou desconfortos:* Não existem desconfortos ou riscos médicos associados a esse projeto.
5. *Benefícios:* Compreendo que com os resultados deste estudo os pesquisadores poderão entender melhor os aspectos relacionados às perturbações na linguagem do sujeito afásico. Além disso, o estudo poderá influenciar as técnicas terapêuticas que serão empregadas em meu atendimento.
6. *Direitos do participante:* Eu posso me retirar desse estudo a qualquer momento.
7. *Compensação financeira:* Eu não receberei nenhum reembolso pela minha participação neste estudo.
8. *Confidencialidade:* Para que possa ser realizado o registro das sessões de terapia de modo preciso, os dados obtidos são gravados em fita cassete. A fita será ouvida somente pela pesquisadora principal e pelos membros autorizados do grupo de pesquisa Aquisição e Patologias da Linguagem. Posteriormente os dados serão transcritos para possibilitar a análise e discussão dos mesmos. Meus dados pessoais serão omitidos para preservação de minha identidade. Compreendo que os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais profissionais ou apresentados em congressos profissionais, mas que minhas gravações não serão reveladas, a menos que a lei o requisite.
9. No caso de dúvidas, posso telefonar para Evelin Tesser no número (XX) XXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX a qualquer momento.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador: