

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

Maria Fernanda Cestari de Cesar

**Clínica de Linguagem com Afásicos:  
Sintoma, Queixa e Demanda**

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo  
2017

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

MARIA FERNANDA CESTARI DE CESAR

**Clínica de Linguagem com Afásicos:  
Sintoma, Queixa e Demanda**

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

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

SÃO PAULO

2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

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,  
Reinaldo e Maria.*

## ***Agradecimentos***

---

A Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto por ter me recebido, por todos os ensinamentos, pela impecável condução neste trabalho e por ter acreditado em mim desde sempre. Desejo poder contribuir ao universo acadêmico com a mesma ética e entusiasmo que você me transmitiu. Obrigada por todos os momentos de paciência, compreensão, competência e orientação!

A Dra. Suzana Carielo da Fonseca por fazer parte da minha formação e por acompanhar meus passos desde a graduação até o mestrado. Obrigada por ter me apresentado de maneira tão fascinante e apaixonante a Clínica de Linguagem com Afásicos.

A Dra. Juliana Marcolino por aceitar o convite em participar dessa banca e pela leitura atenta dessa dissertação. Seus trabalhos foram essenciais e norteadores aqui.

A Dra. Lúcia Arantes pela formação desde a época da graduação até hoje, pela presença divertidíssima, pelas contribuições no exame de qualificação e pelas leituras valiosas.

A Dra. Mariana Emendabili por aceitar fazer parte da minha banca, novamente! Antes no trabalho de conclusão de curso da graduação e agora na minha dissertação, tenho privilégio em compartilhar mais um momento especial com você. Obrigada por me acompanhar, pela amizade e pela confiança que deposita em mim.

Aos colegas e pesquisadores do grupo “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” por dividir momentos importantes relacionados à clínica. Em especial agradeço à Michelly Cordeiro, Cristiane Bonasorte, Rosemy Villela, Luzia Alves, Ana Carol Prisco.

A Tatiana Dudas pelo carinho, pelas palavras bondosas e pelo auxílio importantíssimo na etapa final deste trabalho. Fica aqui minha imensa gratidão intransponível em palavras.

A Renata Gonçalves, obrigada pelo suporte nos meus primeiros dias de aula e pela amizade.

A Piedade Soares, pelas conversas e apoio durante a fase de escrita e entrega desta dissertação.

Aos meus pais, Maria e Reinaldo, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram e confiaram em mim e no meu trabalho, me ensinaram a ousar, questionar, ser curiosa e acima nunca parar de estudar e me dedicar em tudo o que faço. Desejo poder ter sido merecedora do esforço dedicado por vocês em todos os aspectos, em especial quanto à minha formação. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu irmão Fernando pelas risadas, pela ótima companhia e por acompanhar de perto o meu percurso. Obrigada pela confiança!

A Lilian pela amizade, pelo incentivo e por sempre estar presente. Um agradecimento em especial à pequena Isabella, pelo sorriso contagiante, por instigar a titia fono e por me inspirar a querer ser mais do que já fui até hoje.

A Cícera, Chico e Ana pelo apoio e pelas histórias divertidíssimas que tornaram a escrita desta dissertação mais leve.

A Bruna D'Amico pela amizade desde a graduação até hoje. Obrigada por dividir comigo momentos tão especiais!

A DERDIC, por ser o lugar que me formou como clínica e que permitiu a realização deste trabalho. É um agradecimento em especial aos pacientes que aparecem nessa dissertação.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.



## **Resumo**

As questões que impulsionaram este trabalho nasceram de abandonos de tratamento, que me levaram a refletir a respeito da problemática do compromisso do paciente com a terapia, que se estabelece e se discute na esfera da relação queixa – demanda. Na primeira, o paciente oferece razões para o seu sofrimento, ao procurar dizer “o que tem”. Na Clínica de Linguagem, o mal-estar liga-se a um problema na fala, a um incômodo insuperável com ela. A demanda, por sua vez, é o pedido feito ao outro-terapeuta, a quem o paciente supõe um saber sobre o que se passa com ele. Neste trabalho, abordo temas referentes ao sintoma, caso e, por certo, queixa e demanda na Clínica de Linguagem com afásicos. Trago Freud (1891) para contrapor sua noção de sintoma nas afasias com a perspectiva médica, gesto que é de grande importância para a Clínica de Linguagem. Fonseca (1995) foi pioneira na sustentação da crítica à adesão do fonoaudiólogo ao discurso médico da causalidade lesão-sintoma. Ela postula que, para um clínico de linguagem, a afasia é um problema na linguagem que afeta o sujeito e propõe procedimentos clínicos consistentes com esta afirmação. Na medida em que fiquei sob efeito de atendimentos, considere importante discutir questões relacionadas a “o que é um caso clínico”. Ou seja, procurei mostrar como o estudo de caso é visto no campo médico e no campo psicanalítico. Comentei, ainda, o modo como “casos” (materiais de atendimentos clínicos) têm sido trabalhados e escritos na Clínica de Linguagem com afásicos. Apresento e discuto, por fim, segmentos dos atendimentos que conduzi e que me interrogaram, dando margem ao delineamento do assunto desta dissertação.

**Palavras-chave:** Clínica de Linguagem, sintoma, queixa, demanda, caso clínico.

## **Abstract**

The subject matters dealt with in this study are clinical in their nature since it was stimulated by three different patients' abandonment of treatment, which led me to reflect on the problem of patient's commitment to therapy. It is well known that such a commitment is strictly linked to the relationship between the complaint – demand related notions. Concerning the “complaint” it is expected that patient offers reasons for his suffering when he tries to say "what he has". In the Language Clinic, suffering has to do with (is caused) a symptom in speech, i.e., to an unbearable pain related to speech. The “demand”, in its turn, is the request made to the other therapist, to whom the patient supposes knowledge about his symptomatic condition. In the present work, I approach themes related to the aphasic symptom; to case study presentations in the clinical literature (medical, psychoanalytical) and, of course, to complaint and demand in the Language clinic with aphasic patients. I bring Freud (1891) to oppose his notion of symptom in aphasia to the medical viewpoint on the subject - a deep difference that is of great relevance for the Language Clinic. Fonseca (1995) pioneered the criticism concerning the organicist discourse on aphasia which supports the idea that symptoms in speech are directly caused by the cerebral damage. She postulated that, for a language therapist, aphasia is basically a language problem that affects the aphasic speaker. The author proposes clinical procedures consistent with that statement. Following this trend of thought, I considered important to discuss the question: "what is a clinical case". In other words, I tried to demonstrate how case studies are approached in the medical field and in the psychoanalytic field and presented a brief overview of how "cases" (clinical materials) have been dealt and written in the Language Clinic with aphasics. Finally, I present and discuss segments of therapies conducted by. They were the start-point for the present study.

**Keywords:** Language clinical, symptom, complaint, demand, clinical case.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I</b> .....	21
<b>ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTOMA</b> .....	21
1.1 A monografia de Freud sobre as afasias .....	22
1.2 Falas Sintomáticas – uma interrogação, uma marginalidade persistente .....	29
1.3 A Afasia é um problema de linguagem .....	33
1.4 O Afásico, seu sofrimento e a Clínica de Linguagem .....	36
1.4.1 A clínica de linguagem: queixa, demanda e transferência .....	38
<b>CAPÍTULO II</b> .....	41
<b>CASO CLÍNICO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b> .....	41
2.1 Caso clínico: definições, funções e especificidades .....	43
2.2 Caso, sintoma e cura: uma articulação pelo singular .....	48
<b>CAPÍTULO III</b> .....	58
<b>CASOS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM: UM TRAÇADO</b> .....	58
3.1 “Afasia como problema linguístico”: direções e efeitos .....	59
3.2 O afásico na clínica de linguagem: um passo mais largo na direção da clínica..	63
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	71
<b>RELATOS DE CASO</b> .....	71
4.1 A Sra. N. entrevista e questões .....	71
4.1.1 A Sra. N. desdobramentos .....	75
4.2 O Sr. P. ....	79
4.2.1 Diálogos na entrevista .....	81
4.2.2 A queixa e a demanda: oscilações .....	84
4.3 O Sr. J. ....	87
4.3.1 Avaliação da linguagem .....	88
4.3.2 Considerações sobre o tratamento .....	93

**CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 95**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 98**

# INTRODUÇÃO

O sintoma afásico tem sido, desde há muito tempo, alvo de discussões e estudos tanto teóricos, quanto clínicos. A fala/escuta/escrita de um falante afásico pode ficar prejudicada de forma perturbadora e em graus variados de severidade nestas modalidades (e entre elas): a heterogeneidade é marcante. Na maioria dos casos, um clínico e/ou pesquisador vê-se confrontado com falas estranhas, fragmentadas, elípticas e, muitas vezes, especulares (coladas na repetição de enunciados de outros). Trata-se de produções que, com frequência acentuada, constrange e gera sofrimento no próprio paciente, contribuindo para desestabilizar sua posição de falante/intérprete de situações cotidianas de comunicação. Aliás, importa dizer que a fluidez da comunicação fica abalada.

Importa dizer que a afasia é consequência **não só** de um Acidente Vascular Encefálico (AVE), mas também de outros danos neurológicos, tais como infartos, doenças degenerativas, lesões traumáticas, tumor cerebral, traumatismo craniano, entre outros; o que amplia o universo de sua incidência e, conseqüentemente, da necessidade de fonoaudiólogos preparados para o tratamento de tais pacientes. Este trabalho, que se insere na esfera da Clínica de Linguagem<sup>1</sup>, acompanha o gesto inicial de Fonseca (1995, 2002 e outros) sobre a incontornável exigência de formação linguística para a abordagem do sintoma afásico, que se manifesta na fala. A originalidade desta vertente está no distanciamento que toma da tendência predominante na Fonoaudiologia, que é a de aderência ao cunho médico (FONSECA, 1995, 2002). Disso resulta inquestionada a manutenção de um raciocínio estritamente causal (cérebro à linguagem) que obscurece questões sobre o sintoma e o sofrimento psíquico, i.e., ao colocar o cérebro (a lesão) no centro, marginaliza-se a linguagem e o

---

<sup>1</sup> Vertente teórico-clínica inaugurada por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, patologias e clínica de linguagem do LAEL/PUCSP-CNPq, liderado, desde 2000, por Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes.

sujeito falante. Em sentido oposto, a Clínica de Linguagem, desenvolve um olhar/escuta para o sintoma na fala, que vai além do fato de ser ele efeito de lesão orgânica. Aborda-se o sintoma como questão linguística e subjetiva, já que numa clínica como a de linguagem importa o sofrimento que o sintoma traz ao sujeito afásico.

Merece atenção, também, a heterogeneidade de modos como a fala do afásico afeta a sua própria escuta (FONSECA, 2002, 2006a, 2006b; MARCOLINO, 2004; LANDI, 2006; TESSER, 2007). Um afásico, sob efeito do que diz, se frustra porque, para ele, esta fala, que agora é a dele, vem desajustada e perturba seu “querer dizer” (LACAN, 1981/2002). Esse desarranjo é fonte de uma nostalgia do passado e do sofrimento: escutar-se como outro, quer dizer, o sujeito nele não se reconhece porque ele permanece identificado com sua condição de falante anterior à afasia que, agora, afásico, é impossível de ser sustentada (FONSECA, 2002). Passado e presente do sujeito na linguagem entram e ficam em conflito. Em relação ao sintoma na fala Lier-DeVitto (2006) afirma que o falante vê-se sem controle de seu dizer e nada poder fazer nada para mudá-lo. Faz sentido, portanto, dizer com Fonseca (1995, 2002) que a afasia é fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito: ela vem numa trama esgarçada, que atinge a escuta dos falantes (inclusive a do próprio afásico) e promove marginalização, isolamento social (FONSECA 2002; LIER-DEVITTO, 2003). Não sem razão, quando um fonoaudiólogo é colocado na posição de clínico de um afásico, o que se espera dele é uma escuta diferenciada que ultrapasse os limites da escuta do leigo para que o sintoma na fala possa ter chance de ser enigma e poder ganhar mobilidade e favorecer o (r)estabelecimento do laço com o outro.

Se a definição clássica de afasia, no campo médico é: “*afasia é perda (ou perturbação) da linguagem causada por lesão cerebral*” (BENSON & ARDILLA, 1996, p.3), ela enlaça, de forma manifesta, a dupla perturbação entre organismo e linguagem. A medicina, porém, tem suas concepções e seus métodos, que desprestigiam o sintoma na fala. O tratamento é cirúrgico e medicamentoso, já que é o organismo que o regula (VIEIRA, 1992). O lado do sintoma, não é trabalhado, teorizado, razão pela qual pacientes são

encaminhados para a clínica fonoaudiológica (FONSECA, 1995, 2002). É surpreendente, portanto, que fonoaudiólogos façam aderência ao discurso médico para sustentar sua posição clínica no tratamento de afásicos. A clínica de Linguagem sustenta que uma tal posição reclama outro discurso sobre a linguagem e sobre o falante em que esses dois elementos sejam centrais.

A literatura referente ao atendimento fonoaudiológico de afásicos é vasta, mas a grande maioria das propostas se restringe ao discurso e ao método clínico de fundo organicista ao reafirmar a causalidade direta cérebro→linguagem como inquestionável. Não é sem motivo portanto, que terapêuticas sejam de cunho comportamentalista com vistas à impossível (re)adaptação da fala, à supressão de um sintoma resistente. O eixo de reflexão é a relação causal cérebro à linguagem. De acordo com a autora, Freud (1891), foi pioneiro na oposição a tal discurso. Ainda neurologista, ele refutou a, então em voga, teoria localizacionista, recusando a relação direta e causal entre lesão e sintoma na afasia. Apoiado no paralelismo psicofísico de Jackson (1874/1958), ele sugere que cérebro e linguagem são concomitantes dependentes: fórmula complexa que introduz a ideia de afetação ente domínios diferentes, mas a relação aí suposta, não é de determinação causal de um em relação ao outro (FONSECA, 1995,2002). Por essa razão, Freud postula um aparelho de linguagem com centro funcional (e não fisiológico), para explicar os sintomas afásicos.

Inspirada em Freud e na prática clínica, Fonseca (2005) afirma que cérebro e linguagem são realidades autônomas, movidas por leis próprias de funcionamento. Há relação de implicação entre elas, sem dúvida, mas a relação não é de submissão: como disse Freud, essas esferas são “concomitantes dependentes” (FREUD, 1891). Não podemos, então, ignorar que, na afasia, há comprometimento cerebral, mas esse fato “não esgota a questão”, como disse Fonseca (2002), nem pode orientar o fonoaudiólogo sobre as ações investigativas e clínicas específicas para abordar o sintoma linguístico, que o caracteriza. Na clínica comandada pelo compromisso com o sintoma e com o falante, discussões sobre a instância diagnóstica e tratamento são elevadas ao estatuto de problema e tomam outra direção discursivo-

argumentativa. Nesse enquadre inscreve-se minha questão sobre queixa e demanda, assim como a necessária discussão, neste trabalho, sobre caso clínico.

O paciente, que procura o fonoaudiólogo, quer um atendimento que não é da competência do médico, ou seja, o pedido do paciente assenta o terapeuta numa posição de apontar para um compromisso com a linguagem, para um saber que implique a "ordem da linguagem". Perspectiva, esta, que foi proposta e desenvolvida por Lier-DeVitto (1995, 1997)<sup>2</sup>, também pesquisadora atuante no campo da Aquisição de Linguagem, em que se procura assumir um compromisso com a fala da criança. Conclui-se, então, que o compromisso do fonoaudiólogo seria com a fala sintomática de seu paciente (criança e/ou adulto afásico), embora não se possa dizer que isso aconteça, uma vez que, como disse, ele está mais próximo ao discurso médico e da causalidade cérebro-linguagem.

Um clínico de linguagem, entretanto, não se esquivava da exigência de assumir um fundamento que lhe esclareça sobre o funcionamento da linguagem, que responda pelo “acerto” e também pelo “erro”. Isso porque as afasias abrem, para aqueles interrogados pela linguagem, um leque de discussões que demandam considerações sobre as leis gerais da linguagem. O primeiro linguista a estudar as afasias - fonte de interesse para clínicos de linguagem - foi Jakobson (1954, 1955), que ressignificou os eixos sintagmático e associativo como relações internas ao funcionamento da linguagem, enunciados por Saussure (1916) e, com isso, aproximou língua e fala. Esse passo produziu “leis de composição interna da linguagem” (MILNER, 1987). Jakobson (1954, 1960) mostra como articulações significantes respondem por efeitos plurais na fala/discurso e as designa como operações metonímica e metafórica. A primeira diz respeito à combinação de um termo a outro em presença: à sucessividade na cadeia falada; o eixo metafórico, por sua vez (relações em ausência), diz respeito à seleção/substituição de um termo por

---

<sup>2</sup> As datas mencionadas correspondem aos tempos da inauguração da proposta: 1995 foi a primeira publicação de *Fonoaudiologia, no sentido da linguagem* e 1997 corresponde ao início de um Projeto Integrado CNPq *Aquisição da Linguagem e patologias da linguagem* (CNPq 522002-97/9)



outro numa cadeia. A dominância da função poética coloca em evidência a operação metafórica, que em seu limite comanda a poesia: equivalências internas (rimas, ritmo, metro) e estruturais comanda a poesia. Contudo, diz ele, ela está presente com menor força na prosa. Os efeitos das articulações metafóricas e metonímicas são plurais – tudo decorre de “dominâncias”.

Manifestações afásicas estão diretamente relacionadas ao nome de Jakobson (1954) e ao valor teórico, empírico e clínico que primeiramente Fonseca (1995, 2002 e outros) pode retirar da leitura desse linguista. De fato, a clínica construída no Grupo de Pesquisa CNPq: *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, de que participa a autora mencionada e outros fonoaudiólogos, postulam que as afasias, diferentemente do que para a Medicina, são problema linguístico e subjetivo e sustentam a partir de Saussure (1916) que “há língua e que ela opera **em toda e qualquer manifestação da linguagem**” (FONSECA, 1995; LANDI, 2000, MARCOLINO, 2004; TESSER 2007) (ênfase minha). O deslocamento do raciocínio da causalidade e o compromisso com a linguagem, em sua visada estrutural favoreceram a construção de um novo caminho, que instituiu outra prática clínica, diversa daquela tradicionalmente realizada na fonoaudiologia. Nela, a **teorização sobre o cérebro** é entendida como “assunto da neurologia”; e o sintoma, **assunto da clínica de linguagem** - a linguagem ganha o foco e, com ela, o sujeito falante. Temos, assim um duplo compromisso na elaboração teórica e clínica.

Afirma-se, com Fonseca (op. cit), ser primordial apreender, nas avaliações de linguagem, como **a língua se manifesta na fala do paciente**, assim como ele é abalado por esta fala. Ora, não há fala sem falante (e vice-versa). Esta articulação é passível de teorização. Tesser (2007), por exemplo, sustenta que a clínica de linguagem com afásicos não pode passar ao largo das condições psíquicas do sujeito e dá um passo clínico. Jakobson era um cientista (não um terapeuta) e, talvez por isso não sentiu a pressão da clínica para discutir o tema da subjetividade e do sofrimento que ele comporta. Falar em sofrimento, na clínica de linguagem, é reconhecer a presença de um sujeito afetado pela manifestação sintomática que invade sua fala (FONSECA, 2002, LIER-DE VITTO, 2005). Landi (2006), na mesma direção afirmou que a

singularidade que se apresenta na clínica, o sofrimento do afásico, não se mostra para um clínico por antecipação, mas na cena clínica seja quanto ou quando o sujeito sofre por efeito de sua fala sintomática e, mesmo, o que ele “escuta” de sua fala (e a do outro).

Espero ter podido deixar claro que a teorização, aqui assumida, não prescinde de uma teorização linguística e sobre o sujeito, mas vai em direção à sustentação da compatibilidade entre elas. Esta exigência responde às restrições impostas pela experiência clínica e seus eventos específicos, sejam os pertinentes à instância diagnóstica, que envolve queixa e demanda, seja no tratamento propriamente dito, que envolve manejo da transferência e sustentação da terapia (ANDRADE, 2001; ARANTES, 2001; LIER-DE VITTO, 2004; CARVALHO, 2006).

O diálogo é o “método” na Clínica de Linguagem - é visto como imprevisível e impossível de ser antecipado, mesmo se levarmos em conta a condição sintomática de uma fala ou os efeitos que uma fala produz sobre a outra. Essa clínica sofre o efeito da heterogeneidade da fala, a dessimetria entre as falas e falantes e o reconhecimento da teorização sobre o sujeito do inconsciente (TESSER, 2007). Portanto, esta clínica, cujo motor é o diálogo, convoca a construção de uma escuta diferenciada, teoricamente instruída (ARANTES, 2000), que tem em si articulada o complexo sintomático: sujeito-língua-fala. Tal fundamento é compromisso do clínico com da clínica, embora haja limites para o retorno ao “antes” do acidente vascular encefálico. Se na clínica de linguagem com afásicos não se vislumbra um “voltar a ser como era antes” (FONSECA, 2002), a entrada do paciente nesse espaço envolve: “uma tomada de decisão sobre a queixa” (ARANTES, 2001, p. 80). Na clínica com adultos, a entrevista é realizada com o próprio paciente para que o afásico, com a fala esgarçada que traz, não seja apresentado por “porta voz”, informante de sua condição e enuncie sua queixa e o endereçamento da demanda. É ele mesmo, como puder e no tempo que necessário, que apresentará sua dor e perplexidade frente à condição de sua fala.

Devo dizer que as afasias acometem primordialmente adultos<sup>3</sup> e sempre foram quadros interrogantes para mim. Foi, por isso, que iniciei, em 2013, estágio no Serviço de Patologia da Linguagem, da DERDIC-PUC/SP, e pude atender meu primeiro paciente adulto, o Sr. W. Minha porta de entrada nesta prática clínica começou pelo enfrentamento da literatura sobre as afasias, mais particularmente (mas não só). Ali, fui introduzida na teorização a que me filio neste trabalho, com um objetivo de me preparar teoricamente, antes de receber o paciente.

Quando recebi o Sr. W., ele ligou-se ao tratamento sem hesitação. Após alguns meses de atendimento, pude notar melhora na sua fala, que se tornou mais fluente, menos truncada. Porém, devido a problemas de saúde do paciente, a terapia foi suspensa. O atendimento da Sra. N. suscitou indagações a respeito da natureza de sua queixa e de sua demanda por tratamento fonoaudiológico. Surpreendentemente, ela apresentava uma situação paradoxal: digamos que “ela se escutava fluente e coerente” em uma fala bastante comprometida e de difícil interpretação. Com o desdobrar do atendimento, houve um desfecho que, eu devo admitir, não surpreendeu: ela abandonou o tratamento fonoaudiológico. Essas duas experiências clínicas levaram-me, contudo, a reconhecer a importância de refletir sobre **a relação do afásico** com sua afasia, uma vez que ela interfere de forma notável na enunciação da queixa e da demanda e da própria sustentação do tratamento. Considerar tais aspectos, que são centrais na clínica, nos aproxima da Psicanálise, uma vez que estes são temas bastante debatidos e conceituados. Também, porque a presença do sujeito no sintoma é tal que, mesmo com escuta para o que diz, ele não tem recursos cognitivos para modificá-la – para fazê-la voltar ao que era antes da manifestação afásica. A língua constituída fica na “escuta”, mas não ordena a fala (LIER-DeVITTO, 2003). Esta é a porta de entrada, ou a senha, para a possibilidade de inclusão de uma teoria que envolva a hipótese do inconsciente.

Sabe-se que, desde Freud (1913), o que move uma clínica é o sofrimento do paciente e seu desejo, sempre único e singular, de ser curado.

---

<sup>3</sup> As afasias se manifestam tanto em crianças quanto em adultos.

Portanto, sofrimento é ponto de partida fundamental da clínica, já que comanda o fato de um sujeito procurar um clínico (RUBINSTEIN, 1996). Manter tal decisão depende de algo mais: de que a queixa seja transformada em demanda, ou seja, em um pedido àquele clínico, para que a “transferência de saber” ao clínico aconteça e o compromisso com o tratamento ganhe fôlego - um compromisso sempre difícil de ser sustentado porque ele incidirá sobre uma fragilidade do paciente. No âmbito da clínica de linguagem, as entrevistas iniciais são o espaço de abertura para que o paciente apresente os motivos pelos quais solicita ajuda do fonoaudiólogo. Elas são, por consequência, a possibilidade a enunciação de uma queixa para o outro e, por sua inclusão<sup>4</sup> no seu desejo de ser curado. Torna-se importante, portanto, na clínica de linguagem, esclarecer a distinção teórica entre queixa e demanda quando o sofrimento decorre de um problema na linguagem.

Diante dos frequentes abandonos de tratamento, por motivos vários, a problemática do compromisso com a terapia, torna-se mais forte e, como disse, ele se ancora na relação queixa-demanda. Retomando: na primeira, o paciente dá razões para o seu sofrimento, ao procurar dizer o que tem - um problema na fala e um incômodo insuperável com ela. A demanda, por sua vez, é um pedido ao outro, a quem o paciente supõe um saber sobre o que se passa com ele - nesse sentido, é aí, que o terapeuta é autorizado a iniciar o tratamento. Entra, então, em cena o desejo de um sujeito de enfrentar um processo que centraliza aquilo que faz sua fala ser daquela maneira (ARANTES, 2002; FONSECA, 2002, 2006/2007; LANDI, 2006/2007). A demanda é, então, ponto fundamental na clínica: o prosseguimento do tratamento depende da natureza da aposta que um sujeito faz para melhorar. Entende-se porque a demanda coloca a questão de um campo transferencial - ela envolve dois sujeitos. Diferentemente da clínica com crianças, em que a demanda é, via de regra, sustentada pelos pais (ARANTES, 2002); já na clínica com adultos afásicos, é usual, mas nem sempre acontece, ela é sustentada pelo próprio sujeito (FONSECA, 2002; 2006/2007).

---

<sup>4</sup> Essa inclusão, não se deve perder de vista, normalmente não é imediata. É fruto de um trabalho que traz à cena a temática também psicanalítica da “transferência” e “contra-transferência”, como veremos no corpo de discussão deste trabalho.

# CAPÍTULO I

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTOMA

A afasia foi amplamente estudada pela clínica médica. Uma definição clássica desse quadro patológico no campo médico é aquela que se lê em Benson & Ardilla (1996:3): “afasia é perda (ou perturbação) da linguagem causada por lesão cerebral”. Nessa ótica, a afasia é caracterizada como uma dupla perturbação, ou seja, ela é orgânica e linguística. A Medicina, com base em suas premissas de diagnóstico e tratamento (incidências cirúrgicas e medicamentosas), vê-se impossibilitada de tratar os sintomas linguísticos afásicos, razão pela qual encaminha tais pacientes para a clínica fonoaudiológica (FONSECA, 1995, 2002; TESSER, 2007).

Como indicado na Introdução deste trabalho, a literatura pertinente ao tema do atendimento fonoaudiológico de afásicos é extensa, mas a maioria das propostas encontra-se estritamente ligada ao pensamento clínico-organicista, reafirmando, muitas vezes sem se dar conta disso, a posição secundária da linguagem, o que é criticável sob vários aspectos (FONSECA, 1995, 2002; LANDI, 2000). De fato, é surpreendente essa adesão ao discurso médico para explicar uma posição clínica outra no tratamento de afásicos. Trata-se de uma posição cronificada no ideal de supressão de sintomas resistentes que se caracteriza, via de regra, pela adoção de procedimentos de cunho comportamentalista (estímulo-resposta-reforçamento). Note-se que o alinhamento entre um discurso organicista (médico) e uma prática comportamentalista (psicologia behaviorista) sobre o tratamento da afasia apaga a especificidade teórico-clínica de uma abordagem que se quer fonoaudiológica, como bem assinalou Fonseca em sua dissertação de mestrado (1995), quando postulou que para sustentar uma posição teórica-clínica própria, o fonoaudiólogo deve assumir um ponto de vista em que linguagem e sujeito sejam centrais.

Neste capítulo, meu propósito é tecer algumas considerações sobre o que convoca questões clínicas e teóricas para um clínico de linguagem dedicado à questão do acontecimento afásico: o sintoma na fala. Para isso, em um primeiro momento, retorno a Freud porque é possível afirmar que ele foi um primeiro a privilegiar o acontecimento na fala e a oferecer uma teorização inusitada sobre as ocorrências sintomáticas, sendo ainda neurologista. Entendo que Freud foi profundamente afetado pelas falas desalinhadas de afásicos e pode, por isso, dar peso a essa afetação ao incluir em sua visada teórica um “aparelho de linguagem”. Este passo interessa e muito como tomada de posição frente ao sintoma e porque ele joga luz sobre aquilo que convoca a clínica de linguagem com afásicos e que os leva a enunciar uma queixa e uma demanda.

## **1.1 A monografia de Freud sobre as afasias**

Freud (1983) questiona de modo contundente os aportes construídos na Neurologia, que eram (e ainda são) fortemente localizacionistas, na medida em que limitavam as funções do sistema nervoso em regiões anatomicamente estabelecidas. Ele aborda criticamente os argumentos dos grandes autores do campo (Wernicke, Lichtheim, Grashey, Meynert e mesmo Jackson, Bastian e Charcot), cujas obras eram todas guiadas, em maior ou menor medida, por duas hipóteses articuladas, que Freud se propôs a contestar. O então neurologista toma Wernicke como exemplar e centro das duas tendências teóricas e apresenta suas objeções. A distinção entre dois quadros de afasias sustentava-se na hipótese nuclear, assentada na ideia de que um quadro afásico era causado pela destruição dos centros corticais (afasia motora) e outro (afasia sensorial) pela destruição das vias de condução, que representa a possibilidade de relação recíproca entre os diferentes centros das funções de linguagem. Note-se que as duas hipóteses concebem as funções do sistema

nervoso como circunscritas a regiões cerebrais distintas e definidas, que se comunicam por meio de “vias de condução”.

De fato, Broca (1861) havia concluído, com base em resultados de duas autópsias, que uma lesão em determinada área cortical, a terceira circunvolução frontal esquerda, trazia a consequência da **perda total ou limitação severa na articulação motora da linguagem**, sem prejuízo, diz ele, da inteligência e de outras funções da linguagem (representativa, por exemplo). Já Wernicke (1874) descreveu outro tipo de sintoma de linguagem, aquele que, segundo ele, correspondia à **perda da compreensão da linguagem**, sem queda da capacidade de utilizar a linguagem articulada. Para este neurologista, tais ocorrências sintomáticas decorriam de lesão na primeira circunvolução temporal esquerda. A ideia de localizações cerebrais norteia a reflexão de ambos os autores, o que leva igualmente à localização de funções da linguagem em circunvoluções diferentes: área de Broca vem como **centro motor**, e a área de Wernicke como **centro sensorial**.

Interessa assinalar que foi somente a partir das teses de Broca e, principalmente, de Wernicke que se pode relacionar os diferentes tipos de sintoma na fala a instância cerebral. Porém, mostra Freud, esta perspectiva pareceu insatisfatória e conflitante para o próprio Wernicke, que se viu “de mãos atadas” e postulou como saída frente à heterogeneidade e complexidade do sintoma, que somente funções mais elementares poderiam ser localizadas e outras, as mais complexas, **não poderiam ser localizadas em uma única área**, pois necessitam de um sistema de articulação de várias áreas corticais. Esse ponto interessou Freud, um autor mais ligado ao intrigante sintoma afásico. Foi também Wernicke quem afirmou que excitações sensoriais deixam impressões duradouras no córtex cerebral, **traços conservados em células**, que ele denominou-se “imagens mnêmicas”. As **imagens dos movimentos da fala** ficariam conservadas no centro motor ou na dita área de Broca e as **imagens sonoras** permaneceriam armazenadas no centro sensorial (área de Wernicke). Vê-se que uma lesão em um ou outro destes centros acarretariam uma afasia motora ou uma afasia sensorial. É nítida a cristalização da submissão da linguagem ao cerebral, que orienta a noção de causalidade

direta entre cérebro e linguagem. Localizacionismo e causalidade ligam-se, desde este tempo, de forma sólida.

Freud interessa-se bastante por Wernicke também porque, para além destas afasias consequentes de uma lesão central, ele propõe uma **afasia de condução**, situada na região da ínsula, que provoca o sintoma de linguagem, as parafasias. Freud afirmará, de forma categórica, que “a afasia de condução de Wernicke não existe” (FREUD, 1983, 2014, 27), já que esse sintoma se manifesta em pessoas que não tiveram interrupção (lesão) nas vias de condução. Sim, pessoas com fadiga ou desatentas podem apresentar trocas de palavras e confusões linguísticas, lembra ele. Ao (re)designar a afasia de condução como “parafasia”, Freud desautoriza, pela via do sintoma, a ligação da perturbação na fala à destruição de vias de conexão. Segundo ele, o **sintoma é puramente funcional**, é efeito de menor eficiência do funcionamento de um **aparelho de linguagem** (e não efeito de lesão). Freud abala, assim, o alicerce da correlação estrita entre lesão-sintoma, que é próprio do discurso da causalidade lesão cerebral → sintoma na fala.

Assentado em sua crítica ao projeto localizacionista e após discutir **casos de afasia**, descritos por Wernicke e Lichtheim, Freud sustenta a impossibilidade de explicar os quadros clínicos através da hipótese de interrupção em determinada via de conexão e formula a hipótese de **modificação de estado funcional**. Nesse sentido, ele afirma: “deve-se considerar a relação de uma lesão que causa destruição parcial com o aparelho afetado” (FREUD, 1983, p. 46). Em caso de lesão cerebral, o autor apresenta duas hipóteses relacionadas ao aparelho de linguagem. A primeira seria que a parte lesionada do aparelho ficaria inoperante, enquanto as demais não atingidas funcionariam normalmente. A segunda hipótese seria que o aparelho de linguagem reagiria manifestando como um todo solidário, manifestando um enfraquecimento de suas funções: “uma pequena lesão no centro motor não resultará na perda de uma determinada quantidade de palavras, mas sim em uma redução de funcionalidade do centro como um todo” (FREUD, 1983, p. 47). Mais uma vez e de forma mais incisiva, ao invés de supor a causalidade lesão-sintoma, Freud discute uma possível relação entre a



**lesão orgânica e a perturbação funcional.** A abordagem funcionalista de Freud não descarta por completo a referência aos lugares anatômicos e isso o leva a questionar-se a respeito de se estaria cometendo o mesmo erro dos estudiosos que o precederam, i.e., mantendo a relação de causalidade entre domínios heterogêneos (orgânico e psíquico). Nesse sentido ele afirma:

A cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso provavelmente **não tem uma relação de causalidade com os processos psíquicos.** Os processos fisiológicos não terminam simplesmente onde os psíquicos se iniciaram. Na verdade, a cadeia fisiológica continua, só que cada membro da mesma **corresponde**, a partir de um dado momento, a um fenômeno psíquico. Com isso, o processo psíquico é um processo paralelo ao fisiológico. (FREUD, 1983, p. 72) (ênfases minhas)

Trata-se, portanto, de relação não-causal e sim de afetação: os dois domínios estão relacionados “em paralelo”, tangenciam-se, ou seja, são “concomitantes dependentes” e seus efeitos nada têm de mecânicos e redutíveis ao orgânico. Ao lado da dissolução da causalidade direta entre centro cerebral lesionado e sintoma na linguagem, Freud elabora uma concepção inédita no campo da afasiologia ao propõe um **aparelho de linguagem** que **funcionaria em termos de processos**, ou seja, de representação e de associação. Freud se inquieta e recusa a tese localizacionista, sem ignorar a importância da lesão no acontecimento afásico, mas ele suspende a ideia de causalidade: à localização de uma representação **corresponderia** uma localização de seu correlato fisiológico.

O aparelho de linguagem de Freud é estrutural e não abordado em termos de áreas corticais distintas. Para ele, a linguagem é entendida como uma totalidade, como funcionamento que não pode ser fragmentado. Portanto, ele rejeita a hipótese de que o aparelho de linguagem seja *composto* “de centros especiais separados por regiões corticais sem função e de que em

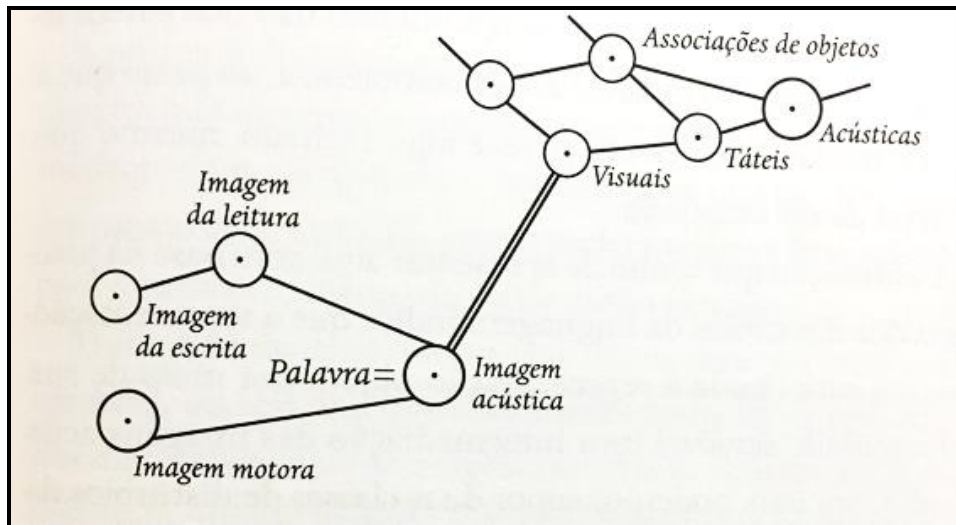
determinados pontos do córtex” (FREUD, 1983, p. 80). O aparelho de linguagem é concebido como um campo de associações e de transferências:

Então, resta-nos apenas anunciar o ponto de vista de que **a área da linguagem do córtex é uma área cortical coesa dentro da qual as associações e transferências** em que as funções da linguagem se baseiam ocorrem com **uma complexidade que desafia a compreensão**. (FREUD, 1983, 80) (ênfases minhas).

Freud aprofunda sua distância do discurso organicista ao dizer que o aparelho de linguagem não vem pronto no nascimento do bebê: ele é **construído através da relação com outro aparelho de linguagem**, o que abre a porta de entrada do sujeito no simbólico. Como essa construção acontece? Segundo o autor, aparelho de linguagem e aquisição de linguagem se estruturam através da união entre o motor e o sensorial e, para explicitar sua hipótese, ele parte de considerações sobre a **representação-palavra**. Para Freud, a palavra é uma representação complexa: a ela corresponde um “intricado processo de associação entre elementos (...) de origem visual, acústica e cinestésica” (FREUD, 1983, p. 94). Desse modo, **um processo tem lugar no aparelho de linguagem, i.e., trata-se de um processo de associação**, uma vez que, diz Freud, qualquer operação da linguagem implica a ação de várias funções relativas à linguagem. As **associações são responsáveis pela estruturação do aparelho de linguagem**.

O esquema da representação-palavra e as associações de objeto possibilitam o estudo de Freud a respeito do significante e da concepção do signo.

Figura 1 – Esquema psicológico da representação-palavra.



Fonte: FREUD, S. (1983). Contribution à la conception des aphasies. Paris: Presses Universitaires de France. (Texto original publicado em 1891).

Neste esquema, as associações que formam a representação da palavra, a representação de objeto; assim como a representação-palavra e a representação-objeto só são possíveis por ocorrerem em um registro neurológico. Mais uma vez, temos Freud deixando claro que recusa o localizacionismo, mas não o neurológico. Para ele, a excitação produzida pelo mundo exterior se inscreve permanentemente no córtex cerebral como “imagens mnêmicas”. Elas são armazenadas em categorias distintas: imagem acústica, imagem cinestésica, imagem de leitura e imagem de escrita. A articulação entre essas imagens dá **origem à palavra**. Já, **o significado da palavra** decorre da articulação entre a **imagem acústica e a representação-objeto** (ou representação-coisa). Segundo Freud, esta articulação promove um **efeito de sentido**, não se trata, portanto, de uma representação simples (um a um) no aparelho de linguagem.

Partindo de dados clínicos, Freud distingue os sintomas afásicos em três grupos:

(1) **afasia verbal**, há uma perturbação que afeta as **associações entre os elementos da representação-palavra**;

(2) **afasia assimbólica**, na qual a **associação entre a representação-palavra e a representação-objeto** é afetada;

(3) **afasia agnóstica**, na qual há uma **perturbação no reconhecimento de objetos** que, por sua vez, leva a uma perturbação na linguagem.

Sobre os efeitos das lesões sobre o aparelho de linguagem, Freud afirma que se a lesão acontecer na periferia do campo da linguagem o efeito seria tóxico, se for parcialmente destrutiva pode acarretar apenas a falta de um dos elementos da associação da linguagem, ou até mesmo, alterar a situação funcional. Por fim, se a lesão for central, todo o aparelho sofrerá distúrbios de função devido ao mecanismo associativo.

No final da monografia, Freud enfatiza a importância dos autores discutidos por ele em seu texto, e diz que o problema em suas obras tem relação direta com a importância demasiada que foi atribuída à localização da lesão:

Parece-nos, então, que aqui o significado do fator da localização para a afasia foi superestimado, e que estaremos agindo direito se nos ocuparmos, por outro lado, das condições funcionais do aparelho de linguagem. (FREUD, 1983, p. 124).

Frente a tal citação, podemos afirmar que Freud foi mais tocado pela linguagem, pelo sintoma afásico. Nisso reside seu interesse para linguistas e para a Clínica de Linguagem. Freud ensina a escutar a fala, a não reduzi-la, não obturá-la no acontecimento cerebral: o sintoma afásico o levou a postular um aparelho de linguagem como fonte da complexidade sintomática nas afasias. A parafasia (uma palavra por outra) foi central nessa discussão, como procurei indicar. Passemos a seguir para a Clínica de Linguagem.

## 1.2 Falas Sintomáticas – uma interrogação, uma marginalidade persistente

A Linguística é, sem dúvida, o campo de estudo e investigação que levantou as grandes e mais importantes questões sobre a linguagem; fato que a legitima como área de conhecimento sobre a linguagem. Digamos que não se pode falar sobre ela de forma consistente sem que esse campo seja consultado. Acontece, porém, que a Linguística não se ocupou de falas patológicas devido à natureza de seu projeto. Como disse Lier-DeVitto (2000, 2006) o ideal do linguista sempre foi a busca de sustentação da homogeneidade, da regularidade: ambas atendem à meta universalizante da ciência.

A Linguística dita “científica”, como mostrou Lier-DeVitto (2006), nasce quando leis universais de funcionamento da linguagem são postuladas por Saussure. *La langue* é o nome desse funcionamento, i.e., operações que comandam as relações internas ao objeto da Linguística que, como já mencionado, são designadas “sintagmáticas” e “associativas”. Pois bem, esse funcionamento é cego à especificidade de línguas particulares (comanda todas e cada uma) e à singularidade de uma fala, embora ali ela esteja em operação. Elas estão presentes em toda e qualquer manifestação de linguagem, sustenta Saussure. O que fica à espera de teorização em Saussure é a esfera de *la parole* (da fala) – plano das afetações entre língua e falante. Ora, é esse plano de questões e problemas que se apresentam para um clínico de linguagem, como se discute aqui. Falas sintomáticas são atiradas para as margens da Linguística – quando vem à tona, nada mais são do que uma empiria a mais à disposição de aplicações de aparatos descritivos – perdem sua qualidade, perdem peso e nada podem informar **sobre aquele que fala aquela fala**. Nesse sentido, não podem informar uma clínica de linguagem afetada pelo singular e pelo sofrimento do sujeito-falante. De fato, como assinalaram Lier-DeVitto e Arantes (1998), o efeito sintomático é um “terceiro”, que escapa à polaridade “certo-errado” ou “possível-impossível” - dualidades que importam no procedimento de regularização da linguagem e que interessam, portanto, à

Linguística. Quero dizer, com isso, que **o sintoma não é proposição problemática** nesse campo.

Na clínica médica, por certo, “sintoma” é questão central, mas **não o sintoma na linguagem**. Este não é mais do que **sinal** observável (comportamento, portanto) de distúrbio de interesse que acontece em outro lugar: no domínio do organismo. Arantes (2001) lembra que “a reflexão sobre a doença é afetada pelo doente e é nesse jogo cerrado que mudam o olhar do médico e a concepção de doença” (ARANTES, 2001, p. 33). Note-se que o jogo é entre doença e doentes. Importa dizer, a esse respeito, que, para o campo médico, a **Fisiologia fornece o parâmetro de normalidade**: desvios desse de um padrão têm favorecido a circunscrição do patológico, do sintomático: “a Fisiologia fornece, portanto, a norma e a Medicina definem o patológico como desvio da norma. Esses campos articulam-se, portanto, por necessidade” (LIER-DeVITTO, 2006, p. 6). Convém ter em vista que a meta da Medicina é determinar **causas de doenças** para poder suprimir o sintoma (pela via medicamentosa ou cirúrgica, como disse). Nessa via, torna-se compreensível que a fala seja uma exterioridade que sinalize alteração fisiológica. Acontece que, na Medicina, definida a causa de problema na linguagem, ela nada mais tem a fazer para suprimir o sintoma, como no caso das afasias. O médico faz encaminhamos nessas circunstâncias. A questão é que, para atingir o fato patológico (a doença) há supervalorização do organismo em prejuízo do sujeito – este é colocado entre parênteses (FOUCAULT, 1987), já que importa se ele é um espaço de manifestação da doença (ARANTES, 2001).

Sintoma na Psicanálise liga-se a algo profundo, do inconsciente, que é constitutivo. Esse tratamento teórico-clínico dissolve a ideia de padrão de normalidade e a possibilidade de liga-lo a questões orgânicas ou sociais. O sintoma vem de um “X” desconhecido que ultrapassa a censura do inconsciente e retorna deformado: sintoma é o recalcado que, de algum modo, burla a censura do inconsciente e retorna. A importância do sintoma está em ser ele uma das vias de acesso aos conteúdos inconscientes (as demais vias de acesso são os sonhos, o chiste e o ato falho), que insinua um modo de

presença do sujeito na estrutura. O sintoma não é, portanto, observável e tão delimitado como na clínica médica. Suas manifestações são equívocas – são uma verdade cifrada sobre o sujeito (ARANTES; FONSECA, 2008). Nasio (1993) diz que o sintoma, na Psicanálise, impõe como um mal-estar.

Assim, na Medicina, o foco é o organismo doente (a doença, portanto), a Psicologia centraliza o comportamento, o indivíduo socialmente desadaptado e a Psicanálise, o drama subjetivo, a clínica de linguagem aproxima-se da Psicanálise no que diz respeito ao sofrimento subjetivo, mas por efeito de um desarranjo na fala.

A fala deveria ser, assim, questão axial. No que concerne a Fonoaudiologia, a aderência irrefletida, como disse Arantes (2001), a noções e conceitos de outras áreas foram empréstimos mal alinhavados que propiciaram um esvaziamento de sua essência teórica e deixaram a Fonoaudiologia à deriva relativamente à reflexão sobre a fala patológica.

Na Clínica de Linguagem, o sintoma é uma “prisão do sujeito numa falta ou falha”, é algo que o impede de “passar a outra coisa” (ALLOUCH, 1990 apud LIER DE VITTO, 1998). Como sublinharam Lier-DeVitto (2003) e Fonseca (2002), o sintoma é marca de diferença estranha na fala que o falante escuta e sofre por isso além de afetar o próprio sujeito de tal maneira que acaba o isolando dos demais falantes da mesma língua. Se uma fala produz um efeito estranho na escuta do outro falante, essa escuta tem um “efeito bumerangue”, afetando, também, aquele que fala. Ou seja, se por um lado tem um ouvinte “que não deixa passar uma diferença”, do outro há um falante “que não pode passar outra coisa” (LIER DE VITTO, 2005).

Para Lier-DeVitto (2005) pesquisadores tais como Bates, Fletcher e Inghan relacionam o sintoma na linguagem a “variações individuais no ritmo de desenvolvimento”, o que reflete o sinal de uma impossibilidade de destacar uma qualidade específica à fala patológica. Observa-se nesses estudos uma compreensão de que “a fala da criança está fora de tempo” de algo que não é mais esperado ocorre numa determinada idade.

Ao tomarmos a faixa etária como fator decisivo pelo que não deveria mais estar ocorrendo é porque a fala está em desacordo com o corpo que fala, que repete. A autora afirma que é a articulação singular entre a fala e o falante que parece afetar a escuta, e nesse sentido ela se indaga: “de que valeria a idade cronológica se o problema diz de uma insistência, de insistência numa posição na linguagem?” (p. 147). Insistência que diz respeito de uma duração, de outro tempo. Para a autora, o tempo do sujeito no sintoma é o da repetição, da presentificação de um movimento que não se desdobra em outra coisa. Ou seja, diz mais de um tempo que suspende o imaginário do desenvolvimento e da cronologia.

Pode-se observar que a fala dita patológica sempre permanece à margem de uma discussão, porque ele não dita a regra, não se ajusta ao padrão e sua especificidade não chega a interrogar os estudiosos. O material clínico é transformado em dado, em fala neutra, ou seja, o sujeito e seu sofrimento são apagados. (LIER-DEVITTO, 2005). Este trabalho de mestrado buscará trabalhar as questões da fala sintomática levando em conta sua singularidade e o sujeito afetado por tais manifestações, ressignificando o que já foi estudado levando, mas levando em conta a objetividade do meu objeto.

Há, portanto, a necessidade de pensar o patológico no interior da clínica e não fora dela, para que desse modo, o sujeito e o sintoma que o faz sofrer possam ser acolhidos. Dessa forma, pode-se pensar o sintoma além de um sinal observável como está posto na Medicina, mas como uma condição sintomática do sujeito, articulando língua x subjetividade.

No que se refere a afasia, não podemos negar que está implicado o comprometimento cerebral, mas ele não só não esgota a discussão sobre esse quadro patológico como também, e principalmente, não orienta o fonoaudiólogo sobre as ações específicas requeridas para que se aborde o sintoma linguístico que o caracteriza. O paciente que procura o fonoaudiólogo demanda uma ajuda que não concerne ao médico, ou seja, o paciente coloca o terapeuta numa posição de compromisso com a linguagem e com a "ordem da linguagem". Perspectiva sustentada por Lier-De Vitto (1994) também no campo



da Aquisição de Linguagem, em que, segundo ela, o pesquisador tem um compromisso ético com a fala da criança. Conclui-se, então, que o compromisso do fonoaudiólogo é com a fala sintomática de seu paciente (criança e/ou adulto afásico).

A partir do momento em que se pensa a singularidade há uma cisão. As falas sintomáticas e a subjetividade singular passam a ter um espaço de teorização.

### **1.3 A Afasia é um problema de linguagem**

Fonseca (1995) motivada por impasses suscitados no atendimento fonoaudiológico de pacientes afásicos, toma como questão central a causalidade cérebro–linguagem e observa o seguinte:

se, e quando, o médico delega um ‘fazer clínico’ ao fonoaudiólogo, ele reserva para si mesmo o estabelecer de um diagnóstico e o ‘intervir’ no cérebro. Isso parece sinalizar o linguístico como um espaço do desconhecido para a Medicina (OP. CIT., 1995, p. 138).

Assim, conclui Fonseca, soa paradoxal a tendência dominante da Fonoaudiologia de aderir ao discurso médico para abordar teórica e clinicamente a afasia; discurso que faz do cérebro a causa de haver linguagem ou, dito de outro modo, que trata a linguagem como reflexo cerebral. No âmbito desse raciocínio causal, toda manifestação da linguagem (inclusive a sintomática) é reduzida a comportamento, a sinal externo de que algo vai mal

no cérebro. De acordo com a autora, Freud (1891) foi incisivo na oposição a tal discurso, como também procurei mostrar acima.

Na Linguística, Jakobson (1954, 1955) propõe que se entenda a afasia como um problema linguístico. Este autor ressignifica os eixos sintagmático e associativo do funcionamento da língua, propostos por de Saussure, em eixos metonímico (operações de combinação) e metafórico (operações de substituição). Fonseca (1995) aproxima-se dessa teorização, do estruturalismo europeu, e assinala que, ao associar as manifestações afásicas à teoria da língua em geral, Jakobson abre a possibilidade da afasia ser abordada como **efeito do funcionamento da linguagem** - efeito, portanto, das operações da língua, do mesmo modo como o são ocorrências de efeitos "poéticos", de falas de crianças em "aquisição de linguagem" e/ou de quaisquer outras manifestações linguísticas ("normais" e/ou "patológicos").

Para a Clínica de Linguagem, o "aparelho da linguagem" de Freud e "a língua" de Saussure (e de Jakobson), tornam-se dispositivos de explicação e descrição de manifestações sintomáticas da linguagem na afasia. Essa via alternativa à do raciocínio causal é colocada em relevo:

se há, como há de fato, uma relação entre o cerebral e o linguístico, essa relação é de uma outra ordem. Se há uma lesão, essa lesão não afeta um comportamento mas afeta, na verdade, um funcionamento e é esse funcionamento que deve entrar em cena para que se possa vir a entender o que acontece no comportamento. É exatamente esse passo intermediário entre a lesão e o sintoma, que é o linguístico, que se perde na afasiologia (FONSECA, 1995, p. 102).

Assim, com Freud (1891), Saussure (1916/1991) e Jakobson (1940; 1955; 1963 entre outros), Fonseca e propõe que se entenda a afasia como "fala em sofrimento". Para um clínico de linguagem, a afasia assume perfil de problema de linguagem. Conseqüentemente, a escuta e o ato clínico ficam

dependentes de uma teorização consistente e pertinente sobre as manifestações sintomáticas e sobre o afásico. .

Com o objetivo deixar nítida a centralidade da aproximação da Fonoaudiologia com a Linguística, a Clínica de Linguagem aproxima-se da leitura realizada no Interacionismo em Aquisição da Linguagem (Lemos,1992), que envolve um olhar particular para a linguagem e para o estruturalismo europeu afetado pela hipótese do inconsciente. Em perspectiva fica a articulação língua-fala-sujeito. Afinal, se a fala (como quer Jakobson, depois de Saussure) é produto do funcionamento da língua, ela é também lugar onde faz presença um sujeito, que não pode controlar a própria fala: “não se trata de um sujeito diante da linguagem que pode ‘selecionar’ elementos do código para ‘expressar’ uma ideia. Trata-se de um sujeito à mercê de um funcionamento linguístico-discursivo” (FONSECA, 1995, p. 105). Ficamos, assim, distante do sujeito epistêmico e mais próximos do inconsciente (tal como postulado por Freud, no âmbito da Psicanálise).

Cabe ao fonoaudiólogo, sob o efeito desse cruzamento teórico “construir uma escuta” para a fala afásica e para cada paciente e “depreender o lugar do sujeito na língua e o movimento da língua nele” (FONSECA, 1995, p. 129). Note-se que o ato clínico passa a ser tributário de uma teorização sobre a linguagem e o sujeito falante.

na atividade clínica, textos teóricos são postos em movimento: compõe um ‘já dito’ no interdiscurso do Fonoaudiólogo. Isso o distância de um leigo. Textos estão implicados na própria necessidade de reconhecimento, na instância diagnóstica, de que aquele é um dizer afásico (e não outro) e, na terapia, na delimitação de um possível/impossível (FONSECA, 1995, p. 138).

Na Clínica de Linguagem, o cerebral não esgota a questão sobre as afasias e sobre o afásico e, acima de tudo, não pode orientar a prática clínica.

## 1.4 O Afásico, seu sofrimento e a Clínica de Linguagem

O paciente que procura o fonoaudiólogo faz um apelo de cura que não é da mesma natureza daquele dirigido ao médico, ou seja, o paciente demanda do clínico de linguagem uma posição comprometida com a ordem da linguagem, ou melhor, com o enigma que é a fala sintomática de seu paciente. A rigor é esse compromisso que levou à redefinição da afasia como um problema linguístico e subjetivo no campo da Fonoaudiologia. Esse passo foi primeiramente dado por Fonseca (1995). Foi esta mesma autora que colocou em relevo o fato de que o afásico fica sob efeito de uma “fala em sofrimento” que “faz sofrer o sujeito”; fala que o frustra a cada tentativa dele torná-la outra; outra em que ele se reconheça, que fique mais próxima de seu “querer dizer”. O desarranjo sintomático manifesto na fala do paciente produz, diz Fonseca, uma espécie de “nostalgia do passado”, de um tempo em que sua fala não feria sua escuta. Importa considerar o desarranjo que as afasias produzem entre fala e escuta: uma dissociação que desorganiza o sujeito que fica frente a uma fala (que ele não gostaria de dizer e que vem à tona) e uma escuta identificada com a língua constituída e, portanto, presa à condição do sujeito de falante anterior à afasia.

Temos um “falante submetido à condição de sua fala” (LIER-DE VITTO, 2006: 15) sem poder fazer nada para mudá-la. Trata-se de uma “trama esgarçada”, que atinge a escuta dos falantes (inclusive o próprio afásico), produzindo um estranhamento que responde pela marginalização/isolamento social do paciente. De fato, o afásico está sempre à margem do que quer dizer (LACAN, 1981/2002). Esse quadro convoca um clínico de linguagem sob a exigência de incluir na teorização sobre a clínica a dimensão do sofrimento, sem, em momento algum, ignorar o linguístico. Essa difícil articulação, imposta pela clínica, assenta a diferença entre o clínico e o linguista-investigador da linguagem (LIER-DeVITTO, 2004) - na clínica não escapa aos efeitos do diálogo “em ato”, “na cena clínica”. Vejamos o que a autora nos diz sobre essa questão sobre o tempo:

Na cena clínica ou mesmo na *interação viva*, coloca-se a questão do *instante*<sup>5</sup> que, embora *crie o tempo psicológico*, é, em si, *atemporal*. Trata-se de uma marca localizável num *efeito vivido*. Assim, instante remete a uma vivência e implica, portanto, sujeito. Trata-se de “uma dimensão precisa” (Carretero, 1960), apesar de “não mensurável”: uma dimensão complexa em que **heterogêneos se nodulam sob a forma de efeito**. O instante, porém, pode (ou não) ser vivido, diz Heidegger (2004). No primeiro caso, ele seria *autêntico* (instante de afetação) e, no segundo, *inautêntico* (fuga ou ocultamento do instante) (LIER-DeVITTO, 2004, p. 50)

Um clínico está incluído na trama dialógica complexa que marca seu corpo-falante, assinala a autora. No *efeito* enlaçam-se heterogêneos e move a clínica<sup>6</sup>. Essa afetação não se apaga quando o clínico de linguagem teoriza sobre o sintoma na fala, nem no atendimento clínico. Na maioria dos casos de prática clínica com afásicos, o clínico é incluído no diálogo por uma fala fragmentada de um falante que “estranha” sua nova e incômoda posição na linguagem (FONSECA, 2002, 2006a, 2006b; MARCOLINO, 2004; LANDI, 2006; TESSER, 2007).

---

<sup>5</sup> As dificuldades que as noções de tempo e *de instante* apresentam para o pensamento filosófico são enormes. O *instante* pode ser conceituado, por exemplo, a partir do tempo (sequencial) ou da eternidade – no primeiro caso, ele é um momento no fluxo temporal e, no segundo, não. Aproximo-me da primeira vertente porque ela permite referência a “algo vivido” (e não como entidade abstrata) - o que importa para considerações sobre a relação do investigador/clínico à fala sintomática. Importa, portanto, à clínica de linguagem.

<sup>6</sup> Sobre isso, ver Carvalho (2006); Tesser (2007) e Lier-DeVitto e Fonseca (2008).

### 1.4.1 A clínica de linguagem: queixa, demanda e transferência

A condição afásica comporta, como propôs Fonseca (2002), três dimensões no acontecimento sintomático: fala prejudicada, escuta do estranho dessa fala e sofrimento subjetivo. Cabe, portanto, que nos detenhamos na configuração deste espaço denominado “clínica de linguagem” Começemos pela discussão acerca do estatuto das entrevistas na instância diagnóstica.

Ainda que a fala do afásico seja esgarçada, que ela nem se apresente, Fonseca (2002) recomenda que **a entrevista seja realizada com o próprio paciente** para que se possa criar a possibilidade do **próprio sujeito enunciar sua queixa e o seu pedido de atendimento**. Esse gesto clínico inicial traz, do ponto de vista do clínico, o reconhecimento do afásico como falante. É ele (e não um informante) que procurará falar de si, de sua condição, de seu sofrimento – ainda que leve tempo. É comum, na clínica fonoaudiológica, que entrevistas com afásicos sejam feitas com a presença de um familiar. Não menos frequente é que este tome o lugar de fala do afásico e acabe “fala[ndo] por ele e dele” (FONSECA, 2002, p. 212): situação que é entendida como paradoxal para uma clínica que se propõe a ser espaço levar um paciente a falar! Na Clínica de Linguagem, portanto, desde o primeiro momento, o “clínico de linguagem deve ser capaz de sustentar e sustentar-se frente ao que ele [o paciente] pode dizer ou frente ao seu silêncio” (FONSECA, 2002, p. 213). Este procedimento constitui um dos pilares do estabelecimento da transferência do paciente – índice da transformação da queixa em demanda e condição para o início do tratamento. Marcolino (2004) ratifica esta posição do clínico e coloca a fala do afásico no centro das ações clínicas. Esta autora lembra que o manejo do estabelecimento sólido da transferência pode se estender por várias sessões do tratamento propriamente dito, o que pede cuidado e fineza da parte do clínico para que a eficácia do tratamento seja instituída/mantida<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Sobre isso, ver Quinet (2002).

Como se vê, já na entrevista inicial, desconhecimento e sofrimento estão em causa: o afásico sofre porque não sabe como fazer para mudar sua condição patológica (LIER-DeVITTO, 2004). Ele supõe “saber” ao clínico de linguagem. A rigor, o clínico sabe sobre a afasia, mas não sobre aquele afásico – há aí, portanto, um tanto de não-saber, que deve ser suportado para que o clínico possa ficar sob efeito do outro que o procura. Há, então, algo que só se constrói em cada caso: admitir que o sintoma “comporta uma densidade significativa enigmática” (FONSECA, 2002, p. 337) é assumir que a clínica se constrói a cada caso novo.

Nessa perspectiva, Tesser (2007) reafirma essa necessidade de atender cada paciente como sendo singular. De acordo com essa autora, “o **compromisso com a fala é também com o sujeito que fala essa fala**” (TESSER, 2007, p. 19). Afirmação que deixa apontar para o compromisso de enfrentamento do enigma que se manifesta na “trama significativa” da fala de cada afásico para ali se aproximar de um “querer dizer” (TESSER, 2007, p. 20) Diante disso a autora afirma:

... 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 prévio, nem esperado por uma das partes envolvidas (TESSER, 2006, p. 20).

Não é sem razão, portanto, ser preciso qualificar o diálogo que sustenta o encontro do clínico com o afásico como diálogo clínico. De fato, para que mudanças possam ocorrer, uma escuta particular deve ter lugar, como procuro discutir aqui. Tesser (op. cit.) conclui que na base do diálogo na clínica de linguagem com afásicos está a possibilidade de sustentar a indeterminação e a imprevisibilidade de falas sintomáticas:

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 (TESSER, 2007, p. 74)

Na clínica de linguagem a entrevista com o paciente é momento em que se articulam as instâncias diagnósticas, ou seja, envolve o encontro com o sujeito e a “avaliar a linguagem”, que orientam o tratamento propriamente dito. Comanda esses movimentos a tomada de posição que, na Clínica de Linguagem, envolve a relação sujeito-língua-fala. É certo que o compromisso dessa clínica é operar mudanças na fala e na condição de falante do afásico, apesar dos limites impostos pela condição orgânica - um cérebro irreversivelmente lesionado, que, como mostrou Freud, afeta o “aparelho de linguagem” e perturba o sujeito. Fonseca (2002) trata da questão da “reversibilidade” e da “cura” na clínica das afasias. No horizonte, não se vislumbra um “voltar a ser como era antes”, diz ela (FONSECA, 2002) e essa verdade exige posição frente a demanda do paciente: “uma tomada de decisão sobre a queixa”, como afirma Arantes (2001, p. 80) - acolher o paciente ou desligá-lo do tratamento é decisão que implica ambos – terapeuta e paciente – e sua relação com o sintoma. As afasias complicam essa situação, tendo em vista o prognóstico, a irreversibilidade mencionada acima - experiência vivida, que motivou esta dissertação.



## CAPÍTULO II

### CASO CLÍNICO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Falar em manejo clínico e na articulação queixa x demanda implica direta ou indiretamente a questão da transmissão. Esta discussão pode partir de um caso clínico, como acontece nesta dissertação. Acontece, porém, que nem todo atendimento é “um caso”. Torna-se, assim, necessário uma detenção sobre o tema que envolve a abertura de uma discussão sobre “o que é caso?”. Importa assinalar, de início, que a noção de “caso” não é estável, quer dizer, ela varia de acordo com a natureza da clínica que se pratica. Há, por exemplo, profunda diferença quanto ao que é um caso na clínica médica e na clínica psicanalítica.

Deve-se considerar, contudo, ser um caminho metodológico incontornável para uma clínica que tenha como objetivo determinar a natureza da intervenção para um paciente. “Um”, aí, assinala a singularidade de uma posição frente à doença e aos efeitos psíquicos que dela decorrem. Numa Clínica de Linguagem, importa, acima de tudo considerar os efeitos, sobre o sujeito, das perturbações na fala e/ou escrita que advêm do acontecimento cerebral e, certamente, importa o sofrimento instalado pela nova condição de falante. Pois bem, nem o sintoma é homogêneo, nem o é a mesma a queixa do sujeito sobre sua condição de falante (PEREIRA *et al*, 2009). De acordo com Nasio (2001, p.11), por exemplo:

a expressão ‘caso’ designa, para [UM CLÍNICO], o interesse muito particular que ele dedica a um de seus pacientes. Na maioria das vezes, esse interesse leva a um intercâmbio de sua experiência com seus colegas (supervisão, grupos de estudo clínico etc.), mas, vez por outra, dá margem a uma observação escrita, que constitui então o que realmente chamamos de *caso clínico*.

Note-se que na Psicanálise o “caso” vem do efeito, em UM clínico, do atendimento que UM paciente. Trata-se de UMA experiência que impulsiona **transmissão**, a necessidade compartilha-la entre pares, na medida em que ela é interrogante. Torna-se **um caso**, de fato, quando essa interrogação sobre o saber do psicanalista “dá margem uma observação escrita”, que comandará, espera-se, a expansão da teoria.

Vale dizer, porém, que o termo “caso”, assim concebido, não se ajusta a todas as esferas clínicas, ainda que a metodologia de estudo de caso seja um de seus dispositivos mais antigos. A história diz que uma modalidade de sua utilização remonta ao ano de 1845, quando a enfermeira Florence Nightingale começou a solicitar que seus alunos anotassem em seus cadernos atendimentos (casos) que considerassem mais interessantes. A meta era discuti-los e avaliar o aprendizado. A função desse procedimento era, portanto, basicamente didático. Dessa iniciativa de Nightingale decorreu relevância de basear as ações do enfermeiro na análise da “história do enfermo”. Assim o **estudo de caso** tornou-se uma ferramenta indispensável na área da saúde e da formação de profissionais desse campo, **sem que dele resultasse uma escrita**. Em 1929, esse dispositivo foi descrito e publicado por Deborah MacLurg, no livro *Student's Handbook on Nursing Case Studies*, em que aparece com clareza sua função didática: o propósito declarado era “*auxiliar o estudante na elaboração de um estudo de caso*”<sup>8</sup> (MacLurg, 1929, p. 227). Em 1932, a autora formula um extenso manual para elaboração de estudos de caso, assinalando, porém, ele dá direções gerais:

As direções gerais apresentadas não devem ser seguidas cegamente em cada caso, elas devem servir como guia, conforme o aluno adquira maior experiência, ele/a deve ser capaz de dar flexibilidade aos seus estudos de acordo

---

<sup>8</sup> O centro acadêmico em que esse movimento ocorreu foi a Escola de Enfermagem da Universidade de Yale–EUA, lugar de atuação da enfermeira. Galdeano *et al* (2003) afirmam que, no Brasil, o estudo de caso começou a ser utilizado em 1934 e era organizado em: “*história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta*” (OP. CIT, 2003, p. 372).

com a demanda de casos individuais (Jensen, D.M., 1932, p.39)<sup>9</sup>.

Há, na observação de Jensen, o reconhecimento da função didática do estudo de caso, mas, também, do fato de que, de caso a caso, algo sempre escapa ao manual.

## 2.1 Caso clínico: definições, funções e especificidades

Na área médica, a expressão “estudo de caso” está indissoluvelmente ligada à doença, quer dizer, em perspectiva está sempre um indivíduo que é rotulado por sua doença. Fala-se, assim, de uma pessoa, que é “um caso de lesões na pele”, “um caso de dor de cabeça severa”, como lembra Nasio (2001). Em termos gerais, um “caso” é, na Medicina, **um exemplar da doença** – o individual, desse modo, é diluído no particular de um quadro, ainda que um caso possa criar embaraços ao médico e exigir diagnósticos diferenciais, que, contudo, levam à circunscrição do doente em quadros nosológicos distintos.

Arantes (2001), ao abordar a questão do diagnóstico na Clínica de Linguagem, ensina que, na clínica médica, o processo diagnóstico envolve **circunscrever um quadro nosológico** entre outros, a partir de um conjunto de sinais/sintomas. Um paciente, um caso, é então, para o médico, meramente, o portador de uma doença. Desse modo, em foco está, de forma incontornável, “*isolar uma entidade nosológica entre outras já descritas*” (ARANTES, 2001, p. 6), o que delimita **caso a exemplo de uma doença**, como disse acima.

---

<sup>9</sup> “The general directions given below should not be **slavishly** followed in each case, but serve as a guide and as the student gains experience she should be able to vary her studies as the individual case demands. (JENSEN, D.M., 1932, p.39).

De fato, os estudos de caso médicos são uma descrição da doença, de sua evolução: os tratamentos médicos, assim como os cuidados da enfermagem, tendem à generalização (apoiam-se em quadros nosológicos). O médico recolhe e registra, com detalhe, os sinais de doença - desenvolve uma pesquisa “*centrada na manipulação e mensuração de variáveis fisiológicas*” para, a partir daí, “*instituir algum tipo de intervenção*” (GALDEANO, 2003, p. 372).

No campo científico, as pesquisas médicas fundamentavam-se unicamente em teorias que visavam explicar o mecanismo fisiopatológico de determinada doença. Mais recentemente, explica Galdeano (2003), este modo de investigação sofreu grandes modificações: passou a incluir um processo baseado em evidências, conhecido, por isso, como Medicina Baseada em Evidências (MBE), vista como peça fundamental já que une a pesquisa científica e a prática clínica. Esse processo tem início com a **formulação de uma questão clínica** de interesse que abrange quatro itens fundamentais: (1) qual é a situação clínica, ou seja, qual é a doença a ser estudada?; (2) qual o tratamento a ser testado? (3) há algum tipo de grupo controle para o teste? e (4) qual foi o desfecho clínico?. A questão central é escolher o melhor desenho de estudo para responder ao nível de evidência clínica apresentada. Embora se fale em “caso”, nesta metodologia caberia melhor falar em “casos” – sempre como exemplares<sup>10</sup> – uma vez que pesquisa e clínica não se detêm no individual – ele é sempre compreendido como “representante do universal” (Lier-DeVitto, 1998).

---

<sup>10</sup> A título de esclarecimento, pode ser importante conhecer as metas e passos dessa nova metodologia: Revisão sistemática com ou sem metanálise (nível I de evidências); Ensaio clínico, também denominados, *mega trials* com mais de mil pacientes (nível II de evidências); Ensaio clínico com menos de mil pacientes (nível III de evidências); Estudos de corte, que não possuem processo de randomização – nível IV de evidências); **Estudos caso-controle** (nível V de evidências); **Séries de casos** (nível VI de evidências); **Relatos de caso** (nível VII de evidências); Opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas *in vitro* que serão testadas na pesquisa científica permanecem no mesmo grupo (nível VIII de evidências). (COOK, D.J., 1995, p. 227-228, grifo nosso).

Apesar de o relato de caso individual não ser considerado irrelevante e poder, ser mesmo, dito uma importante fonte de informação por oferecer subsídios a inovações terapêuticas devido às observações sobre a evolução clínica do paciente, ele não representa, para a MBE, uma fonte científica “de alto nível de evidência”. Se essa tendência atual da Medicina não nega definitivamente o valor da experiência pessoal com pacientes individuais, ela a marginaliza ao sustentar-se em evidências recolhidas em grandes estudos quantitativos. De fato, Yoshida (2007) chama a atenção para o fato de que, para algumas revistas do campo da saúde [senão a maioria delas], a publicação de um **relato de um caso** somente é acolhida quando “*a entidade diagnosticada é rara, o tratamento é pioneiro ou tem alguma inovação, ou o resultado é inusitado*” (YOSHIDA, 2007, p 112). Enfim, a publicação é relevante quando um caso é interrogante, não pertinente a entidades nosográficas estabelecidas. Nesse sentido, ele é singular e interrogante e, por isso interessante o suficiente para “ser escrito”, mas com a condição de que ele coloque a funcionar a máquina metodológica da Medicina para tornar-se “caso exemplar” de uma doença nova.

No campo psicanalítico, diferentemente, o termo “caso” está atrelado à ideia de singularidade, ideia, esta, que barra a possibilidade dele ser reduzido a “exemplo”, como acontece na Medicina – um caso, na Psicanálise, não faz série. Os estudos de caso podem ser divididos, diz Nasio (2001), segundo sua tendência, em teóricos ou clínicos. O propósito do primeiro é apreender e interpretar fenômenos específicos que ocorrem num atendimento. Já o segundo, a **escrita de caso**, caracteriza-se por ser expressão do desejo de um analista de passar para a palavra **uma** experiência que levante questões teóricas por indicar um “vazio de saber” – questões que identificam problemas que, na escrita, ganham a “dignidade de proposição problemática” (MILNER, 1987). Ainda com Nasio (2001), temos que há três funções primordiais do caso clínico, quais sejam: didática, metafórica e heurística.

A **função didática** primeira liga-se à possibilidade de **transmissão**, que se instala na práxis entre clínica e teoria, i.e., de transmitir a teoria por intermédio do caso, capturado na situação clínica, que se apresenta como

“uma fantasia em que voejamos livremente de um personagem para outro, no seio de um mundo virtual, estando **dispensados de qualquer confronto direto com a realidade**” (NASIO, 2001, p.12). Tocamos, aqui, numa característica especial da narrativa clínica, do estilo freudiano de escrita de caso. Nesse “voo” conceitos são cotejados, uma vez que eles fazem parte da própria possibilidade desta escrita, por situarem a posição de quem escreve. O leitor, ao iniciar-se na prática, torna-se um ator marcado pela teoria que escorre da cena clínica traçada da narrativa (op. cit. 2001, p.12). Pode-se, assim, falar em transmissão da Psicanálise pelo caso – através das várias imagens de uma situação clínica, introduz-se o leitor no ambiente teórico dos conceitos - nisso reside sua função “didática” particular, que nada tem a ver com ensino e aplicação: seu valor didático decorre do fato da “história clínica poder **captar o imaginário** do leitor e, desse modo, poder guiá-lo na descoberta de um novo conceito, assim como, na elaboração dos demais” (NASIO, 2001, p. 13) (ênfase minha). A narrativa do caso a respeito do desenrolar de uma análise e seus desdobramentos clínicos e sobre o sintoma do paciente leva o leitor a discernir conceitos.

A **função metafórica** relaciona-se à ocasião em que o olhar é marcado pelo conceito, quer dizer, o conceito incorporado toma o corpo, é encarnado:

o sentido inicial de uma ideia [de um conceito] torna-se, pouco a pouco, o próprio sentido de seu exemplo, a tal ponto que basta **a simples menção do nome próprio do caso** para fazer com que jorre instantaneamente a significação conceitual (NASIO, 2001, p.16).

Ou seja, apreender um conceito abstrato passar pela leitura de um caso icônico, de referência, diz Nasio<sup>11</sup>. Ao lado das funções didática e metafórica,

---

<sup>11</sup> Por exemplo, ao teorizar sobre a psicose, evoca-se espontaneamente a *História de um doente dos nervos*, de Daniel Paul Schreber, homem que teve uma carreira brilhante carreira em Direito, uma função destacada no sistema jurídico de sua época na Alemanha, antes do desencadeamento de uma paranoia. Sobre isso, remeto o leitor a Freud (1911) e a Lacan (1956).

que estão na base da transmissão na psicanálise, o autor indica outra função da escrita de caso: a **função heurística**, que diz respeito à possibilidade do caso se transformar em um “*gerador de conceitos*” (NASIO, 2001, p.17), firmando, assim, a *praxis* entre teoria e clínica - um caminho que será perseguido neste trabalho. Acontece, porém, que um caso é efeito de uma experiência clínica, como disse acima. O que se escreve nunca é um retrato fiel do acontecimento clínico:

mesmo que um caso tenha uma *função didática*, como exemplo que corrobora uma tese, uma *função metafórica*, como metáfora de um conceito, ou uma *função heurística*, como centelha que está na origem de um novo saber, ainda assim o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia (NASIO, 2001, p.17).

Um caso é o relato criado pelo clínico, i.e., lembranças de um já vivido pelo psicanalista que é submetido às restrições da escrita em que se registra um estilo. Entende-se porque “*o caso clínico resulta sempre de uma distância inevitável entre o real de que provém e o relato em que se materializa*” (NASIO, 2001, p. 18). Há sempre do não-dito na escrita de um caso clínico, nesse desejo de um clínico de dar testemunho de uma experiência clínica.

Importa sublinhar que, no campo psicanalítico, o termo “caso” está atrelado à ideia de singularidade. Essa ligação barra a possibilidade dele tornar-se “exemplo”, como acontece na Medicina. Um caso, na Psicanálise, tem nome próprio, como quis Freud – ele não faz série, embora ensine<sup>12</sup>. Trata-se, como procurei mostrar, de uma amarração que articula paciente e clínico numa experiência única e inquietante. Por ser desta natureza, ela instiga transmissão: “o relato de **uma** experiência singular, escrito por **um** terapeuta

---

<sup>12</sup> Temos, pelas mãos de Freud a criação de casos singulares: o caso Dora (a propósito da histeria); O caso do Pequeno Hans (a propósito da fobia); O caso do Homem dos Lobos e o Homem dos Ratos (a propósito da neurose obsessiva); o caso Schreber (a propósito da psicose).

para atestar seu encontro com **um** paciente e respaldar um avanço teórico” (NASIO, 2001, p.11). Nesse enquadre, a experiência efetiva de um clínico desloca-se para o espaço teórico e não gera aplicação (replicação da experiência para outros atendimentos). Tal a experiência suscita transmissão e avanço da reflexão. Um estudo/escrita de caso, apresentado publicamente, tem **estilo narrativo próprio**, e é ele que informa e ilustra **uma** cena clínica abre espaço para discussões que fundamentarão publicações futuras (FÉDIDA, 1992)<sup>13</sup>.

A questão do “estilo da escrita de caso” como gênero foi abordado por Porge (2009). A necessidade de transmitir a realidade de uma experiência clínica em psicanálise fez com que Freud se deparasse com a necessidade de criar um novo gênero de escrita. Porém, uma questão se fez presente: qual estilo seguir sendo que a verdade da experiência clínica psicanalítica não é cronológica, linear, mas uma experiência de fala descontínua? Porge (2009) explica que do mesmo modo que existem desvios em uma análise para que a verdade possa transparecer, é necessário que haja um desvio para que essa mesma verdade possa ser transmitida ao público. “Esse desvio se chama: forma de relatar” (OP. CIT. 2009, p. 20). Para isso, Freud reordena a disposição e cronologia do seu material clínico e o melhor gênero de escrita que permitia uma pluralidade de níveis enunciativos era o romance. Segundo Porge, Freud submete sua observação a um trabalho de “romanceamento”, ou seja, um trabalho de escrita.

## **2.2 Caso, sintoma e cura: uma articulação pelo singular**

Tendo em vista o que apresentei acima sobre caso, é de se esperar que noções clínicas fundamentais como as de sintoma e cura não sejam

---

<sup>13</sup> A questão do “estilo” da escrita de caso foi abordada por Porge (2009). Voltarei a este ponto em momento oportuno.



consensuais entre campos. A Psicanálise traça, de fato, um caminho inverso ao da Medicina porque, como diz Porge (2009), sintoma e cura não são termos convergentes - o método para qualificar “sintoma” é determinante para o entendimento que se possa ter a palavra “cura”. De fato, para a Medicina, sintomas são a essência de uma doença e a cura consiste, portanto, na remoção de sintomas. Nesse campo, **“decifrar os sintomas significa o mesmo que compreender a doença”** (FREUD, 1917, p. 361). Na Psicanálise, sintomas são “atos prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que, por sua vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento” (FREUD, 1917, p. 361). Os sintomas analíticos são, segundo Freud, surgem por efeito de uma frustração, i.e., a libido<sup>14</sup> é impedida de obter satisfação e é forçada a buscar outros objetos. Sintomas, são, portanto, formações substitutivas já que “criam um substituto para a satisfação frustrada” (FREUD, 1917, p. 367). Kaufmann (1996) assinala que Freud foi orientado pela clínica e que foi ali colocado frente a um enigma sobre o sofrimento psíquico, sobre um sintoma que se apresentava fortemente ligado à “história de uma vida” – a algo de singular. Na Psicanálise, insiste Porge (2009), ao invés de supressão do sintoma, o que seria impossível, o sujeito é levado a falar em torno disso, a resignificar. Essa direção de cura não supõe, portanto, a supressão do sintoma, mas um manejo, já que o sintoma vem como efeito do saber do inconsciente (e como um não-saber para o paciente e para o analista). Admitir que o inconsciente tem um saber intangível, intratável – tratável unicamente em seus efeitos (o sintoma é um efeito) - assenta a cura na Psicanálise como “tratamento do impossível (REAL) pelo contingente”: o sintoma é tratável na medida em que cada significação produzida por um sujeito, deixa um traço que altera, afeta algo do indizível/intocável, ainda que “não toque a coisa em si” (idem, ibidem). O inconsciente é, assim, vislumbrado pelo equívoco, como um real fora de sentido – analista e analisante devem mirar um “saber fazer com isso” (não um “saber sobre isso”, i.e. sobre esse impossível de se dizer e de se saber). Lacan escreve, depois de Freud e com Freud, a Psicanálise como tratamento do impossível – do sintoma como efeito do inconsciente e o sintoma como um no sujeito. Digamos que o sintoma é o

---

<sup>14</sup> Energia pulsional, que emanam todos os investimentos narcísicos e objetais.

sujeito, é sempre singular para cada um e, sendo assim, é logicamente, impossível de ser suprimido. Disso decorre outra definição de cura: a direção mirada é levar o sujeito a se desembaraçar do mal-estar produzido pelo sintoma, pela via de um “saber fazer” com algo que sempre escapa, que não pode ser alcançado e nem suprimido, portanto. Interessa, como disse, a leitura estrutural, de como ela foi montada na reação com o não-sabido.

Pode-se entender porque interessa pouco a circunscrição de novas patologias. O movimento na Psicanálise é outro: questiona-se sobre as novas demandas de proliferação de novos quadros clínicos. Porge assume posição crítica frente à tendência a tal proliferação, que por vezes se nota até mesmo na Psicanálise, conduzida pelo gosto por “especializações” (psicanálise do adolescente, do autismo, do luto, etc) que conduzem, segundo ele, à fragmentação da clínica e, portanto, ao abandono de sua vocação estrutural. Ora, assinala ele, a multiplicação de “novas” patologias (movimento típtico da Psiquiatria) abafa o reconhecimento do sujeito em sua estrutura única. Para Porge, seguir esta rota na Psicanálise é “*abandonar a questão principal de uma clínica analítica específica*” (PORGE, 2009, p. 10). Tocamos, aqui, novamente, na questão do singular, daquilo que não tem extensão e, assim, no ponto articulador entre sintoma e cura, que faz frente, é barreira, à tendência de registro de novas e diversas patologias. Vale lembrar que essa tendência é representante do impulso ao estabelecimento de nosografias.

Caminhando com Porge, temos que a especificidade da clínica analítica reside no **método da sua transmissão**: “trata-se de encontrar a justa medida entre a clínica e **o que nela se transmite**” (PORGE, 2009, p. 13) (ênfase minha). Deve-se ter em conta, prossegue ele, **o que se transmite** (o fato clínico) e **o modo de transmissão** determinam a apreensão do que é transmitido. Ele assina, também, sobre a escrita de caso, que “o intransmissível está no coração do desejo de transmitir, não como inefável perdido nas areias de um deserto, mas como soleira para a invenção” (PORGE, 2009, p. 15).

As vias de transmissão são várias<sup>15</sup>. Quanto a isso, a escrita de caso teve papel fundador porque, como também lembrou Nasio, ela institui uma *praxis* - a ligação entre o método clínico e a doutrina. Freud ao eleger o relato de caso como meio de transmissão da clínica, “privilegiou nele a verdade sobre a exatidão” (PORGE, 2009, p. 15), quer dizer, a verdade que vem pela fala do paciente. Freud afasta, assim, a ideia de “verdade” da Filosofia, que decorre do estabelecimento de correspondências entre o que é dito e a realidade de um acontecimento. Tem-se, nessa decisão de Freud, o início de um percurso que promove uma novidade no que diz respeito à relação entre **teoria e a prática**, novidade que está intimamente ligado ao método de recepção do sintoma, que ele nomeou como “atenção flutuante”.

Desse método decorre que um estudo de caso não possa ser fruto da constituição de um *corpus*, ou seja, de coleta e registro de dados para deles extrair conscientemente regularidades representantes a partir de algum conhecimento prévio. Se este é o procedimento da ciência e da Medicina, o método da psicanálise é outro:

A técnica [da psicanálise] é muito simples (...) ela rejeita o emprego de qualquer expediente especial (mesmo de tomar notas). Consiste simplesmente em não dirigir a atenção para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta (..) evitamos [desse modo] um perigo que é inseparável do exercício da atenção deliberada. Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material [e algum ponto] será negligenciado – ao fazer essa seleção estará seguindo suas expectativas e inclinações (...) e estará arriscando a nunca descobrir nada além do que já sabe...” (FREUD, 1912, p. 126-7).

---

<sup>15</sup> As vias de transmissão ocorrem em supervisões, através das publicações, através de vinhetas clínicas entre outras.

Interessa destacar que esta recomendação de Freud esclarece o método analítico e o que distingue daqueles de outros de campos clínicos. Nele, importa “dar vez” ao aparecimento da verdade do paciente, o que implica dar margem, de um lado à fala do paciente, i.e., ao trabalho da “associação livre” (suspensão de qualquer controle consciente) e, de outro lado, o do analista, à “escuta flutuante” (liberta do exercício da atenção deliberada). Dessa articulação decorrem posições e elaborações teóricas particulares, entre elas, questões clínicas que dizem respeito à queixa e à demanda, que são assunto desta dissertação.

Freud comenta, neste mesmo artigo de 1912, sua recusa – em benefício da articulação fala-escuta – do gesto de tomar notas durante a sessão, ainda que o analista tenha “a intenção de publicar um estudo científico sobre o caso”. Ele afirma serem de menor valor as tentativas de relatos exatos de histórias de caso já que elas “possuem apenas a exatidão *ostensiva* ... que fornecem alguns exemplos marcantes” e conclui: “*Não é esta, segundo parece, a maneira de remediar a falta de provas convincentes em relatórios psicanalíticos*” (FREUD, 1912, p. 127), já que leitores indispostos com a Psicanálise e com psicanalistas não confiarão nas provas e aqueles com boa disposição em relação ao seu método, “*terão confiança em qualquer revisão ligeira do material*” (idem, *ibidem*). Sobre isso, lemos que

Quanto à própria história clínica, só a redigi de memória após terminado o tratamento, enquanto minha lembrança do caso ainda estava fresca e aguçada por meu interesse em sua publicação (FREUD, S. 1901, p. 8).

Essa direção aponta para uma “forma de relatar”. Freud reordenou os dados clínicos e sua cronologia e, com isso, diz Porge “*mergulhou na cena literária*” ... “*a possibilidade de escrever o caso como um romance ou novela, possibilitou a Freud uma pluralidade de níveis enunciativos, mas*

*permanecendo mais fiel ao processo da análise*” (PORGE, 2009, p.22), i.e., à escuta à fala dos seus pacientes, às manifestações do próprio inconsciente:

Se, para Freud, transmitir a verdade clínica passa pelo relato com sua dimensão de ficção e, portanto, pelas restrições formais próprias, não há dúvida de que Freud se viu pressionado não somente por seu objeto, o material clínico, mas também pelo que se pode chamar de seu desejo como homem de letras. (PORGE, 2009, pág. 25).

Freud separa “caso” em Psicanálise de “caso” na esfera da Medicina - deu um passo além “ao misturar Literatura e Medicina no relato de seus casos”, assinala Porge (idem, ibidem). Isto posto, podemos entender que os estudos de casos literários, publicados por Freud, são Psicanálise. Isso porque Freud não depositou na literatura um saber adquirido de antemão, mas elaborou esse saber com outros – com a escuta de seus pacientes: “a lição que se pode tirar de Freud é que um bom romance faz mais pela transmissão da clínica que muitas vinhetas pretensamente realistas” ( PORGE, 2009, p. 35). Bem, Freud é psicanalista e não um escritor de casos, ele busca “transmitir uma verdade (...) a verdade de sua clínica” (idem, ibidem):

Com a psicanálise, Freud descobre um saber de alcance universal e que, como tal, deve ser comunicado, visto que dele não pode apropriar-se, no duplo sentido de guardá-lo para si e de ser dele o possuidor (PORGE, 2009, p. 47).

Logo, o desejo de Freud, ao escrever casos, é também, em certa medida, o desejo de um homem de ciência e vai além do desejo de curar, como assinala Porge:

A publicação do relato de caso (...) não se [resume] a transmitir a verdade de um sujeito, a partir de suas formações do inconsciente, para que obtenha um “ganho de prazer”, como um romancista, mas porque esse movimento participa ativamente do acesso a um saber inédito. (PORGE, 2009, p. 49).

Nesse sentido, Porge aponta que publicar, atualmente, os relatos de tratamento, passa pela exigência de que “*nos coloquemos na posição de invenção e na posição de provar que isso traz alguma coisa de novo para a visada científica da psicanálise*” (PORGE, 2009, p 52). O relato de caso freudiano abre espaço para que a relação entre teoria (saberque advém do tratamento) e prática (respeito à verdade do paciente) sejam expostos e tenham efeito de transmissão: “*transmitir é desejar transmitir*”; é desejar transmitir o que interroga e também um “*o impossível de transmitir*”, algo do inconsciente, do não-sabido, que passa no escrito (PORGE, 2009, p. 54).

De fato, Freud deparou-se com impasses na passagem de um caso para o público e nunca deixou de registrá-los – tratava-se, para ele, de pontos desencadeadores de teoria. Lacan nomeou os casos freudianos de “as cinco grandes psicanálises”, reconhecendo a importância do gesto e do estilo de seu fundador. Vale ressaltar, contudo, que ele não publicou relatos de caso, apesar de ter dedicado comentários extensos sobre os de Freud. Ocorre que se o estilo deste último guardava relação com a prosa literária (a transmissão do caso passaria através de um ‘romance’ que aproximava, passava a verdade pela ficção), para Lacan, a poesia é a referência – sem relatos, portanto. Transmitir uma verdade sobre o caso de um analisante passa por sua “técnica poética” que afeta a sintaxe. De fato, a dificuldade na leitura de Lacan está que ele coloca “a língua à prova da mais extrema maleabilidade” (PORGE, 2009, p. 81).

A transmissão de casos clínicos em Psicanálise está fortemente ligada à questão da verdade (conforme ali concebida). Em Freud, como disse acima, ela surge na tensão entre a exigência teórica e a exigência prática. Por outro lado, em Lacan, a tensão emerge da relação entre verdade e saber:

**A verdade é aquela singular**, do analisando, que em um relato o analista se compromete a transmitir; para fazê-lo, deve ajustar-se, ele próprio, àquela verdade, mas também a certa concepção da verdade. Do mesmo modo, **o saber é esse ganho que um analisando retira da elucidação de seu sintoma**, de saber algo sobre ele saber o que fazer com ele, mas é também aquilo que o analista é capaz de transmitir e de transformar; de inventar (...) (PORGE, 2009, p.91-92) (ênfases minhas).

Resumidamente, para a Psicanálise, sendo a verdade singular, não poderia, logicamente, corresponder ao saber - há distância entre a verdade falada pelo paciente e o saber elaborado pelo analista a partir dessa verdade. Trata-se, assim, de um abismo que não pode ser suturado nem por inúmeros relatos de caso. Entende-se, também, que nos fatos clínicos psicanalíticos está incluído o analista – não há um fato clínico bruto, observável em sua transparência porque seja do lado do analista, seja do paciente joga o inconsciente e a lei do recalque, que tem como função impedir que o que vem do inconsciente chegue ao sistema consciente.

O aparelho psíquico, na Psicanálise, não se reduz à consciência. Entende-se, em Psicanálise, que o inconsciente (regido pelo princípio do prazer) é motivado por forças pulsionais:

O inconsciente é essa parte de sua história subtraída não só [...] ao tecido das significações convencionais, mas subtraída também a toda intenção de comunicação [...]. Somente a metodologia inventada por Freud - e não uma metodologia pretensamente orientada para o significativo, que alia indissolivelmente livres associações e situação analítica, permite reabrir parcialmente, de um modo precário, de um modo sempre rediscutido, um inconsciente sempre prestes e pronto a se fechar de novo à comunicação, pois que esse fechamento é inerente à própria essência de sua constituição. (LAPLANCHE, 1981/1992, p.115)

No sistema inconsciente não há censura alguma: os processos (condensação e deslocamento) **são atemporais** e, nisso, deferem profundamente de processos conscientes. A rigor, os processos inconscientes não levam em consideração a realidade – trata-se de realidade psíquica. Por esse motivo, também, no inconsciente **não há contradição** – as duas forças pulsionais se apresentam mutuamente, ocorrendo, portanto, o deslocamento de uma ideia e uma condensação. Ambos deformam e dissolvem conteúdos – como ocorre no mecanismo de formação de sintoma. Entende-se, portanto, que não há lugar para a negação, dúvida ou diferentes graus de incertezas; isso se instala quando **a censura opera no consciente e pré-consciente** (pressionados pelo princípio da realidade). Do que está no inconsciente só passa para o sistema pré-consciente-consciente o que já foi deformado, mascarado (fantasia, sintoma, sonhos...). Não há, portanto, como disse acima, “fato bruto”, observável na esfera da Psicanálise.

A “deformação” que convoca a Clínica de Linguagem é de outra natureza. Falas sintomáticas/patológicas impõem dificuldades bem particulares que dizem respeito tanto à sua caracterização/abordagem e definição, quanto à produção de um discurso sobre a experiência clínica. Ponto primeiro é, portanto, explicitar **a natureza da dificuldade** que essas falas colocam para o investigador e para o clínico. Falas sintomáticas têm lugar na Psicanálise? Vejamos a resposta que nos dá Lier-DeVitto:

Parto da afirmação de que essas *falas [sintomáticas]* **não se confundem** com as manifestações que dão validade à Psicanálise, ou seja, elas não se confundem com as *formações do inconsciente* (MILNER, 1995). Vale assinalar que as *formações do inconsciente* têm ocorrência esporádica e imprevisível e as *falas sintomáticas* são composições estáveis, no sentido de serem a cristalização de uma anomalia, i.e., de uma lógica significativa, inesperada e indesejada, que resiste à língua constituída. Deve-se, ainda, considerar o fato de que os sintomas na fala **não** podem ser contornados,



ocultados, ou seja, eles ficam expostos e expõem o falante em sua falta/falha. Procuro, com esse assinalamento, deixar nítida a separação entre formações do inconsciente e falas sintomáticas, ou melhor, as falas mais relevantes para Psicanálise e aquelas que pressionam a Clínica de Linguagem (LIER-DEVITTO, 2011a, p.62). (itálicas da autora, negrito nosso).

De fato, como prossegue esta autora, as falas sintomáticas são recolhidas como sinais de quadros clínicos “sem maior detenção às condições subjetivas ali incidentes”, embora, “a determinação subjetiva das manifestações patológicas da fala não seja negligenciável” (VORCARO, a sair). Falas sintomáticas colocam “constrangimentos clínicos”, diz ela, ao método psicanalítico. Fonseca e Vorcaro (2007) atenderam, como uma clínica de linguagem e uma psicanalista, respectivamente, uma paciente afásica “que não podia falar” – um caso extremo de isolamento imposto pela afasia. No artigo redigido pelas autoras, Vorcaro diz que:

[...] o reconhecimento de “uma fala” nas manifestações [escritas] de Maria implicava uma **grande distorção dos princípios em que o método psicanalítico se assenta**. A associação livre da paciente e sua contrapartida – a **atenção flutuante** da analista -, não tinham vigência diante das dificuldades [e da lentidão] na [digitação] de letras no teclado do computador (...). Assim, o esforço implicado na produção e no reconhecimento do código sobrepunha-se ao trabalho psíquico que ali se exigia. (FONSECA & VORCARO, 2007, p. 428) (ênfases minhas).

A Clínica de Linguagem é convocada por falas que constroem o método psicanalítico. É a partir de um compromisso com elas, que se pode fundar uma clínica singular.

## CAPÍTULO III

### CASOS NA CLÍNICA DE LINGUAGEM: UM TRAÇADO

Uma Clínica de Linguagem, que justifique este nome, é aquela que assume compromisso com a “fala sintomática *in vivo*” (LIER DeVITTO, 2004). Sendo assim, temos que admitir que o clínico de linguagem vê-se frente a “um corpo que fala e ao corpo de uma fala” (LIER DEVITTO, 2003). Retiramos dessas citações que linguagem não é, para um clínico de linguagem, mero comportamento desviante. Na clínica, ele fica sob impacto do modo (sintomático) “de como o falante fala” e enuncia seu sofrimento por efeito dessa fala – e o modo como ele afeta de formas diferentes o terapeuta.

Na Clínica de Linguagem, o processo terapêutico tem início com **entrevistas**, seguidas pela **avaliação de linguagem** para se chegar a um **diagnóstico**. No momento das entrevistas, espera-se que a queixa do paciente seja enunciada por ele mesmo e que ela se transforme em demanda de mudança dirigida ao clínico. Nesse momento, fica em relevo a **escuta para o sofrimento do paciente**, ou seja, para a carga subjetiva que acompanha sua chegada à clínica. Após as entrevistas iniciais, realiza-se uma avaliação de linguagem em que a **escuta para a fala do paciente** ganha espaço, assim como para sua relação com a própria fala e com a do outro. Desses dois instantes resulta um diagnóstico sobre a fala daquele paciente e sobre sua condição singular de falante. Toma-se, então, uma decisão sobre a direção daquele tratamento. Todo o processo terapêutico é marcado pela singularidade do caso – singularidade, esta, que Catrini (2005), a partir de ecos da Psicanálise, designou como “a marca do caso”, que, diz ela, embora afete o clínico, não se oferece à observação e apreensão. A autora lembra, ainda, que, frente ao singular, há sempre uma falta de saber, que funciona como “um impedimento à previsão ou antecipação” do que ocorrerá em encontros clínicos (CATRINI, 2005, p. 01).

### 3.1 “Afasia como problema linguístico”: direções e efeitos

Frente às considerações tecidas pela autora, podemos perguntar como casos têm sido abordados e apresentados na Clínica de Linguagem com afásicos. O primeiro trabalho sobre as afasias, no Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, foi o de Fonseca (1995), intitulado *Afasia: a fala em sofrimento*. O objetivo da autora foi problematizar a relação da causalidade direta entre lesão e sintoma, que sustenta a clínica médica. Para isso, ela expõe o que chamou de “impasse da causalidade” ao discutir trabalhos de neurologistas clássicos (Broca, Wernicke e Luria). A autora vai a Freud (1989), com quem se alinha para por em xeque o discurso organicista. Fonseca aproxima-se do estruturalismo europeu e de Jakobson para apresentar uma abordagem linguística das afasias. Ela interpreta, por fim, dizeres de dois pacientes afásicos.

De forma breve, pode-se dizer que Fonseca, ao problematizar a presença da causalidade no discurso da Fonoaudiologia, assume uma postura crítica e oferece um tratamento de falas afásicas que implica a “ordem própria”. Isso significa dizer que implicar a língua é “descartar toda causa que não seja de sua ordem própria” (MILNER, 1978/2012, p. 07). Nesta perspectiva, ela propõe que, embora haja afetação entre cérebro e linguagem, trata-se de afetação entre funcionamentos, aproximando-se, assim, do “concomitante dependente” de Freud (1989). A ênfase desta dissertação é nas afasias. A autora deixa claro que apresenta uma análise alternativa de materiais factuais de enunciados de paciente: ela faz uma “análise dos dados” transcritos de atendimentos de dois pacientes afásicos. As análises foram guiadas pela ideia de “*funcionamento linguístico-discursivo*”, proposta por Lemos (1992) e pela interpretação de estruturas paralelísticas introduzidas por Lier-DeVitto (1998).

Os “casos clínicos” apresentados e discutidos por Fonseca (1995) compõe o capítulo 3 intitulado: “Uma **Interpretação** dos Dizeres de Dois Pacientes Afásicos”. Grifei em negrito a palavra *interpretação*, pois o título nos

permite antever o que será tratado no capítulo: a necessidade de invocar **um dispositivo teórico que dê conta do produto linguístico da fala dos afásicos**. No decorrer deste capítulo, ela persegue a questão: “o que tem, então, de singular o dizer afásico?” (OP. CIT. 1995, p. 108). Dito em outras palavras, a busca era caracterizar falas afásicas. A autora chega à afirmação mais geral de que elas são desconexas, fragmentadas, marcadas por pausas e hesitações, por segmentos ininteligíveis. Entretanto, estas são características que abarcam também falas de crianças. Na busca de estabelecer delimitações mais nítidas, Fonseca interpreta a fala de seus pacientes afásicos. Nesta direção, a história clínica, questões clínicas como transferência, queixa e demanda ficam encobertas – o capítulo 3 gira em torno de análises de dados. Fonseca (1995) pergunta sobre o modo particular de “descostura” da fala dos pacientes que traz para sua dissertação. No caso de (N), ela observa:

Eu diria que a própria sequenciação desajeitada [é] notadamente marcada por pausas, hesitações e interrupções. [Um] dizer fragmentado e desajeitado implica, mesmo assim, o funcionamento dos dois eixos: se o eixo metafórico faz parar, ele, entretanto, não faz “voltar”, não promove o movimento de resignificação e cede à “evasão metonímica”. Isso tem como efeito “por lado a lado” restos metonímicos desconexos que frequentaram um texto. É a expressão “resto” ou “resíduo textual” que põe em cena o discurso “uso tradicional”, nos termos de Jakobson. (FONSECA, 1995, p. 116).

Note-se que esta avaliação de linguagem implica decididamente o funcionamento da língua: operações metafórica e metonímica, que iluminam diferenças entre falas, deixando à margem, contudo a singularidade da relação sofrida do paciente com a linguagem. Não quero dizer, com isso, que essas questões sejam ignoradas por Fonseca em 1995 – meu ponto é que, neste trabalho, o “caso” fica mais identificado com a qualidade da fala, com o modo de manifestação da afasia.

No caso de (J), a autora afirma que, diferentemente de (N), ele tem escuta para a própria fala, procura reformulá-la e está, portanto, assentado numa posição de intérprete, ainda que sem chances de chegar naquilo que quis dizer. Os enunciados de (J) mostram, diz a autora, um sujeito na “corda bamba”:

O que se vê é um sujeito em dialogia no seu dizer, um sujeito entre um “sim” e um “não” e que se questiona sobre um “como é” – um sujeito interrogado. Um sujeito que recusa o que a língua põe em cena: “*chã... chafariz. Não é chafariz*”. Que recusa o que o outro diz – “*não, não é. Não é*” – e que se coloca na posição de quem “responde” pelo texto: “*Pera aí... é um negócio de... de... de amá... de amarrar escravos*”. (FONSECA, 1995. P. 132).

Portanto, para a autora, intérprete é aquele que é interrogado por um dizer (idem, ibidem). Fonseca afirma que só pôde tecer algumas considerações terapêuticas por causa do “resultado da análise dos dados” (FONSECA, 1995, p. 136), mas, acrescenta ela, o terapeuta não é um decodificador ou analista de materiais factuais em sentido estrito – na clínica ele fica sob o efeito de um dizer interrogante.

Neste trabalho inaugural da reflexão sobre as afasias e a clínica de linguagem, não é o sujeito e sua história que tomam a cena. A autora discute com a Medicina e sua visada organicista e localizacionista, valoriza Jackson e Goldstein que fazem diferença ali e Freud como a alternativa subversiva na reflexão sobre as afasias e o sintoma afásico. É nesse compasso que entra a afirmação de que a afasia é questão linguística. Jakobson (1954, 1960) e Saussure (1916) são convocados para explicar os movimentos desconcertantes que ocorrem nas afasias. Digamos que neste trabalho de 1995, **a afasia e menos o afásico está em foco**. Considerando a problemática do “relato de caso” que procurei introduzir no Capítulo II, podemos dizer que, na Clínica de Linguagem, os primeiros passos nessa direção podem ser

identificados nas discussões de materiais clínicos de segmentos de falas de pacientes. Entende-se; tratava-se de um momento em que a implicação da teoria linguística era central na tentativa de circunscrição da **afasia como problema linguístico**.

Este caminho é seguido por Tumiate (2007) em *Considerações sobre o agramatismo: traçados e tropeços*. Tumiate aborda, como o título mostra, uma questão que é, em si mesma, de natureza linguística. Recorta dos estudos sobre a afasia o termo “agramatismo”<sup>16</sup> que caracteriza um tipo de sintoma afásico. Um dos seus objetivos foi apresentar um panorama das abordagens do agramatismo mais representativas no campo da fonoaudiologia. Ela traz Grodzinsky (1990), ligado à reflexão de Chomsky sobre a linguagem; e Fonseca (2002), que se liga ao pensamento de Jakobson sobre as afasias.

O interesse na realização desta dissertação partiu do atendimento de uma paciente afásica que, apesar de apresentar uma fala truncada e desarranjada, tinha efeito de “fala comunicativa”. Tumiate (2007) constatou que as definições de agramatismo **não contemplavam a heterogeneidade das manifestações linguísticas** e nem as análises divergiam substancialmente, mesmo que, do ponto de vista teórico, as elaborações discursivas fossem plurais. Ela afirma que, frente a isso, a expressão agramatismo perde seu peso terminológico: agramatismo e fala desarranjada poderiam ser colocadas lado a lado. Tumiate discute questão propriamente teórica neste trabalho. Em seu estudo, que envolve revisão crítica da literatura sobre o tema. Ela afirma que os representantes da afasiologia médica oferecem descrições ingênuas porque são “abordagens intuitiva e pré-teórica da fala afásica” (TUMIATE, 2007, p. 69). De forma geral, a autora sustenta que análises gramaticais de falas afásicas resultam na localização daquilo que o paciente não produz. Tal “taxonomia às avessas” (ARANTES, 1994) não faz jus à complexidade e heterogeneidade da afasia, conclui a pesquisadora.

---

<sup>16</sup> Vale assinalar que este termo está presente na obra de Chomsky, mas especificamente, articulado ao “julgamento de gramaticalidade”.

Tumiate assinala que na Clínica de Linguagem a descrição de fala não é gramatical e sim voltada para a trama significativa: procura-se apreender a lógica das composições sintomáticas. Ela afirma que frente a falas sintomáticas e tentativas de descrições categoriais:

A Linguística entra “em sofrimento” (...): seus instrumentais descritivos não a descrevem – podem, no máximo, como disse, localizar aquilo que escapa à norma gramatical. Sofisticação teórica, por outro lado, não esconde deslizos metodológicos, nem a impossibilidade de elaboração de propostas clínicas consistentes. (TUMIATE, 2007, p. 77).

### **3.2 O afásico na clínica de linguagem: um passo mais largo na direção da clínica**

Em 2002, Fonseca defende sua tese de doutorado: *O afásico na Clínica de Linguagem*. Neste novo passo, o afásico e seu sofrimento ganham espaço e coloca a clínica no centro. Esse impõe modificação no modo de apresentar “casos” no interior da clínica de linguagem: não só a direção da pesquisa se altera, como a forma de registrar e discutir atendimentos muda.

Podemos dizer que o foco é **a fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito**. Entende-se: o objetivo da autora foi estabelecer um contorno específico à Clínica de Linguagem com afásicos e afirma que na entrevista, na avaliação de linguagem e na direção do tratamento deve-se dar relevo para (1) a singularidade de cada paciente e sua fala, (2) a heterogeneidade de cada caso, (3) a articulação entre teoria e prática, (4) a impossibilidade do leigo conduzir um atendimento e (5) o distanciamento/ruptura de antigos ideais com propostas de reeducação.

Neste texto de 2002, Fonseca discute atendimentos clínicos com a proposta de mostrar que as mudanças que ocorrem na fala do paciente e na sua relação com a própria fala e do outro são **tributárias de uma causalidade clínica**, instanciada no jogo da interpretação linguística. Interpretação que, ela deixa claro, implica o contingente, o singular, o imprevisível. Note-se que a discussão teórica necessária como foi, ganha outro lugar na discussão – aquele de “efeito no corpo do clínico”, mais especificamente na sua escuta para a fala e para o sujeito: a fala sintomática envolve uma escuta clínica afetada pela fala em sofrimento e pelo sofrimento do afásico, reafirma ela: “o singular participa da elaboração do saber clínico e pode questionar a teoria” (FONSECA, 2002, p. 210).

Interrogada pelo enigma do sintoma que se apresenta na fala de cada paciente, Fonseca (2002) elegeu quatro casos clínicos para discussão. Nos casos clínicos, podemos ver, logo de início, uma mudança no modo de escrever o caso. Fonseca detém-se mais nos motivos que suscitaram o atendimento, na história clínica do paciente: e **as longas transcrições e análises exaustivas de dados cedem espaço para uma narrativa a respeito do afásico**. As transcrições de falas são mais curtas, destacam segmentos específicos à questão clínica que está sendo discutida e dão lugar a uma teorização sobre a clínica. Fonseca, sem dúvida, redimensiona a discussão sobre a afasia e privilegia o afásico. Vejamos, brevemente, o que procuro assinalar.

Na apresentação de um caso clínico, a autora realiza a entrevista com o próprio paciente que, como ela diz, ligou-se ao tratamento logo de início (não faltou a nenhuma sessão em três anos!). A queixa, acrescenta Fonseca, “dizia de uma fala despedaçada: *“eu num falo” “num falo direito” “uma porção de coisa que eu num falo”*” (FONSECA, 2002, pág. 226). Ela continua: “trata-se de um sujeito que se estranha na sua nova condição e pode dizer desse estranhamento” (idem, ibidem). Nesse ponto, Fonseca traz Lacan quando afirma que o afásico *“fica sempre ao lado do que quer dizer”* e *“guarda nostalgia”* (LACAN, 1956/1985, pág. 250). O tratamento, prossegue Fonseca, “foi marcado por um *deixar falar e falar com* ele, afim de que a terapeuta



pudesse ser afetada pela rede significante” (FONSECA, 2002, pág.236).  
Veamos, ainda, como Fonseca comenta efeitos do tratamento:

(...) mudanças ocorreram [no tratamento]. Na fala, uma redução de expressões de impotência. Na vida, conquistas que refletem, de fato, mudança subjetiva: um “acerto de contas” em relação à natureza da sua fala – ele passa a se apresentar como alguém que “tem fala”, o que situa o outro, digamos, na posição de ouvinte/interlocutor/intérprete. (FONSECA, 2002, pág. 236).

Importa enfatizar o fato de que nos “casos clínicos” a avaliação linguística minuciosa da fala cedeu lugar a comentários sobre a relação do afásico com a linguagem e ao seu sofrimento quando ele “é chamado a falar” (FONSECA, 2002, pág. 248). Com a discussão encaminhada acima pode-se entender como da afasia chegou-se ao afásico, e tal caminho percorrido por Fonseca, disparou outros trabalhos, voltados para o afásico e a clínica. O próximo a que dou destaque é o de Guadagnoli (2007)

Guadagnoli (2007) escreve uma dissertação com o título *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos* e pode ser vista como representante de um tempo de transição, no que diz respeito à apresentação de caso. Essa dissertação transita entre as questões de análise das afasias e questões clínicas. A autora trabalhou com fala, leitura e escrita de pacientes afásicos. Para ela, pacientes queixam-se basicamente de dificuldades relacionadas à fala. Entretanto, problemas afásicos não se reduzem à fala e outras modalidades (leitura e escrita) devem participar de avaliações diagnósticas e ser envolvidas, inclusive, no tratamento, uma vez que essas modalidades se interpenetram de forma produtiva. Segundo a autora, fala, leitura e escrita são espaços de incidência subjetiva o que indica sua relevância como recurso terapêutico.

Numa revisão crítica da literatura, Guadagnoli situa e comenta ocorrências sintomáticas ligadas à relação fala-leitura-escrita nos quadros afásicos; discerne o tipo de raciocínio que embasa o Grupo de Pesquisa *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*; apresenta e discute **efeitos da relação fala-leitura-escrita na Clínica de Linguagem** e levanta **questões clínicas** relacionadas à implementação de procedimentos que envolvem a fala, a leitura e a escrita. Ela afirma que pesquisadores afasiologistas e fonoaudiólogos registram os mesmos “acontecimentos surpreendentes” na trança fala/leitura/escrita de pacientes afásicos e assinala que essas notações não vão além da marcação de sinais da doença porque não há qualquer reflexão sobre o afásico ou sobre sua relação com a linguagem (fala, leitura e escrita). Não incluir o “afásico”, nem efeitos dos atendimentos é recuar a clínica, diz a pesquisadora.

Guadagnoli, na trilha da proposta de Fonseca (2002), traz três casos, e mostra que um deles apresentava “um problema exclusivamente linguístico tanto na fala, quanto na escrita, porém, diferente em cada uma das modalidades” (GUADAGNOLI, 2007, p. 70). Outro atendimento foi de uma paciente de 25 anos, com “desejo de melhorar a fala e conseguir escrever”. Relacionadas à afasia em si. Frente à escrita de Mirela, temos que: “ao incidir “conscientemente” sobre palavras e sequências, a cadência própria de uma língua se esgarça e Mirela (...) é traída em seu “querer dizer” pela emergência, nos vãos de uma segmentação forçada, segmentos inesperados.” (GUADAGNOLI, 2007, p. 81). Porém, por mais que suas tentativas estivessem “fadadas ao fracasso”, podia-se apreender a emergência de um sujeito que sofre no esforço de reescrever, de passar a limpo o que escreveu. No decorrer do atendimento, contudo, a paciente não suportou lidar com suas limitações, diz Guadagnoli, e abandonou o tratamento - “caminhou, então, para a quinta tentativa de atendimento fonoaudiológico” (GUADAGNOLI, 2007 p. 82).

As sequelas motoras não impunham grande limitação, ela podia realizar suas atividades diárias. No decorrer do relato clínico, Guadagnoli escreve a respeito de Mirela no atendimento, dos primeiros profissionais que a atenderam, do processo de avaliação de linguagem. Ou seja, a autora

apresenta a história clínica da paciente, não restringindo aos aspectos relacionadas à afasia em si. Em seu trabalho, esta fonoaudióloga introduz um novo olhar sobre leitura/escrita no espaço clínico e seus efeitos em uma forma de relato de caso que ultrapassa (e muito) análises de dados de fala/escrita. Convém dizer que ela toca na temática propriamente clínica que é a da transferência, que estará será focaliza, mais tarde, por Tesser (2012).

Marcolino (2004) defendeu seu mestrado com o título de: *A Clínica de Linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento*. Este trabalho é inequivocamente voltado para as questões clínicas. A autora discute, de início, as consequências da aderência ao raciocínio médico organicista para a clínica fonoaudiológica, que tem nas perturbações de fala o seu objeto de investigação. Marcolino propõe uma clínica sustentada no modelo interpretativo, em que o clínico de linguagem pode assumir uma **posição particular** e sustentar uma **escuta linguisticamente especializada**.

Ao lado dessas discussões de cunho teórico-clínico, e com igual relevo, Marcolino apresenta um **relato de início de atendimento de uma paciente afásica**, que é discutido ao longo do trabalho. Marcolino enfatiza o comentário de que a fala da Sra. P. é exemplo de esgarçamento entre significante e significado e, segundo a autora, as hesitações da paciente seriam reflexo de um esforço fracassado de dizer algo “que estava na ponta da língua”, mas que demorava a vir à tona ou nem vinha. Podia correr, ainda, que em sua voz emergia uma fala do outro. Para ela:

Pode-se sempre reconhecer uma forma específica/singular de atuação dos processos metafóricos e metonímicos na afasia – sempre há língua, mas **língua demais no fluxo verbal do afásico e sujeito de menos nesse fluxo**. (MARCOLINO, 2004, p. 106).

Pode-se afirmar que o texto de Marcolino (op. cit.) é fortemente voltado para questões clínicas – a discussão do processo da entrevista, da avaliação

da linguagem e passos do atendimento são destacados e debatidos no trabalho com a finalidade de articular teoria e prática. E em suas considerações finais ela faz uma afirmação que merece espaço neste capítulo:

Talvez se possa dizer que o afásico não fala fora da estrutura da “sua” língua, embora possa [falar] aos pedaços não fere a organização sintática, mas, de fato, muitas vezes, ele parece ficar *do lado de fora* do que diz. [...] Há, contudo, permanência do sujeito na linguagem (há intencionalidade, diz Lacan). (MARCOLINO, 2004, p. 105).

Nota-se, aqui também, o movimento da Clínica de Linguagem, no movimento de aproximação de um diálogo teórico (Lier-DeVitto 1994; LANDI, 2008) com a clínica psicanalítica, sem reduzir a primeira à segunda. A questão é que, conceitos ou noções quando pertinentes a dois campos podem ser trabalhados no interior de espaços clínicos diferentes. Fato é que a Clínica de Linguagem e a Psicanálise operam com teorizações de linguagem e de sujeito, que são compatíveis com seus campos e suas práticas. Tal relação é inequívoca no trabalho de Marcolino.

A dissertação defendida por Tesser (2007), *Reflexões sobre diálogo – sob efeito da Clínica de Linguagem com afásicos* trata de questões inerentes ao atendimento de afásicos, especificamente à natureza do diálogo que nele se realiza, i.e., apoiado em articulações significantes que nem sempre são de fácil interpretação, mas que, nem por isso impede seu andamento. A autora sublinha que a fala afásica é hesitante, elíptica, inconclusa, mas que o diálogo, mesmo quando perpassado por mal entendidos é o campo privilegiado de enlaçamento entre falantes. Portanto, para ela, o diálogo é, ainda que truncado, o solo de sustentação do tratamento clínico da linguagem – em seu jogo dialético ocorrem mudanças de posição frente ao dizer do outro e do próprio dizer.

Tesser não deixa de abordar as funções do diálogo (quase sempre identificado a interação simétrica entre participantes) em diferentes propostas terapêuticas e alinha-se à concepção de diálogo alinhada à ideia de dessimetria entre falantes - seu trabalho se distancia, assim, de vertentes comportamentalistas e interacionistas de cunho sócio-cognitivas e dá um passo na direção da Psicanálise em que o “outro é sempre outro”, “diferente”, “rival”, “dissemelhante” sendo o diálogo, portanto, uma espécie de tentativa de enlaçamento. Na Clínica de Linguagem a diferença fica marcada no corpo da fala e a diferença entre falantes se aprofunda. Entretanto, o diálogo é visto *locus* para promoção de mudanças. Para dar visibilidade ao que propõe, a autora mobiliza segmentos de situações clínicas.

Convém assinalar, contudo, que falas são invocadas para dar sustentação a uma questão clínica. A autora traz situações clínicas para ilustrar a questão do diálogo, do embaraço do afásico e do outro frente a fala truncada e hesitante. Tesser interpreta falas de dois pacientes para jogar luz sobre a qualidade dos enunciados afásicos e das dificuldades que impõem ao diálogo, nem por isso deixa de caminhar. Ela aponta para tropeços, interrupções, pausas, reformulações bem e mal sucedidas e para problemas de concordância. Insisto que apesar da autora voltar seu olhar para as falas de seus pacientes, ela é basicamente tocada pelas questões clínicas de seus atendimentos. Dito de outro modo, para questões ligadas a como seus pacientes “sustentam-se na posição de falantes” no diálogo clínico que se apresenta numa complexidade conflituosa. Neste ponto ela lembra que o diálogo afetou a escuta de Freud como vivência conflituosa (amor e resistência). Para ir direto ao ponto: Freud assenta a “transferência” no coração da clínica, diz ela. “Desde então, **linguagem, clínica e transferência**, tornam-se termos solidários e imbricados”. (TESSER, 2007, p. 79). Entende-se, portanto, que desta dissertação tenha brotado seu doutorado em que a problemática da transferência é tematizada (TESSER, 2012).

Neste trabalho, elegi dissertações e teses desenvolvidas no interior das elaborações teóricas e clínicas da Clínica de Linguagem com afásicos. Elas registram e refletem a tendência, que se solidificou, de enfatizar questões

clínicas na introdução e apresentação de questões relacionadas a atendimentos. Tomei como ilustração deste movimento dois textos axiais; o de Fonseca (1995) e de Fonseca (2002). Os títulos são, em si mesmos esclarecedores: em *Afasia: a fala em sofrimento*, o foco estava dirigido para a questões teóricas sobre a linguagem e interpretativas da fala afásica. Em *A clínica de linguagem com afásicos*, despontam e são priorizados aspectos inerentes a atendimentos, como queixa e demanda, transferência, entrevistas e avaliações clínicas de linguagem. Os outros trabalhos, aqui abordados, aprofundam esta direção de relato de casos e topicalizam, sem dúvida, facetas teórico-clínicas. Minha dissertação não é diferente quanto a isso, como se verá no capítulo 4, em que discuto a trago a problemática da queixa-demanda a partir de três atendimentos conduzidos por mim, quando estagiária na Derdic/PUCSP.

Espero ter deixado claro o movimento dos relatos de caso na Clínica de Linguagem. De certa forma, podemos dizer que o material clínico apresentado nos trabalhos foi se aproximando do que Porge designou de um modo de fazer “romance” (como em Freud). Dito de outro modo, a escrita de caso volta para a exigência de articular afasia e afásico, fala e clínica, sem que um apague o outro.

## **CAPÍTULO IV**

### **RELATOS DE CASO**

Neste capítulo apresento o caminho de três atendimentos de pacientes afásicos, discuto algumas inquietações sobre queixa e demanda e sobre “escrita de caso” na Clínica de Linguagem – questões que foram mobilizadas por este atendimento e que foram tratadas neste Trabalho. Eles aconteceram na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic-PUCSP), em supervisão da Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca.

#### **4.1 A Sra. N. entrevista e questões**

A entrevista inicial com N. foi agendada através do contato telefônico com seu marido W., que declarou ter ficado “feliz” com a disponibilidade de vaga para sua mulher. Afirmou que a aguardava há algum tempo e que ele mesmo levaria a esposa nos horários acordados. No dia da entrevista, apresentei-me ao casal, que já me aguardava na sala de recepção da clínica da Derdic. Levando em conta a proposta de condução de entrevistas (Fonseca, 2002), pedi que N. me acompanhasse até a sala - ela rapidamente levantou-se e me acompanhou, esboçando um leve sorriso. Dirigi-me, então, a W. Disse a ele que, ao final da sessão, ele seria chamado para conversarmos um pouco.

Na sala de terapia, N. ficou calada, esperando que eu iniciasse a sessão. No diálogo, constatei que sua fala, ainda que sintomática, não era barreira para uma interpretação. Tratava-se de uma fala perpassada por pausas longas e breves, que a tornava esgarçada. Nesta entrevista, soube que

ela trabalhava como faxineira e que havia, há aproximadamente um ano e meio, sofrido uma queda séria enquanto limpava um prédio. Quando acordou, estava no hospital e não se lembrava de nada. Durante todo o tempo da entrevista, queixou-se de um problema motor na mão direita (paresia), que estava fechada em punho e com pouco movimento uma seqüela de Traumatismo Cranioencefálico (TCE). N. disse, ainda, ter realizado o número total de sessões propostas pelo fisioterapeuta na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua região, mas que considerava que haviam sido insuficientes e que seria necessário dar continuidade ao tratamento fisioterápico.

Perguntei, então, se ela havia feito terapia fonoaudiológica. Para minha surpresa, ela respondeu que não – eu seria sua primeira terapeuta!. Isso significa que, durante esse tempo, N. não havia sido encaminhada para tratamento fonoaudiológico e não havia sido realizado, portanto, qualquer investimento clínico na sua condição de falante e em sua fala prejudicada. Não perguntei a ela qual teria sido a razão disso: falta de queixa de sua parte? Fala comunicativa suficiente na opinião dos profissionais que a atenderam? Outro motivo qualquer?. Essas questões não foram feitas na entrevista e nem no seguimento do atendimento clínico. Olhando retroativamente, tenho para mim, que a falta desta pergunta produziu efeitos: o investimento subjetivo necessário ao tratamento clínico não foi assumido por ela. N. falava animadamente de seus três filhos, especialmente quando dizia que eles estavam trabalhando e estudando. Porém, quando indagada sobre sua fala ou sobre sua mão imobilizada, ela se mostrava desanimada e dizia: “*a fala cois, oh. Agora / posso / fazer / nada*”. Em diversos momentos, suspirava e bocejava e, em silêncio, mantinha o olhar direcionado para o chão.

Poderia este segmento de fala cadenciado, pausado, pronunciado palavra por palavra, ser o enunciado de uma queixa sobre sua fala, sobre sua condição de falante? Poderia ser escutado como “a fala está tão ruim que me impede de fazer as coisas”, ou recebido como: : “não há nada mais que se possa fazer com a fala”. Essa ambigüidade estava contida no enunciado e foi sob efeito dela que decidi marcar outras entrevistas com N. As sessões acabaram sendo preenchidas por longos silêncios (que pareciam não



incomodá-la) e por sua presença desinteressada, sem iniciativa. Seus enunciados eram basicamente especulares, caracterizavam-se, principalmente, pela retomada de partes do meu discurso, embora com diferença na entonação, que eu podia interpretar. Assim foram sendo costuradas algumas narrativas em duas vozes. Quando um dizer emergia descolado de meus enunciados, vinham numa articulação insólita, como no segmento grifado, abaixo:

*T. Você e W. conversam de **tudo**?*

*N. **Tudo** //*

*T. Veem tv e discutem sobre o que estava passando na tv?*

*N. Mais ou menos, porque eu / sozinha // O trabalho comigo / agora // não tem...*

*T. Ele **não** fica muito tempo com você em casa?*

*N. **Não.***

*T. Por que ele fica no trabalho?*

*N. (...).*

*T. É quando ele chega que vocês colocam a conversa em dia?*

*N. Tá dormindo.*

A fala vinha aos pedaços e pedaços; pedaços que minha interpretação, de alguma forma, costurava, fazendo suplência a eles. Apesar dessa assimetria notável, uma certeza se instalou desde o primeiro encontro com N: ela entendia o que eu dizia, sustentava, portanto, posição de “intérprete silente” do dizer do outro. Essa *condição positiva* do sujeito poderia ter um papel decisivo no manejo clínico do caso, tendo em vista, principalmente, o movimento de apostar (ou não) na possibilidade de mudança, que está implicado na relação queixa-demanda: ponto que poderia ser aprofundado em encontros posteriores com ela.

Ao final da primeira entrevista, chamei W. para falar sobre a proposta de atendimento, tanto do ponto de vista institucional, quanto sobre a decisão terapêutica. Ao entrar na sala, W. prontamente se dirigiu à esposa e presenciei o seguinte diálogo:

*W. Já falou alguma coisa?*

*N. Já falei demais!*

*W. Ah... Eu acredito que não! Foi? Bastante? Falou o que para ela?*

*N. Tudo!*

*W. O que você falou?*

*N. (Ri).*

*W. Hein? Tem que falar pra mim. Pra mim ficar sabendo...de você... Hein?*

Fiquei com a resposta de N: “*já falei demais*” e pelo comentário do marido: “*Tem que falar prá mim. Prá mim ficar sabendo... de você. Hein?*” Minha intuição sinalizava para um desencontro implícito no jogo entre essas duas falas: A fala de N. Na clínica era para quem? Para W ou para mim?; Os silêncios de N. foram encobertos por uma distorção: “*Já falei de mais*”... “[já faeli] *Tudo*”. Questões que me ocorreram, então: W teria um incômodo com a fala dela?... com algo que poderia aparecer na fala dela? Essas perguntas ficaram em suspenso. De todo modo, nessa sequência chamou minha atenção que W. parecia mais interessado na possibilidade de um atendimento do que a própria paciente. Ele deixou claro que “*faria de tudo*” para trazer a esposa à terapia e caso não conseguisse, que “*pagaria a vizinha*” para acompanhá-la até a Deric, dizendo: “*se eu pudesse pagar o valor integral pra recuperar ela, se eu pudesse, eu pagaria tudo!*”.

Finalizei a entrevista e a conversa com o marido de N. com questões relativas à **ambiguidade da queixa** (a declaração sobre a necessidade de continuidade do atendimento fisioterápico e não de atendimento

fonoaudiológico) e a **obscuridade da demanda** pelo atendimento: “quem (N. ou W.) queria o quê de mim?”.

#### **4.1.1 A Sra. N. desdobramentos**

Nas sessões seguintes com N., persistia a dificuldade em iniciar alguma atividade, diálogo, leitura de textos e escrita, mas ela, acabava se engajando e seguindo em frente caso eu propusesse um caminho. Ficou bastante marcado, também, o fato de que, em muitos momentos, ela delegava a fala a mim ou, fora da sala de terapia, a quem quer que estivesse com ela, o marido e/ou a vizinha que a acompanhava. N. efetivamente esperava que o outro “falasse por ela”. Seria isso indício unicamente da dificuldade da fala afásica? Por certo, essa dificuldade participava do acontecimento, mas isso, não é regra em quadros de sujeitos com afasia. A aparente tranquilidade com que ela “cedia voz ao outro” não deixou de me interrogar, mesmo porque fazia corpo com o “desinteresse” pelo atendimento.

Essas indagações ficaram comigo no andamento das sessões posteriores. Fato é que ela passou a deixar cada vez mais claro que se incomodava com o fato de ter que vir às sessões de terapia. A paciente não perdia a oportunidade de dizer que já estava bem e que tinha melhorado muito. Em diversas sessões, N. ficava aflita com o tempo do atendimento e pedia para sair mais cedo, alegando que tinha outros problemas para resolver. Os motivos variavam desde “ter que ir ao banco” para saber sobre o dinheiro do benefício que recebia do INSS, até “ter que voltar para casa” porque estava com muito calor porque estava na menopausa. O segmento abaixo é exemplar do que digo. Estávamos nos aproximando do Natal e ela estava com viagem marcada para Bahia:

*T. Eu não estou falando para a gente voltar essa semana, como a gente sempre fez. Só queria entender o motivo. A gente começou o atendimento faz pouco tempo e você já quer terminar antes do tempo.*

*N. Não...*

*T. Eu queria entender o porquê.*

*N. Não sei. Sossegado eu e a Lia. Também. Né. Porque a Lia não sabe que aqui. Não sei. Natal e ano novo. Não sei a Lia.*

*T. Não sabe o que ela vai fazer...*

*N. Também.*

*T. Mas o que você está achando do atendimento? Está cansada?*

*N. Não! Sossegado. Ave Maria! Mudar o atendimento, calma. Levá um não sei. Tá bom?*

*T. Uhum... Então você não sabe ao certo o motivo de ter deixado essa semana livre?*

*N. A unha também. Tanto faz. A unha também. Cabe:lo. Não sei não.*

Neste segmento N. apresenta diferentes argumentos para encerrar a terapia antes do início previsto para as férias. O primeiro é: “sossegado eu”; o segundo: que talvez sua acompanhante (Lia) não pudesse trazê-la para a terapia, um outro: que ela iria fazer as unhas e o cabelo, pois viajaria para a Bahia. A palavra “sossegado” insistia em sua fala, assim como o pedido de interrupção das sessões antes de dezembro. Falei que seria possível contornar suas dificuldades e que não parecia prudente abrir mão de um espaço aberto para operar mudanças na fala. O resultado foi que, nas sessões posteriores, o laço entre nós pareceu ter se estreitado, mas, em pouco tempo, retornou o desânimo e a fuga das sessões. Inúmeras vezes, durante as sessões, notei que ela pegava a bolsa, olhando fixamente para o relógio, mostrando claramente que queria sair.

Certa de que sua condição afásica poderia ser trabalhada, continuei com atividades voltadas à composição da tecitura de narrativas orais e/ou escritas. Na leitura, N. paralisava. Tentei caminhos diversos, esperando apreender se e

quando a atividade fluía: às vezes eu lia, eu pedia para ela fazer uma leitura silenciosa, a partir da qual comporíamos uma narrativa dialogal. Por vezes, líamos apenas um parágrafo e parávamos para conversar sobre ele. Nenhuma dessas direções surtiu efeito. Depois, N. ligou avisando que não viria na sessão marcada para aquele dia. Recebi este telefonema como uma despedida. Disse contudo, que a esperava na próxima sessão. Ela “aproveitou” a ocasião para assinalar que não compareceria mais aos atendimentos, que estava desistindo. Notícia que, confesso, não me deixou surpresa, mas aborrecida.

Passado alguns dias, decidi marcar uma sessão para falar com N., na presença de W., sobre a decisão tomada pela paciente. Neste dia, o casal chegou cerca de vinte minutos atrasado, alegando problemas com o ônibus e com trânsito intenso. Falei que não havia ficado surpresa com a interrupção do tratamento, que estava sendo anunciado há algum tempo. Nesse ponto, o casal se entreolhou e N. fixou o olhar no chão, como se estivesse envergonhada. Ao final da sessão, o marido (aparentemente decepcionado) reafirmou que vinha “fazendo de tudo” para que a esposa continuasse no tratamento, mas que ela sempre resistia. Disse a ele que a paciente não tinha havia manifestado uma queixa clara sobre sua fala e que não havia aparecido um pedido genuíno para melhorar sua condição de falante – seja porque não estava, de fato, sob efeito de sua fala sintomática; seja porque não apostava na chances de tal condição poder ser superada: essa dupla possibilidade acabou não ficando esclarecida para mim ao longo do atendimento. Disse com alguma ênfase, que havia ainda a possibilidade da Sra. N. ter “aceito” o atendimento fonoaudiológico apenas para agradá-lo. Assinalei sua angústia de se separar dele para ficar comigo durante o período do atendimento. Nada do que eu disse, porém, removeu N. da decisão de suspender o tratamento fonoaudiológico.

O obstáculo, que se configurou à continuidade do tratamento, apareceu **já na fase diagnóstica** parecia ter relação estreita com a ausência de queixa sobre a fala e sobre sua condição de falante. Conseqüentemente, a demanda não poderia ter lugar. Ela apareceu deslocada nos movimentos do marido da paciente. Penso que, talvez, meu tropeço tenha sido ter ficado mais com a

“avaliação da linguagem” e com as tarefas de construção de narrativas orais e/ou escritas do que com esse embaraço inicial. Acredito, hoje, que o manejo dessa situação lidada à queixa e à demanda era a questão central desse tratamento.

No caso da Sra. N., ficou indagado o efeito que “escutar o próprio dizer” produzia nela. A dificuldade de atestar esse ponto respondeu, em grande parte, pelos impedimentos clínicos na condução do atendimento. Afinal, não havia dúvida, de minha parte, de que ela era afásica. Contudo, para enfrentar a “fala em sofrimento” é preciso contar com o reconhecimento do afásico de sua fala afásica para que um pedido para o clínico e uma aposta na mudança possam ocorrer. Sabemos que um tratamento não se realiza à revelia do paciente. A Sra. N. não chegou a esse ponto tão essencial nas entrevistas e nem nas sessões subsequentes. Ela sofria, sem dúvida, mas esse sofrimento não pode ser elaborado e enunciado. Dessa situação decorreu o naufrágio de uma demanda para mim. Qualquer que sejam as razões, é certo que adentramos, nesse caso, o terreno da transferência. Arrisco dizer que esse foi o nó da questão que pode responder pelo sua decisão de interromper o tratamento.

## 4.2 O Sr. P.

Entrei em contato com o Sr. P, por telefone, para comunicar a abertura de uma vaga para atendimento clínico fonoaudiológico no Setor de Patologia de Linguagem da Derdic - PUCSP. Nessa ocasião, ele disse que estava esperando por isso e confirmou sua presença numa data que estabelecemos para a entrevista inicial. Quando, ainda neste telefonema, perguntei sobre o problema que o motivara a procurar atendimento na DERDIC, ele hesitou e passou o telefone para outra pessoa (uma vizinha), que informou que “ele era gago”. Pois bem, o seu prontuário na instituição indicava que sua condição patológica era afásica. Considerei essa divergência (gagueira/afasia), assim como sua desistência de continuar ao telefone quando perguntei sobre seu sintoma – nesse ponto ele delegou a resposta ao outro.

No dia fixado para a entrevista, **veio desacompanhado e chegou meia hora antes do combinado**. P. mostrava-se, de fato, interessado no atendimento. Logo tive a certeza de que ele não era gago. Nesta sessão, P. contou que era viúvo e que sua esposa havia falecido um ano antes dele ter o AVE (Acidente Vascular Encefálico). Disse que tinha três filhos (R. com 36 anos; S. com 34 anos e Ra. com 33 anos). Disse, também, que era aposentado e que havia trabalhado na Caloi como revisor de bicicletas; também na Lacta, como empacotador de caixas de chocolate BIS. P. falou que havia fundado uma Igreja Evangélica, em sociedade com um amigo. Dois anos de viuvez e um ano da incidência do AVE, P. disse que estava “de casamento marcado” com W. Fiquei com a ideia de que esse tempo havia sido de mudanças profundas em sua vida e de forte pressão por elaborações importantes. A impressão inicial que tive de P. foi a que ele era alguém “bem resolvido”, que o termo “solidão” não seria aplicável à sua situação atual. Ele morava com dois de seus filhos e estava de casamento marcado com W. Contudo, no decorrer das sessões ele apareceu a fala de que ele se sentia muito sozinho: pouco conversava com os filhos e os contatos com a filha (que não morava com ele) eram espaçados.

Quanto à procura de atendimento na Derdic, o paciente informou que estava sendo atendido por uma fonoaudióloga nas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), mas que, por problema de incompatibilidade de horário, não pode manter aquele tratamento. Por esse motivo, ele havia sido encaminhado para a Derdic. P. contou, ainda, que o atendimento fisioterápico havia surtido efeito: grande parte das sequelas motoras haviam sido superadas: ele não usava mais cadeira de rodas, vinha sozinho de ônibus para a terapia. Segundo ele, apenas o membro superior direito continuava paralisado. Ao final desta entrevista, propus novo encontro e ele enfaticamente afirmou que só poderia fazer terapia fonoaudiológica uma vez por semana, os outros dias já estavam comprometidos com sessões de Fisioterapia (3ª e 5ª na FMU e 4ª e 6ª na UBS perto de sua casa) e de Psicologia (6ª. na mesma UBS). Importa assinalar que, **em nenhum momento, P. se queixou sobre sua fala**. Por outro lado, ele se detinha no discurso sobre como havia ocorrido o AVE sobre as sequelas motoras.

Saí desta entrevista com algumas impressões e questões: (1) a ausência de queixa sobre sua condição de falante e o conseqüente tempo reservado para o atendimento fonoaudiológico; (2) a fidelidade a outros atendimentos e sua (in)disponibilidade para assumir o tratamento fonoaudiológico; (3) a necessidade de esclarecer o porquê do acompanhamento psicológico (ele me parecia uma pessoa “bem resolvida”); (4) a exigência de investigar sua fala e a relação que o paciente entretinha com ela, já que minha escuta pode recolher uma fala com problemas. Decidi, então, proceder a uma sessão de avaliação de linguagem.



## 4.2.1 Diálogos na entrevista

A entrevista abaixo foi gravada, com o consentimento de P. e ela será apreciada, a seguir, pela via dos efeitos de linguagem. Esclareço que **T.** se refere à terapeuta e **P.** ao paciente. Vejamos:

T. Então, o que aconteceu que você veio pra cá...

*P. Eu... Eu vim... A foi: que eu:... Que eu:. Fui fui pra FMU, lá fazenu coisa lá lá nu num tem vaga u: fono. Tem vaga... Aí mando eu vim pra cá.*

T. Ah tá... Você foi lá na FMU?

*P. Lé, é, faz tratamento lá.*

T. Tá...

*P. Mando eu: fono não tinha vaga, pra fono. Aí mando pra cá.*

T. Uhum.

*P. Só tinha outro horário. Outro horário bem-bem cedo, chega cedo, seis e pouco da manhã. Não tinha jeito, pode sê que marco outro, pode sê...*

T. Uhum.

*P. Não dá pra chegá (ri).*

T. Ah tá, aí você saiu, não conseguiu ficar lá por causa do horário?

*P. É:.*

T. Aí você veio pra cá?

*P. É: Aí vem pra cá.*

T. Mas o que aconteceu com o senhor?

*P. Eu é: que eu:... Um ano, um ano e meio atrás / aí eu problema mimão, deu problema, eu vinha vindo do serviço, vindo até em casa, peguei o carro viu o carro até em casa, quando ia chegando, não deu mai pra chegá. Aí vizin-vizinho foi lá e pegou e acabou de chegá o carro / chamo um menino e o menino foi-foi me socorrê. Foi pro hospital, lá fiquei dois dia lá, dois dia no hospital, aí mando pra casa. Aí fiquei usando fralda, usando cadea de roda, aí mia irmã levô pro interior. Fiquei lá: até o fim do ano fiq-fiquei lá. Meio do ano até o fim do ano. Fiquei lá no interior... Tratando lá, aí depois, fim do ano voltei*

*pra São Paulo de novo. Aí eu fiquei/cheguei aqui em dezembro - fevereiro comecei o tratamento.*

T. Uhum...

*P. Né, da FMU. Aí fiquei: quase um ano, um ano e pouco lá.*

T. Uhum...

*P. Aí eu tô lá tratando / aí mando pra cá.*

Introduzir, no corpo deste trabalho, este longo diálogo tem uma razão especial, qual seja: indicar que, a despeito das pausas, hesitações e reformulações que comprometem a fluência da fala de P., ela não obstaculiza a comunicação. P. sustenta uma narrativa construída numa única voz. Aliás, minha participação no diálogo é pautada por enunciados curtos, fáticos, que abrem espaço para a de P., que apresenta uma fala que se alinhava. Fato é que P. pode assumir posição sem ceder ou delegar voz ao outro. Devo esclarecer que o tempo ampliado de sua realização, em função da imprecisão na pronúncia das palavras e da incoordenação pneumofonoarticulatória, fica encoberto na transcrição do diálogo acima. Nas transcrições, perde-se, de fato, o corpo e a voz do falante (LEMOS, 2003)<sup>17</sup>. Nas sessões seguintes, pareceu-me, de fato, que a fala de P. era imprecisa do ponto de vista articulatório e impulsionada pelo uso de ar residual. Decidi aplicar, então, o Protocolo de Avaliação da Apraxia de Fala (Martins, Ortiz, 2004) para testar minha “impressão”. Como o paciente se saiu bem nos testes, descartei a possibilidade de um problema apráxico. Procurei, então, na Deric a fonoaudióloga responsável pelo Serviço de Voz e Motricidade Orofacial. Após analisarmos vídeos de sessões do atendimento fonoaudiológico, concluímos que P. tinha mesmo um problema articulatório e indicamos a necessidade de realização de exercícios de motricidade orofacial.

Frente a isso e à fala hesitante, mas sintática e textualmente articulada, concluí que não havia sintoma propriamente dito na sua produção oral. P.

---

<sup>17</sup> Na escuta de um falante leigo, o efeito de uma fala como esta pode ser o e não apostar que ela será consequente e, por isso, cair na tentação de antecipá-la, atravessando-a.

sustentava uma narrativa, com pouca dependência de minha participação. Em relação à posição de intérprete da própria fala, notei que P. tinha escuta para o que dizia e também para a fala que lhe era dirigida. Em momentos em que sua fala era ininteligível, ou em que usava uma palavra por outra, o próprio paciente a reformulava, sem que eu o incitasse a fazê-lo.

Já, no que diz respeito à avaliação da escrita, começo pela observação de que o paciente sempre se dispunha a realizar as atividades propostas - ou escrevíamos sobre o assunto/texto de que estávamos tratando, ou sobre a leitura prévia de um artigo. Essas atividades geralmente tomavam mais tempo porque P. escrevia com a mão esquerda. Por efeito da lesão. Ele não mostrava problemas quando escrevia espontaneamente, nem sob ditado ou quando copiava. Conclusão: não havia sintomas na escrita. Quando me propus a avaliar a leitura, P. disse que havia “esquecido os óculos em casa”, mas não deixou de ler títulos das reportagens. Mais uma vez, pude notar a acima referida presença de incoordenação pneumofonoarticulatória, mas o paciente conseguia ler e relatar brevemente o que tinha lido.

Com base nesta investigação diagnóstica, propus tratamento fonoaudiológico voltado para a melhora da face articulatória (sensório-motora) da fala. Depois disso, sempre que P. chegava às sessões de atendimento, afirmava que haver realizado os exercícios em casa e mostrava quais e como os realizava. Quero assinalar que muito embora uma queixa sobre a fala não tivesse sido explicitamente apresentada, ele se envolveu com a proposta de tratamento. Com o caminhar das sessões, os encontros foram se tornando um espaço para que ele trouxesse questões de natureza pessoal: relatava os preparativos do seu casamento com W., a reforma que estava fazendo na casa de sua futura esposa; os detalhes da realização da cerimônia, etc.

#### 4.2.2 A queixa e a demanda: oscilações.

A expectativa de P. era que eu o escutassem não como fonoaudióloga. Pareceu-me que ele seu pedido era que eu me detivesse sobre suas questões pessoais - as sessões comigo não pareciam ser motivadas pela necessidade de superação de algum problema relativo à fala (que poderia até ser um ganho desses nossos encontros, como o trabalho com a face articulatória poderia fazer acontecer). Comecei, então, a me interrogar a respeito do envolvimento de P. na terapia da fala. Perguntei a P. como ele se sentia frente às limitações em sua fala. De início, ele respondeu que: “ela ainda não está boa” e apareceu uma queixa sobre sua leitura. Acrescentou que experimentava dificuldade para comentar textos bíblicos: tarefa que cabia a ele na igreja que havia fundado.

T. E como que é na igreja? O senhor trabalhava na igreja né?

P. É.

T. Como que ficou? O senhor continua indo ainda?

P. *Eu continu/o indo ainda. Mas chego lá, falo nada.*

T. O senhor pelo menos ouve o culto?

P. *Ouve o culto. Ouve, entendendo o que fala, mas pra explica...*

T. Uhum.

P., *mas depois eu esqueço (ri).*

T. O senhor não consegue depois... (P. interrompe).

P. Não.

T. Explicar com as suas palavras?

P. *Não consigo. Mas não sei por que (ri).*

T. Hum...

P. *Sei que palavra / não sei explicar mais.*

T. Hum...

P. *E, e aí, dá a oportunidade pra mim, chega lá na frente e eu / eu saúdo os irmãos e falo uma coisa só e sento (ri).*

T. Dá um oi.

*P. É! É!: Pra começar dá a oportunidade para mim, vai no banheiro e na hora de voltar já falei (ri). O microfone já está lá.*

P. tinha, portanto, uma queixa sobre sua fala, e que ela continha uma demanda não muito clara para mim como fonoaudióloga (que eu pude apreender apenas depois desta sessão). P, sem dúvida, se poderia se sair bem nos diálogos cotidianos (com filhos, amigos). De grande impacto para ele foi a perda da posição de orador/comentador dos textos bíblicos nas cerimônias religiosas que conduzia. Ele não havia perdido a possibilidade de “compreender” textos, mas não podia mais comentar, porque ele ficava preso à sequência do lido, incapaz de interpretar (de articular relações outras). Essa “novidade” o fazia sofrer e duvidar de que sua condição como falante estivesse intacta.

O diálogo acima (e outros) levou-me a recolher uma queixa e recebe-la como demanda - a fala “ainda não estava boa”. Embora não direto, seu pedido continha uma autorização para o tratamento na clínica que pratico. A direção do tratamento foi recomposta: as sessões voltaram-se, desde então, para atividades de ler, interpretar e comentar textos de vários gêneros discursivos. Ele prontamente engajou-se nelas e contou que ia receber alta da Psicóloga da UBS, mas, diante das dificuldades que vinha enfrentando para se manter como pastor, pediu para continuar no grupo porque, lá, também, o foco estava voltado para a possibilidade dele “tomar a voz” para abordar temas religiosos. Decidi entrar em contato com a psicóloga já que, por ângulos diferentes, parecíamos sensíveis à mesma questão levantada por nosso paciente: “perda de posição” frente ao outro. Em diversos momentos, pedi a P. me desse o telefone de sua psicóloga. Ele “se esquecia” de trazê-lo – fiquei com a ideia de que P. evitava que um contato entre nós ocorresse. Insisti e, mesmo assim, ele não providenciou o número do telefone que eu havia solicitado.

Não continuei nessa direção. Fiquei com o resultado do tratamento: maior fluência na fala e recuperação tênue da posição de orador. P. aceitou celebrar um casamento. Ainda que não esteja completamente seguro de poder

fazê-lo. Os ganhos mencionados eram sensíveis e decorrentes dos investimentos clínicos feitos. Entretanto, uma resistência ao tratamento se anunciava: o paciente começava a se esquivar do trabalho que articulava leitura-interpretação-comentário de textos lidos. Retornavam as narrativas sobre questões pessoais que envolviam relações familiares. A insistência de P. deste modo de fazer presença nas sessões tornou incontornável problematizá-la. Mais uma vez, eu estava impregnada do sentimento de que a demanda era de outra natureza. Várias sessões giraram em torno desta questão, até P. dizer que o atendimento psicológico seria melhor para ele. O encaminhamento para um atendimento individual foi feito.

O caso de P. foi de atravessado, desde o início, por um cruzamento, uma indecisão, em relação à demanda: para atendimento fonoaudiológico e também psicológico. Esse impasse foi vivido em vários momentos: houve deslocamento da queixa sobre a fala (em função de conquistas clínicas): da fala para a escrita, da escrita para a leitura, da leitura para a interpretação/comentário de textos, para a queda da posição de pastor. Ao mesmo tempo em que os sintomas propriamente afásicos eram trabalhados, ele esperava de mim outra escuta. Nesse espaço de falar e ser escutado – que é o da clínica de linguagem – não é incomum que narrativas pessoais, carregadas de vivências subjetivas, ganhem destaque. Vivências que trazem consigo um sujeito e/em seu sofrimento. Recolher o que dizem é decisivo, mas P. parecia usar suas narrativas pessoais como escudo para o trabalho clínico. Fato é que há limites para a sustentação de um atendimento – foi isto que o atendimento de P. deixou como ensinamento.

### 4.3 O Sr. J.

Liguei para marcar a entrevista com o Sr. J.. Quem atendeu foi F., sua filha. Ao ouvir sobre a disponibilidade de vaga para atendê-lo na Deric, ela ficou muito entusiasmada. Agendamos data e horário – F. fez a observação de que talvez não pudesse acompanhá-lo, mas que sua irmã (R.) iria com o pai. Foi exatamente o que aconteceu. Embora acompanhado por R., J. entrou sozinho comigo na sala de terapia – a filha ficou na sala de espera. Nem um, nem outro fez qualquer resistência à proposta de que eu realizasse a entrevista apenas com ele. Nessa ocasião, J. disse que estava com “problema para falar”, que “às vezes fala bem”, mas que, de repente, “fica tudo misturado”:

T. O que aconteceu para você vir aqui procurar fono?

*J. É: dif/ pra fala. Ah: pra conversa. Umas vez fala assim, ota vez já bagunça tudo, tende? Fica tudo misturado.*

T. Hum...

*J. Dá nervoso que vai fala e / fico nervoso e chego a falar nada.*

T. Entendi.

*J. Aí fico nervoso e dá aquele negócio.*

Para ele era difícil sustentar-se numa fala fluente: ele oscilava entre ora conseguir falar e ora não conseguir. Disso decorria um movimento paralisante: “dá nervoso”, “bagunça tudo”, “chego a falar nada”. Não pude deixar de notar que, em meio à dificuldade, sua fala era comunicativa: ele conseguia “ir ao ponto”. Ele pode contar sua “tragédia pessoal”: no começo de Março de 2014, colocou um marca-passo no coração e, enquanto estava em casa repousando, começou a se sentir mal. Foi ao hospital onde diagnosticaram a ocorrência de AVE. De fato, no relatório médico lia-se que a internação havia ocorrido no dia 02/03/2014 “devido a AVC isquêmico com afasia de expressão”. J. contou, ainda, que, no começo, teve dificuldade de locomoção e de realizar movimentos com o membro superior direito. Quando estive comigo, já havia

superado essas dificuldades - apenas a fala o incomodava! UM incômodo que ganhou corpo no andamento da entrevista. Sua principal queixa era circunscrita à impossibilidade de evocar nomes: queria falar o nome de alguém, esquecia ou trocava nomes. O paciente deu vários exemplos de nomes e tentativas de lembrar outros, de alguns de seus familiares, sem sucesso.

Tal insucesso era flagrante: ele ficava absorto em tentativas (na maior parte das vezes, fracassadas) de “lembrar” e “dizer nomes” de parentes e/ou amigos. Ele apoiava a cabeça na mão esquerda e começava a sussurrar diversos nomes, como se eu não estivesse ali. Por mais que eu tentasse suspender esse solilóquio, J. parecia não me ouvir e permanecia na mesma posição e movimento. Ele afirmava que estava com algum tipo de problema de memória. Tendo em perspectiva que o AVE era recente, toquei na questão da “melhora espontânea” - primeiro com o próprio paciente e depois com sua filha. Considerei que seria ético esclarece-los sobre isso, antes mesmo de propor um acompanhamento para avaliar mudanças no quadro e no paciente. Chamou minha atenção o fato de que, após tal esclarecimento, a queixa relativa à perda da memória ficou atenuada.

#### **4.3.1 Avaliação da linguagem**

No processo diagnóstico, que envolve a avaliação da linguagem, registrei a ocorrência de um ritmo alterado (uma fala muito rápida), cujo efeito foi o pedido para que J. repetisse várias vezes o mesmo enunciado. Em determinados momentos, ele me cortava e interrompia minha fala:

T. Isso te deixa angustiado?

J. *De:ixa / isso que deixa angustiado, que eu fico nervoso com aquele negócio o pessoal...*



T. Hum...

*J. Mas eu vejo as pessoa, vejo as pessoa e e:u conheço todo mundo. Eu tendo todo mundo igual, a Cemi, todo mundo - vejo todo mundo, lembro, des / a lembro o que que é, mas o nome pra falar que é difícil.*

T. Uhum... E quando você fala as pessoas te entendem? Está tranquilo ou//  
(*J. me interrompe*).

*J. A fala dele o nome dele assim eu falo. O nome dela. Fala o nome / eu to lembrando, lembrando, falando / eu to lembrando, mas se eu... Aí se eu já esquece o outro, já esqueço aquele lá de novo.*

T. Uhum...

*J. As pessoa lá / vai as pessoa vim vê. As pessoa vai e eu conhece, as vez, as pessoa tudo, converso sempre falo o nome. Aí eu consigo fala o nome deles. Conversando, aí de repente as a genti já as convers tudo pra fala o nome.*

T. Entendi.

*J. Tem o meu é - como que é? Aqui já esqueci de novo como que é o nome dela. Fala direto, as vez to lembrando o nome lá, pra fala - aí fala. Ela me liga eu falo com ela.*

T. A Fabiana?

*J. É / é meu filho, meu filho. Irmã:o de mim. Me liga pra mim e eu falo com ele. Aí ontem, eu já esqueço quem que é ele.*

T. Seu irmão?

*J. É, meu irmão. Tos, Gus, Gustas, Gustasvi. Vi: que eu esqueci o nome dele. É: sono quasimão, o nome sono irmão gémio.*

[...]

T. E você é casado?

*J. É sou casado.*

T. Com a...?

*J. Ahn? Com?*

T. Qual o nome dela?

*J. É: Ju:ce... Jucemi! Jucemi!*

T. Ju//

(*J. interrompe*).

*J. Jucemi o nome dela, Jucemi!*

T. Jucemi?

J. *É que ele é di costumú: da estrada assim. Agora eu lembro, Jucemi!*

T. Jucemi?

J. *É! Acho que é Jucemi.*

Esse segmento nos permite explorar um pouco o modo de manifestação sintomática que caracteriza o dizer de J. Sua fala é hesitante, marcada por prolongamentos e tentativas de reformulação: “Tos, Gus, Gustas, Gustasvi”; por desordens acentuadas na concordância verbal e verbo-nominal: “as pessoa”, “nós somo”. Há aglutinação de palavras, como, por exemplo: “quasimão”. As reformulações indicam que J. se escuta, embora não tenha sucesso no resultado desses movimentos de retroação. Pode-se dizer que a angústia a que ele se refere liga-se, bastante, ao fato dele “escutar-se e frustrar-se” com acontecimentos que frequentam sua fala.

Do ponto de vista da articulação textual, J. sustentava, ainda que de modo trôpego, a narrativa em primeira pessoa, num encadeamento comprometido. Muitas questões me ocorreram: “Será que J. não escutava essa *performance* de certa forma preservada?”. “Será que as dificuldades de nomeação ganhavam tal dimensão, que o impediam de sua fala com efeito comunicativo?”. Considerei que “escuta estava em causa” - o paciente queixava-se das oscilações na fala: “ora vai bem, ora vai ma1” – difícil era suportar que sua fala possa ser assim.

Em relação à avaliação da escrita, notei que J. resistia às minhas propostas, alegando que por ter cursado apenas até a quarta série, teria dificuldades para ler e escrever. Eu insisti e pude atestar quanto a anomia o perturbava. Pedi que ele escrevesse um texto sobre o almoço de dia das mães. Ele o iniciou a redação, mas parava incessantemente frente à tarefa de nomear os personagens. Sua produção, além do mais, vinha em “estilo telegráfico”: era pautada por restos textuais colocados na sequencia insólita. No decorrer das sessões, disse a ele que, para avaliar sua escrita, faríamos redações de ditado, cópia e de escrita espontânea. A meta era impedir que a escrita fosse

bloqueada pela necessidade de nomear pessoas. J. animou-se, mas disse que tinha mais facilidade para copiar. Comecei por aí, mas notei uma grande dificuldade para realizar a tarefa: o paciente falava a palavra em voz alta e tentava escrever sem copiar. Eu retomava a tarefa. Quando ele compreendeu o que era para ser feito, passou a copiar letra a letra com bastante dificuldade.

O ditado não teve resultado diferente: era tarefa difícil para J. Lancei mão de palavras extraídas de um texto que tínhamos acabado de ler: ele parecia não saber o caminho para grafar as palavras e, de um modo geral, não conseguiu redigir - quando muito, escreveu letras soltas da palavra ditada. Enquanto o paciente escrevia, ele repetia para si a palavra a ser escrita e perguntava se ela tinha “n”, “m”, “i”, “e”. Resolvi, então, soletrar para ele. Mas também, sem sucesso: eu falava “i” e ele escrevia “e”. Em seguida eu disse: “i de igreja” e J. tentou escrever “igreja”. Apareceu, para mim, a questão de se ele teria algum problema de compreensão da fala endereçada a ele (ou se ele estava esbarrado na deficiência da alfabetização). Questões...

Como se vê, fiquei frente a frente com um problema relativo à sua condição de escrevente: mesmo levando em conta a alegada precariedade de sua alfabetização, como explicar que, na escrita espontânea, palavras e restos de palavras fossem grafadas, enquanto sob ditado e na tarefa de copiar, ele experimentasse tanta dificuldade? Desenhar palavras parecia mais difícil que evocá-las. Por quê? Impossibilidade de lê-las? Dificuldade visual? Motora? Também na cópia, em que está explicitamente colocada uma relação recíproca entre oralidade e escrita, o que determinaria o desencontro (entre o dizer e o grafar) experimentado por ele? Questões que não pude elucidar e que persistem para mim. Fato é que sempre que eu propunha atividades de leitura, J. olhava para o lado, remexia-se na cadeira, desconfortado com meu pedido. O paciente dizia que não tinha o hábito de ler, só lia manchetes - não gostava de jornal ou revista, mas que se tivesse que ler algo relacionado a “salgados” (seu trabalho profissional), era mais fácil.

Em meio às atividades implicadas no diagnóstico de sua condição como leitor-escrevente, registrei grande movimento na fala (melhora espontânea?),

que se apresentava mais fluente e com ritmo se aproximando do que se tem como “normal”. Também, o nervosismo de não conseguir evocar o nome dos familiares se dissipou. Quando J. não conseguia nomear pessoas, pedia para terem “paciência com ele”. J. passou a sair de casa sozinho e voltou a trabalhar na lanchonete: ali conversava com pessoas e tentava “guardar o nome delas”. Vejamos um segmento desse outro tempo: Note-se que ele não me interrompe mais e que sua fala ganha clara articulação sintática:

*J. O carro tá todo batido atrás eu só encostei o carro, não fez nada no carro dele! Aí falei com ele “não:”. E falei do seguro pra ver o que fez fez aí.*

T. Isso vindo pra cá... Que aconteceu?

*J. Foi agora, eu vinha com pressa. Descendo quase chegando. Aí ele saiu, ele ando, no que ele ando eu também andei aí ele paro dum vez e paro e: chego a encostar nele.*

T. Chegou a encostar um pouco?

*J. Só encostei um pouco e o cara fica (S.I.) “sô da prefeitura não sei o que”. Foi liga, aí marca telefone tudo, aí demora. Demorou eu... Demorando...*

[...]

T. E está começando a semana só, né...

*J. É.*

T. Pra que tudo isso?

*J. Aí marco o telefone tudo e eu falei ah:... Faz o que você quiser, vai no seguro e paga.*

T. Uhum...

*J. O cara tava aqui, os cara num faz nada num-num-num é:. Quantos cara já bateu na traseira do meu carro bate e uma coisinha que não faz nada e eu falo “não, pode i embora, pode i embora”. E agora uma coisinha de nada, só encostada. Nem-nem: ralo o carro.*

### 4.3.2 Considerações sobre o tratamento

Ponto importante de ser considerado no caso de J. foram as frequentes faltas: no início do tratamento, ele era assíduo, não faltava nem chegava atrasado. Com a nítida melhora da fala e o reconhecimento deste fato pelos familiares, o paciente começou a faltar e a chegar atrasado. Os motivos das faltas eram sempre referidos a atendimentos médicos: ele dizia aos familiares que estava se sentindo mal e que precisava ir ao médico: trocar e pegar remédio e/ou fazer exames. Frente a isso, disse que ele deveria marcar médicos em dias que não tivesse tratamento na Derdic. Vale a pena ressaltar o valor que “médico” tinha para J.. Eu assinalava a melhora de sua fala, porém, apenas quando a médica cardiologista afirmou que ele estava falando melhor é que ele se convenceu desta mudança. Sempre que eu abordava os atrasos, J. dizia que já estava na sala de espera me aguardando e que eu não é que não havia chamado. Afirmei que eu era avidada pelas secretárias de sua chegada. De todo modo, eu o atenderia nos minutos restantes de seu horário.

Apesar da confiança irrestrita nos médicos, depois de um tempo, o paciente voltou a comparecer no horário e me trazia “salgados”, que vendia na lanchonete. Entendi esse gesto como um agradecimento pelo trabalho. Também, J. passou a dar os lanches para as secretárias e a conversar com elas sobre os sabores. Perguntava se queriam que ele trouxesse mais. Em outras sessões, J. trouxe os netos “para me conhecer”. Apesar da manifesta satisfação com as mudanças operadas na fala (espontaneamente ou motivadas por algumas das intervenções feitas por mim), ele diluía o enquadre clínico com seus movimentos.

Estávamos no final do semestre. Disse a J. que aguardaria seu retorno para falarmos sobre seu tratamento e eventual alta. No início do segundo semestre de 2014, retomamos o atendimento e o paciente voltou a faltar e a chegar atrasado, fiz as mesmas pontuações anteriores, mas elas não surtiram efeito. Decidi, em supervisão, diminuir a quantidade de sessões: J. não precisava ser atendido duas vezes por semana. Sua fala estava mais fluente e

as questões da leitura e escrita pareciam mesmo estar relacionadas com o nível de escolaridade. O próprio paciente alegava: “sempre escrevi faltando letra”: a escrita não tinha para estatuto de um sintoma decorrente do AVE não era algo, portanto, de que ele se queixasse. Nessa mesma perspectiva, entendi que a demanda dirigida a mim e ao tratamento da linguagem arrefecia. Disse a J., nesta ocasião, que ele poderia voltar para a escola e ele, surpreso, respondeu e não saber que poderia voltar para a escola – pediu ajuda para que eu o encaminhasse para que esse investimento fosse feito. Quando indiquei alternativas, ele recuou afirmando que escrever não tinha tanta importância para ele. Nesse ponto, a alta pareceu-me inquestionável.

Entre os três casos apresentados, no de J., a queixa foi explicitamente feita (sofrimento pela nova e precária condição de falante pós AVE). A demanda por atendimento na Clínica de Linguagem foi consequente. A melhora espontânea jogou um papel nesse caso, mas este paciente, de fato, fez transferência comigo como sua terapeuta de linguagem – o que promoveu sua implicação nas atividades propostas durante o processo diagnóstico, bem como o enfrentamento dos desafios do tratamento. Nos primeiros tempos, ele pode sustentar posição na clínica e dar espaço para a minha. Contudo, as mudanças na fala, ele foi se distanciando do tratamento, um movimento explicitamente marcado por sucessivas faltas e atrasos e, também, pela tentativa de diluição do setting clínico.

Os três casos apresentados afetaram profundamente minha formação como clínica de linguagem e foram eles que motivaram as reflexões desenvolvidas nesta dissertação, ainda que sejam, em certa medida, iniciais. Teorização mais verticalizada sobre temas como transferência, queixa e demanda está no horizonte deste trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da realização desta dissertação, procurei mostrar que, numa Clínica de Linguagem comprometida com seu objeto - as falas sintomáticas - e com uma teorização sobre a linguagem e o sujeito falante, tem como questão incontornável **interrogar a prática clínica e se deixar interrogar por ela**. De inequívoca importância, nesse enquadre, é a problemática da singularidade de cada caso. Aliás, se a doença (a afasia) retira espaço de fala para o afásico, essa retirada não tem efeito uniforme sobre cada sujeito afásico - é mesmo de singularidade que se trata. Escrever um caso, implica fortemente a pessoa do clínico, como procurei mostrar nos capítulos II e IV. Tenho em conta que um tema destacado pode promover re-elaboração do saber clínico – acontece, nessas circunstâncias, que “o método clínico torna-se (...) tributário da consideração do caso como constituindo um método próprio de inscrição de um sujeito na linguagem” (VORCARO, 1999, p.107). Este é um efeito desejado na escrita de caso

Esta dissertação foi suscitada pela afetação clínica que foi produzida em mim como terapeuta, então, iniciante. Ela se volta para temas clínicos e levanta questões sobre o manejo da queixa/demanda. Interrogar a experiência e deslocar questões que levam à interrupção de um atendimento participa da aposta de construção de novos procedimentos clínicos. A inclusão da problemática da singularidade implicada num caso pode, como ensinou Freud, pode impulsionar teorizações, como mostraram Nasio (2001) e Porge (2009) e Vorcaro *et al* (2015).

Dizer, apenas, que “cada caso é um caso” é repetir um bordão, um jargão. Foi por isso que, tendo sido afetada pelos três atendimentos relatados no capítulo IV, considerei importante dar um passo na discussão sobre o que se concebe como “caso clínico” e “escrita/relato de caso” são temas presentes no campo das clínicas. Segundo Viganó (1997), “caso” tem raiz etimológica no

latim, *cadere*: “cair”, “para baixo”. O termo “clínica” vem do grego *Kline*: “leito”. Com isso podemos entender que algo num atendimento “cai” e faz dele um “caso”, cai para baixo do enlaçamento entre simbólico/imaginário e intriga. “Caso” remete, então, ao encontro do clínico com um “não dizível”. Trata-se, assim, o clínico “curvar-se” frente a ele (VORCARO *et al*, 2013).

A teorização sobre clínica com afásicos encaminhada no Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”, iniciada e trabalhada por Fonseca (1995, 2002 e outros), com presença de Lier-DeVitto nas discussões dos pesquisadores e clínicos do campo<sup>18</sup>, postularam que a afasia é tanto um problema linguístico, quanto subjetivo. E ainda, que o afásico é um falante, ainda que não o mesmo de antes do acontecimento cerebral. Tratei de insistir, considerando que nunca é demais, na questão do “estranhamento” que pacientes afásicos sentem frente ao próprio dizer e também da perturbação do clínico diante da fala/escuta fragmentada e intermitente do afásico.

Meus casos clínicos ratificam essas afirmações e, se fazem aparecer um sujeito em sofrimento, esse sofrimento articula a escuta, pelo falante, de sua fala prejudicada com o efeito que esta escuta produz: queda da posição de falante. Pelo fato de um clínico de linguagem estar em posição de acolher a queixa e a demanda que lhes são dirigidas pelo paciente, a temática da transferência (que envolve a questão da demanda) e de seu manejo jogam um importante papel na sustentação do tratamento. É nesse ambiente que o movimento em direção à Psicanálise pode ser justificado, como procurei. Movimento, este, que não deve perder de vista os limites que discernem a clínica de linguagem e a clínica psicanalítica. Fato é que esse limite é muitas vezes tênue uma vez que o encontro com a fala de um sujeito é um acontecimento que nem a Clínica de Linguagem, nem a Psicanálise pode se esquivar - é importante ressaltar que escuta é construída em cada uma dessas esferas: cada uma dessas clínicas implica abordagens e manejos clínicos

---

<sup>18</sup> (LANDI, 2000; MARCOLINO, 2004; CATRINI, 2005, 2011; TUMIATE, 2007; TESSER, 2007; GUADAGNOLI, 2008; TESSER, 2012; FACHINI, 2013, entre outros).



distintos, ainda que as concepções de linguagem e de sujeito possam aproximá-las.

Espero ter podido levantar questões e acrescentar contribuição à Clínica de Linguagem com as discussões que foram encaminhadas neste trabalho. De minha parte, fica o compromisso de aprofundar e articular de forma verticalizada, em estudo futuro, temas introduzidos nesta dissertação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANDRADE, L. Os efeitos na fala como acontecimentos na clínica fonoaudiológica. **Letras Hoje**. V.36, n.3, p.261-265. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2001.

ALLONNES, C. R. **La demarché clinique en sciences humaines: documents, méthodes**. Paris: Bordas, 1989.

ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. 182f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. **O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro**. In Maria Francisca Lier-De Vitto (org.) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem* (23: 39). São Paulo: Cortez Editora, 1994.

BALY, M.E. **Florence Nightingale and the nursing legacy**. Beckenham, U.K., Croom Helm, 1986.

BEARD, George. **Neurasthenia, or nervous exhaustion**. Boston Medical and Surgical Journal, Boston, v.80, p.217-221, 1869.

\_\_\_\_\_. **American nervousness: its causes and consequences**. New York: Putnan Sons, 1881.

\_\_\_\_\_. **A nervosidade americana**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.1, n.1, p.176-185. 1.ed., 1880.

CANCELA, D. **O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação**. O Portal dos Psicólogos, 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943/1990.

CAON, J. L. **O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa**. *Psicologia: reflexão e crítica*, 7 (2), 145-174, 1994.

CARVALHO, G.M.M. 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.

CATRINI, M. **A marca do caso: Singularidade e Clínica de Linguagem**. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

\_\_\_\_\_. **Apraxia: A Complexa Relação entre Corpo e Linguagem**. 2011. 136f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

DEBORAH J. Cook; Gordon H. Guyatt; Andreas Laupacis; David L. Sackett; and Robert J. Goldberg. **Clinical Recommendations Using Levels of Evidence for Antithrombotic Agents**. downloaded from: <http://journal.publications.chestnet.org/on> 23/10/2016. HEST/108/4/OCTOBER, 1995/Supplement.

DE LEMOS, C. **Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original**. Iberoamericana (1977-2000) 8. Jahrg., No. 1 (21) (1984), p. 3-16, 1982.

\_\_\_\_\_. **Língua e discurso na teorização sobre aquisição da linguagem**. Letras de Hoje, v. 30, nº 4. Porto Alegre, Br.: EDIPUCRS, 1995.

\_\_\_\_\_. **Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação**. Eni Orlandi (org.) História das ideias linguísticas. Campinas: Pontes, 2002.

FACHINI, S.R.V. **A Posição do Investigador: Reflexões sobre Ética, Método e Análise**. 2013. 117f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

FREUD S. **Sobre o início do tratamento**.. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. [Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas], 1913.

\_\_\_\_\_. **La Afasia** (R. Alcade, Trad.). Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1973.

\_\_\_\_\_. Obras Completas (Imago) – Vol. 12 (1911-1913)

\_\_\_\_\_. Um caso de Histeria, Três Ensaio sobre sexualidade e outros trabalhos – Vol. 7 (1901 – 1905).

\_\_\_\_\_. Recomendações soas jovens médicos – Vol. 12 (1917)

\_\_\_\_\_. Contribution à la conception des aphasies. Paris: Presses Universitaires de France. (Texto original publicado em 1891), 1983.

FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória**. São Paulo: Escuta, 1992.

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.

\_\_\_\_\_. **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.

FONSECA S.C., VIERA C.H.. **A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas**. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 101-106, abril, 2004.

FONSECA S.C. **Interacionismo, afasia e clínica de linguagem**. Cad.Est.Ling., Campinas, 47(1) e (2): 159-166, 2005.

FONSECA, S. C. ; VORCARO, A. . O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In: M. F. Lier-DeVitto; L. Arantes. (Orgs.). **Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem**. 1a ed. São Paulo: Cortez Editora Ltda., 2006.

FOUCAULT, M. (1987) **O nascimento da clínica**. São Paulo; Editora Forense Ltda.

LEMOS, M.T. (1992) Sobre o que faz texto. **Revista Delta**, v. 8, n.1. São Paulo: Educ.

GALDEANO L.E., ROSSI L.A., ZAGO M.M.F. **Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3): 371-5.

GUADAGNOLI, C. F. **Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

IETA V., CUNHA M.C. **Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico**. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 12(4): 329-34.

JACKSON, J. H. (1874/1958). **Selected Writing of John Hughlings Jackson**. Ed. By James Taylor. London, Staple Press, 2.

JAKOBSON, R. **Dois aspectos da linguagem e depois tipos de afasia. Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

JANET, Pierre. **Les névroses**. Paris: Ernest Flammarion, 1909.

JENSEN, D.M. **Student's Handbook on Nursing Case Studies**. New York. The Macmillan Company, p.31-40, 1932

LAPLANCHE, J. **O inconsciente e o id**. São Paulo: Martins Fontes, 1981/1992

LACAN, J.. **O seminário: livro 3 – as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981/2002

\_\_\_\_\_. **Apresentação das memórias de um doente dos nervos**. In: Lacan. J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 219 – 223, 2003.

LANDI, R. **Sob efeito da Afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações**. 2000. (Dissertação de Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

\_\_\_\_\_. Quando o sintoma na escuta: considerações sobre o diagnóstico na clínica de linguagem com afásicos. In: M.F.Lier-DeVitto; L. Arantes. (Org.). **Aquisição, Patologias e Clínicas de Linguagem**. p. 341-348. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006.

\_\_\_\_\_. **O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência**. Ver. Kairós Gerontologia, São Paulo, 12 (2), nov, p. 33-45, 2009.

LEMOS, M.T. **Sobre o que faz texto**. Revista Delta, v. 8, n.1. São Paulo: Educ., 1992.

LIER-DE VITTO, M.F. **Raízes genéticas: implicações e complicações**. **Cadernos de estudos linguísticos**., v. 26: p. 17-25. Campinas: Editora de Unicamp, 1994.

\_\_\_\_\_. **Sobre o sintoma: déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda...?** *Letras de hoje*, v.36, nº 3 (245: 253). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

\_\_\_\_\_. **As margens da Linguística: falas patológicas e a história de um desencontro**. In Anais, 9. International Conference on the History of Language Sciences, São Paulo: Edusp, 2002.

\_\_\_\_\_. 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: fora de tempo, fora de lugar**. *Cad.Est.Ling.*, Campinas, 47(1) e (2):143-150, 2005.

\_\_\_\_\_. **Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a Linguística e a Psicanálise**. In: SILVEIRA, E.M. (org.). *As bordas da linguagem*. 1ed. Uberlândia-MG: EDUFU, 2011a, v.1, p.57-67.

LIER-DE VITTO & ARANTES. **Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos**. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, Br.: EDIPUCRS, v. 33, n. 112 (65: 71), 1998.

\_\_\_\_\_. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP: p. 11-17, 2006.

MARCOLINO, J.F. **A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento**. 2004. 115f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?** 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003/2010.

MENDES, A.A. **O efeito-equipe e a construção do caso clínico**. 2014 Tese (Tese em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

MILNER, J.C. **O amor da língua**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1987.

\_\_\_\_\_. **Introduction à une science du langage**. Paris: Le Seuil, col. Travaux linguistiques, 1989.

MOURA A., NIKOS I. **Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica**. Pulsional Revista de Psicanálise, ano XIII, no 140/141, p. 69-76 2000.

NASIO J-D. Que é um caso? In: Nasio J-D. (org.). **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. p.9-22, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

National Institute on Aging, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services, US Department of State; **Why population aging matters: a global perspective Bethesda (MD)**. p.1-32., 2007.

PEREIRA L.T.K., GODOY D.M.A., TERÇARIOL D. **Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica**. Psicol. reflex. crit.; 22(3):422-9, 2009.

PORGE, E. **Jacques Lacan um psicanalista: percurso de um ensino**. Brasília: Ed. UnB., 2006.

\_\_\_\_\_. **Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje**. Campinas, SP. Editora da Unicamp., 2009.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**. Rio de Janeiro, Zahar. 2000.

\_\_\_\_\_. **Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 2002.

STAKE, R.E. **Handbook of qualitative research**. Londres: Sage, 1994.

STAKE R.E. **Case studies**. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds). Handbook of qualitative research. London: Sage; p.436, 2000

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 1916/1991.

SCHOPENHAUER, A. **O mundo como vontade e representação**. Rio de Janeiro, Contraponto, 2001.

SOBRINO, A. **Dizer o ditto: a questão da interpretação na Fonoaudiologia**. Rev. Distúrbios da Comunicação, v.8, n.1 (23-39). São Paulo: EDUC, 1996.

STRONG K., MATHERS C., BONITA R. **Preventing stroke: saving lives around the world**. Lancet Neurol; 6 (2):182-7., 2007.

TESSER E. **Reflexões sobre o diálogo: sob efeito da clínica de linguagem com afásicos**. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. **O diálogo na Clínica de Linguagem: considerações sobre transferência e intersubjetividade**. 2012. 109f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

TUMIATE, CF. **Considerações sobre o agramatismo: seus traçados e tropeços**. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, LAEL/PUC-SP, 2007.

VENTURA, M.M. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**. Rev SOCERJ.; 20 (5): 383-386 setembro/outubro, 2007.

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

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em Saúde Mental**. Em: Curinga, no. 13, p. 50-58, 1999. Belo Horizonte.



VORCARO, A. **Sobre a clínica interdisciplinar, em: Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social**, Rio de Janeiro, Cia de Freud, 1999.

VORCARO, A.; MENDES, A.A.; MIRANDA, N.; SOUTO, B. **Construção do caso clínico em instituições**. p.1-26. 2013

VORCARO, A.; MENDES, A.A.; RESENDE, A.O.; FIDELIS, K. **A clínica do caso construído em instituições**. p.1-22, 2015

YOSHIDA, W.B. **Redação do relato de caso**. J Vasc Bras; 6(2):112-113, 2007.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. **Neurastenia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.431-446, 2010.

\_\_\_\_\_. **Psicastenia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, dez., p.421-430, 2010.

\_\_\_\_\_. **Hipóteses etiológicas sobre a neurastenia na obra de George Beard e seus contemporâneos europeus**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 3, set., p. 512-523, 2009