

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

MARIA FERNANDA CESTARI DE CESAR

Queixa e Demanda na Clínica de Linguagem com Pacientes Afásicos

Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia da PUC-SP

Sob orientação da Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca

E co-orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes

São Paulo

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Maria Fernanda Cestari de Cesar

Queixa e Demanda na Clínica de Linguagem com Pacientes Afásicos

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de GRADUADO em Fonoaudiologia, sob orientação do Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca e co-orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

São Paulo

2014

Banca Examinadora

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos,
a reprodução total ou parcial desta dissertação,
por processos fotocopiadores ou eletrônicos,
desde que citada a fonte.

Assinatura: _____

Local e data: _____

*Aos meus pais, Reinaldo e Maria, pelo amor incondicional
e ao meu irmão, Fernando, pelo carinho e apoio.*

Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz. Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional, você simplesmente desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas. (Steve Jobs).

AGRADECIMENTOS

À Dra. Suzana Carielo da Fonseca, pela confiança, carinho e paciência dispensados a mim e a esta pesquisa. E, também, por me apresentar a Clínica de Linguagem e por me envolver com seu encantamento pelas afasias.

À Dra. Lúcia Arantes, pela formação, por me contagiar com a paixão por aquilo que faz e com seu humor marcante.

À Mariana Emendabili, por aceitar ser parecerista deste trabalho e pela leitura atenta e pelas pontuações na banca de qualificação.

Aos meus pais Reinaldo e Maria, pelo apoio, pelas conversas e pelos olhares carinhosos.

Ao meu irmão Fernando, pelos momentos de conforto e risadas.

À Derdic, lugar que me formou enquanto terapeuta e permitiu a realização desta pesquisa.

RESUMO.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
OBJETIVOS	12
1. OBJETIVO GERAL.....	12
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
JUSTIFICATIVA	13
METODOLOGIA DE PESQUISA	15
CAPÍTULO 1:.....	18
SOBRE A CLÍNICA DE LINGUAGEM COM AFÁSICOS	18
1.1 A AFASIA COMO UM PROBLEMA DE LINGUAGEM.....	19
1.2 OS DESDOBRAMENTOS SUBJETIVOS DA AFASIA	22
1.3 A CLÍNICA DE LINGUAGEM COM AFÁSICOS.....	23
<i>1.3.1 Sobre queixa e demanda na clínica de linguagem com afásicos.....</i>	<i>27</i>
CAPÍTULO 2:.....	32
SOB O TESTEMUNHO DA CLÍNICA	32
2.1 CASO 1	32
2.2 CASO 2	39
2.3 CASO 3	46
2.4 ALGUNS RESULTADOS DOS ESTUDOS DE CASO.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
MEMORIAL DE FORMAÇÃO	62

Este trabalho traz uma discussão sobre a clínica de linguagem com pacientes afásicos, mais especificamente sobre a centralidade, no seu exercício, do manejo particular do par “queixa/demanda”. Para tal, procedeu-se a (1) um levantamento bibliográfico dos trabalhos sobre o tema no interior do Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” (coordenado pelas profas. Dras. Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes) e (2) a uma discussão de três casos clínicos atendidos por mim no Estágio “A clinica de linguagem com afásicos: Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico” (supervisionado pela Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca), oferecido pelo Serviço de Patologia da Linguagem na Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação – Derdic – da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) representa, portanto, um mergulho na proposta teórico-clínica de abordagem da afasia configurada na articulação entre os trabalhos dos pesquisadores filiados ao Grupo antes referido (FONSECA, 1995; LANDI, 2000; FONSECA, 2002; MARCOLINO, 2004; CATRINI, 2005; TUMIATE, 2007; TESSER, 2007; GUADAGNOLI, 2008; CATRINI, 2011; TESSER, 2012; FACHINI, 2013). Para eles, a afasia é “fala em sofrimento que produz conflito subjetivo” (FONSECA, 2002). Exploro aqui a originalidade de tal proposição, que privilegia um modo muito específico de abordar o sintoma afásico, seus efeitos sobre os sujeitos e as especificidades das ações clínicas demandadas no enfrentamento de tal condição patológica. Assim, no capítulo 1, a questão central gira em torno da investigação sobre o modo como o par queixa/demanda comparece na reflexão dos pesquisadores do Grupo “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” que voltaram sua atenção para a afasia. No capítulo 2, realizo uma leitura dos meus três casos clínicos, levando em conta a reflexão encaminhada, ainda nesse capítulo, eu dialogo com os autores relativamente à questão-problema que orienta este estudo – queixa x demanda na clínica com afásicos.

Nos primeiros dois anos do Curso de Fonoaudiologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUCSP, muito se discutiu a respeito do processo de aquisição de linguagem e das patologias infantis. Posso afirmar que até aquele momento o meu conhecimento a respeito de distúrbios de linguagem em adultos era mínimo. Para preencher essa lacuna, senti a necessidade de ingressar em um estágio que ampliasse meu conhecimento sobre esse tema. A afasia – patologia de linguagem que acomete também adultos¹ - sempre foi um assunto que me interessou. Foi, então, com alegria que comecei a estagiar no Serviço de Patologia da Linguagem, na DERDIC-PUC/SP, e atender meu primeiro paciente adulto, o Sr. W. Minha porta de entrada nessa prática clínica foi, contudo, um enfrentamento da literatura sobre o tema, com um objetivo claro de me embasar teoricamente antes de me encontrar com o paciente.

Devo dizer que o Sr. W. aderiu ao tratamento proposto por mim sem grandes problemas. Em alguns meses de atendimento pude, inclusive, observar melhora na sua fala. Porém, devido a problemas de saúde, a terapia teve que ser interrompida. Já o atendimento de outro caso – o de uma senhora afásica - suscitou, desde o início, indagações que envolviam questões relativas à queixa e, conseqüentemente, demanda para a terapia fonoaudiológica. Com o desdobrar do atendimento, o caso teve um desfecho que infelizmente não me surpreendeu: a Sra. N. abandonou o tratamento fonoaudiológico. Essa dupla experiência me levou a questionar o quanto é importante problematizar queixa e demanda e sua relação com a adesão (ou não) ao tratamento clínico no campo da Fonoaudiologia.

Sabe-se que, desde Freud (1913), o que move uma clínica é o sofrimento do paciente e seu desejo² de ser curado. Portanto, o sofrimento é um ponto de partida fundamental que responde pelo fato de um sujeito procurar ajuda profissional. Manter tal decisão depende de algo mais: de que a queixa seja transformada em demanda (QUINET, 2000). No âmbito da clínica de linguagem, como disse anteriormente, a realização das entrevistas iniciais se configura como um espaço de abertura para que o paciente exponha os motivos pelos quais solicita ajuda do fonoaudiólogo, bem como se traduz em

¹ As afasias se manifestam tanto em crianças quanto em adultos.

² Entendo que o uso do termo “desejo” terá que ser problematizado aqui, na medida em que ele se articula com o do termo “demanda”. Afinal, trata-se de conceitos forjados no âmbito da Psicanálise. Em momento oportuno, isso será feito por mim.

possibilidade para direcionar sua queixa para o outro, incluindo-o³ no seu desejo de ser curado.

Torna-se importante, portanto, esclarecer a diferença entre queixa e demanda, também quando o que está em questão é a clínica de linguagem. A primeira é um modo de o paciente manifestar através da sua fala um problema ou um incômodo. Por outro lado, a demanda implica um saber suposto ao terapeuta de fazer o sintoma se modificar (ou ser superado). Essa última, portanto, tem relação com o desejo de um sujeito de responder a uma interrogação que o faz ser de determinada maneira (ARANTES, 2002; FONSECA, 2002, 2006/2007; LANDI, 2006/2007). A demanda é, então, um ponto fundamental na clínica: sem dúvida alguma o andamento do tratamento depende da aposta que um sujeito faz para melhorar. Nesta aposta, o terapeuta é incluído no sintoma do paciente, como procurei assinalar. Note-se que esse pedido coloca a questão referente à necessidade de instauração de um campo transferencial no qual o tratamento é manejado. Diferentemente da clínica com crianças, cuja demanda deve ser, via de regra, sustentada pelos pais (ARANTES, 2002), na clínica com adultos, cabe ao próprio sujeito sustentá-la (FONSECA, 2002; 2006/2007).

É preciso que se diga que a minha formação no Estágio se fez à luz do conceito de *clínica de linguagem*, conforme desenvolvido no Grupo de Pesquisa (CNPq) "Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem". Por essa razão, fiz um mergulho em trabalhos desta vertente cujo foco está voltado para o exercício desta clínica com afásicos. Meu propósito foi o de recuperar um caminho de discussão iniciado com o mestrado de Fonseca (1995) e desdobrado em trabalhos posteriores de autores, tais como: Landi (2000), Fonseca (2002), Marcolino (2004), Catrini (2005, 2011), Tumiate (2007), Tesser (2007, 2012), Guadagnoli (2008) e Fachini (2013). Este trabalho trouxe à cena, ainda, uma pesquisa de campo em que discuti, a partir do testemunho da clínica, a especificidade do par queixa/demanda em 03 casos clínicos atendidos por mim na Derdic. Espero que as conclusões a que pude chegar contribuam para o aprofundamento da reflexão encaminhada no Grupo antes referido.

³ 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.

1. Objetivo Geral

Investigar a natureza da relação entre queixa-demanda e seus desdobramentos no exercício de uma clínica de linguagem voltada para o atendimento fonoaudiológico de pacientes afásicos.

1.1 Objetivos Específicos

- Refletir sobre o manejo clínico da presença/ausência de demanda para a mudança na condição de falante no atendimento fonoaudiológico de 03 afásicos adultos;
- Cruzar os dados obtidos nesses três atendimentos realizados por mim na Clínica de Audição, Voz, e Linguagem Dr. Mauro Spinelli, da Derdic/PUCSP para apreender singularidades e/ou regularidades na abordagem deste tema clínico;
- Contribuir para a reflexão em torno do tema aqui proposto no âmbito do Grupo de Pesquisa (CNPq) “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”.

No decorrer do Curso de graduação em Fonoaudiologia não tive oportunidade (nas disciplinas práticas e nos estágios curriculares) de atender adultos, pois o enfoque esteve muito mais voltado para a discussão sobre aquisição e distúrbios da linguagem em crianças. As disciplinas relacionadas com a afasia eram poucas e com predomínio da abordagem neurológica, razão pela qual eu me questionava sobre qual seria o papel do fonoaudiológico no atendimento desses pacientes.

Vi num edital para seleção de estagiários no Serviço de Patologia da Linguagem, da Derdic-PUCSP, uma oportunidade para encaminhar, tanto do ponto de vista teórico, quanto clínico, a indagação a que me referi anteriormente. Nesse estágio extracurricular, a formação em Clínica de Linguagem é o fundamento para atender afásicos adultos. Com o passar dos atendimentos e das supervisões clínicas pude notar que se trata de uma área com reconhecimento e relevância científica para o campo da Fonoaudiologia.

Nessa perspectiva, vale lembrar que, segundo o *National Institute on Aging e National Institutes of Health* (2007), nos países desenvolvidos haverá um aumento em torno de 140% da população com 85 anos ou mais nos próximos 16 anos. Isso implica que em algumas décadas as doenças crônicas, tais como, doenças cardiovasculares, demência, Alzheimer entre outras, sofrerão um grande acréscimo. Em 2007, Strong *et al* já chamavam a atenção para o fato de que, em 2005, nos países de baixa e média renda, os acidentes vasculares encefálicos causaram cerca de 5,7 milhões de óbitos. Não se deve perder de vista, porém, que muitos pacientes não apenas sobrevivem, mas sobrevivem com sequelas (motoras, linguísticas, etc.). Levando isso em consideração, pode-se concluir que muitos desses sobreviventes sejam candidatos potenciais ao tratamento fonoaudiológico.

Cancela (2008) atenta para o fato de que, dentre os principais fatores de risco para o Acidente Vascular Encefálico (AVE), deve-se destacar: hipertensão arterial, tabagismo, colesterol elevado, obesidade, hereditariedade, sedentarismo. Porém, devemos levar em consideração que a afasia é consequência não só de 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 incidência da

afasia e, conseqüentemente, da necessidade de profissionais fonoaudiólogos especializados no tratamento de tais pacientes.

Outro dado que devemos ter em conta é que as vertentes teórico-clínicas predominantes na Fonoaudiologia são de cunho organicista, ou seja, sustentadas pelo saber médico que, como assinalou Fonseca (1995, 2002), baseia-se num raciocínio causal (cérebro → linguagem) que, ao colocar o cérebro (a lesão) no centro, marginaliza a linguagem e o sujeito falante. Considero ser necessário ter um olhar que vá além da lesão orgânica e abra possibilidade de se abordar o sintoma linguístico e o sujeito como centrais na manifestação da afasia. Este Trabalho de Conclusão de Curso representa, portanto, um mergulho numa proposta teórico-clínica de abordagem desse quadro patológico que privilegia outro modo de ver o sintoma afásico e seus efeitos sobre os sujeitos. Representa, portanto, outro modo de ver e fazer a clínica que os acolhe, qual seja, aquele proposto no âmbito do Grupo de Pesquisa (CNPq) “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”.

Este trabalho de investigação conta com um duplo movimento metodológico: de um lado, com a revisão bibliográfica pertinente ao tema no âmbito do Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” e, de outro, com uma pesquisa de campo que inclui a discussão de 03 casos clínicos atendidos por mim na Clínica de Audição, Voz e Linguagem “Dr. Mauro Spinelli”, da Derdic-PUCSP. Essa última se realizará tendo em vista a adoção do dispositivo “estudo de caso”, fundamentado nos pressupostos teórico-clínicos implicados na revisão bibliográfica antes referida.

O Estudo de Caso, como se sabe, é um procedimento utilizado na clínica com o objetivo de compreender e planejar a intervenção. Diferentes técnicas e suas respectivas vertentes teóricas lhe servem de fundamento (PEREIRA *et al*, 2009). De acordo com Nasio (2001, p.11):

a expressão ‘caso’ designa, para o analista, 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*.

Vale dizer que o termo “caso” é utilizado de maneira diversa em diferentes vertentes. No discurso médico, a expressão faz referência a um sujeito “rotulado” por sua doença, por exemplo, “um caso de lesões na pele”, “um caso de dor de cabeça severa” (NASIO, 2001). Galdeano *et al* (2003) afirmam que no Brasil o estudo de caso no ensino 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” (p. 372). Nessa ótica, os estudos de caso são constituídos pela descrição da doença, sua evolução, tratamento médico e cuidados da enfermagem. O pesquisador descreve os dados de forma detalhada e contextualizada, com o interesse de desenvolver uma pesquisa “centrada na manipulação e mensuração de variáveis fisiológicas” para, a partir daí, “instituir algum tipo de intervenção” (p.372).

Já no campo psicanalítico, o termo é utilizado para exprimir a sua singularidade, desde o sujeito que sofre até a fala que é dirigida ao terapeuta. Nessa perspectiva, o estudo de caso é definido como “o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (NASIO, 2001, p.11).

Nessa articulação entre o clínico (a experiência efetiva) e o teórico (o debate com o campo para o avanço da reflexão), o estudo de caso deve ser apresentado publicamente para que possa, através do seu estilo narrativo, informar e ilustrar uma cena clínica e se oferecer à análise de seus pares (clínicos e pesquisadores), abrindo espaço para representações que fundamentem publicações futuras (FÉDIDA, 1992; NASIO, 2001).

Vale ainda atentar para o fato de que os estudos de caso podem ser divididos em dois tipos: teórico e clínico. O propósito do primeiro é descrever, analisar e entender fenômenos. Já o segundo se caracteriza pelo desejo em analisar e descrever determinada situação, identificando problemas nos campos, explorando suas causas e propondo mudanças (GALDEANO *et al*, 2003). De acordo com Násio (2001), é preciso, ainda, considerar, as três funções primordiais do caso clínico, quais sejam: didática, metafórica e heurística. A primeira diz respeito à particularidade de poder transmitir a teoria por intermédio de “imagens”, relatos, capturados na situação clínica e, assim, se apresentar 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. Assim, o exemplo clínico mostra os conceitos e, ao mostrá-los, transforma o leitor num ator que, pela encenação improvisada de um papel, inicia-se na prática e assimila a teoria (p.12).

Na *função metafórica*, a observação clínica e os conceitos que a sustentam, estão tão interligados, que a observação toma o lugar do conceito, ou seja, se torna a metáfora dele: “o sentido inicial de uma ideia tornou-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” (p.16). A terceira função (*heurística*) diz respeito à possibilidade do caso ultrapassar as barreiras da ilustração e da metáfora e se transformar em um “gerador de conceitos” (NASIO, 2001).

Outro ponto a ser ressaltado aqui é o de que, na perspectiva da Psicanálise, a supervisão é essencial para a construção do caso, pois se entende que é neste momento que se abre espaço para a troca de saberes entre o pesquisador/terapeuta e o supervisor. Na construção do caso clínico, portanto, o instrumento utilizado e manejado pelo psicanalista pesquisador é a transferência que ocorre durante a terapia e durante a supervisão do caso (MOURA E NIKOS, 2000).

No que diz respeito à Fonoaudiologia, Pereira *et al* (2009) assinalam que, por tratar-se de um campo clínico, ela se vê confrontada com, de um lado, a necessidade de explicação dos diferentes modos dos pacientes de significarem e reagirem à sua condição patológica e, de outro, das peculiaridades implicadas no processo de tratamento de cada um deles. Por isso, as autoras entendem que o “estudo de caso” é um dispositivo metodológico eficaz para “explicar os diferentes modos de adoecer (e não diferentes tipos de doenças), bem como [...] orientar os diferentes modos de cuidar” (p. 428). Isso porque, através dele, é que indagações clínicas podem se tornar perguntas de pesquisa: ponto fundamental para discutir/dialogar com teorizações já existentes e/ou encaminhar novas proposições teóricas mas, também, clínicas: novos modos de pensar e de fazer. Afinal, afirmam elas, “o conhecimento científico é sempre provisório e a relação entre teoria e prática é ‘retroalimentar’” (idem).

As palavras destas fonoaudiólogas me inspiraram a realizar neste trabalho “estudos de casos clínicos” com o intuito não apenas de procurar avançar o diálogo com os autores que no Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” tematizaram a clínica de linguagem com afásicos, como também a compreensão da minha experiência no atendimento de afásicos. Nessa perspectiva, o farei levando em conta a relação entre os acontecimentos clínicos que testemunhei e os conceitos já forjados nessa abordagem teórica e clínica.

SOBRE A CLÍNICA DE LINGUAGEM COM AFÁSICOS

O sintoma afásico tem sido - desde há muito tempo - alvo de discussões e estudos, tanto teóricos quanto clínicos. Isso porque, em decorrência de uma lesão cerebral, a fala/escuta/escrita de um falante pode se prejudicar de modo muito heterogêneo e em graus variados. Uma definição clássica desse quadro patológico no campo médico é a que propõe Benson & Ardilla (1996:3): “afasia é perda (ou perturbação) da linguagem causada por lesão cerebral”. Nessa ótica, a afasia é caracterizada por uma dupla perturbação: orgânica e linguística. Vale dizer que a Medicina, com base nas suas premissas de diagnóstico e tratamento (incidências cirúrgicas e medicamentosas), se vê impossibilitada de tratar os sintomas linguísticos afásicos, razão pela qual encaminha tais pacientes para a clínica fonoaudiológica (FONSECA, 1995, 2002; TESSER, 2007).

A literatura pertinente ao tema do atendimento fonoaudiológico de afásicos é vasta, mas a maioria das propostas encontra-se estritamente relacionada ao método clínico-organicista, reafirmando, muitas vezes sem se dar conta disso, a causalidade cérebro → linguagem que lhe serve de fundamento (FONSECA, 1995, 2002; LANDI, 2000). É bastante incongruente, portanto, que fonoaudiólogos continuem fazendo remissão ao discurso médico para explicar sua posição clínica no tratamento de afásicos. Aliás, posição caracterizada, via de regra, por procedimentos de cunho comportamentalista (estímulo-resposta-reforçamento) (FONSECA e VIEIRA, 2004). Note-se que nesse alinhamento entre um discurso organicista (médico) e uma prática comportamentalista (psicologia behaviorista) sobre a afasia, o que se perde é a especificidade teórico-clínica de sua abordagem por um fonoaudiólogo, como bem assinalou Fonseca em sua dissertação de mestrado (1995).

Entendo, com essa autora, que para sustentar sua posição teórica-clínica, o fonoaudiólogo deva assumir um ponto de vista outro sobre a afasia: aquele em que linguagem e sujeito são centrais. Neste capítulo, meu propósito é o de deixar ver o encaminhamento deste outro discurso e, conseqüentemente, de outra proposição clínica no âmbito da reflexão que dá vida ao Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”.

1.1 A Afasia como um problema de linguagem

A questão central no mestrado de Fonseca (1995) é a discussão a respeito da causalidade cérebro-linguagem. Motivada por impasses suscitados no atendimento fonoaudiológico de pacientes afásicos, a autora observou 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 (p. 138).

Assim, conclui Fonseca, torna-se paradoxal a tendência dominante da Fonoaudiologia de se apoiar no 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 e qualquer manifestação da linguagem (inclusive a sintomática) é entendida como comportamento, mero sinal de que algo vai mal no cérebro.

De acordo com a autora, Freud (1891) foi um dos pioneiros na oposição a tal discurso. Ainda neurologista, ele dissecou a então em voga teoria “localizacionista”, fundamentando sua crítica no equívoco de se admitir uma relação direta e causal entre lesão e sintoma na afasia. Apoiado no paralelismo psicofísico de Jackson (1874/1958), ele sugeriu que cérebro e linguagem são concomitantes dependentes: fórmula complexa que introduz a ideia de que o funcionamento de ambos são relativamente autônomos

(FONSECA, 1995,2002). Por essa razão, Freud postulou um aparelho de linguagem como centro funcional (e não fisiológico) capaz de explicar os sintomas afásicos.

Nessa mesma linha de raciocínio Jakobson (1954, 1955), ao retomar os estudos de Saussure sobre língua e fala, propõe que se entenda a afasia como um problema linguístico. Acredito ser importante ressaltar que esse autor reformulou os eixos sintagmático e associativo das operações da língua, tais como postulados por Saussure, em eixos metonímico e metafórico. O primeiro diz respeito à combinação de um termo com outro na cadeia manifesta da fala; a operação no eixo metafórico, por sua vez, refere-se à substituição em latência de um termo pelo outro. Fonseca assinala que, ao associar as manifestações afásicas à teoria da língua em geral, Jakobson assegura ser a afasia efeito do funcionamento da linguagem (efeito, portanto, das operações da língua), do mesmo modo como o são fatos "poéticos", de "aquisição de linguagem" e/ou outros quaisquer de manifestação linguística ("normais" e/ou "patológicos").

Note-se que o "aparelho da linguagem", de Freud, e a "língua", de Saussure e Jakobson, tornam-se dispositivos de explicação das manifestações sintomáticas da linguagem na afasia. Essa via alternativa à do raciocínio causal é colocada em relevo quando Fonseca afirma que:

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 (p. 102).

Assim, com Freud (1891), Saussure (1916/1991) e Jakobson (1940/1955/1963, entre outros), a fonoaudióloga assume a autonomia relativa da língua e propõe que se entenda a afasia como "fala em sofrimento". Cérebro e linguagem - ordens de funcionamento distintas, ou seja, regidas por leis próprias – estão implicados na afasia, o que significa que um funcionamento é afetado pelo outro: "a relação causal cérebro/linguagem não está implicada no sentido de 'afetar' mas, sim, no de 'submeter'" (p. 80). Esse reconhecimento está na base de sua proposição de que, para um fonoaudiólogo, a

afasia é, de fato, um problema de linguagem. Conseqüentemente, a ação clínica fonoaudiológica depende, de acordo com seu ponto de vista, de uma teorização que esclareça seu modo próprio de funcionar e que responda por suas manifestações sintomáticas. Teorização que, ao contrário do discurso organicista sobre a afasia, pode orientar o fazer clínico específico do fonoaudiólogo no atendimento de afásicos.

Com o objetivo de deixar ver a centralidade da aproximação da Fonoaudiologia com a Linguística, Fonseca se alinha também à reflexão introduzida pela proposta Interacionista Brasileira em Aquisição da Linguagem, espaço no qual se encaminha uma discussão relativa à 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. Um sujeito que não pode controlar a própria fala porque ambos submetem-se à ordem própria da língua: “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” (p. 105). No âmbito desta aproximação ao Estruturalismo Europeu, uma certeza plenamente assumida na Proposta Interacionista é, portanto, a de que o sujeito é assujeitado a esse funcionamento. Não se trata, portanto, do sujeito epistêmico, mas sim do sujeito do inconsciente (tal como postulado por Freud, no âmbito da Psicanálise).

Para finalizar essa parte, cumpre esclarecer que é ainda em sua dissertação de mestrado que Fonseca (1995) afirma que as especificidades sintomáticas de cada caso clínico exigem que o terapeuta lide de forma diferente com a fala de diferentes pacientes. Isso porque cabe a ele, com sua escuta especializada (ou seja, teoricamente orientada), construir uma escuta para cada paciente procurando “depreender o lugar do sujeito na língua e o movimento da língua nele” (p. 129). Note-se que a fonoaudióloga propõe que se entenda a ação fonoaudiológica deva ser nutrida por uma teorização sobre o linguístico:

na atividade clínica, textos teóricos são postos em movimento: compõem um ‘já dito’ no interdiscurso do Fonoaudiólogo. Isso o distancia 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 (p. 138).

Nessa visão entende-se que embora na afasia esteja implicado o comprometimento cerebral, ele em si não apenas 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". Conclui-se, então, que o compromisso do fonoaudiólogo é com a fala sintomática de seu paciente. Para abordá-la, ele precisa de um fundamento que lhe esclareça sobre o funcionamento da linguagem.

Esse passo inaugural de redefinição da afasia como um problema linguístico no campo teórico da Fonoaudiologia será o fundamento para o encaminhamento de uma reflexão relativa aos seus desdobramentos subjetivos, tal como realizado no Grupo de Pesquisa CNPq "Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem", tópico do próximo item deste trabalho.

1.2 Os desdobramentos subjetivos da Afasia

Vimos que, segundo Fonseca (1995), a afasia é "fala em sofrimento". Essa mesma autora coloca em relevo o fato de que o afásico está, via de regra, sob seu efeito e, por isso, se frustra a cada nova tentativa de dar vazão ao seu "querer dizer". Nessa medida, o afásico está sempre à margem do que diz (LACAN, 1981/2002). O desarranjo sintomático manifesto na fala do paciente produz uma espécie de "nostalgia do passado" que se traduz em sofrimento porque, ao escutar o que diz, ele atualiza uma condição de falante anterior à afasia. Condição impossível de ser atualmente sustentada por ele (FONSECA, 2002; LANDI, 2009). Assim, na clínica de linguagem, temos um "falante submetido à condição de sua fala" (LIER-DE VITTO, 2006: 15) sem poder fazer nada para mudá-la. Razão pela qual Fonseca (2002) defina a afasia como "fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito".

Tesser (2007) sustenta tal proposição e enfatiza que falar em sofrimento é reconhecer a presença de um sujeito afetado pelo e aprisionado no próprio dizer (FONSECA, 2002, LIER-DE VITTO, 2005; entre outros). Destaco, contudo, as considerações de Landi (2006), segundo quem, não podemos afirmar - ou saber por

antecipação – como o sujeito se escuta. Ela nos diz do caso de uma paciente que, embora apresente uma fala bastante fluente, sofre por uma escuta cristalizada na fala sintomática pós-AVE. Neste caso, a escuta do paciente para a própria fala é que é sintomática e a faz sofrer, o que tornaria mais próprio dizer que um afásico é um sujeito cuja fala/escuta sintomática o coloca numa divisão relativamente à sua condição de falante: entre um antes e um depois do AVE. Esse “entre” é fonte de estranhamento e sofrimento porque ele que nada pode fazer para mudar sua condição atual. Fonseca (1995) produz uma metáfora interessante ao abordar a fala afásica, quando diz que ela é uma “trama esgarçada” que atinge a escuta dos falantes (inclusive o próprio afásico), produzindo um estranhamento que pode, inclusive, responder pela marginalização/isolamento social do paciente.

Note-se que a teorização de um clínico sobre a fala do seu paciente deve incluir a dimensão do sofrimento, mas por outro lado, essa teorização não pode ignorar o linguístico, ainda que a posição de um fonoaudiólogo – clínico e pesquisador – deva ser distinta daquela do investigador no campo da Linguística já que a teorização sobre a face sintomática da linguagem passa pela experiência clínica e, na clínica, o terapeuta não consegue escapar dos efeitos do diálogo. Ele está diferentemente do linguista, está inevitavelmente incluído nessa trama dialógica complexa que deixa marcas em seu corpo falante (ANDRADE, 2001; ARANTES, 2001; LIER-DE VITTO, 2004; CARVALHO, 2006; TESSER, 2007). Essas marcas não se apagam quando o fonoaudiólogo teoriza sobre o sintoma e o exercício de uma clínica de linguagem, mas jogam um papel determinante aí. Não sem razão, quando um fonoaudiólogo é colocado na posição de clínico de um afásico, o que se espera dele é uma escuta diferenciada (escuta que ultrapasse, portanto, a escuta do leigo) para que a fala sintomática do paciente possa ganhar movimento e, nessa mudança, assegurar o (r)estabelecimento do laço com o outro.

1.3 A Clínica de Linguagem com Afásicos

Como antecipei nos itens anteriores, na maioria dos casos de atendimento de afásicos, o clínico e/ou pesquisador se vê confrontado com uma fala/escuta fragmentada e com um falante que “estranha” sua nova e incômoda posição na linguagem (FONSECA, 2002, 2006a, 2006b; MARCOLINO, 2004; LANDI, 2006; TESSER, 2007). Se na afasia há cérebro ferido, há também fala em sofrimento e há falante que sofre por efeito de sua

fala/escuta sintomática (FONSECA, 2010). A condição afásica comporta, portanto, três dimensões sintomáticas, o que nos coloca diante de uma complexidade que exige ações clínicas muito específicas. Cabe, portanto, que nos detenhamos na configuração deste espaço denominado “clínica de linguagem” no qual se enfrentará o sofrimento em causa na afasia.

Começemos pela discussão acerca do estatuto das entrevistas na instância diagnóstica.

Em artigo de 2006, Fonseca assinala que o foco do clínico deve dirigir-se para um “sujeito que sofre porque sua fala está em sofrimento” (p. 336). Diferentemente da clínica com crianças, Fonseca (2002) sugere que, na clínica com adultos afásicos, a entrevista seja realizada com o próprio paciente, criando a possibilidade de o mesmo enunciar as suas queixas e o seu pedido de ajuda ao fonoaudiólogo. Ela propõe, então, que o clínico acolha o afásico (e não informantes!) para dizer de sua dor e do que ele espera com o tratamento fonoaudiológico.

Tal proposição decorre do reconhecimento de que que nas entrevistas com afásicos é muito comum que o acompanhante tome o seu lugar e acabe "fala[ndo] por ele e dele" (p. 212): situação paradoxal para uma clínica que se propõe ser espaço privilegiado de fazer falar o paciente. Fonseca recupera tal compromisso afirmando que é preciso, desde o primeiro momento, que paciente e terapeuta enfrentem a condição sintomática, momento em que 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 ” (p. 213). Tal enfrentamento pode se constituir como um dos pilares fundamentais a sustentar a transferência/contratransferência na cena clínica.

Seguindo a direção introduzida por Fonseca, Marcolino (2004) ratifica o ponto de vista de que o afásico e sua fala são o centro das ações numa Clínica de Linguagem, na medida em que constituem um fundamento para que o laço transferencial seja estabelecido logo nas primeiras sessões. A autora salienta, contudo, que o manejo da transferência, que implica a articulação entre queixa e demanda, pode se estender por sessões posteriores de atendimento, e que deve estar no foco de atenção do fonoaudiólogo para que a eficácia do tratamento seja minimamente vislumbrada.

Fonseca (2002) insiste em dizer que um dos motores da atividade clínica consiste na aposta que o paciente faz de que o terapeuta possa ajudá-lo a livrar-se de seu sintoma. Para tal, como afirma Quinet (2000), é preciso que ele suponha ao clínico um saber de como operar tal mudança. Como se vê, já na entrevista inicial saber e sofrimento estão em causa, já que o afásico sofre porque não sabe como fazer para mudar sua condição patológica. Saber que ele delega, então, ao clínico de linguagem. Saber que depende, como já se disse antes, de uma teorização sobre o funcionamento da linguagem: que implica as operações da língua (universal) na fala (singular) de um afásico. Saber que se constrói, portanto, para cada caso clínico: “as perturbações na fala revelam um modo particular do movimento da língua e uma presença singular de falante” (p. 337). Admitir que o sintoma “comporta uma densidade significativa enigmática” (p. 337) é assumir que a clínica se constrói a cada caso novo.

Nessa perspectiva, Tesser (2007) reafirma a necessidade de construção de uma escuta especializada e específica para cada caso porque o modo como o dizer afásicos se manifesta e o seu efeito sobre cada paciente é singular. De acordo com essa autora, “**meu compromisso com a fala é também com o sujeito que fala essa fala**” (p. 19). Afirmação que deixa ver a importância de se enfrentar o enigma sintomático manifesto na “*trama significativa*” (p. 20) da fala de cada afásico para apreender nela um “querer dizer” (p. 20) bastante singular. “Querer dizer” que implica o “drama subjetivo” (p. 20) experimentado por todo e qualquer afásico. 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 o esperado por uma das partes envolvidas (p. 20).

Não é sem razão, portanto, que Tesser entende ser preciso qualificar o diálogo que sustenta o encontro do clínico com o afásico, o diálogo “clínico”. Tal adjetivação tem o propósito de indicar que para que mudanças sejam operadas na fala/escuta do afásico, é preciso que se construa uma escuta singular para as especificidades que marcam a sua condição sintomática, o que inclui sua fala/escuta e sua dor. Nessa linha de reflexão é que a autora conclui que as bases teóricas que sustentam o conceito de diálogo na clínica de

linguagem com afásicos estão dispostas em dois eixos: indeterminação e imprevisibilidade. Segundo ela:

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 (p. 74)

Na clínica de linguagem, então, a entrevista é entendida como um momento inaugural que articula as instâncias diagnósticas (o que inclui o “avaliar a linguagem”) e de tratamento propriamente dito. Nela, o paciente irá enunciar suas queixas (razão da dor que experimenta) e o fonoaudiólogo será colocado, simultaneamente, diante de um ser em sofrimento e de uma fala/escuta desarranjada (ou até mesmo, ausente). Essa clínica, cujo motor é o diálogo⁴ (FONSECA, 2005, TESSER, 2007), exige uma escuta diferenciada da escuta do falante leigo (ARANTES, 2000; TUMIATE, 2007,). Essa diferença tem relação com a assunção de um ponto de vista no qual sujeito-língua-fala e sintoma como mal-estar na linguagem se articulem.

Gostaria ainda de ressaltar outro ponto que tem relação direta com a proposição de Tesser de que o diálogo clínico seja entendido como a via régia do atendimento de um afásico, qual seja: que não se restrinja a noção de diálogo ao cruzamento entre dizeres oralmente articulados. Nele está incluído toda e imiscuído gestos, escritas ... Especificamente no que diz respeito a essa última, Guadagnoli (2007) nos lembra de que, assim como a fala, leitura e escrita são “espaços de realização subjetiva o que, conseqüentemente, aponta para sua relevância como recurso terapêutico” (p. 02). Tal afirmação resgata, então, a dupla face da leitura e da escrita como “manifestação linguística e subjetiva do paciente” (idem). Não sem razão, essa autora vai propor que fala, leitura e escrita sejam vistas “como motores de mudança na clínica” (p. 65).

⁴ O diálogo, 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).

É certo, ainda, que se tal fundamento é que orientará o clínico no compromisso de operar mudanças significativas na condição de falante sustentada pelo afásico, há limites impostos pela condição orgânica que não devem ser negligenciados pelo terapeuta (pois há a presença de um cérebro irreversivelmente lesionado). Fonseca (2002) discute tal questão levando em conta a reflexão de Canguilhem (1943/1966), que problematiza a noção de cura como reversibilidade, supressão sintomática. Se no horizonte da clínica de linguagem com afásicos, em seu momento final, não se vislumbra um “voltar a ser como era antes” (FONSECA, 2002), a entrada do paciente nesse espaço envolve, como afirma Arantes (2001, p. 80), “uma tomada de decisão sobre a queixa”. Seja para acolher o paciente, seja para desligá-lo do tratamento, está em causa uma decisão que envolve ambos – terapeuta e paciente – e sua relação com o sintoma.

1.3.1 Sobre queixa e demanda na clínica de linguagem com afásicos

Embora em sua dissertação de mestrado, o foco de Fonseca (1995) não esteja propriamente voltado para uma teorização sobre a clínica, a autora tangencia questões clínicas e, em certo momento, o problema que envolve a reflexão que encaminho neste TCC, qual seja, o do par queixa/demanda. Sobre isso, ela afirma: "a demanda do paciente coloca o fonoaudiólogo numa posição de compromisso, compromisso, antes de tudo, com a linguagem do paciente, e acima de tudo, com a 'ordem da linguagem'" (p. 76). Como se vê, o termo “demanda” é invocado a partir do reconhecimento de que um clínico só poderia eticamente se colocar na posição de enfrentar a “fala em sofrimento” se sua formação implicasse uma teorização sobre o linguístico. Naquele momento, esse tipo de exigência criava a necessidade da aproximação à Linguística. Aos poucos, o que se viu, no interior do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” foi o reconhecimento de que também era necessário abordar teoricamente a questão relativa ao “ser em sofrimento”. Não sem razão, a aproximação aos fundamentos da Psicanálise foi se tornando uma exigência assumida por seus pesquisadores: as dissertações e teses começaram a tocar e depois aprofundar pontos nodais do exercício da clínica relacionados com o manejo da transferência. Para tal, trouxeram à luz questões suscitadas em casos clínicos (ainda que os mesmos não tenham sido feitos “estudos de caso”).

Em Fonseca (2002), por exemplo, embora não tematizada, tal questão é tangenciada na reflexão que envolveu quatro diferentes casos clínicos. Coloco em relevo aqui o primeiro deles porque considero que a discussão chega muito perto da questão que encaminho neste trabalho. Nele, a fonoaudióloga volta sua atenção para a dificuldade encontrada tanto por uma supervisionanda sua, quanto por ela mesma (que, no desenrolar dos atendimentos, acaba assumindo o caso) diante da grave condição sensório-motora e linguística do paciente. Tal condição impunha que ele fosse literalmente trazido às sessões por sua mãe. Quando se encontrava na presença da terapeuta, se apresentava como “um “corpo” alheio à fala que lhe era dirigida: cabeça fletida, olhos fechados” (p. 215). Com o desenrolar dos atendimentos, tornou-se necessário distinguir até que ponto esse modo de fazer presença era determinado exclusivamente pelos obstáculos impostos pela condição sintomática e até que ponto tratava-se de uma “decisão subjetiva” que envolvia, por exemplo, uma recusa ao tratamento.

Para explorar uma e outra possibilidade, Fonseca se valeu de um manejo que consistia em interpelá-lo para que, mesmo com sua precária condição de fala (“levantar a cabeça, abrir os olhos” para responder positivamente às interpelações e propostas de atividades x “abaixar a cabeça, fechar os olhos” para se manifestar em direção contrária), ele pudesse se pronunciar sobre e assumir (ou não) a aposta de melhorar. Ela recolheu, a partir daí, uma alternância marcada por apostar x desistir até que após alguns meses, observou um “recoo notável: (V.) passou a se apresentar sistematicamente com a cabeça fletida e olhos fechados: suspendeu a alternância “sim/não” e fechou a possibilidade de diálogo” (p. 218). A fonoaudióloga-pesquisadora, então, concluiu:

havia limitações impostas pela condição do paciente e aquelas impostas pelo tratamento implementado. Esclareço: a proposta de tratamento feita e no qual, digamos, ele até procurou envolver-se, aparentemente deixou mais pronunciadas suas limitações [...] Encontrei aí [...] um limite subjetivo – (V.) desistiu de tratamentos. Deve-se dizer que há pacientes que, em condições orgânicas tão severas como a desse caso, insistem e mudanças ocorrem (p. 218-219).

Depois de examinar um outro caso, atendido por uma supervisionanda sua, Fonseca acrescentou: “essa escuta [clínica] não nos leva na direção da clínica médica. Vê-se que ela é afetada por uma relação à Psicanálise. É ali que a distinção queixa/demanda é questão

diagnóstica” (p. 226). Note-se que a autora toca num ponto importante: a abertura de escuta para uma “fala em sofrimento” coloca em cena um “ser em sofrimento”: ponto que amplia o distanciamento entre as clínicas de linguagem e médica, aproximando a primeira de alguns dos pressupostos da Psicanálise, como por exemplo, o da importância da relação entre queixa e demanda na configuração do espaço terapêutico. Não sem razão, ela afirma que “a clínica de linguagem deve levar em conta, então, o imprevisível que marca o encontro do paciente com o terapeuta e de ambos com o sintoma” (p. 251).

Marcolino (2004) também considera importante no acolhimento inicial do afásico reconhecê-lo como falante, abrindo espaço para que ele se apresente como tal e possa dizer de sua dor e aposta para mudar. A autora ratifica a proposição de Fonseca de que o “afásico (e não outra pessoa) é quem deve dirigir sua queixa e seu pedido para o terapeuta” (p. 21), lembrando que tal procedimento “vincula (...) ao seu terapeuta e ambos ao tratamento” (FONSECA, 2002, p. 212). Para Marcolino, na clínica de linguagem a convocação do paciente para a entrevista é tida como uma “situação ideal” que, se assumida, torna-se um “gesto simbólico de demarcação de um espaço clínico” (2004, p. 23).

Não é outra coisa que a discussão do caso clínico que ela traz no seu trabalho vai mostrar: desde a realização da entrevista, ficou claro para ela que era preciso um manejo especial de uma situação bastante complicada que se apresentava na relação da paciente com seu marido. A tendência deste último era tomar a cena clínica, fazendo calar a esposa e mesmo desautorizar sua demanda para fazer daquele espaço o seu espaço de falar. Marcolino teve, então, que efetuar diversos cortes clínicos para conter tal tendência, o que não significou marginalizar a presença e importância do esposo no processo de recuperação da paciente. Ao contrário, com esse manejo, as posições na estrutura clínica foram configuradas, o que garantia a forte relação transferencial entre terapeuta e paciente. O que se recolheu de seu investimento para melhorar foi uma alta acordada por ambas: “a paciente passou a falar não só nas sessões como também se tornou um ‘papagaio’ na sala de espera da instituição. Ela me dizia que todos notavam a sua melhora” (pág. 55).

Também Catrini (2005), em sua dissertação de mestrado, encaminhou uma reflexão voltada para a questão da singularidade que marca o atendimento de cada caso na clínica de linguagem. Seu foco esteve voltado para o que se denomina “marca do caso”. Conceitos tais como os de transferência, sintoma e escuta foram trabalhados pela

autora com o objetivo específico de deixar ver aproximação e distanciamento entre essa clínica e a clínica psicanalítica, em que sujeito e fala estão em questão.

A autora dá um importante passo nesse sentido quando afirma que “se ‘cada caso é um caso’ e se estamos falando de clínica, parece-me ser preciso perguntar se cada caso não seria um caso ‘para alguém’” (p. 32). Tal consideração exigiu que ela problematizasse a natureza da posição de um terapeuta na clínica de linguagem e, conseqüentemente, do laço que se estabelece entre ele e o paciente. Já de saída, Catrini trata de deixar claro que, por mais que a Clínica de Linguagem e a Psicanálise se confrontem com a fala do sujeito e com o próprio sujeito, cada uma tem que se haver com demandas próprias, e portanto com escutas especializadas e específicas: “na Clínica de Linguagem, o clínico fica mais sob o efeito dos desarranjos de uma fala” (p. 43) e sua escuta é “para a densidade significante [e] para o apelo de um sujeito que nela não pode aparecer” (p. 44). Na Psicanálise, diz ela, a escuta “serve-se da superfície manifesta para atingir um ‘sentido latente’” (p. 43).

Vale dizer que no mestrado, a fonoaudióloga não se detém no atendimento clínico de afásicos: “fato é que foram outros os falantes, com outros problemas na fala que, neste momento, afetaram minha posição na clínica, que me interrogaram fortemente [...] um falante gago e a de uma criança” (p. 67). Considero, contudo, que suas considerações tenham importância para a discussão que encaminho neste TCC.

Coloco, ainda, em destaque uma afirmação feita por Guadagnoli (2007), depois que a mesma relata o caso de uma paciente afásica cujo histórico trazia uma marca: a mesma já havia feito diversas tentativas, sem êxito, de sustentar atendimento clínicos fonoaudiológicos. Guadagnoli a recebeu procurando problematizar esses vários recuos, o que pareceu vinculá-la ao tratamento e a aposta que este comporta. Depois de algum tempo de atendimento, melhoras foram notadas na condição sintomática da paciente. Contudo, mesmo com um resultado tão positivo, ela não conseguiu sustentar por mais tempo a aposta na sua recuperação e acabou abandonando mais este atendimento, o que levou Guadagnoli a afirmar:

eu procurava implicá-la em sua queixa, mas Mirela ficou frente a frente com sua dificuldade, com seus limites. Posso dizer que ela ficou nessa

trama e com esse drama e abandonou o tratamento, antes que pudesse se beneficiar dos efeitos que começavam a aparecer (p. 82).

Com Tesser (2012), talvez possamos dar mais um passo na abordagem dessa relevante questão – a transferência – para a clínica de linguagem. A partir da leitura de Freud, ela atenta para o fato de que:

na relação clínica, há transferência de sentimentos afetuosos, mas também de sentimentos hostis, que quando apontados, são desvinculados da figura do clínico. Isso não acontece com sentimentos afetuosos – eles são necessários porque garantem a continuação do tratamento (p. 33).

Em relação aos sentimentos afetuosos ou “amor de transferência” (p. 35), Tesser afirma que são desencadeados pela situação clínica, não se tratando de uma paixão do paciente pelo seu clínico. Portanto, cabe ao terapeuta, assumir uma posição clínica e manejar a transferência. Em seguida a fonoaudióloga trabalha com o conceito de transferência sob o viés laciano. Nele, postula-se que a transferência se dá a partir da união entre sujeito e conhecimento, “trata-se da introdução do sujeito-suposto-saber” (p. 50). Tesser ressalta que para o psicanalista, a transferência é “movida pelo desejo que está na demanda do paciente” (p. 57) e que o analista é colocado na posição do suposto saber “por se tratar de um saber que ele não tem sobre a demanda” (p. 57).

Note-se, portanto, que do ponto de vista da Psicanálise, transferência e demanda tem relação com o desejo. Há que se ter isso como norte para que se possa teorizar sobre o manejo da transferência na clínica de linguagem. Uma questão já enunciada, mas ainda não efetivamente aprofundada no conjunto de trabalhos que no Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” voltam sua atenção para o exercício da clínica com pacientes afásicos.

Neste capítulo, meu objetivo é problematizar o atendimento de três pacientes afásicos atendidos por mim na Derdic-PUCSP, sob a supervisão da Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca. Para tal, lanço mão dos pressupostos teórico-clínicos discutidos no capítulo 1 e, como já antecipei, utilizo a metodologia do “estudo de caso clínico” para, quem sabe, contribuir para as reflexões sobre a especificidade da clínica de linguagem com afásicos, tal como ela vem sendo encaminhada no Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”.

2.1 Caso 1

Em Outubro de 2013, entrei em contato com W., marido de N., para marcar uma entrevista inicial. W. ficou muito feliz, afirmando que desejava muito a vaga e que levaria a esposa no dia e horário acordados: 25 de Outubro, às 10h30min.

Quando me apresentei ao casal, que me aguardava na sala de recepção da clínica da Derdic, N. logo se levantou e me acompanhou até à sala de terapia. Levando em conta a proposta de encaminhamento da entrevista de Fonseca (2002), eu me dirigi, então, à W. e disse a ele que, ao final da sessão, o chamaria para conversarmos um pouco.

Na sala de terapia, N. ficou muito calada, notei rapidamente que ela não tinha o *start* para dar início ao diálogo, o que me obrigou sempre à fazê-lo. Nesse manejo, fui

aos poucos constatando que sua fala, embora sintomática, produzia um efeito comunicativo. Por isso, desse nosso encontro recolhi que a mesma trabalhava como faxineira e há mais ou menos um ano e meio havia sofrido uma queda enquanto limpava um prédio. Quando acordou, estava no hospital e não se lembrava de mais nada. Durante toda a entrevista, queixou-se de um problema motor (paresia) na mão direita, que estava fechada em punho e com pouco movimento (sequela do TCE). N. disse, ainda, ter realizado o número total de sessões propostas pelo fisioterapeuta na UBS do Jardim Umarizal. Considerava, contudo, necessário dar continuidade ao tratamento fisioterápico.

Indaguei-a sobre se havia feito terapia fonoaudiológica e, para minha surpresa, ela afirmou que eu era sua primeira terapeuta. Isso significa que a mesma não investiu numa melhora na condição de falante durante todo esse tempo (1 ano e meio). Infelizmente, não a indaguei sobre o porquê dessa situação (falta de oportunidade? Falta de queixa? Sem demanda? Ou outro motivo qualquer?), nem no momento da entrevista e nem no seguimento do atendimento clínico. Hoje, olhando retroativamente, tenho certeza de que problematizar esse fato poderia ter tido bastante importância já que, como veremos, o investimento necessário para melhorar não foi assumido por ela nesse atendimento clínico.

Voltando ao relato do caso, vale dizer que, durante a entrevista, a paciente se mostrou entusiasmada quando falava dos seus três filhos, afirmando que eles estavam trabalhando e estudando. Porém, quando indagada sobre sua condição sintomática (de fala e sensório-motora de MS), N. se mostrou desanimada. Em diversos momentos, produziu um suspiro profundo, bocejou e, em silêncio, manteve o olhar direcionado para o chão. No trecho que trago a seguir, talvez se esclareça um pouco mais esse seu modo de fazer presença e a sua condição de falante:

Terapeuta	Paciente
	1. A fala cois, co. Agora/ posso/ fazer/ nada
2. Pode sim, você está aqui pra isso!	
	3. (...)
4. A gente está conseguindo se entender bem, não tá?	
	5. Tá:.
6. Então...	
	7. (Suspira).

Note-se a ambiguidade em causa no dizer de N. quando ela tematiza sua fala em (1.): “agora/posso/fazer/nada”. De um lado, ela poderia indicar uma queixa, como por exemplo, “a fala está tão ruim que me impede de fazer as coisas”; o que abriria espaço para uma demanda de mudança dirigida à terapeuta. Mas, esse mesmo seguimento poderia indicar uma direção contrária: “não há nada mais que se possa fazer”; obstaculizando a demanda de melhora. Fiquei com essa indecidibilidade de sentidos como questão, o que sem dúvida alguma reclamava novos encontros com ela.

Sobre outros efeitos de sua fala sobre mim, posso dizer que o que me impressionou mesmo foi a presença de muitas pausas e a sua falta de iniciativa. Em diversos momentos, a sala foi preenchida por um longo silêncio, o que surpreendentemente não parecia incomodar N., como se pode ver no segmento abaixo:

Terapeuta	Paciente
1. Na sua casa, conversam muito com você?	
	2. Conversam. / Também.
3. Quem?	
	4. Wilton.
5. Wilton?	
	6. Conversa de:mais.
7. Que bom!	
	8. (...).
9. Conversam de tudo?	
	10. Tudo. //
11. Veem tv e discutem sobre o que estava passando na tv?	
	12. Mais ou menos, porque: eu / sozinha. // O trabalho comigo/ agora// não tem...
13. Ele não fica muito tempo com você em casa?	
	14. Não.
15. Por que ele fica no trabalho?	
	16. (...).
17. É quando ele chega que vocês colocam a conversa em dia?	
	18. Tá dormindo.
19. Ah é?	
	20. É eu, dormindo.
21. Ele chega tarde então?	
	22. Muito tarde. // (Suspira).

Note-se que nessa sequencia dialógica as falas de N. caracterizam-se principalmente pela retomada de partes do meu dizer com outra entonação, o que vai

costurando uma narrativa em duas vozes. Fato é que ela não ganha extensão na própria voz de N. Quando seu dizer se desvia das retomadas da minha fala, há uma implosão da articulação sintática, tal como no segmento: (12.) “mais ou menos, porque: eu / sozinha. // O trabalho comigo/ agora// não tem...”. Veja que a sua fala vem em pedaços. Pedaços que, imediatamente, eu costuro. Penso que essa necessidade minha de fazer suplemento à sua fala tenha sido um efeito do constrangimento que seu silêncio produziu em mim na entrevista inicial.

De todo modo, uma certeza parecia ganhar força nesse meu primeiro encontro com N: sua condição de intérprete para a fala do outro parecia preservada. Essa condição positiva poderia ter um papel importante no manejo clínico do caso, tendo em vista o duplo movimento para configuração do par queixa/demanda, anteriormente referido (apostar ou não numa proposta de mudança): ponto que mereceria minha atenção e que seria mais aprofundado em encontros posteriores com ela.

Ao final da entrevista chamei o seu marido para conversarmos sobre o que estava em causa no atendimento, tanto do ponto de vista institucional, como de outros igualmente pertinentes. Ao entrar na sala W. prontamente se dirigiu à esposa:

Marido	Paciente
1. Já falou alguma coisa?	
	2. Já falei demais!
3. Ah... Eu acredito que não! Foi? Bastante? Falou o que para ela?	
	4. Tudo!
5. O que você falou?	
	6. (Ri).
7. Hein? Tem que falar pra mim. Pra mim ficar sabendo. De você... Hein?	

Naquele momento, não sei bem porque, fiquei tomada pelo (2.) “já falei demais” de N. e pelo comentário do marido: (3.) “ah ... eu acredito que não!”. Minha intuição sinalizava para algo que não podia ser, de fato, interpretado senão como um incômodo que precisava ser melhor explicitado: dele com a fala dela? Dela com a demanda do marido para que ela falasse (3.) (“bastante?”)? Ou incômodo meu, com algo que parecia um “desencontro” implícito no jogo entre essas duas falas?

De todo modo, nessa sequencia comecei a me deparar com algo que me chamou a atenção: W. parecia mais comprometido com a proposta de um tratamento do que a própria paciente. Ele deixou claro que faria de tudo para trazer a esposa para a terapia, e caso não conseguisse vir, pagaria a vizinha para acompanhá-la. Afirmou, ainda: “se eu pudesse pagar o valor integral pra recuperar ela, se eu pudesse, eu pagaria tudo!”.

Finalizei aquele encontro com questões relativas à ambiguidade da queixa (mais explicitamente assumida em relação à necessidade de continuidade do atendimento fisioterápico) e minha intuição sobre um possível “desencontro” entre demandas para o atendimento: quem (o marido e/ou a esposa) queria o quê de mim? Assinalo que explicitamente a palavra “recuperar” só apareceu na voz do esposo.

Nas sessões seguintes com N. (novembro de 2013), a permanência da dificuldade em iniciar alguma tarefa (diálogo oral, escrita e/ou leitura), mas a disponibilidade de seguir em frente se eu a propusesse. Ficou bastante marcado, também, o fato de que, em muitos momentos, ela parecia delegar a fala a mim (ou a quem quer que estivesse com ela: o marido e/ou a vizinha que a acompanhava). Quero dizer com isso que N. esperava que o outro fizesse suplência à sua fala: indício da dificuldade para sustentá-la? Me parecia que sim, mas ao mesmo tempo eu me indagava com a aparente tranquilidade com que ela “cedia” voz ao outro: isso não a incomodava?

Com o andamento das sessões, procurei manejar clinicamente essas indagações. Aos poucos foi se configurando uma certeza: incômodo ela tinha com o fato de ter que vir às sessões de terapia. Esclareço melhor: a paciente não perdia a oportunidade para me dizer que já estava bem ... tinha melhorado muito. Em muitas sessões N. se mostrava aflita com o tempo de atendimento e me pedia para sair mais cedo, alegando que outros problemas precisariam ser resolvidos. Os motivos variavam desde ir ao banco para perguntar sobre o dinheiro do benefício que recebia do INSS até voltar para casa porque estava com muito calor, em função da menopausa.

Para exemplificar o que digo, destaco um trecho no qual N. solicitava o encerramento do seu atendimento fonoaudiológico, pouco mais de um mês e meio de tê-lo iniciado. Esclareço que estávamos nos aproximando do Natal e que ela estava de viagem marcada para Bahia:

Terapeuta	Paciente
1. Eu não estou falando para a gente voltar essa semana como a gente sempre fez. Só queria entender o motivo, porque como a gente começou o atendimento faz pouco tempo e você já quer <u>terminar antes do tempo</u> .	
	2. Não...
3. Eu queria entender o porquê.	
	4. 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.
5. Não sabe o que ela vai fazer...	
	6. Também.
7. Mas o que você está achando do atendimento? Está cansada?	
	8. Não! Sossegado. Ave Maria! Mudar o atendimento, calma. Levá um não sei. Tá bom?
9. Uhum... Então você não sabe ao certo o motivo de ter deixado essa semana livre?	
	10. 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: (4.) “sossegado eu”; o segundo, o de que talvez sua acompanhante – Lia - não pudesse acompanhá-la. Um outro, é o de que ela iria fazer as unhas e o cabelo (pois viajaria para a Bahia). Na reunião de todos eles, a insistência do (4.) e (8.). “sossegado” e a certeza de que não seria necessário continuar até dezembro. Na sequência de diálogo, insisti que deveríamos contornar essas dificuldades e não abrir mão de um espaço aberto para operar mudanças na fala. Como resultado, recolhi uma interação mais efetiva comigo nas sessões posteriores mas, em pouco tempo, a volta ao desânimo e à fuga das sessões. Inúmeras vezes, flagrei-a no meio do tempo pegando a bolsa, olhando fixamente para o relógio, enfim, dizendo-me claramente que gostaria de ir embora dali.

Certa de que, de fato, sua condição afásica poderia ser trabalhada, insisti em atividades diversas relacionadas à tecitura de narrativas orais e/ou escritas. Nas atividades de leitura, por exemplo, N. paralisava. Tentei, utilizando caminhos diversos, ver se a atividade fluía: às vezes eu lia, eu pedia para ela fazer uma leitura silenciosa, ou então líamos apenas um parágrafo e parávamos para discutir. Mas nenhuma dessas direções parecia fazer efeito. Até que N. me ligou avisando que não iria comparecer na sessão de

atendimento marcada para aquele dia. Entendi o motivo e ia me despedindo dizendo que, então, nos encontraríamos na próxima sessão. Porém, ela aproveitou para esclarecer que não compareceria mais aos atendimentos, que estava desistindo. Notícia que, confesso, não me deixou surpresa, tendo em vista o relatado anteriormente.

Passado alguns dias, resolvi 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 trânsito intenso. Iniciei a conversa falando que a escolha de N. não me surpreendeu devido ao movimento que vinha fazendo no decorrer do atendimento fonoaudiológico. Nesse momento, o casal se entreolhou um tanto assustado e N. fixou o olhar em direção ao chão, como se estivesse envergonhada.

Ao final da sessão, o marido me pareceu bastante decepcionado. Reafirmou que estava fazendo de tudo para que a esposa continuasse no tratamento, mas que ela permanecia insistindo em manter o que havia decidido. Durante nossa conversa expliquei que a paciente não sustentava uma demanda genuína para melhorar sua condição de falante ou porque não estava, de fato, sob efeito de sua fala sintomática; ou porque não podia apostar que tal condição pudesse ser superada: essa dupla possibilidade não se esclareceu para mim até aquele momento do atendimento.

Enfatizei que ao lado dessa indecidibilidade, uma outra hipótese minha ainda estava sendo explorada: era possível que N. tivesse aceito vir para o atendimento fonoaudiológico apenas para agradá-lo. Hipótese apoiada nas suas diversas tentativas de fuga e suspensão das sessões. Assinalei sua angústia – desde o primeiro momento - por ter que ficar comigo no tempo previsto para as atividades propostas. Nada do que eu disse ali moveu N. da decisão de suspender o tratamento fonoaudiológico.

Note-se, portanto, que o obstáculo à continuidade do tratamento, ainda na fase diagnóstica, tinha relação estreita com uma queixa mal formulada sobre a própria condição de falante e, conseqüentemente, com a demanda para o atendimento deslocada para o esposo da paciente. Não posso deixar de assinalar, também, que talvez eu tenha dado ênfase ao “avaliar” a linguagem (com as tarefas de construção de narrativas orais e/ou escritas), ao invés de, desde o primeiro momento, procurar entender porque durante tanto tempo (1ano e meio) o investimento para melhorar ficou restrito à condição sensorio-motora de membros superiores. Penso que, nesse caso, essa era a questão central

a reclamar da minha posição clínica um manejo mais pontual. Minha supervisora divide comigo esse ônus e a responsabilidade de, embora termos tentado por outras vias, não conseguir trabalhar com a própria paciente a demanda necessária para o atendimento clínico. Não é possível dizer qual seria o efeito de um manejo deste tipo. De todo modo, o que o caso ensina é que ele era pertinente, já que N. é afásica e a clínica de linguagem, por definição, é o espaço que poderia acolhê-la para que sua condição pudesse produzir uma melhora na sua condição de falante.

2.2 Caso 2

Em contato telefônico, falei com o Sr. P sobre a abertura de uma vaga para atendimento clínico fonoaudiológico no Setor de Patologia de Linguagem da Derdic-PUCSP. O mesmo afirmou que estava esperando por isso, confirmando sua presença numa entrevista inicial. Ao ser questionado sobre o problema que o motivara a procurar atendimento na Derdic, P. hesitou e passou imediatamente o telefone para uma vizinha, que afirmou que ele era “gago”. Vale dizer que seu prontuário na instituição indicava que sua condição patológica era afásica.

Mesmo levando em conta essa contradição, marquei a entrevista inicial para o dia 24/03/2014, deixando registrado que sua atitude ao telefone, quando solicitado a falar sobre seu sintoma, foi a de delegar tal tarefa a um outro. Mas, no dia marcado, ele veio desacompanhado e chegou por volta de meia hora antes do combinado. A primeira impressão que tive de P. foi a de que ele estava, de fato, interessado no atendimento. Também, a certeza de que ele não era gago.

Nesta sessão, P. me relatou que era viúvo e que sua esposa havia falecido um ano antes dele ter o AVE, no final de 2012. Tem três filhos (R., de 36 anos; S., de 34 anos e Ra., de 33 anos), é aposentado, trabalhou na Caloi, como revisor de bicicletas e na Lacta, empacotando as caixas do chocolate BIS. Ele também me disse que fundou uma Igreja Evangélica, em sociedade com um amigo. Um ponto específico chamou minha atenção nessa entrevista: após pouco mais de dois anos da viuvez e um ano da incidência do AVE, P. estava de casamento marcado com W. Ao passo que ele ia me contando a sua história,

eu ia gradativamente tentando entender esse tempo em que, a princípio, estava em causa um trabalho de elaboração de mudanças certamente determinadas por tais acontecimentos.

Devo registrar aqui que, no início do nosso encontro, tinha ficado com a impressão de que P. era alguém bem resolvido e que solidão não era exatamente um termo que fizesse muito sentido na vida que ele estava levando, já que morava com dois de seus filhos e estava de casamento marcado com W. Porém, no decorrer das sessões ficou claro que ele se sentia muito sozinho: pouco conversava com os filhos e mantinha apenas contato com a filha que não morava com ele. Sobre a futura mulher, não fez nenhum comentário e eu não me detive aí.

Quando questionado sobre o porquê de procurar atendimento na Deric, o paciente afirmou que estava sendo atendido por uma fonoaudióloga na Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), mas devido a problemas de incompatibilidade de horário, foi encaminhado para a instituição. É preciso assinalar que, em nenhum momento P. se queixou sobre sua fala. Por outro lado, enfaticamente, ele se deteve em relatar como foi a ocorrência do AVE que, de início, deixou sequelas motoras de membros superior e inferior, e na fala.

P. me disse também que, com o atendimento fisioterápico, grande parte das sequelas motoras foi superada: não anda mais de cadeira de rodas, vem de ônibus sozinho para a terapia e somente o membro superior direito continua comprometido (paralisia). Ao final da sessão, quando propus que nos encontrássemos novamente, ele assinalou que só poderia fazer a terapia fonoaudiológica uma vez por semana, já que nos outros dias tinha sessões de Fisioterapia (3^{af} e 5^{af} na FMU e 4^{af} e 6^{af} na UBS Jd. Herculano) e de Psicologia (6^{af}. na UBS Jd. Herculano).

Saí da entrevista levando em conta: (1) a ausência de queixa sobre sua condição de falante e o pouco tempo reservado para o atendimento que seria especificamente voltado para ela; (2) a necessidade de se esclarecer um pouco mais o porquê do acompanhamento psicológico (a intuída solidão talvez estivesse em causa aí); (3) a fidelidade aos outros atendimentos que já estava fazendo e sua pouca disponibilidade para assumir a que se anunciava (o tratamento fonoaudiológico); (4) a exigência de se investigar um pouco mais sua fala e a relação que ele entretinha com ela. Vale dizer que

na minha escuta estava marcada uma fala com problemas. Decidi, então, manter a proposta de outro encontro.

Trago abaixo um segmento desta sessão, no qual se desenrolou parte da narrativa referida anteriormente:

Terapeuta	Paciente
1. Então, o que aconteceu que você veio pra cá...	
	2. 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.
3. Ah tá... Você foi lá na FMU?	
	4. Ié, é, faz tratamento lá.
5. Tá...	
	6. Mando eu: fono não tinha vaga, pra fono. Aí mando pra cá.
7. Uhum.	
	8. Só tinha outro horário. Outro horário bem bem cedo, chega cedo, seis e pouco da manhã. Não tinha jeito, podesê que marco outro, podesê...
9. Uhum.	
	10. Não dá pra chegá (ri).
11. Ah tá, aí você saiu, não conseguiu ficar lá por causa do horário?	
	12. É:.
13. Aí você veio pra cá?	
	14. É:.. Aí vem pra cá.
15. Mas o que aconteceu com o senhor?	
	16. 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 a fazer o tratamento.
17. Uhum...	
	18. Né, da FMU. Aí fiquei: quase um ano, um ano e pouco lá.
19. Uhum...	

Deixar no corpo do trabalho essa longa transcrição tem uma razão especial, qual seja: mostrar que, a despeito das pausas, hesitações e reformulações que comprometem a fluência da fala do Sr. P., seu efeito é comunicativo. Isso porque ele se sustenta numa narrativa em primeira pessoa e construída numa única voz: note-se que minha participação no diálogo é pontual: me coloco como alguém que pode suportar uma fala que vai, aos poucos, se alinhavando nela mesma; o que parecer ter criado condições para que ele assumisse posição sem ceder ou delegar voz ao outro. Devo esclarecer que o tempo ampliado de sua realização, em função de uma imprecisão na produção dos sons e de uma incoordenação pneumofonoarticulatória está encoberto na transcrição acima e não pode ser explicitamente avaliada pelo leitor deste trabalho. De todo modo, chamo a atenção para um efeito que tal fala pode produzir na escuta de um falante leigo: não apostar que ela será consequente e, por isso, cair na tentação de antecipá-la, atravessando-a.

Nas sessões que se seguiram, confirmei minha impressão de que a fala de P. era imprecisa, do ponto de vista articulatório e marcada pelo uso de ar residual. Apliquei, então, o Protocolo de Avaliação da Apraxia de Fala (Martins, Ortiz, 2004). O paciente se saiu bem e descartei a possibilidade de um problema apráxico. Em seguida, conversei com a fonoaudióloga Susana Gianini, do Setor de Voz, e após analisarmos juntas vídeos de sessões de atendimento fonoaudiológico, concluímos que P. tinha, de fato, um problema articulatório, o que era indicativo da necessidade de realização de exercícios de motricidade orofacial.

Em relação à articulação sintático-textual, concluí que na linguagem oral não havia sintomas, P. sustentava uma fala narrativa que exigia pouca minha participação para estruturá-la. Em relação à posição de intérprete da própria fala, notei que P. tem escuta para o que diz e também para a fala que lhe é dirigida. Em diversos momentos que ele falava um segmento ininteligível, ou quando dizia uma palavra por outra, o próprio paciente a reformulava, sem que eu precisasse questioná-lo sobre o que tinha dito.

Já no que diz respeito à avaliação da linguagem escrita, começo pela observação de que o paciente sempre se dispunha a entrar em atividades que a envolvessem. Ou

escrevíamos sobre o que estávamos conversando ou com base em alguma leitura de texto prévia. Essas atividades geralmente eram mais demoradas, pois ele tinha que escrever com a mão esquerda. Não notei problemas quando tinha que escrever espontaneamente, sob ditado ou cópia. Conclusão: não havia sintomas na escrita. Na avaliação da leitura, P. afirmou que tinha esquecido os óculos em casa, mas se propôs a ler os títulos das reportagens. A única coisa que me chamou a atenção foi a já referida presença de incoordenação pneumofonoarticulatória, mas o paciente conseguia ler e relatar brevemente o que tinha lido.

Levando em conta minha investigação diagnóstica propus a ele que apostasse num tratamento que voltasse sua atenção para melhora da face articulatória (sensório-motora) da fala. Vale dizer que P., quando chegava às sessões de atendimento fonoaudiológica, sempre afirmava que tinha realizado os exercícios em casa e me mostrava como fazia. Devo atentar, então, para o fato de que, muito embora uma queixa sobre a fala não tivesse sido explicitamente apresentada, ele se envolveu com a proposta de tratamento.

Outro ponto que passou a me chamar a minha atenção foi o de que nossos encontros foram se tornando espaço para que ele trouxesse questões de natureza pessoal, esperando apenas que eu o escutasse, não necessariamente como fonoaudióloga. De fato, parecia que ele queria mesmo era “conversar” com alguém que o escutasse. Quero dizer com isso que as sessões comigo não pareciam 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). Assim, o paciente me relatava os preparativos do seu casamento... a reforma que estava fazendo na casa de sua futura esposa (onde iam morar depois da cerimônia), as particularidades da realização da cerimônia, etc.

Comecei a me indagar se o paciente estava procurando um espaço onde pudesse melhorar a fala ou um espaço para ser escutado. Perguntei ao Sr. P. se ele estava bem em relação à sua fala ou se algo o incomodava. A princípio, o paciente afirmou que: “ainda não está boa”. Interessante é que, com tal questionamento, passou a queixar-se sobre sua leitura, afirmando que a fala já não o incomodava mais. Acrescentou que experimentava dificuldade para comentar os textos bíblicos: tarefa que cabia a ele na igreja que havia fundado:

Terapeuta	Paciente
1. E como que é na igreja? Que o senhor trabalhava na igreja né?	
	2. É.
3. Como que ficou? O senhor continua indo ainda?	
	4. Eu continu/o indo ainda. Mas chego lá falo nada.
5. O senhor pelo menos ouve o culto?	
	6. Ouve o culto. Ouve, entendendo o que fala, mas pra explica...
7. Uhum.	
	8. Mas depois eu esqueço (ri).
9. O senhor não consegue depois... (P. interrompe).	
	10. Não.
11. Explicar com as suas palavras?	
	12. Não consigo. Mas não sei porque (ri).
13. Hum...	
	14. Sei que palavra não sei explicar mais.
15. Hum...	
	16. 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).
17. Dá um oi.	
	18. 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.

Note-se que P. tinha sim uma questão para me dirigir como fonoaudióloga e eu passei a entendê-la apenas depois desta sessão. Sua fala era comunicativa, ele frequentemente se saía bem nos diálogos cotidianos com seus pares (filhos, amigos, etc), o que não confirmava minha suspeita de que ele poderia ser atravessado pela antecipação de seus interlocutores. Mas, desde a incidência do AVE, ele perdeu posição de orador/comentador dos textos bíblicos nas cerimônias religiosas que conduzia. Nela, era capaz de interpretar, mas não de comentar e tirar questões norteadoras para a reflexão de seus fiéis. Isso porque ele ficava na literalidade do lido, sem poder fazer relações outras... Não conseguia tirar consequências das narrativas. Essa “novidade” é o que o fazia sofrer e duvidar de que sua condição como falante estivesse intacta.

Entendi que estava aí, finalmente, configurada uma queixa e um pedido de ajuda para empreender uma mudança. Embora não usual, o seu pedido me parecia ser

pertinente à clínica que eu faço. Conversei com minha supervisora e decidimos que deveríamos acolhê-lo. A proposta: nas sessões de terapia, ler, interpretar e comentar textos de vários gêneros discursivos. Ele prontamente a aceitou. Nesta mesma sessão, me disse que ia receber alta da Psicóloga da UBS que, também quando soube das dificuldades que ele estava enfrentando para se manter como pastor decidiu recuar, propondo que continuasse o atendimento em grupo. Também lá a proposta dela era a de que ele tomasse a voz para discorrer sobre temas ligados à igreja.

Intuí que uma conversa com a psicóloga seria importante: afinal, de modos diferentes nós parecíamos sensíveis à mesma questão levantada por nosso paciente: perda de posição frente ao outro. Em diversos momentos, pedi que P. me passasse o seu telefone, porém ele sempre se esquecia de trazê-lo. Deu-me a impressão de que se incomodava com meu movimento de tentar estabelecer contato com ela. Expliquei que seria importante, o paciente pareceu entender e se tranquilizar, mas mesmo assim, não trouxe o número do telefone que eu havia solicitado.

Deixei de insistir neste ponto porque passei a recolher, como efeito da(s?) proposta(s?) de tratamento, uma maior fluência na fala e a recuperação gradativa de se colocar na posição de orador: recentemente, foi convidado por um casal para celebrar o casamento deles. Embora ainda não esteja completamente seguro de que possa fazê-lo, ele aceitou a proposta.

Para finalizar, acrescento a seguinte observação: a melhora da fluência, a conquista gradativa de uma posição antes sustentada na igreja são um fato que, entendo, resulta dos investimentos clínicos já feitos. Mas, neste momento, outro movimento vem ganhando as sessões de atendimento fonoaudiológico: via de regra, o paciente se esquia de entrar na proposta que articula leitura-interpretação-comentário de textos lidos para ocupar a cena com narrativa de questões que envolvem suas relações familiares. Novamente, parece-me, não é a afasia (leve) que está determinando o motivo de nossos encontros. Penso que a insistência deste modo de fazer presença torna incontornável problematizá-la, tendo em vista meu reconhecimento de que sua demanda é de outra natureza: psicológica. Resta encontrar o manejo certo para leva-lo a se questionar sobre isso. Entendo que meu compromisso, agora, é prioritariamente esse.

2.3 Caso 3

Quando liguei para marcar a entrevista com o Sr. J., quem atendeu ao telefone foi F., sua filha. Ao dizer sobre a disponibilidade de vaga para atendê-lo, ela ficou muito entusiasmada. Agendamos data e horário e ela observou que, caso não conseguisse ir junto com ele, possivelmente sua irmã R. o faria. Foi exatamente o que aconteceu. Embora acompanhado da filha, J. entrou sozinho comigo na sala de terapia (R. ficou aguardando na sala de espera). Nem um, nem outro fizeram qualquer resistência à proposta de que eu realizasse a entrevista apenas com ele.

Quando questionado sobre o porquê de procurar o atendimento fonoaudiológico, J. esclareceu que estava com “problema para falar”, que “às vezes fala bem”, mas de repente “fica tudo misturado”. Abaixo, a transcrição do segmento da sessão no momento em que ele procurava justificar seu interesse pelo atendimento:

Terapeuta	Paciente
1. O que aconteceu para você vir aqui procurar fono?	
	2. É: dif pra fala. Ah: pra conversa. Umas vez fala assim ota vez já bagunça tudo, tende? Fica tudo misturado.
3. Hum...	
	4. Dá nervoso que vai fala e: fico nervoso e chego a falar nada.
5. Entendi.	
	6. Aí fico nervoso e dá aquele negócio.

Entendi que para ele estava difícil sustentar uma fala fluente e a oscilação referida - ora conseguir falar e ora não conseguir – estava gerando uma angústia paralisante: (4.) “dá nervoso”, (2.) “bagunça tudo”, (4.) “chego a falar nada”. Não pude deixar de notar também que, em meio à dificuldade, sua fala produzia um efeito comunicativo: articulada com minha demanda enunciativa, ele conseguia ir “ao ponto”. Ele conseguiu, por exemplo, me relatar que 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, o relatório médico que ele havia trazido, se referia a uma internação no dia 02/03/2014, “devido a AVC isquêmico com afasia

de expressão”. J. me contou que no começo teve problemas para se locomover e movimentar membros superiores direito, mas que naquele momento já conseguia fazer tudo normalmente. Apenas a fala o incomodava, ele reiterou.

Esse incômodo ficou muito evidente com o andamento da sessão. Sua principal queixa se circunscrevia à dificuldade para evocar nomes: queria falar o nome de alguém e esquecia ou trocava o de uma pessoa pelo de outra. O paciente deu vários exemplos de nomes e tentativas de lembrar outros, de alguns de seus familiares, sem sucesso.

Outro ponto que me chamou a atenção foi a sua grande dificuldade de me escutar, perdendo-se em tentativas (na maior parte das vezes, fracassadas) de “lembrar” e dizer nomes de parentes e/ou amigos. Ele, então, apoiava a cabeça na mão esquerda e começava a sussurrar diversos nomes. Fazia isso como se eu não estivesse ali. Por mais que eu tentasse efetuar um corte, J. parecia não me escutar e permanecia na mesma posição e movimento. Sua hipótese era a de que estava com algum tipo de problema de memória. Procurei tranquilizá-lo dizendo que não era frequente que isso acontecesse e que, embora na aparência, a manifestação fosse de esquecimento que, provavelmente, o problema pudesse ser entendido como um sintoma afásico muito frequente, denominado anomia.

Com um AVE tão recente, não pude deixar de tocar na questão da “melhora espontânea”, primeiro com o próprio paciente, depois com sua filha. Entendi que seria ético esclarecer sobre isso antes de propor um acompanhamento para ir avaliando mudanças no quadro apresentado. Interessante é que, depois de tal esclarecimento, a queixa relativa à perda da memória foi gradativamente atenuada.

Sobre a avaliação da linguagem oral, pude notar a ocorrência de um ritmo alterado (uma fala muito rápida) que produziu em mim um efeito bastante angustiante, deflagrando a necessidade de repetir várias vezes a mesma pergunta. Em determinados momentos, ele me cortava e não me deixava falar:

Terapeuta	Paciente
1. Isso te deixa angustiado?	
	2. Deixa isso que deixa angustiado, que eu fico nervoso com aquele negócio o pessoal...
3. Hum...	
	4. 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.
5. Uhum... E quando você fala as pessoas te entendem? Está tranquilo ou// (J. me interrompe).	
	6. 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.
7. Uhum...	
	8. 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.
9. Entendi.	
	10. 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.
11. A Fabiana?	
	12. 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.
13. Seu irmão?	
	14. É, meu irmão. Tos, Gus, Gustas, Gustasvi. Vi: que eu esqueci o nome dele. É: somo quasimão, o nome somo imão gémio.
15. Ah:!	
	16. (Ri).
17. Que legal!	
	18. É! Nós somo imão gémeo. Aí eu vou falar com ele e já vai e falo o nome certinho.
19. Uhum.	
	20. Aí, tô isquéço. É quase sempre pa fala. Aí começa aí é mais difícil.
21. E você é casado?	
	22. É sou casado.
23. Com a...?	
	24. Ahn? Com?
25. Qual o nome dela?	
	26. É: Ju:ce... Jucemi! Jucemi!
27. Ju// (J. interrompe).	
	28. Jucemi o nome dela, Jucemi!
29. Jucemi?	
	30. É que ele é di costum: da estrada assim. Agora eu lembro, Jucemi!
31. Jucemi?	

Esse segmento nos permite explorar um pouco o modo de manifestação sintomática que caracteriza o dizer de J. Ele se apresenta marcado por prolongamentos, reformulações - (14.) “Tos, Gus, Gustas, Gustasvi” -, problemas acentuados de concordância verbal e verbo-nominal - (4.) e (8.) “as pessoa”, (18.) “nós somo” – e aglutinação de palavras - (14.) “quasimão”. Se (14) nos permite apostar que J. se escuta, o mesmo não se pode afirmar se levamos em conta (4), (8) e (14). Essa oscilação na posição de intérprete da própria fala é apenas aparente e, do meu ponto de vista, fortemente associada à ansiedade marcante que caracteriza sua presença no diálogo, como se vê nas frequentes interrupções a atravessam a minha fala. Vale dizer, inclusive, que é por escutar-se e frustrar-se com acontecimentos que agora frequentam sua fala que tal ansiedade se manifesta.

De todo modo, essa minha avaliação ainda deve considerar outro ponto: do ponto de vista da articulação textual, J. sustenta uma narrativa em primeira pessoa, embora o seu dizer venha em pedaços (comprometimento da sintaxe). Será, então, que ele não se escuta nesta performance bastante preservada? Ou será que as dificuldades com a nomeação – que, lembro, nada mais são do que resultado da operação no eixo metafórico – ganham uma tal dimensão que o impedem de escutar-se potente, no sentido de que sua fala veicula um efeito comunicativo? Penso que o que está em causa é exatamente isso. Lembro que o paciente mesmo queixa-se de uma certa oscilação na fala: ora vai bem, ora vai mal. O que ele não aguenta é que possa ser assim. Oscilar é o que o faz sofrer.

Em relação à avaliação da linguagem escrita, notei que J. tinha grande dificuldade em aceitar minhas propostas, alegando que por ter cursado apenas até a quarta série, teria dificuldades para ler e escrever. Eu o encorajava dizendo que o ajudaria. Notei, também nessas atividades, o quanto a questão da anomia o perturbava: pedi que ele escrevesse um texto sobre o almoço de dia das mães. Ele o iniciou mas todo o momento o interrompia imbuído da tarefa de nomear os personagens envolvidos, incapaz de, por exemplo, utilizar uma paráfrase para referi-los. Sua produção, além do mais, era marcada por um “estilo telegráfico”: restos textuais colocados na sequência narrativa.

No decorrer das sessões, expliquei que para avaliar sua linguagem escrita, nós faríamos também ditado, cópia, além de escrever espontaneamente sobre algo. Assim, evitaríamos o bloqueio deflagrado pela necessidade de nomear parentes e/ou conhecidos. J. se animou e assinalou que tinha mais facilidade para copiar. Comecei com essa atividade, mas notei grande dificuldade para realizá-la: o paciente falava a palavra em voz alta e tentava escrever sem copiar. Eu retomava a tarefa, falando que era para copiar. Quando ele compreendeu o que era para ser feito, passou a copiar letra a letra com bastante dificuldade.

A escrita sob ditado também parecia tarefa difícil para ele. 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 fazê-lo ou, quando melhor sucedido, registrou letras soltas, mas pertinentes à grafia da palavra ditada. Enquanto o paciente escrevia, repetia para si mesmo a palavra e perguntava se era “n”, “m”, “i”, “e”... Resolvi, então, soletrar para ele. Mas também não obtivemos sucesso, pois eu falava “i” e ele escrevia “e”, em seguida eu falei “i de igreja” e o paciente achou que era para escrever “igreja”. Comecei a me questionar, a partir de tais acontecimentos, se algum problema de compreensão da fala que lhe era dirigida estava jogando algum papel ali. Ou ainda, se havia esbarrado na barreira da deficiência da alfabetização, referida pelo próprio paciente.

Como se vê, fiquei frente a frente com um enigma relativo à sua condição de escritor: 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 evoca-las espontaneamente ... 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 consegui elucidar.

De todo modo, registro ainda aqui o fato de que, sempre que eu propunha atividades de leitura, J. olhava para o lado, remexia-se na cadeira parecendo estar muito desconfortado com a tarefa. Eu falava que o ajudaria, mas mesmo assim ele recusava. O paciente me falava que não tinha o hábito de ler, só lia manchetes, não gostava de jornal

ou revista, mas que se tivesse que se ler algo relacionado a salgados (foco de seu trabalho profissional), seria mais fácil.

Em meio as atividades implicadas no diagnóstico de sua condição como escritor/leitor, fui notando um grande progresso na linguagem oral (melhora espontânea?): a fala se apresentava mais fluente e o ritmo tinha “entrado no normal”. O nervosismo de não conseguir evocar o nome dos familiares se dissipou. Quando não conseguia fazê-lo, pedia para as pessoas terem paciência com ele. Chamou a minha atenção, também, que o paciente começou a sair de casa e voltou a trabalhar na lanchonete, onde conversava com as pessoas e tentava falar o nome delas. Segue abaixo o trecho de uma sessão em que ele me conta que bateu em outro carro no caminho para vir à terapia. Note-se que, nesse momento, ele não me interrompe mais e que sua fala ganha articulação sintática:

Terapeuta	Paciente
	1. 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.
2. Aí:, isso vindo pra cá que aconteceu?	
	3. Foi agora, eu vinha com pressa. Descendo quase chegando. Aí ele saiu, ele ando, no que ele ando eu também andei aí ele paro duma vez e paro e: chego a encostar nele.
4. Chegou a encostar um pouco?	
	5. 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...
6. Aí ele acabou demorando pra...	
	7. É pra libera pra mim i embora.
8. Hum:.	
	9. Fico demorando.
10. Se o senhor não fez nada né...	
	11. Não fez! Então, mas o cara fico “ah não sei o que fico: marcando e não deu tempo de ver o documento tudo”. Ah... O cara não sabe nada.
12. E está começando a semana só, né...	
	13. É.
14. Pra que tudo isso...	
	15. Aí marco o telefone tudo e eu falei ah:... Faz o que você quiser, vai no seguro e paga.
16. Uhum...	
	17. Aí ele ficou (ri).
18. Mais nervoso ainda...	

	19. O cara tava aqui, os cara num faz nada num num num é:. Quantos cara já bateu na trasera 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..
--	--

Outro ponto a ser discutido neste caso são as frequentes faltas de J. à terapia fonoaudiológica: no início, ele era assíduo (não faltava nem chegava atrasado). Porém, com a melhora gradativa da fala e o reconhecimento deste fato pelos familiares, o paciente começou a faltar e a chegar atrasado. Os motivos das faltas estavam relacionados aos atendimentos médicos: ele dizia que estava se sentindo mal e que precisava ir ao médico, trocar e pegar remédio e, ainda, pedir para fazer exames. Assinalei que ele deveria marcar o atendimento no dia que não tivesse terapia fonoaudiológica. Quando abordava as questões dos atrasos, o paciente afirmava que estava na sala de espera me aguardando e que eu não tinha ido chamá-lo. Pontuei que ia na sala de espera de cinco em cinco minutos e que quando ele chegava atrasado eu o atenderia apenas nos minutos restantes.

Algo que vale a pena ressaltar é o peso que, para ele, tinha a palavra do médico. Eu pontuava na terapia a melhora na fala de J., mostrava como sua fala estava antes e o quanto havia melhorado. Porém, apenas quando a médica cardiologista afirmou que ele estava falando melhor é que ele pode se convencer desta mudança.

Durante um tempo o paciente voltou a comparecer no horário e passou a me trazer os salgados que vendia na lanchonete. Vi esse gesto como forma de agradecimento pelo meu trabalho, uma vez que ele me dava os lanches no final da sessão. Mais tarde, J. passou a dar os lanches para as secretárias e conversava com elas sobre os sabores e se queriam que ele trouxesse mais. Em algumas sessões, J. trouxe os netos para a terapia, afirmando que eles queriam me conhecer. Em todos esses movimentos, uma certeza ia se construindo para mim: J. estava satisfeito com as mudanças operadas (espontaneamente ... ou motivadas por algumas das intervenções feitas por mim) e se lançava, sem aflição ou angústia nas trocas comunicativas cotidianas. Sua fala estava, de fato, muito fluente e permitia sustentá-las. Estávamos no final do semestre e eu decidi que esperaria sua volta para problematizar sua alta. Digo isso porque não dava para marginalizar os acontecimentos recolhidos na avaliação da escrita/leitura. De todo modo, seria preciso

tempo para encaminhar isso com o próprio paciente. Tempo cronológico mas também subjetivo: afinal, ele estava se sentindo bastante potente naquele momento: eu não podia antecipar o efeito que teria se eu tocasse nas questões referentes à escrita. Avaliei que podíamos esperar.

No início do segundo semestre de 2014, retomamos o atendimento e o paciente voltou a faltar e a chegar atrasado, fiz as mesmas pontuações mencionadas acima, mas parecia não surtir efeito. Após a discussão do caso na supervisão, ficou claro que J. não precisava ser atendido duas vezes por semana e o caso estava mais claro para mim. 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”.

É certo que minha avaliação diagnóstica trouxe à luz acontecimentos mais complexos do que esse, mas entendi o que o paciente estava me indicando: a escrita não tinha para ele o estatuto de um sintoma decorrente do AVE. Não era algo, portanto, do que ele se queixasse. Nessa mesma perspectiva, entendi que nenhuma demanda de mudança estava sendo a mim dirigida como fonoaudióloga. Falamos um pouco sobre isso e indiquei para J. que caso ele desejasse, poderia investir em se aprimorar na escrita e leitura, quem sabe com a ajuda de uma psicopedagoga ou mesmo frequentando cursos de alfabetização de adultos. O paciente se interessou e afirmou que não sabia que poderia voltar para a escola. Solicitou, então, minha ajuda para que eu o encaminhasse para que esse novo investimento pudesse ser feito. Interessante é que, ao atender à sua solicitação, ele recuou: disse que isso não tinha importância para ele. A alta, então, se tornou inquestionável.

2.4 Alguns resultados dos estudos de caso

Vimos, na discussão encaminhada nos itens anteriores, que o reconhecimento da fala/escuta em sofrimento é mesmo o que coloca em movimento a clínica de linguagem com afásicos. No primeiro caso, o da Sra. N., constatou-se uma dubiedade (não esclarecida) relativamente ao efeito que escutar o próprio dizer produzia sobre ela: um

estranhamento impeditivo de engendrar uma aposta para melhorar? Ou um não-estranhamento? Parece-me que a minha dificuldade para manejar esse ponto respondeu, em grande parte, pela obstaculização da proposta de mudança que dá vida à clínica de linguagem com afásicos. Afinal, não havia dúvida, de minha parte, de que ela era afásica, como procurei assinalar. Contudo, para enfrentar a “fala em sofrimento” há que se contar com o reconhecimento do afásico e mais com sua aposta de que aquele terapeuta tem condições para mudá-la. Sabemos que isso não se faz à revelia do paciente.

Sra. N. não conseguiu, no pouco espaço de tempo que estivemos juntas, me deixar ver o quanto sofria por efeito de sua fala sintomática. O que não tive dúvida foi de que sofria porque seu marido insistia para que estivesse ali comigo. Tenho que, portanto, indagar sobre se, então, o que ela não conseguiu foi elaborar uma demanda para melhorar a fala ou dirigir essa demanda especificamente para mim. Qualquer que seja a resposta nesse momento, outra certeza: adentramos aí no terreno da transferência. Talvez o seu manejo devesse ter sido outro, como já disse. Será? Qual? Nesse momento, não sei responder, mas me arrisco a dizer que essa foi a questão que respondeu pela sua decisão de interromper a proposta de tratamento.

No caso do Sr. P., por sua vez, o que atravessou todo o atendimento foi uma confusão relativamente a uma dupla demanda: para atendimento fonoaudiológico e também psicológico. Essa confusão pode ser reconhecida por mim nos vários momentos em que sua queixa se deslocou (em função de melhoras conquistadas) da fala para a escrita, da escrita para a leitura, da leitura para a retomada da posição de comentador ... Ao mesmo tempo em que os sintomas propriamente afásicos foram sendo trabalhados, pareceu-me que ele esperava de mim que encarnasse também uma escuta que excedia a demanda para melhorar a fala/escrita/escuta. Nesse espaço de falar e ser escutado – que é o da clínica de linguagem – muitas vezes ganha destaque narrativas pessoais, carregadas de vivências subjetivas. Vivências que trazem consigo um sujeito e/em seu sofrimento. Oferecer uma escuta para elas não me parece anti-ético, mas é preciso ter em mente que apenas uma formação especializada e específica, pode atender à demanda que veiculam. Talvez o manejo deste caso tenha deixado claro que há limites de escuta quando na cena clínica em que o fonoaudiólogo está inserido, a fala traga demandas que não estejam articuladas com sintomas linguísticos. De todo modo, é preciso saber manejá-la para

orientar a demanda para quem de direito. De novo, está no foco uma questão sobre a transferência.

Finalmente, no último caso abordado, uma ratificação das duas conclusões anteriores, com a ressalva de que, no caso de J., a queixa foi explicitamente articulada ao sofrimento experimentado pela nova condição de falante (pós-AVE) e à demanda de livrar-se dos sintomas que a sustentavam. A esperada melhora espontânea jogou um papel aí, sem dúvida alguma, mas este paciente, de fato, me elegeu como sua terapeuta, talvez muito em função do compromisso ético que assumi de acompanhá-lo e informá-lo sobre a espontaneidade esperada no seu processo de recuperação. Isso criou um terreno fértil para que ele se dispusesse às atividades implicadas na realização do diagnóstico, bem como ao enfrentamento dos desafios que lhe fui fazendo ao longo deste tempo. Enquanto isso, ele sustentou posição e me sustentou na minha. Com a melhora gradativa da fala, ele foi também gradativamente me dispensando – movimento explicitamente marcado nas sucessivas faltas e atrasos. Daí à alta, apenas um passo: dado, deve-se dizer, a partir de uma decisão conjunta. Lição também que envolve a transferência como motor da clínica de linguagem.

A teorização sobre clínica com afásicos encaminhada no Grupo de Pesquisa CNPq “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”, sustentada por Fonseca (1995, 2002) e outros investigadores (LANDI, 2000; MARCOLINO, 2004; CATRINI, 2005; TUMIATE, 2007; TESSER, 2007; GUADAGNOLI, 2008; CATRINI, 2011; TESSER, 2012; FACHINI, 2013), postulam que a afasia é tanto um problema linguístico, quanto subjetivo.

Assim como Saussure (1916), eles compreendem que “há língua e que ela opera em toda e qualquer manifestação da linguagem” (JAKOBSON, 1954). A quebra do raciocínio da causalidade e a construção de um novo caminho leva a Fonoaudiologia a outro modo de trabalho, no qual se debruça sobre a fala do paciente. Essa clínica considera como secundária a teorização do cérebro, pois, neste caso, a linguagem é que está em foco. Torna-se desnecessário recorrer à Medicina para encontrar as respostas que possam movimentar a clínica, uma vez que o primordial é entender como a língua se manifesta na fala do paciente e o efeito dessa fala sobre ele (lição tributária da aproximação à proposta Interacionista Brasileira). Só assim, uma escuta especializada e específica para a fala de cada paciente afásico pode ser construída. Entende-se, de fato, que esse é o caminho para se abordar a “fala em sofrimento”; o que os estudos de caso que trouxe neste trabalho ratificam, sem dúvida.

Como afirmado nos capítulos anteriores, na maioria dos casos de atendimento de pacientes afásicos, o clínico e/ou pesquisador se vê diante de uma fala/escuta fragmentada e com um falante que “estranha” sua nova e incômoda posição na linguagem (FONSECA, 2002, 2006a, 2006b; MARCOLINO, 2004; LANDI, 2006; TESSER, 2007). Se na afasia há cérebro ferido, há também fala em sofrimento e há falante que sofre por efeito de sua fala/escuta sintomática (FONSECA, 2010). Meus casos clínicos ratificam essas afirmações e, se deixam ver um ser em sofrimento, nem sempre se pode afirmar com certeza que seu sofrimento se deva exclusivamente ao efeito de sua fala sintomática. Devido ao fato do clínico ter formação e escuta para trabalhar com a linguagem patológica, pode acolher potencialmente a demanda que lhe é dirigida pelo paciente para superação do seu sintoma. Vimos que o manejo da transferência joga um importante papel

aí. Da discussão que encaminhei neste TCC, uma certeza: a aproximação à Psicanálise, que já se faz presente no Grupo de Pesquisa, vem para sustentar as ações clínicas do fonoaudiólogo, porém, tal teorização deve explicitar um manejo clínico que não faça perder de vista o que discerne a ação do fonoaudiólogo da do psicanalista.

- 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.
- 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.
- CATRINI, M. **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.
- 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**. (1913). Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. [Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas].
- _____ . 189. **La Afasia** (R. Alcade, Trad.). Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1973.
- 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.
- 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).
- LACAN, J. (1981/2002). **O seminário: livro 3 – as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- 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.

- LANDI, R. **O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência.** Ver. *Kairós Gerontologia*, São Paulo, 12 (2), nov. 2009: 33-45.
- _____ . 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.
- LIER-DE VITTO, M.F. **Raízes genéticas: implicações e complicações.** *Cadernos de estudos linguísticos.* (1994) 26: 17-25. Campinas: Editora de Unicamp.
- _____ . 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.
- LIER-DE VITTO, M.F e ARANTES, L. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem.** São Paulo (2006): EDUC-FAPESP: 11-7.
- 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.
- MILNER, J.C. (1978/1987). **O amor da língua.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1987.
- 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, 69-7.
- NASIO J-D. Que é um caso? In: Nasio J-D. (org.). **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001. p.9-22
- 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).** 2007. p.1-32.
- 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.* 2009; 22(3):422-9.
- QUINET, A. **A descoberta do inconsciente.** Rio de Janeiro, Zahar. 2000.
- 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; 2000:436.

- SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 1916/1991.
- SOBRINO, A. (1996) **Dizer o ditto: a questão da interpretação na Fonoaudiologia**. Rev. Distúrbios da Comunicação, v.8, n.1 (23-39). São Paulo: EDUC.
- STRONG K., MATHERS C., BONITA R. **Preventing stroke: saving lives around the world**. Lancet Neurol. 2007; 6 (2):182-7.
- 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. 2007; 20 (5): 383-386 setembro/outubro.

