

CORPO, LINGUAGEM E DESTINO NAS AFASIAS

BODY, LANGUAGE AND THE APHASIC'S DESTINY

Melissa CATRINI
(Universidade Federal da Bahia – UFBA)
melissa.catrini@ufba.br

Michelly Daiane de Souza Gaspar CORDEIRO
(Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO)
mdscoreiro@unicentro.br

RESUMO: As afasias implicam a presença de uma lesão cerebral, sintoma na fala/escrita/escuta a partir do qual se impõe ao falante um drama subjetivo e social. Esse enodamento traz implicações diretas no tratamento de sujeitos afásicos que, de maneiras diferentes, precisam elaborar os efeitos de sua nova condição de falante. Este trabalho teve como objetivo discutir a complexidade do atendimento de sujeitos afásicos sob a perspectiva do luto e do destino nas afasias. Para tanto, apresenta uma discussão teórica que coloca em perspectiva a relação entre anatomia e destino. Vinhetas clínicas são trazidas para ilustrar a discussão encaminhada.

PALAVRAS-CHAVE: afasia; luto; destino; corpo; linguagem.

ABSTRACT: *Aphasias imply the presence of a brain lesion, a symptom in speech/writing/listening from which a subjective and social drama is imposed on the speaker. This knotting has direct implications for the treatment of aphasic subjects who, in different ways, need to elaborate on the effects of their new speaker condition. This work aimed to discuss the complexity of caring for aphasic subjects from the perspective of grief and fate in aphasias. Therefore, is presented a theoretical discussion that puts the relationship between anatomy and destiny into perspective. Clinical vignettes are provided to illustrate the forwarded discussion.*

KEYWORDS: *aphasia; grief; fate; body; language.*

1. Introdução

No 22º Intercâmbio de Pesquisas em Linguística Aplicada, a mesa-redonda proposta por Suzana Carielo da Fonseca nos convocava a refletir sobre luto e destino nas afasias. O título “Luto e destino nas Afasias: Corpo e Linguagem”, por sua vez, nos apontava uma direção necessária para tal discussão, qual seja, a de que tecer considerações sobre luto e destino nas afasias obriga a colocar em perspectiva a relação entre anatomia e destino.

De fato, não se pode negar que a afasia acontece após um “‘acidente’ anatômico [que] impõe à fala marcas de um revés súbito, traumático, que afetam o destino de um sujeito” (CATRINI; LIER-DEVITTO, 2019:426). É o que testemunhamos ao escutar o relato do Sr. G., um sujeito afásico de 59 anos, sobre o episódio de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI):

G. *Eu tava em ca... eu tava em casa, tais resolvendo as coisa lá, aí-aí me sen-sen fiquei a-a-a bran-branco, um pouco de pra passar a gazan-zangado zangado, fiquei muito zangado, aí eu fiquei naquela hora a-assim muito coisa assim, é...quando foi mais tarde eu tensei, aí foi que eu consetei ma-mai um pouquinho da coisa, aí não vi mais nada, só vi eu “UAAI”, gritando, tentano, sentano na muler, “VÉI!”, aí ela levantou melou ma-ma neu silho, **aí eu não fui mais nada, aí só vi isso.** Quando foi depois tava dento do carro já, que a gente fez, a gente fez eu já tava dento da...dento da...dento do...*

Sobre a fala, ele diz:

G. *Eu fico nevoso porque na época que eu fala-fa-fa-fa pa dizê o que, as coisas, às vezes sim...falta a coisa. Aí o que eu falava, aí não quero fala, e eu vô fala e num sai. Aí a a a as outas coisa procura pa falar, pa dizer o que passou, o que tá passando. Aí que vai se se sai muito tempo beeeem, não tem mais nada que dizer. Aí que eu tento e aí volta.*

T. *Depois de um tempo o senhor consegue falar.*

G. *É, é eu fico muito tempo é, aí aí minha véia faz “Você tá muito é... nervoso porque vo-você você espere depois cê fala, quando cê puder. Aí fi-fi sem sem (SI - embaralhamento dos sons na fala) pa essas coisas. É que precisa ter, aí te...na hora não preciso, não falo. Não falo. Aí sim, aí que vai se (SI - embaralhamento dos sons na fala), é isso. Tendeu?*

A natureza hesitante, elíptica e incompleta da fala afásica perturba a coesão e atinge o tecido textual, o que não é sem consequências para a sustentação de um diálogo (TESSER, 2007). Desdobramentos subjetivos e sociais, sempre singulares e imprevisíveis, revelam um modo de estar na linguagem muito angustiante para o afásico e para o outro (FONSECA, 2011).

É inegável, portanto, que o abalo na estrutura anatômica imprime mudanças na fala e no falante. Uma nova direção é forçada ao sujeito, que tem o curso de sua vida modificado por algo que lhe retira o controle sobre seu corpo. Diante disso, Sr. G. nos diz:

G. *Aí o tempo passa, entendeu. Mas quando alguma coisa que sente, eu fico nervoso, eu fico nervoso porque eu quero fazer as coisas e eu não fa-zo. Eu não tenho, é porque porque (paciente se emociona, a fala parece mais embaralhada)...aí fico, é só eu pa poder resolver as coisa e não consigo, aí fico assim...Aa foi muita coisa nessa vida. Sempe ter que, eu tenho esse poblema aí fiquei assim, aí é é é (SI) aí fico assim agoniado e*

ela fica agoniada, aí "VÁ, deixe pa lá". Aí é é é o momento que a gente fica, é mais...aí ela não...a perna não quer mais andar direitinho. Era pió, agora tá bem melhor, aí dói, aí eu fico sem andar certinho. Tenho andar e não consigo. Pa sair, pa faze a coisa. Pa ir po médico, pa poder fazer as coisa, pa vê como é que tá as coisa. Mas muita vez tem que ir pa rua pa poder... o pessoal, meus amigos, aí não tenho... no não sei quem vai aí fico zanzanzado. Aboitado aborriçado.

Irremediavelmente, quadros afásicos envolvem a presença de lesão cerebral, sintoma na fala/escrita/escuta e conflito subjetivo-social. Esse enodamento, como indicou Fonseca no resumo da mesa-redonda mencionada anteriormente, traz implicações diretas no tratamento de sujeitos afásicos que, de maneiras diferentes, precisam elaborar os efeitos de sua nova condição de falante. Com o objetivo de discutir a complexidade do atendimento de sujeitos afásicos sob a perspectiva do luto e do destino nas afasias, colocamos em movimento a relação entre anatomia e destino, bem como trazemos a vinheta de um caso clínico para ilustrar a reflexão que ora encaminhamos¹.

2. Corpo e linguagem nas afasias

Se tomarmos os sintomas afásicos e seus efeitos como reflexos diretos das injúrias neurológicas sobre o processamento da informação linguística (PAURANIK, 2014), orgânico e mental compõem como sendo perfeitamente compatíveis entre si: não há estabelecimento de conflito entre o que se concebe como um e outro (FONSECA, 2002; VASCONCELLOS, 2010). Na verdade, Sr. G. e seu corpo seriam identificados à matéria orgânica e a mente como uma teoria sobre o funcionamento cerebral (DE LEMOS, 1995).

Note-se que estaríamos dentro de uma visada biológica, a partir da qual o corpo constitui um todo cuja estrutura encontra-se articulada a sua função-funcionamento de tal modo que suas qualidades são compreendidas como estáveis, permanentes e acessíveis a percepção, tendo sua existência garantida independentemente de o sujeito percebê-las ou não (WINOGRAD e MENDES, 2009). Na concepção de corpo-organismo, o sujeito está posto de lado, isso para que se possa fazer valer o corpo como objeto de estudo, no interior de um discurso puramente orgânico como aquele que subjaz à biologia, fisiologia e medicina.

No âmbito da terapêutica, a identificação do falante e seu corpo a organismo leva a aposta em práticas reabilitadoras que visam (re)estabelecer conexões na "rede cerebral da linguagem", associando a incidência sobre a conectividade neuronal a resultados comportamentais positivos (MARCOTTE et. al, 2013). Mas, reparem, ainda que se possa

¹ O presente artigo está ligado ao Projeto de Pesquisa "A articulação entre ações clínicas e não clínicas na reabilitação do afásico, aprovado no Edital MCTI/CNPq 2018, processo 437756/2018-1, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS/UFBA) sob o n. 3.759.113.

contar com a plasticidade cerebral, a irreversibilidade da lesão anatômica impede a reversão funcional do quadro afásico. Então, cabe perguntar: que destino se reserva ao afásico?

Goldstein, um dos pioneiros na reabilitação de pacientes afásicos, refere que “uma reconstituição funcional, satisfatória para o doente e também para seu médico, pode ser obtida sem *restitutio ad integrum* na ordem anatômica teoricamente correspondente” (CANGUILHEM, 1966/1991:76). O ponto central aí é que mesmo quando a anatomia faz um corte no destino da fala e do falante, só é possível existir uma clínica se a lesão não é tomada como o veredicto final.

Jackson (1866/1932) reconheceu a existência de casos de afásicos silenciados ou presos a estereotípias que surpreenderam familiares e clínicos com falas fluentes e precisas. Diante de tal constatação, ele discordou da possibilidade de se assimilar o domínio psíquico/mental ao físico/orgânico, como é assumido pelo discurso neurocientífico ainda dominante hoje. As observações clínicas desse médico o fizeram concluir que o orgânico e o mental são duas ordens de acontecimentos distintas, independentes e não identificáveis entre si.

Apesar de inovadora, a proposta de Jackson não suplanta o passo revolucionário dado por Freud (1891), que subverte a lógica da causalidade ao diluir o dualismo corpo-mente ratificado pelo paralelismo psicofísico de Jackson. Ao analisar criticamente a interpretação dos fenômenos afásicos oferecida pela abordagem localizacionista de Wernicke e seus discípulos, Freud trata a disfunção cortical e o sintoma linguístico como pontos de vistas distintos sobre a afasia (FONSECA, 2002). De fato, ele não nega que o acontecimento cerebral tenha relevância na configuração do quadro afásico, porém o encontro com o sintoma na linguagem o levou a postular a existência de um “‘aparelho de linguagem’, na qualidade de ‘concomitante dependente’ [...], cujo funcionamento não pode ser reduzido ao funcionamento cerebral” (FOSENCA, 2002:05).

Nesse sentido, podemos afirmar que se Jackson abriu espaço para se pensar a autonomia do funcionamento linguístico em relação ao funcionamento cerebral, Freud introduz uma outra concepção de corpo. A sua incidência no par psicofísico de Jackson representa, a rigor, uma antecipação da revolução e da novidade que o conceito de inconsciente opera: o dualismo orgânico-mental fica definitivamente eliminado do pensamento psicanalítico – como mostrou Freud, o corpo fala (CATRINI, 2019).

Freud (1891), a respeito do corpo do afásico, reconheceu que a presença da anatomia é mesmo condição de possibilidade para a existência de uma fala, um falante e um sujeito. No entanto, ele nos ensina que se a estrutura anatômica é o suporte material para o exercício de uma função e seu funcionamento, “a base orgânica não é ativada de maneira qualquer. Não é a dinâmica celular que determina e delimita a função, é o funcionamento da função que promove uma certa dinâmica celular” (CATRINI, 2019:114).

O autor, ao postular a “concomitância dependente” entre os domínios “psico” e “físico”, viu nos furos da afasia que estrutura anatômica e funcionamento não caminham lado a lado. Como assinalou Lier-DeVitto (2003), há sempre um “excesso que transborda, inclusive, do silêncio verbal de um sujeito, em expressão mínima - num olhar, num pequeno gesto, num choro, num sorriso”. Esse excesso de que nos fala Lier-DeVitto remete a um funcionamento que ultrapassa a função e a própria estrutura anatômica.

No estudo comparativo das paralisias orgânicas e histéricas, Freud (1893) dá um passo em direção à natureza do corpo do ser que fala. A Histeria, aponta o autor, “se comporta como se a anatomia não existisse – o corpo da histeria ignora a distribuição dos nervos e as relações biofisiológicas” (CATRINI, 2011:70). Ele observa que, apesar dos sintomas histéricos apresentarem-se num mal funcionamento do organismo, eles seguem aquilo que a linguagem popular carrega a respeito do corpo. Por exemplo, o braço paralisado é a extremidade superior do corpo humano que aparece visível sob a manga da camisa e não necessariamente a porção proximal do membro superior formada pelo úmero que se articula com a escápula. Ora, o que o autor nos esclarece é que “o corpo está preso na cadeia da linguagem” (QUINET, 2017:79).

Nesse enquadre, ainda que a afasia aponte para um corpo que pode ser considerado em sua forma e presença no espaço, possa ser tocado, manipulado e, como objeto, possa ser partido, despedaçado e ter suas partes articuladas num todo organicamente funcional, numa clínica em que o sintoma na fala está em questão o corpo nunca pode vir sem sujeito, pois **é corpo marcado pela imprevisibilidade da relação estrutura anatômica, função e funcionamento.**

Se o corpo fala, é preciso romper com o discurso organicista para que uma prática clínica dirigida à linguagem possa se constituir e esse foi o compromisso assumido e o passo dado por Fonseca (1995, 2002, 2005, 2009, 2011, entre outros) para a constituição da Clínica de Linguagem com afásicos. Sem desconsiderar “os mistérios que envolvem a relação entre cérebro e linguagem”, de um lado, Fonseca vê na fala dos pacientes afásicos o funcionamento da língua (um sistema, cujas leis foram postuladas por Saussure e ampliadas por Jakobson), ultrapassando a ideia de que o sintoma na afasia é apenas sinal observável de um acontecimento cerebral. De outro lado, inclui uma discussão sobre o falante em relação à língua e à fala. Nas palavras da autora, “não se pode abordar a afasia sem implicar [o linguístico] mesmo que, ao implicá-lo, se tenha que empreender o esforço teórico de, na consideração sobre o linguístico, não deixar de fora o sujeito” (FONSECA, 2005:162).

A ressignificação da relação organismo-linguagem-sujeito tornou-se, então, um imperativo que guiou a elaboração de uma nova definição de afasia. Diferentemente da definição tradicional, pautada num raciocínio causal, na Clínica de Linguagem a afasia é definida como uma condição tripla e não dupla – há, portanto: i) um cérebro ferido, ii) a fala em sofrimento e iii) um profundo drama subjetivo-social (FONSECA, 2002,

2009). Nessa toada, Fonseca abre as portas para uma clínica em que a linguagem e o sujeito na linguagem estão no centro da terapêutica. Com ela, falaremos em uma Clínica de Linguagem para o Afásico/ para a Afásica e não em uma Clínica das Afasias.

Na base do tratamento proposto está a singularidade dos efeitos de “uma marca no corpo que produz uma ruptura entre um “antes” e um “depois” e que vai responder pela ‘nova’ e ‘enigmática’ posição de falante que se impõe ao sujeito” (FONSECA, 2011:2338). A interpretação é o que impulsiona o tratamento e ela se dá a partir do modo como o falar do afásico se instancia. O fazer texto se dá no encontro com a fala viva, no diálogo clínico, no qual se dá o cruzamento entre falas, escritas e gestos (do terapeuta e do paciente) (FONSECA, 2002; ARANTES e FONSECA, 2008; FONSECA, 2011). Fonseca (2005:223) reconhece que um “afásico não volta a falar como falava antes”, mas aposta que por essa via ele pode “recuperar posição e voz na linguagem”.

3. Um breve relato de caso

Para continuar nossa reflexão, trazemos agora um pouco do que temos vivido no Centro de Atendimento ao Afásico-UFBA (CAAf-UFBA), projeto de extensão que replica o modelo do CAAf-PUC-SP, proposto por Fonseca e Lier-DeVitto, em 2005, e que busca articular ações clínicas (na UFBA, atendimentos fonoaudiológicos individuais) e ações de natureza não clínica (como oficinas de arte e inclusão social). Juntos UFBA, PUC-SP e UNICENTRO (Lalíngua, Campus Irati) compõem o que chamamos de CAAf em Rede. O relato localiza-se no âmbito desta rede.

M, uma mulher de 54 anos, chegou ao CAAf-UFBA buscando atendimento fonoaudiológico com a seguinte queixa: “não lembro o nome de algumas coisas que preciso falar”. Ela havia sido submetida a uma neurocirurgia no ano anterior para retirada de um tumor que estava comprimindo o cérebro na região parietal.

Um ano antes da cirurgia, já cursava com esquecimentos de nomes de objetos, pessoas e lugares, mas somente após um episódio de convulsão buscou ajuda médica. Em situações com muitas pessoas, acreditava que sua condição de fala piorava: esquecia mais as palavras e não conseguia falar palavras longas. Acreditava-se, dizia, deprimida por conta “dessa situação de esquecer o que ia falar”, mas relatava melhora.

O sintoma na linguagem tinha um forte efeito na escuta da paciente, que se mostrava bastante incomodada com as anomias, chegando a chorar em algumas sessões ao falar sobre sua condição. A fala era lacunar. Em alguns momentos, enunciados longos surgiam de modo que tangenciavam as palavras que não vinham. Em outros, a paciente iniciava a fala, mas não podia fechar um texto. A escrita se apresentava sem alterações evidentes. Realizava leitura, mas precisava reler o texto escrito várias vezes para alcançar a possibilidade de interpretação.

Seguindo a abordagem clínica proposta por Fonseca, a intervenção terapêutica foi realizada a partir do diálogo clínico e da escrita como

dispositivo terapêutico. O objetivo era possibilitar que a paciente pudesse sustentar uma fala mais bem estruturada do ponto de vista sintático-textual. Acreditava-se que por essa via fosse possível produzir mudanças na fala e na condição de falante de M. Ao mesmo tempo, foi sugerida a participação nas oficinas de arte (inclusão social).

Com a direção de tratamento encaminhada, observamos menos episódios de anomia. Quando aconteciam, eram enfrentados e contornados pela paciente (ela mudava a direção da fala, mas conseguia manter-se no fio textual do seu "querer dizer") – bem diferente do que ocorria no início, quando o sintoma impedia ou atrapalhava o fluxo da fala e M. ficava presa no lamento frente ao destino doloroso que lhe fora imputado pela lesão. Também notamos que esteve mais animada e bem-disposta à medida que se integrava às oficinas.

Nós já vislumbrávamos no horizonte um fim de tratamento quando o CAAf-UFBA teve que modificar sua rotina de trabalho por conta da rápida disseminação do novo coronavírus e do advento da pandemia de COVID-19. Isso porque a população atendida (pacientes em sua maioria idosos, com diversas comorbidades e que dependiam de transporte público para chegar ao serviço) apresentava-se extremamente vulnerável ao risco de contágio, dada as condições sanitárias até então disponíveis. Nossa decisão foi suspender as atividades presenciais.

Por cuidarmos de pessoas em condição socioeconômica bastante desfavorável, não pudemos contar com aporte tecnológico para atendimento clínico à distância. A única ação possível foi a manutenção de contatos telefônicos periódicos e a ativação de um grupo de WhatsApp que havia sido criado antes do início da pandemia para facilitar o contato entre os membros do grupo (afásicos) e as estudantes responsáveis pelas oficinas de arte.

O grupo funcionou como um ponto de encontro virtual entre os participantes. Inicialmente, foi mobilizado por mensagens dasicineiras que buscavam semanalmente movimentar conversas em áudio, incentivar relatos pessoais e o compartilhamento de trabalhos artesanais. Com o tempo, observaram-se iniciativas de alguns afásicos para a manutenção do contato entre eles e foi possível marcar encontros por videochamada. Especialmente M. assumiu um importante protagonismo na manutenção do grupo.

De maneira espontânea, ela começou a ligar para os demais membros do grupo para lembrá-los das atividades propostas e dos dias dos encontros virtuais. Para a surpresa de todos, em um dos encontros relatou que o médico a havia liberado de medicações anticonvulsivantes (não havia mais crises convulsivas) e que ela havia retornado ao trabalho.

Ainda que a pandemia fosse algo assustador, ela recupera algo que lhe também era motivo de muita dor. Desde a cirurgia, não podia trabalhar. Os meses seguem e no início de 2021 relata ao grupo que decidiu abandonar o posto de cuidadora de um idoso. Segundo M., a pessoa de quem cuidava se recusava a tomar a vacina contra a COVID-19, o que ela entendia como algo inadmissível e um risco grande para a própria saúde.

Mais recentemente, fomos autorizados a retomar de maneira parcial as atividades presenciais do CAAf-UFBA. Nossa primeira ação foi chamar os pacientes para entrevistas, reavaliação e retomada dos atendimentos fonoaudiológicos. O grupo permaneceu virtual e M. compareceu a uma sessão de entrevista presencial. Nessa oportunidade, nova surpresa. A estagiária em fonoaudiologia que a atendeu refere que:

A paciente relatou que anteriormente estava trabalhando como cuidadora de um idoso. No entanto, decidiu se afastar porque está com dificuldade relacionada à memória e, também, porque estava sendo um pouco estressante (sic). Houve um momento em que se emocionou porque tem esquecido alguns nomes. Apesar disso, ela parece "bem resolvida" e independente.

Ficamos com o descompasso entre os relatos sobre o retorno da paciente ao trabalho e sua desistência. Essa pontuação foi colocada em supervisão e ficamos com a diferença de como M. colocava a questão no espaço clínico e não clínico. Lembramos, nesse momento, do fato de que a afasia é algo insuperável. Lembramos de Cardoso Pires, que escreveu um livro sobre a experiência traumática de ter permanecido afásico, mesmo que de maneira transitória. Ele nos mostra que mesmo o abalo estrutural sendo passageiro, o corpo fica marcado por essa vivência que "deixa resto, sofrimento: ela é sempre uma suspensão: a vida passa a ser fortemente sentida como vulnerável. O sujeito fragiliza, sente-se ameaçado" (CATRINI; LIER-DEVITTO, 2019:427).

No caso de M., não há transitoriedade. Há lesão permanente, mas a fala melhorou e ela mudou de posição em relação à própria fala. Lançou-se no encontro com o outro nas oficinas, teve oportunidade de retornar ao trabalho (ou abriu espaço para que essa oportunidade surgisse), mas não pode sustentar-se nesse lugar.

Entendemos que era preciso abrir espaço para que M. pudesse falar sobre esses acontecimentos e para que pudessemos nos aproximar da demanda que poderia estar se configurando a partir de agora. Esperávamos que ela retornasse para uma próxima entrevista. No entanto, uma sucessão de faltas justificadas pelos mais diferentes motivos impediu que esse passo fosse dado. No último contato, M. manda uma mensagem de áudio à estagiária dizendo que estava chovendo muito e que se a chuva não parasse até determinado horário não iria "*porque para ir praí i ficar meia hora só pra falá e voltá, nu nummm compensa não.*" Logo em seguida, no entanto, ela confirma a vinda. No horário da sessão, envia nova mensagem para a terapeuta e diz que o ônibus não passou e que ela gostaria de vir apenas quando o grupo fosse acontecer presencialmente. A próxima vinda seria no sentido de garantir sua participação no grupo para além do espaço virtual.

Fonseca (2011), Cordeiro (2019), Cordeiro e Lier-DeVitto (2019), Catrini e Lier-DeVitto (2019) nos chamam atenção para a tragédia que se abate sobre o afásico. Nas palavras de Cordeiro (2019:98), trata-se de um acontecimento que num lapso de tempo destrói "todas as idealizações e

projetos de vida, fica-se fadado a uma nova condição, muitas vezes repleta de impossibilidades e restrições, e ao afásico enlutado caberá uma maneira de lidar com todas as suas questões”. M. certamente estava nos sinalizando a maneira dela lidar com suas próprias questões e acaba por retornar ao serviço. Ela fala, escreve e lê bem, pode enfim enunciar uma outra demanda: quer estar no grupo, num espaço em que o fazer e falar juntos lhe dá força e a mobiliza para seguir vivendo a vida (GOMES, 2018). O fim de tratamento está posto e acordado. Era tempo de outro investimento.

4. Considerações Finais

Neste artigo, a complexidade do atendimento de sujeitos afásicos foi discutida tendo em vista que cérebro, linguagem e sujeito se encontram marcados por uma trágica ruptura. O corpo não funciona como o esperado, a fala sofre e o sujeito encontra-se deslocado, aprisionado numa condição enigmática para ele e para o outro. É inevitável para o sujeito afásico enfrentar esse novo tempo que envolve luto e muitas perdas, destaca-se que essa travessia é sempre singular como indicou a vinheta clínica.

A articulação entre ações clínicas e não clínicas (promotoras de inclusão social) no atendimento destes pacientes mostrou-se efetiva no breve relato do caso apresentado. Houve mudança. M. pôde se localizar numa cartografia construída a partir da

força da palavra sobre a função-funcionamento do corpo [que] faz com que o diálogo clínico, o jogo da linguagem sobre a própria linguagem (Lemos 1982, 1992, 2002 e outros) seja o motor de transformações na fala e, por consequência, na vida do sujeito, afetada de modo profundo pelos sentimentos de estranhamento de si e solidão no laço social (CATRINI e LIER-DEVITTO, 2019:432).

Isso só foi possível porque “a anatomia não dita nem resume o destino de uma fala e de um falante” (CATRINI e LIER-DEVITTO, *idem*, *ibidem*). Contornos e rearranjos só são possíveis quando ditados pelas possibilidades subjetivas na lida com uma nova condição linguística/subjetiva/social.

Referências bibliográficas

ARANTES, L.; FONSECA, S.C. Efeitos da Escrita na Clínica de Linguagem. *Estilos da Clínica* (USP), v. 1, p. 14-35, 2008.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Forense Universitária. São Paulo, 1966/1991.

CATRINI, M. *Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem*. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2011.

CATRINI, Melissa; CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar. Corpo, linguagem e destino nas afasias. *Revista Intercâmbio*, v.L: 100-110. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

CATRINI, M. *Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem*. Salvador: EDUFBA, 2019.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, M.F. Reflexões sobre o corpo falante e seus destinos na clínica de linguagem. In: LASCH, M; LEITE, N.V. A. (Org.) *Anatomia, destino, liberdade*. 1ed. Campinas: Mercado de Letras, v.1, p. 425-434, 2019.

CORDEIRO, M. *O luto na Clínica de Linguagem com afásicos*. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2019.

CORDEIRO, M.; LIER-DEVITTO, M.F. A clínica de linguagem: algumas considerações sobre o afásico e o luto. *Revista Intercâmbio*, v. XLI, p. 120-136, São Paulo, 2019.

DE LEMOS, C. Corpo e Linguagem. In: FILHO, J. (org.) *Corpo, Mente. Uma Fronteira Móvel*. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. São Paulo, p. 235-247, 1995.

FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 1995.

FONSECA, S.C. *O Afásico na Clínica de Linguagem*. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2002.

FONSECA, S.C. O afásico na clínica de linguagem: levantamento de questões sobre o fim do tratamento. In: PAVONE, S.; RAFAELI, Y.M. *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. São Paulo: Cortez, 2005.

FONSECA, S.C. A Clínica de Linguagem com Afásicos. In: Mancopes, Renata; Santana, Ana Paula (org.) *Perspectivas na Clínica das Afasias: O Sujeito e o Discurso*. 1ª ed. v. 1, p. 41-70. Livraria Santos Editora. São Paulo, 2009.

FONSECA, S.C. Afasia: fala em sofrimento que faz sofrer o sujeito. XVI Congresso Internacional de La Alfil. *Obras colectivas de Humanidades*. Acala de Henares: Universidad de Acala, v. 28, 2011.

FREUD, S. *La Afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1891/1987.

FREUD, S. Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e históricas. In: FREUD, S. *Obras Completas*, Buenos Aires: Editorial Ateneo, p. 13-21, 1893/2005.

CATRINI, Melissa; CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar. Corpo, linguagem e destino nas afasias. *Revista Intercâmbio*, v.L: 100-110. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

GOMES, A.C.S. *Oficinas de arte: em meio a falas sintomáticas, encontros singulares com a velhice*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2018.

JACKSON, H. Notes on the physiology and pathology of language. In: TAYLOR, J. (ed.) *Select Writings of John Hughlings Jackson*, London: Hodder and Stoughton, v. 2, p. 121-128, 1866/1932.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N. (Org.) *Corpolinguagem: Gestos e afetos*. (p.25-32). Mercado de Letras, Campinas, 2003.

MARCOTTE, K.; PERLBARG, V.; MARRELEC, G.; BENALI, H.; ANSALDO, A.I. Default-mode network functional connectivity in aphasia: therapy-induced neurplasticity. *Brain&Language*, v.124, p.45-55, 2013.

PAURANIK, A. A Clinical approach to disorders of speech. *Pakistan Journal of Neurological Sciences*, v. 09, n.4, p. 46-52, out-dez., 2014.

QUINET, A. Corpo e linguagem. *Estudos da Língua (gem)*, v. 15, n. 01, p. 77-88, jun., 2017.

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

VASCONCELOS, R. *Organismo e Sujeito uma diferença sensível nas paralisias cerebrais*. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2010.

WINOGRAD, M.; MENDES, L.C. Qual corpo para a psicanálise: Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 211-223, dez., 2009.

Recebido em 22/11/2021
Aprovado em 20/05/2022