

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; MARCOLINO-GALLI, Juliana; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Sobre os efeitos da escuta fora de cena em um caso de afasia: reflexões sobre o manejo da demanda na clínica de linguagem. *Revista Intercâmbio*, v.L: 111-123. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

<https://doi.org/10.23925/2237.759X.2022V50.e58287>

SOBRE OS EFEITOS DA ESCUTA FORA DE CENA EM UM CASO DE AFASIA: REFLEXÕES SOBRE O MANEJO DA DEMANDA NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

SOME EFFECTS OF LISTENING: QUESTIONS ON THE PATIENT'S DEMAND MANAGEMENT IN THE LANGUAGE CLINIC

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

Juliana MARCOLINO-GALLI
(Universidade Estadual do Centro-Oeste)
jfmarcolino@unicentro.br

Maria Francisca LIER-DEVITTO
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP)
mf.devitto@gmail.com

RESUMO: O objetivo deste trabalho é apresentar os efeitos da escuta fora de cena, a partir da leitura de prontuário, de um caso clínico de afasia atendido no Centro de Atendimento Afásicos (Caaf/Lalíngua) da Universidade Estadual do Centro-Oeste. É possível escutar o drama subjetivo/social por efeito de sua difícil condição de falante, com queixas recorrentes sobre a exclusão social depois da afasia. Além disso, o caso possibilita a reflexão sobre a escuta do clínico de linguagem e o manejo da demanda, incluindo ações não clínicas que possam favorecer uma retomada (singular, e, portanto, caso a caso) de alguns laços sociais.

PALAVRAS-CHAVE: afasia; demanda; drama subjetivo/social; ações não clínicas.

ABSTRACT: *The objective of this paper is to present the effects of off-scene listening, from the reading of medical records, of a clinical case of aphasia treated at the Aphasic Care Center (Caaf/Lalíngua) of the Midwestern State University. It is possible to listen to the subjective/social drama due to his difficult condition as a speaker, with recurrent complaints about social exclusion after aphasia. In addition, the case allows for reflection on listening to the language clinician and handling the demand, including non-clinical actions that may favor a resumption (singular, and therefore, case by case) of some social ties.*

KEYWORDS: *aphasia; demand; subjective/social drama; non-clinical actions.*

1. Introdução

O campo afasiológico é instituído dentro da medicina, que pelo seu objeto, propõe um tratamento medicamentoso ou cirúrgico para os quadros clínicos. O gesto de encaminhar para um fonoaudiólogo, convoca um clínico a refletir sobre um trabalho que não poderá ser assentado no viés médico-organicista. Sendo assim, o ponto nodal para um fonoaudiólogo, deveria sustentar a diferença marcante entre as áreas, a partir de uma posição teórico-clínica consistente sobre a linguagem.

Fonseca¹ (1995, 2002) inaugura um discurso sobre as afasias que consiste em uma aproximação sólida e original, implicando a linguagem e o sujeito. Seus passos, seguidos por outras autoras, instituem uma Clínica de Linguagem com Afásicos. O Centro de Atendimento de Afásicos (CAAF) da Derdic da PUC/SP, com mais de 10 anos de vigência, é o emblema de seu compromisso com afásicos e com a afasia.

Segundo esta autora, é fundamental levar em conta a complexidade da imbricação cérebro, linguagem e sujeito na discussão da afasia. Isso quer dizer que, apesar do comprometimento orgânico e da severa condição linguística que pode se instaurar em quadros afásicos, um clínico enfrenta o fato incontornável de que há sujeito na afasia (FONSECA, 1995, 2002, 2011). Merece destaque, a partir desta asserção, que o afásico ganha lugar nesta proposta: há afásico na afasia. Não é por outro motivo que a autora insiste no enunciado de que nas afasias há fala em sofrimento que tem como efeito um drama subjetivo e social.

A Clínica de Linguagem tem em seu arcabouço teórico o Estruturalismo Europeu, com Saussure e Jakobson, e a Psicanálise, com Freud e Lacan. De extrema importância para considerar e escutar a difícil condição linguística do sujeito afásico, é a aproximação com uma robusta teorização linguística.

Neste sentido, é com Saussure que este passo é dado. O autor ao postular um objeto teoricamente constituído, faz da Linguística uma ciência moderna (galileana), ou seja, a língua não é o "objeto percebido" nem atingido pela via de métodos indutivos – a língua é "objeto posto" (RODRIGUES, 1975), teoricamente construído por dedução. Saussure (1916/2012) determina que o objeto da Linguística é a língua (la langue), definida como um sistema de relações, regido por "leis perenes e universais". Trata-se de um sistema de valor o que significa dizer que as unidades não são primitivas, mas efeitos das relações entre os elementos em uma cadeia (ANDRADE, 2003). Esse funcionamento autônomo está, portanto, em qualquer manifestação de linguagem e é logicamente anterior ao sujeito (LIER-DEVITTO, FONSECA & LANDI, 2007). De fato, a língua em seu pleno funcionamento - sempre "está lá" antes de cada falante. Além do que, esta anterioridade mostra sua força no fato de que o falante não pode criar e nem modificar sua língua (SAUSSURE, 1916/2012).

¹ Autora filiada ao grupo de pesquisas CNPq "Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem", coordenado pelas Profas. Dras. Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes.

Lier-DeVitto (2018: 801) afirma que essa novidade marca a "supremacia das operações do sistema sobre seus elementos, institui o "significante linguístico" e implica a noção de valor na reflexão sobre a linguagem". Nesse movimento Saussure afeta distintos campos, como a Psicanálise, a proposta interacionista de Cláudia de Lemos na Aquisição da Linguagem e a Clínica de Linguagem.

Outro ponto, não menos essencial, é que, especificamente para a Clínica de Linguagem, na lida com materiais clínicos considera-se as leis de referência interna da língua, uma escuta para a densidade significante que não deixa de fora de suas articulações e combinatórias as falas sintomáticas (LIER-DEVITTO & ARANTES, 2020).

Portanto, em uma Clínica de Linguagem, como já nos disse Arantes (2001), o compromisso ético do fonoaudiólogo é com a fala do paciente. Isso significa que, afetado por essa teoria, o clínico poderá "suportar" a fala estranha ou o silêncio do paciente. Fonseca (2002) afirma que uma clínica de linguagem nas afasias, deve estar voltada para a possibilidade de dar "vez e voz" ao afásico, para a fala em sofrimento. E ainda, como já destacado, é a aproximação à linguística saussureana que permite ao clínico de linguagem abrir possibilidade de escuta para as articulações significantes sempre imprevisíveis e singulares que essas falas apresentam.

Nesse sentido, a premissa fundamental "dar vez e voz" exige manejos singulares orientados pela escuta do clínico. Exige uma escuta que não retire o afásico da posição de falante e, ainda, que reconheça um sujeito que esteja implicado no tratamento.

Feitos esses breves delineamentos teóricos iniciais, a questão central deste artigo é movida pelo encontro com diferentes casos atendidos em uma Clínica Escola de Fonoaudiologia da UNICENTRO (CEFONO) e, que convergem em um ponto comum de interrogação: a demanda, o tempo do tratamento e os direcionamentos clínicos no tratamento de afásicos com condições mais graves de fala. Neste trabalho, um caso foi eleito, por ter sido supervisionado pelas autoras deste artigo que escutaram, em diferentes momentos, uma resistência ao tratamento, principalmente nos tempos de mudanças de terapeutas. Como se trata de uma Clínica Escola, vinculada ao curso de graduação em Fonoaudiologia, os afásicos são atendidos por alunos da última série, e, por isso, ao final de cada ano letivo, há mudança do terapeuta que acompanha o caso. Essa mudança de terapeuta produz efeitos diversos a cada caso e manejos são conduzidos. Portanto, este artigo consiste em um estudo de caso em que o tratamento foi marcado por várias interrupções, às vezes abruptamente e outras anunciadas pelo paciente, as quais não podem ser somente justificadas pela dinâmica do serviço, como será explorado nos eixos da discussão.

2. Escuta: do encontro com a fala in vivo à leitura do material

Andrade (2003) já pontuou que ouvir e escutar não são termos correspondentes. O primeiro diz respeito as capacidades biológicas/fisiológicas de um indivíduo e o segundo envolve uma posição subjetiva que é efeito da relação sujeito-língua-fala. Andrade reafirma essa distinção e pontua que há “impossível coincidência ou, melhor, necessária dissimetria entre ouvir e escutar” (ANDRADE, 2003, p. 133). Ela alerta para o fato de que uma Clínica Fonoaudiológica pode se assentar em uma dessas possibilidades: (1) vislumbrar o input da fala como acessível pela via sensorial, perceptual – aí, o clínico estaria do lado do ouvir; (2) implicar a relação língua-fala-sujeito, que suspende a possibilidade da linguagem ser apreendida por aparatos perceptuais e, sim e unicamente, pela via do corpo falado, corpo pulsional – aí o clínico coloca-se do lado do escutar. Nesse caso, não há meia medida, mesmo porque assumir uma posição depende do modo de captura do corpo do clínico por uma teoria. Nessa captura, uma posição é definida, necessariamente (CARVALHO, 2006). De Lemos (2002) deixa claro que corpo pulsional é aquele interpretado pela linguagem, que só pode ser considerado a partir do simbólico. A Clínica de Linguagem assenta suas proposições teóricas e sua clínica segundo este olhar - linguagem e subjetivação, como destaca Lacan, articulam-se. A linguagem vem como condição de possibilidade de haver sujeito falante e inconsciente.

Ademais, é este aspecto que marca a incontornável posição de escuta frente a uma fala e um corpo que fala. Lier-DeVitto e Emendabili (2005) e Arantes (2019) apontam para o encontro do clínico de linguagem com a fala in vivo. Temos que:

um clínico de linguagem não deveria se furtar ao instante da fala: do “corpo que fala” e do “corpo de uma fala”, como se tem sustentado na Clínica de Linguagem. Certamente esse encontro singular demanda uma escuta não menos singular, que só pode ser instituída por efeito de um corpo teórico. Nesses termos, para constituição de uma Clínica de Linguagem é inevitável a vivência do instante clínico em que a escuta do clínico é surpreendida (sempre) pela singularidade de cada paciente e de sua fala - pelo enigma de cada caso: ele se defronta com uma fala e com um corpo que fala e que, digamos, tem demanda por uma escuta que possa recolher seu sofrimento (LIER-DeVITTO & EMENDABILI, 2005:74).

É, portanto, diante da surpresa que cada caso institui que uma escuta refinada é possível. Será na articulação deste momento de escuta para fala “in vivo” e dos registros de materiais transcritos que um clínico pode recolher os efeitos da cena clínica vivida com o paciente. O diagnóstico, tempo da avaliação de linguagem não pode preceder deste movimento do clínico que teoricamente orientado não perde os efeitos da fala viva e nem faz da leitura do material uma empiria que apague a imprevisibilidade da articulação significativa de uma fala (ARANTES, 2019).

Temos então a constituição de uma escuta singular, que a cada caso, marca o corpo de um clínico de linguagem. A orientação para interpretação e posição que será assumida diante de uma fala se assenta nesta escuta, a qual será "sensível a pontos de abertura [...] escutar para falar ou para calar (frente a fala sintomática de um sujeito) para dar direção ao tratamento" (LIER-DeVITTO & EMENDABILI, 2005: 75).

Quanto ao afásico, sua escuta permanece presa ao imaginário de ser um falante de uma comunidade linguística. É essa posição de escuta que o faz reconhecer-se como afásico - como algo que "vai mal" na fala e, pode, a partir disso, direcionar um pedido de ajuda ao clínico de linguagem. Esse movimento exige que se enfrente a fala sintomática e seu luto, implicando terapeuta e paciente no sintoma e, portanto, um trabalho na transferência para que um tratamento se sustente (MARCOLINO, 2004; TESSER, 2012). Nossa experiência clínica com afásicos têm mostrado que a demanda se transforma ao longo do tratamento e manejos sobre a continuidade e seu final são esperados. Cabe ao clínico, escutar os tempos diversos durante os anos de atendimento e as oscilações de investimento e resistência do afásico frente à sua condição linguístico-subjetiva. Este trabalho problematiza essas oscilações, considerando os casos de afásicos com falas "severamente perturbadas". Marcolino-Galli e Lier-DeVitto (2020) discutiram parte do material clínico deste mesmo caso que será apresentado a seguir e, destacaram a insistência do mesmo segmento sonoro na fala, em uma "repetição sintomática", o que dificulta a interpretação da fala afásica, mas não o exclui da linguagem.

3. Efeitos dos encontros iniciais com o paciente: a configuração (ou não) da demanda

Trata-se de um paciente que iniciou seu tratamento fonoaudiológico em agosto de 2008 na Clínica Escola de Fonoaudiologia da UNICENTRO (CEFONO). O relato que será apresentado são os efeitos da escuta fora de cena, a partir da leitura dos relatórios fonoaudiológicos inseridos no prontuário de um sujeito afásico e, ainda, o que restou na escuta das supervisoras² que o acompanharam por quase 10 anos, com idas e vindas, após diversas desistências e retomadas (como já mencionado). Osmar sofreu um AVC aos 45 anos de idade, era torneiro mecânico e foi surpreendido por um incidente orgânico que mudou radicalmente seu

² As supervisoras são as autoras deste trabalho e docentes do curso de Fonoaudiologia. Foram supervisoras em anos diferentes durante o processo terapêutico. Nos atendimentos deste caso, as supervisoras ficaram no "espelho espião" e, nesse momento, estão sob efeito da fala "viva" no instante da sessão, ainda que não pudessem responder a ela. Em um segundo momento, a supervisora escuta o relato do terapeuta (em formação) e lê o material clínico transcrito. Notam-se que cruzam o efeito da fala do afásico na escuta da supervisora (no espelho espião), a interpretação do terapeuta no ato e seu efeito no afásico, o relato do terapeuta e a leitura do material. Ao longo do ano letivo, um caso é construído por estas escutas e diferentes posições e experiências clínicas. Sobre a escrita e transmissão de casos na Clínica de Linguagem, ver Catrini (2005) e Cesar (2017).

roteiro de vida. Ele iniciou seu tratamento com menos de um mês após sua lesão cerebral, o que é um indicativo, na literatura fonoaudiológica, que favorece o prognóstico. Entretanto, veremos como os destinos de um caso não podem ser ditados pela neuroplasticidade cerebral.

Na entrevista inicial, Osmar não entrou sozinho na sala de atendimento, o filho o acompanhou. Na Clínica de Linguagem, recomenda-se que o encontro seja com o próprio afásico para que possa dizer sobre ele da maneira que for possível, já que os familiares acabam ocupando uma posição de falar sobre o sujeito afásico e queixar-se das difíceis condições impostas na dinâmica familiar após o AVC (FONSECA, 2002; MARCOLINO, 2004). Contudo, essa recomendação não é norma. É preciso que o clínico considere a possibilidade de o paciente autorizar a entrada de um terceiro para falar dele e sobre ele. Foi o que aconteceu com Osmar. O filho tomou a palavra, mesmo a terapeuta dirigindo as questões para o paciente. Está anotado no relatório que ele “desistia de falar e estabelecer contato”. Osmar foi descrito, pelo filho, como agitado e nervoso após o AVC, e que ficava ocioso em casa assistindo televisão.

Cesar (2017: 58) afirma que “no momento das entrevistas, espera-se que a queixa do paciente seja enunciada por ele mesmo e que ela se transforme em demanda de mudança dirigida ao clínico”. Destaca-se a escuta para o sofrimento e questões subjetivas que acompanham o paciente no espaço clínico.

Neste caso, a queixa sobre a “ausência de fala” do pai foi apresentada pelo filho. A demanda ficou suspensa e interrogada, e, portanto, também a transferência já que:

Na Clínica de Linguagem, a transferência não é outra e ela é fundamental tanto quanto na Psicanálise. Ela diz da impossibilidade do paciente mudar sua própria fala, o paciente supõe ao clínico de linguagem um saber sobre como mudar sua fala que ele não tem. E, sem dúvida alguma, a relação paciente clínico envolve amor e resistência – mesmo porque, sem esses ingredientes não se poderia suportar transferência. A diferença está em que o analista interpreta na e a transferência. O clínico de linguagem é movido por outro desejo – aquele impulsionado pela demanda a ele dirigida: “fazer falar”. (TESSER, 2012: 83).

A prática clínica deixa claro que essas configurações nem sempre ficam solidamente estabelecidas nos primeiros encontros com o afásico. Concordamos com Cesar (2017: 38) de que “o manejo do estabelecimento sólido da transferência pode se estender por várias sessões do tratamento propriamente dito, o que pede cuidado e fineza da parte do clínico para que a eficácia do tratamento seja instituída/mantida”.

No prontuário é possível ler que nas primeiras sessões Osmar permanecia calado e nem sequer tentava oralizar, com poucos meneios de cabeça em resposta às perguntas da terapeuta. Aos poucos foi se apresentando para o diálogo, parecia ter decidido iniciar algum trabalho – foi com esta aposta que a terapeuta seguiu, impulsionada por um desejo

de "fazer falar". Todavia, parece que neste tempo inicial, este estaria mais ao lado da terapeuta do que do paciente.

O tratamento começou com vocalizações isoladas, repetindo sons que a terapeuta emitia, tudo isso com muita dificuldade. Limites iniciais pareciam impostos, frente a uma avaliação que indicava um quadro severo de apraxia³. A escrita foi uma possibilidade inicial de investimento no tratamento, afinal, estava mais preservada que a oralidade. Outros passos foram tentados no decorrer do primeiro ano: terapia melódica, um trabalho mais específico com OFA's, ambos tiveram limites clínicos e subjetivos, e foram suspensos.

Frente ao investimento na escrita e no apoio da fala da terapeuta para tentativas iniciais de oralização de Osmar alguns efeitos foram notados: a oralidade começou a aparecer com segmentos que eram repletos de jargões e, com o tempo ficou mais claro que o que aparecia mais repetidamente nesta fala era um fragmento perseverativo: ACERO, ACERO. Osmar também começou a utilizar gestos para se expressar e a escrita apareceu como uma possibilidade, ele trazia de casa fragmentos de textos copiados sem que a terapeuta solicitasse. A escrita aparecia como uma modalidade muito viável no tratamento, já que ficava visível os cruzamentos dessas modalidades e seus efeitos na oralidade quando Osmar lia seu texto. Lembremos que esses efeitos e o cruzamento de modalidades como um "dispositivo clínico" com afásicos já foi amplamente discutido por autores da Clínica de Linguagem (MARCOLINO & CATRINI, 2006; GUADAGNOLI, 2007; ARANTES & FONSECA, 2008; entre outros).

Em 2010, Osmar desiste do tratamento na CEFONO sem anúncio prévio, já que a sessão estava agendada para a semana seguinte. Uma ligação da esposa informa que ele não seria mais "levado" para clínica pela dificuldade de transporte. Interessante pontuar que o paciente não tinha nenhuma condição motora que limitasse sua vinda para o atendimento fonoaudiológico sozinho, de ônibus, por exemplo, acontecimento que parecia não ser autorizado pela família e sequer havia um movimento muito claro de Osmar para que isso se configurasse. Nenhum manejo foi possível neste encerramento precipitado, ao menos este foi o efeito na terapeuta e supervisora.

Seis anos se passaram e Osmar procurou a CEFONO. Novamente, não participou da entrevista sozinho e, desta vez, sua esposa o acompanhou. Ela relatou que ele fez acompanhamento fonoaudiológico pelo plano de saúde neste período, mas que agora não tinham mais recursos financeiros para manter o plano. Também mencionou que observou mudanças na fala do marido e, que neste outro trabalho, ele fazia mais recortes de figuras e completava palavras que eram escritas pela terapeuta. Durante esse relato, chamou a atenção da terapeuta que Osmar pareceu irritado e discordar da fala da esposa, fez meneios negativos com a cabeça. Uma mudança de posição em relação a primeira entrevista pareceu se configurar, ele estava incomodado com alguém falando sobre ele e discordou, mesmo diante do

³ Ver Catrini (2011) sobre a apraxia de fala na Clínica de Linguagem.

efeito de que a esposa não o autorizava para isso. A esposa ainda contou que ele voltou a dirigir e jogar bocha, momento em que ele parecia orgulhoso dessa "autonomia".

Neste retorno, a aposta da terapeuta foi novamente na mudança que a leitura e escrita poderiam produzir, com efeitos mesmo que sutis, na oralidade do paciente. Foi possível observar já de início que mudanças na fala não tinham acontecido, ainda era uma fala cristalizada em fragmentos repetitivos e perseverativos. Em contrapartida, Osmar se apresentava para o diálogo de outra maneira, negava algumas interpretações, insistia com gestos.

Uma outra possibilidade de acolhimento e manejo das questões que o paciente trazia para as sessões foi sua participação nas ações não-clínicas (oficinas). A articulação entre ações clínicas e não clínicas têm sido implementadas no tratamento de afásicos, em diversos centros mundiais de atendimento da afasia, mas na perspectiva da Clínica de Linguagem, apenas no Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), outros objetivos e efeitos são esperados. Gomes (2018) afirma que as oficinas visam, como ações não clínicas, a inclusão social, abrindo a possibilidade de (re) estabelecer laços sociais e oferecer novas condições para o sujeito se posicionar diante de si mesmo e do outro. Desde março de 2019, o CAAf do Laboratório de Estudos da Linguagem (Lalíngua) da UNICENTRO segue a mesma metodologia proposta pelo CAAf/DERDIC/PUC-SP.

Osmar participou de atividades em grupo com afásicos, em 2015, em um projeto de extensão no Lalíngua. As ações não-clínicas deste projeto eram direcionadas às possibilidades de diálogo em grupo, impulsionadas pelas leituras de notícias de jornais e filmes. O grupo de afásicos do Lalíngua, uma ação não-clínica, teve efeito benéfico para Osmar ao encontrar com outros sujeitos em condições linguísticas semelhantes. No grupo, ele pode reconhecer maior possibilidade na escrita como uma modalidade de linguagem e de "comunicação". O efeito terapêutico foi de maior investimento na escrita durante as sessões clínicas.

Aos poucos, foi possível observar algumas mudanças na escrita e na leitura, um pouco mais articulada. Com o fim de ano se aproximando e por se tratar de uma clínica escola, a terapeuta (aluna do último ano do curso) inicia o processo do encerramento e o prepara para seguir o atendimento, no próximo ano ainda na CEFONO, mas com outra terapeuta. A partir deste momento, e advertido pela interrupção do laço transferencial, Osmar recua ao tratamento, se nega a escrever e, nas sessões seguintes anuncia não querer mais o atendimento. O manejo, a partir de diálogos, foi o reconhecimento de que a desistência estava relacionada ao laço transferencial entre terapeuta e paciente. Osmar disse que continuaria até o final do ano, mas que não retornaria aos atendimentos no ano seguinte. Ele desiste em dezembro de 2016, mas dessa vez, é ele quem assume a interrupção.

Após cinco meses, Osmar decide retornar ao atendimento na CEFONO com uma nova terapeuta. O tema do início deste tempo de tratamento foi marcado pelo pedido do paciente de “cura” da afasia - voltar à sua condição de falante de antes e, muitos lamentos pela sua fala afásica. Como afirmou Fonseca (2005) sobre a mudança de terapeuta em um de seus casos, o clínico enfrenta “de início, todo um tempo de configuração do campo terapêutico e, mais especificamente, a exigência de uma configuração/reconfiguração da demanda para viabilização do atendimento” (idem: 232). A escrita que aparecia como possibilidade de manter terapeuta e paciente em um texto comum e também produzir efeitos na oralidade, passa a ser rejeitada por ele. A direção clínica foi manejar a resistência ao tratamento e abrir escuta sobre essa ideia de “cura” - para que ele pudesse falar sobre essa expectativa. O efeito da leitura fora de cena do prontuário foi de que este seria um dos primeiros movimentos de Osmar na direção da terapeuta com uma interrogação sobre sua fala e as possibilidades de mudanças depois de tanto tempo em atendimento.

A partir de algumas sessões de acolhimento e manejo clínico, ele investe novamente na escrita e começa a trazer produções elaboradas por ele no caderno de algum acontecimento ou notícia da semana. Com as queixas recorrentes sobre seu isolamento, a fragilidade nos laços familiares e a ociosidade, decidiu-se que os atendimentos poderiam, a partir de trabalhos manuais, deslocar e ressignificar a posição de Osmar em sua “perda de si” (CORDEIRO, 2019). Ele confeccionou brinquedos para a doação, com o apoio da leitura e escrita. Entretanto, com o final do ano se aproximando e o anúncio, ainda que velado, da mudança de terapeuta, ele decide novamente encerrar o atendimento antes mesmo do final do ano letivo⁴.

4. Considerações finais

Neste momento é interessante resgatar o que Fonseca (2005) destaca sobre o final de atendimento em um caso de afasia, a autora diz “via de regra, um afásico não volta a falar como falava antes, mas ele recupera posição e voz na linguagem” (idem: 223). A autora problematiza a ideia de cura e apoiada na discussão de Goldstein comenta:

abre-se espaço, também, para que se pense em “cura” como um processo em que o organismo conquista uma nova norma individual: norma que não é a mesma do estado pré-morbido, mas que, tampouco, equivale a normatividade da doença”, [e ainda] “curar corresponde à possibilidade de ultrapassar a normatividade da

⁴ Como indicamos, a dinâmica da clínica-escola implica a troca de terapeutas ao final do ano letivo, já que são formandas. Neste caso, a possibilidade de ser abandonado foi a tônica no manejo da transferência, o que deixa ver a singularidade de cada caso. Cabe ressaltar que, apesar desta dinâmica da clínica-escola, em muitos casos os efeitos não são tão marcantes como foi no atendimento de Osmar. A maioria dos casos seguem o tratamento até seu final.

doença para que uma "nova saúde" seja instaurada. (idem, ibidem: 222-3).

Nesse ponto, após um distanciamento do caso e sob efeito de revisitarmos os relatórios fonoaudiológicos no "só depois", indagamos se Osmar anunciou, no último ano de atendimento, que o final do tratamento estava em jogo. Este caso foi marcado por oscilações: momentos de investimentos na leitura e na escrita e outros de resistência ao tratamento. As resistências sempre eram marcadas por falas e gestos sobre a impossibilidade de falar e escrever como "antes" da afasia e, que nada adiantaria. Quando ele comparecia para iniciar um novo tempo, ele era falado e trazido pelo outro (esposa, filho). Encerrar antes da troca de terapeutas diz sobre a posição de Osmar frente ao tratamento, diz sobre a transferência - sobre uma repetição de um ato. Era somente neste momento que ele podia dizer e sustentar, neste gesto simbólico, que não queria estar ali. Ele decidia abandonar.

Há uma complexidade nessa problematização, já que enfrentar uma nova condição linguística e subjetiva são caminhos necessários para elaboração de que a condição afásica não possibilita o retorno ao "antes", e será incontornável o enfrentamento de uma travessia de elaboração diante do real que se impõe ao "depois". Diversas mudanças clínicas podem ser citadas ao observar o caso de Osmar: possibilidade de oralidade, mudanças substanciais na leitura e escrita, efeitos da leitura e escrita na oralidade, gestualidade mais expressiva, uma posição frente ao outro tentando sustentar seu "querer dizer", mas a ferida narcísica aberta pela afasia permanecia ali, a "perda de si", o drama subjetivo/social.

Ainda sobre o final de tratamento de pacientes afásicos fica claro que não é a supressão do sintoma que está em questão, espera-se que a fala e a posição-falante possam se transformar, numa ética tal qual a melhora é esperada, independente dos limites orgânicos (FONSECA, 2005). Sobre isso, lembramos um trecho de um texto de Freud em que o autor discute o final da análise e afirma que para alguns pacientes "em cada fase da recuperação temos que lutar com a inércia do paciente, que está disposto a se contentar com uma resolução imperfeita" (FREUD, 1937: 171). Respeitadas as diferenças dessas duas clínicas, destacamos a expressão "resolução imperfeita". Muitos afásicos não parecem estar dispostos a se contentar com uma resolução imperfeita, eles ficam sob efeito de sua escuta para uma fala que não parece semelhante à do falante que era antes do AVC, eles buscam no clínico de linguagem uma resolução, todavia, o encontro com esse sintoma em tempos diferentes de tratamento, com muitas mudanças em alguns casos e poucas em outros parece colocar o sujeito afásico diante desse encontro incontornável "precisarei enfrentar uma resolução imperfeita?". Talvez chegar nesta questão inaugure o tempo do final do tratamento, o qual só pode ser escutado na escrita deste caso, ou seja, nos efeitos da articulação em cena e fora de cena. Especificamente no caso de Osmar instaura-se um duplo luto: o incontornável enfrentamento de uma fala afásica e a repetição da perda dos laços

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; MARCOLINO-GALLI, Juliana; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Sobre os efeitos da escuta fora de cena em um caso de afasia: reflexões sobre o manejo da demanda na clínica de linguagem. *Revista Intercâmbio*, v.L: 111-123. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

transferenciais diante das mudanças de terapeuta. Dois eventos difíceis de contornar e com exigentes elaborações.

Referências bibliográficas

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2001.

ARANTES, L. Diagnóstico na Clínica de Linguagem: escuta e interpretação. *Linguística*, v. 35-2, p. 39-48, 2019.

ARANTES, L.; FONSECA, S. C. Efeitos da escrita na clínica de linguagem. *Estilos da Clínica*, v. XIII, n. 25, p. 14-35, 2008.

CARVALHO, G.M.M. O erro em aquisição da linguagem: um impasse. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs.). *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*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo 2005.

CATRINI, M. Apraxia: a complexa relação entre corpo e linguagem. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2011.

CESAR, M.F.C. Clínica de Linguagem com afásicos: sintoma, queixa, demanda. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2017.

CORDEIRO, M. D. G. *Fala Jargonafásica na Clínica de Linguagem com Afásicos*. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2014.

CORDEIRO, M. D. G. *O luto na Clínica de Linguagem com afásicos*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2019.

DE LEMOS, C. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 42, p. 41-69, Jan./Jun., 2002.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; MARCOLINO-GALLI, Juliana; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Sobre os efeitos da escuta fora de cena em um caso de afasia: reflexões sobre o manejo da demanda na clínica de linguagem. *Revista Intercâmbio*, v.L: 111-123. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

FONSECA, S. C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *O Afásico na Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2002.

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

LIER-DEVITTO, M. F. Consequências de duas definições de la langue no Curso de Linguística Geral de Ferdinand Saussure. *D.E.L.T.A.*, v. 34.3, p. 799-813, 2018.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Incidências da novidade Saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. *Revista Estudos em Letras*, v.1, jul.-dez., 2020.

LIER-DEVITTO, M. F.; EMENDABILI, M. Uma posição sobre a escuta na Clínica de Linguagem. *Linguística*, v. 31-2, p. 73-82, 2015.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S.C. LANDI, R. Vez e Voz na Linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, v. 10, p. 19-34, 2007.

MARCOLINO, J. *A Clínica de Linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2004.

MARCOLINO, J.; CATRINI, M. O jogo entre falar/escrever/ler na clínica de linguagem com afásicos. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo. Abril. 2006.

MARCOLINO-GALLI, J.; LIER-DEVITTO, M.F. Repetição sintomática na fala de afásicos. *Revista Intercâmbio*, v. XLII, p. 32-46, 2020.

TESSER, E. *Reflexões sobre diálogo: sob efeito da Clínica de Linguagem com afásicos*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2007.

TESSER, E. *O diálogo na Clínica de Linguagem: considerações sobre transferência e intersubjetividade*. Tese. [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem], LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2012.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; MARCOLINO-GALLI, Juliana; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Sobre os efeitos da escuta fora de cena em um caso de afasia: reflexões sobre o manejo da demanda na clínica de linguagem. *Revista Intercâmbio*, v.L: 111-123. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

RODRIGUES, N. *Saussure: uma revolução na Linguística*. [Dissertação de mestrado] FFLCH-USP, 1975.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. BALLY, C.; SECHEHAYE, A. (Orgs.). São Paulo: Cultrix, 34a ed., [1916] 2012.

Recebido em 22/11/2021

Aprovado em 20/05/2022