

SOBRE DIREÇÃO DE TRATAMENTO NA CLÍNICA DE LINGUAGEM COM AFÁSICOS

ON THE TREATMENT DIRECTION IN THE LANGUAGE CLINIC WITH APHASICS

Sara Souza CHAVES
(Universidade Federal da Bahia – UFBA)
sarachaves_9@hotmail.com

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

Suzana Carielo da FONSECA
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP)
suzanafonseca30@gmail.com

RESUMO: Afasia é condição clínica que exige um programa terapêutico especializado. Nosso objetivo é discutir como a direção de tratamento é concebida e posta em exercício na Clínica de Linguagem com afásicos. Para tal, trazemos a teorização produzida no Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”¹ para, em seguida, refletir sobre acontecimentos clínicos a partir de relatos de experiências vividas no CAAf - UFBA, bem como vinhetas de casos clínicos já publicados.

PALAVRAS-CHAVE: afasia; direção de tratamento; terapia da linguagem; clínica de linguagem

ABSTRACT: *Aphasia is a clinical condition that require a specialized therapeutic program. Our goal is to discuss how treatment direction is designed and applied to people with aphasia in Language Clinic. To this end, we bring the theorization produced in the Research Group "Acquisition, Pathologies and Language Clinic" to then reflect on clinical events from reports of experiences lived at CAAf - UFBA, as well as vignettes of clinical cases already published.*

KEYWORDS: *aphasia; treatment direction; language therapy; language clinic*

¹ Grupo de Pesquisa CNPq, liderado pelas Profas. Dras. Maria Francisca Lier-De Vitto e Lúcia Arantes no LAEL/PUCSP.

1. Introdução

As afasias consistem em condições sintomáticas de linguagem resultantes de lesões cerebrais ocasionadas por acidentes vasculares encefálicos, tumores, traumatismos cranioencefálicos, entre outros (BRADY et.al., 2016; MARCOLINO; PRADO 2010). De forma perturbadora e abrupta, compromete-se, em graus variados, a manifestação da fala e/ou escuta e/ou escrita de um sujeito, o que responde por uma marcante heterogeneidade no/dos casos (FONSECA, 1995, 2002, 2009).

A complexidade da relação cérebro- linguagem- sujeito, em causa na afasia, pode exigir cuidado multiprofissional e intersetorial. É frequente a presença de comorbidades envolvendo dificuldades motoras e/ou sensoriais, bem como demandas referentes ao estabelecimento e manutenção de uma rede de apoio e proteção social, o que se impõe como necessidade dada a difícil (re)inserção social da pessoa afásica e os efeitos da afasia na família e comunidade (FONSECA, CATRINI E MARCOLINO-GALLI, 2019). Não é sem razão que, na Clínica de Linguagem com afásicos, proposta por Fonseca (1995, 2002) no âmbito do Grupo de Pesquisa CNPq "Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem" (coordenado por Lier-DeVitto e Arantes no LAEL-PUCSP), a afasia é definida como uma condição tripla, de modo que se destaca o reconhecimento da existência de lesão cerebral, de uma fala e/ou escuta em sofrimento e, resultante desta, um conflito subjetivo-social (FONSECA, 2002).

Tendo como premissa essa definição, a Clínica de Linguagem com afásicos se insere em um programa terapêutico (FONSECA, 2002, 2006, 2009) em que o atendimento clínico está articulado a ações de natureza não clínica (como oficinas de arte – artesanato, dança, música, culinária etc.), as quais são voltadas para a inclusão social e para o suporte/apoio familiar (GOMES, 2018). Foi na Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC), instituição vinculada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que Fonseca e Lier-DeVitto propuseram esse programa terapêutico dando forma ao Centro de Atendimento ao Afásico (CAAf), onde também se abriu espaço para a formação teórico-clínica de fonoaudiólogos especializados na área (FONSECA; LIER-DEVITTO, 2009; FONSECA; LIER-DEVITTO; OLIVEIRA, 2015).

Em 2019, a partir do financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), deu-se início a uma pesquisa multicêntrica intitulada "A articulação de ações clínicas e não clínicas na reabilitação do sujeito afásico"², por meio da qual dois outros CAAs foram implantados – um

²A pesquisa surgiu por iniciativa da Profa. Melissa Catrini, foi aprovada 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. Esse artigo é um produto da referida pesquisa.

no Centro Docente Assistencial de Fonoaudiologia, vinculado ao Departamento e Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (CEDAF/UFBA), e outro na Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (CEFONO/UNICENTRO, campus Irati) – compondo, então, o que foi denominado “CAAf em Rede”.

O presente trabalho teve origem no contexto do “CAAf em Rede”. Trata-se de um estudo teórico, de natureza qualitativa, que surgiu de questionamentos mobilizados pela experiência em atividade extensionista no CAAf/UFBA – experiência que, como refere Nasio (2001:11), foi interrogante ao ponto de dar “margem a uma observação escrita”. As inquietações, inicialmente sem destino certo e pouco elaboradas, puderam ser transformadas em interrogações ao serem acolhidas no contexto do grupo de estudos clínicos do “CAAf em Rede” – dispositivo que promoveu discussões de casos clínicos e da literatura especializada ao longo do ano de 2019. Em um desses encontros, reflexões mobilizadas por impasses vividos no estabelecimento da direção de tratamento de um paciente afásico colocaram luz na importância de se refletir sobre as balizas que dão contorno às decisões na Clínica de Linguagem com afásicos. Levando o diálogo teórico que a linha de pesquisa antes referida realiza com o campo da Psicanálise, uma citação de Lacan, trazida durante a discussão³, chamou a atenção: “O psicanalista dirige o tratamento [...] mas não deve, de modo algum, dirigir o paciente” (LACAN, 1998:342). O principal questionamento que ali nasceu e que se transformou na interrogação que moveu o presente trabalho foi: o que significa, para o clínico de linguagem, dirigir o tratamento? Por outro lado, faz sentido para ele a parte final da afirmação lacaniana: não dirigir o paciente?

Inicialmente, determinamos que as reflexões sobre tal questão se encaminhariam a partir do caso que a suscitou e, dessa maneira, os primeiros esforços se concentraram na escrita do caso. Contudo, no decorrer do trabalho, o paciente expôs o desejo de não mais participar da pesquisa. Foi então que, assumindo um compromisso ético com a clínica e com o sujeito em questão, decidimos suspender a publicação do caso e dar rumo diferente ao trabalho: mantendo a questão mobilizadora, retomamos seu desenvolvimento a partir de vinhetas de outros casos de afasia já publicados na literatura, os quais fizeram aparecer nuances da direção de tratamento estabelecida na Clínica de Linguagem com afásicos, bem como destacamos episódios da experiência vivida no CAAf/UFBA.

Dito isso, salientamos que esse trabalho colocará em relevo o modo como a direção de tratamento é concebida na Clínica de Linguagem com afásicos e como é posta em exercício no CAAf, o que

³ Agradecemos a professora Maria Francisca Lier-DeVitto pelos valiosos apontamentos.

implica em pensar sobre a articulação entre ações clínicas e não clínicas no programa terapêutico encaminhado.

2. A Clínica de Linguagem e o programa terapêutico que orienta as atividades do CAAf

O programa terapêutico proposto por Fonseca e Lier-DeVitto é composto por ações clínicas e não clínicas que compreendem espaços diferentes de cuidado, tendo em vista as distintas razões que as motivam. A instância clínica se apresenta como a porta de entrada do programa, já que é a principal responsável por acolher o sintoma na linguagem – o mesmo que impulsiona o sujeito à clínica, o faz expressar uma queixa e dirigir um apelo de mudança com relação à sua condição sintomática de fala. É interessante notar que no CAAf/DERDIC-PUCSP, a infraestrutura disponível permite que o programa inclua a possibilidade de atender outras demandas clínicas dos afásicos, com intervenções médica, psicológica e terapia ocupacional. Deve-se observar, no entanto, que o encaminhamento para esses espaços clínicos ocorre a partir da clínica fonoaudiológica, cuja concepção norteadora tem como referência a Clínica de Linguagem – abordagem teórico-clínica em que fala e falante são questões centrais.

Importa dizer que a clínica de linguagem com afásicos parte da seguinte proposição de Fonseca (1995)⁴: a afasia é um problema linguístico. A autora se coloca na trilha aberta por Jakobson (1954), – autor que pôde reconhecer nas diversas manifestações da linguagem as operações da língua, como postulado por Saussure (1916). Entende-se que os sintomas afásicos resultam da perturbação do movimento da língua e que, portanto, devem ser avaliados na relação fala-língua. Não se trata, com isso, de negar que uma lesão no cérebro produza efeitos no funcionamento linguístico, o que se destaca é que não se pode reduzir a complexidade do linguístico ao funcionamento cerebral. Segundo Fonseca (1995, 2002, 2005), essa é uma lição aprendida com Freud (1891/1987), o primeiro a se opor ao raciocínio causal que fundamenta a afasiologia médica ao afirmar que cérebro e linguagem funcionam como “concomitantes dependentes”. Entre o funcionamento cerebral e o funcionamento psicológico⁵, propõe Freud, a relação é de implicação, não de causalidade. Foi assim que idealizou, como atenta Fonseca (1995, 2002), um “aparelho da linguagem” para explicar as manifestações linguísticas na afasia. A autora atentou para o fato de que o funcionamento de tal aparelho estava em consonância com a proposição de Saussure (1916) relativamente à ordem própria

⁴ Esse foi o primeiro passo na composição do tecido teórico que sustenta a definição da afasia enquanto uma condição tripla, como veremos na sequência.

⁵ Importante esclarecer que o termo psicológico abrigava, na obra de Freud, o acontecimento linguístico como um “para além” do cerebral.

da língua. Aliás, base sobre a qual Jakobson (1954) abriu a trilha para uma reflexão sobre a afasia como manifestação linguística.

Se a articulação língua-fala foi a base sobre a qual Jakobson encaminhou sua proposta, pode-se dizer que ela possibilitou, na reflexão encaminhada por Fonseca (1995, 2002) o reconhecimento de que a fala, produto do funcionamento da língua, é sempre fala de um falante. Assim, à despeito do grau de severidade do distúrbio manifesto, a afasia é "fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito" (FONSECA, 2002:250). Essa dimensão de sofrimento responde, de um lado, pelo fato de que um afásico procure uma clínica e, de outro, exige que se problematize teoricamente seu modo de fazer presença na fala e, assim, a natureza da demanda que dirige ao clínico. O conflito subjetivo que decorre da incidência da afasia coloca em evidência que falas afásicas constroem e geram sofrimento à medida que o falante fica sob efeito de uma perda que se traduz como perda de posição para sustentar-se como falante (FONSECA, 1995, 2002, 2006, 2011; CORDEIRO; LIER-DEVITTO, 2019). Trata-se de uma vida marcada por uma ruptura, um "antes" e "depois", que remete ao sentimento de nostalgia do passado (CANGUILHEM, 1966) pois o sujeito permanece se identificando com a condição de falante anterior à afasia, condição esta que, como afásico, torna-se impossível de ser sustentada (FONSECA, 2002, 2011; FONSECA; LIER-DEVITTO; LANDI, 2007). O sintoma afásico exige, assim, que se considere que o funcionamento da língua responde pelas manifestações sintomáticas afásicas que, por sua vez, engendram um drama subjetivo em que está em causa um sujeito dividido entre um "antes" e um "depois" e que nesse "entremeio" se estranha, sofre ao experimentar essa nova e enigmática condição de falante. Seja no âmbito da teorização, seja no da prática clínica é preciso ter em vista, portanto, a articulação língua-fala-falante. Esse último, como afirmam Cordeiro et al. (2020), é sujeito que não controla a própria fala e seus efeitos não porque sua condição linguística é sintomática, porque a inconsciência das leis da língua é algo que diz respeito a todo e qualquer falante.

Marcado por estes construtos teóricos, no CAAf, o terapeuta recebe o afásico já na entrevista inicial (FONSECA, 2002; 2006). A recomendação que busca ser seguida é a de convocar somente o paciente a falar sobre si e sobre sua condição de modo que, desde o princípio, o clínico (1) promova um espaço em que o afásico seja reconhecido como falante, sendo-lhe permitido produzir um dizer sobre sua fala e sofrimento da maneira que puder; (2) evite que outro fale pelo afásico e dele, o que comumente acontece quando um familiar, na situação de entrevista, toma para si a demanda de dizer que é dirigida ao paciente (CESAR, 2017; FONSECA, 2002) e (3) sustente uma escuta e sustente-se como clínico diante de uma fala prejudicada ou mesmo do silêncio. (FONSECA, 2005) Esse posicionamento é base para que a transferência (uma das funções da entrevista) seja

estabelecida. Ela representa o “índice da transformação da queixa em demanda e condição para o início de tratamento” (FONSECA, 2005:38). Dito de outro modo, o gesto simbólico de garantir que a palavra inicial seja a do próprio afásico é fundamental para que a queixa se transforme em um “pedido de ajuda” dirigido ao clínico – a quem o sujeito supõe um “saber fazer” mudar a fala e/ou escuta (CESAR, 2017).

Já nesse momento inaugural, o clínico se depara com uma fala desarranjada ou mesmo ausente, sobre a qual é impossível preestabelecer um dizer: a heterogeneidade é marca das afasias, como dissemos antes. Cabe a ele, conforme destaca Fonseca (2006:338), “ver por entre a *opacidade da fala e a enigmática situação do sujeito ante ela*”. Desse modo, no tempo da avaliação, o clínico é convocado a dizer como o sintoma comparece na fala/escrita e seus efeitos na escuta do paciente. A expressão chave do método clínico aqui brevemente descrito é “escuta clínica”, que se diferencia da escuta do leigo por estar duplamente marcada: por uma teoria de linguagem e pelo encontro com a “fala viva”, em sofrimento (ARANTES, 2001). Explicamos.

Entende-se que o processo de avaliação de linguagem envolve a constituição da escuta clínica, passo metodologicamente orientado pela imbricação da “escuta em cena” (dos efeitos da fala no instante mesmo em que é proferida) e da leitura teoricamente orientada do material clínico (diálogo clínico) gravado e transcrito (FONSECA, 2006, 2011). A partir daí, espera-se que o clínico responda a pelo menos três questões: “(1) **como** a fala/escuta/escrita do paciente se encontra (des)articulada?; (2) **que relação** ela entretém com a fala do terapeuta?; (3) qual o **efeito** que ela produz na **escuta do próprio paciente?**” (FONSECA, 2011:239). O que se espera é que as respostas a essas questões constituam o diagnóstico na Clínica de Linguagem e norteiem a direção de tratamento.

Quanto à terapêutica, o que se tem no horizonte é “dar vez e voz” ao sujeito afásico. Do lado do terapeuta, espera-se que ele suporte e se suporte frente uma fala/escrita/escuta em sofrimento, incidindo com uma interpretação sobre as manifestações afásicas de modo que se possa dialogicamente “fazer texto” nas sessões de atendimento (FONSECA, 1995, 2011). É certo que o afásico não volta a falar como falava antes, mas ele recupera posição e voz na linguagem. Disso sucede a noção de cura na Clínica de Linguagem: Fonseca (2005:223), apoiada em Canguilhem (1966-2000), compreende que a cura deva ser entendida como correspondente à possibilidade de ultrapassar a normatividade da doença para que uma ‘nova saúde’ seja instaurada, mesmo que persistam os déficits, a lesão.

Deve-se dizer, ainda, que falas sintomáticas têm efeito inequívoco e instantâneo tanto para aquele que fala quanto para o outro que escuta (LIER-DEVITTO, 2006). Nesse sentido, falas afásicas

trazem consequências que envolvem o esgarçamento do laço social, desdobrando-se em marginalização e isolamento da pessoa afásica no seio familiar e comunitário, algo que merece atenção porque demanda ação específica (FONSECA; LIER-DEVITTO; LANDI, 2007; MIRABELLI E FONSECA, 2019). É comum presenciar na clínica, por exemplo, sujeitos que não puderam voltar a trabalhar. Outros tantos relatam com tristeza não mais frequentar lugares antes frequentados já que, por causa da condição imposta pela afasia, têm dificuldade de se encontrar e conversar com amigos e familiares. Vejamos: há perda de posição na linguagem, no trabalho, na família, na comunidade. É aí que, como afirmam Cordeiro e Lier-DeVitto (2019), uma outra posição se instaura: a do luto.

Foi por enxergar essa realidade que, desde 2005, o programa terapêutico do CAAf/DERDIC prevê uma série de ações não clínicas a serem ofertadas para os afásicos e para o acolhimento de suas famílias, ações estas instituídas pelo Programa de Atenção à Família e Programa Ponto de Encontro. O primeiro, sob responsabilidade de assistentes sociais e psicólogos, realiza atividades em grupo de acordo com as demandas de familiares e cuidadores. A atuação do psicólogo abarca efeitos subjetivos da afasia sobre cada um dos familiares, considerando aí a “demanda singular de trabalho psíquico por ele suscitado”. O assistente social também acolhe o sofrimento deflagrado pela afasia no núcleo familiar, problematizando questões relativas aos direitos civis, trabalhistas e previdenciários dos afásicos e buscando “reduzir barreiras na utilização de serviços (públicos e privados) que possam responder às necessidades do paciente e/ou suas famílias” (FONSECA; LIER-DEVITTO; OLIVEIRA, 2015: 32).

Já o Programa Ponto de Encontro é responsável por receber os afásicos em grupo e lá as atividades são realizadas em conjunto a partir de duas oficinas: a Oficina “Entre Histórias e Receitas”, que envolve a produção de alimentos e contação de histórias e a Oficina de Artes, que envolve pintura em telas (FONSECA; LIER-DEVITTO; OLIVEIRA, 2015). A dinâmica dessas oficinas foi posta em relevo na dissertação de mestrado de Ana Célia Gomes (2018). Citando Bauman (2001) e considerando o coletivo das oficinas, a autora relaciona o espaço das oficinas com o conceito de “comunidades-cabide”, que constitui “agrupamentos de pessoas que [juntos] penduram seus medos, ansiedades e procuram exorcizá-los” (GOMES, 2018:67).

A partir de sua experiência como arteterapeuta nas oficinas de inclusão social com afásicos, a autora relata o testemunho da permanência dos sujeitos nas oficinas “por anos a fio”, o que ela interpreta como tendo relação com o fato de que “ali eles podem “pendurar”, mesmo que provisoriamente, o sofrimento ou a angústia que a exclusão social (e consequentemente, a solidão) lhes impõe” (GOMES, 2018:67). Ela explica:

No formato pensado para as oficinas do CAAf, o alívio para o sofrimento acontece por duas vias: 1) há suporte para que a marca de diferença que a patologia impõe seja tratada como diferença, não como obstáculo para o laço social; 2) além de seu potencial inclusivo, a arte é também entendida como um lenitivo. (GOMES, 2018:68)

O alívio do sofrimento pela arte acontece a medida em que o sujeito, em processo de fragilização pela afasia, se descobre transformando e produzindo algo de novo nas oficinas. Em meio a perdas tão significativas, ele se percebe em ganho: além de descobrir um potencial criativo, a própria arte dá a possibilidade de um outro novo, de uma outra aquisição – a cada encontro, é um “fazer arte”. Como efeito, o que se testemunha é que as oficinas têm se colocado num importante lugar de suporte para o enfrentamento do longo e árduo processo de tratamento clínico (CORDEIRO et al., 2020; FONSECA, LIER-DEVITTO; OLIVEIRA, 2015; GOMES, 2018).

Destacamos aqui o compromisso que é assumido em todo o programa terapêutico ofertado no Centro de Atendimento ao Afásico: o de sustentar uma escuta comprometida com a singularidade do “querer dizer” e do “querer estar” de cada um dos sujeitos, com o impulso de vida que reclama um outro modo de estar no mundo, inspira mudanças e ali pode ser acolhido. Trata-se mesmo de respeitar a singularidade das posições subjetivas e “a importância do suporte social (atendimento fonoaudiológico, aliado a atividades que visam potencializar o laço com o outro, contando com a condição linguística que podem sustentar)” (MARCOLINO-GALLI et al., 2019:83).

3. Os primeiros passos do CAAf/ UFBA: uma experiência ensinante

O CAAf/UFBA, em funcionamento no Centro Docente Assistencial de Fonoaudiologia (CEDAF/UBFA) foi implementado em 2019 a partir do Programa de Extensão “Afásias e Demências: atendimento clínico, inclusão social e apoio à família”. Ali são realizadas oficinas de arte/inclusão social e atendimentos clínicos individuais. Todo o trabalho, supervisionado e orientado pela Profa. Melissa Catrini, é executado por estudantes extensionistas que se dividem entre aqueles que atuam enquanto terapeutas e aqueles que exercem a função de oficinairos. Com relação à dinâmica das atividades, é preciso dizer que dada a infraestrutura e organização das atividades acadêmicas estudantis, as oficinas e sessões de terapia fonoaudiológica acontecem no mesmo dia e com frequência semanal. As oficinas são primeiramente realizadas e têm duração de 60 a 90 minutos. Em seguida, os pacientes se dirigem aos atendimentos clínicos individuais, com duração de 40 minutos. Após as oficinas, o grupo de oficinairos se reúne com a supervisora para discutir os acontecimentos do dia. Da mesma forma, os terapeutas, após os atendimentos individuais,

realizam a supervisão clínica. Além disso, são realizadas reuniões virtuais com equipe do "CAAf em Rede" para intercâmbio de experiências e formação teórico-clínica.

Na introdução deste trabalho, indicamos que reflexões mobilizadas por impasses vividos no exercício clínico experienciado no CAAf/UFBA colocaram luz sobre a importância de se discutir a respeito da direção de tratamento na Clínica de Linguagem com afásicos. Um desses impasses surgiu de uma experiência vivenciada quando a implantação do CAAf na UFBA ainda estava em seu início. A princípio, o CAAf/UFBA contou com poucos estudantes, extensionistas voluntários. A primeira autora deste trabalho, particularmente, iniciou suas atividades no projeto como terapeuta de um dos pacientes. Quando, de maneira inesperada, as extensionistas responsáveis pelas oficinas não puderam se manter em suas atividades, foi necessário o apoio dos membros da equipe do projeto para que as ações pudessem ser sustentadas até a chegada da colega que iria assumir a condução das oficinas. Decorre dessa breve vivência uma experiência ensinante, uma vez que nos motivou a refletir sobre as posições do clínico de linguagem e doicineiro no programa terapêutico do CAAf.

O paciente atendido pela referida autora, no momento, também participava das oficinas e já havia dado sinais de um certo desconforto nesse espaço. Após a entrada da terapeuta como "oficineira", entretanto, notou-se que algo havia mudado na sua relação com o grupo. Ele sempre solicitava a ajuda da terapeuta e a tinha como referência. Foi aí que começamos a questionar os efeitos da presença da terapeuta no espaço das oficinas. Um incômodo de fato se instalou quando, um dia, durante o atendimento clínico individual, o paciente questionou sua participação no grupo, dando a entender que havia procurado um fonoaudiólogo para "melhorar a fala" e não para "desenhar". Pensamos, com isso, que a presença da terapeuta nas oficinas havia dificultado sua compreensão sobre o papel dos diferentes espaços no tratamento (atendimento clínico individual e oficinas). Afinal, se ela era sua terapeuta, sua presença pode ter dado a ideia de que as oficinas também deveriam ser lugar de um fazer clínico.

Como citamos anteriormente, ao buscar o tratamento, o sujeito supõe ao clínico de linguagem/fonoaudiólogo um saber "fazer mudar" a fala, escrita e/ou escuta em sofrimento (FONSECA; ARANTES, 2008). Nessa posição, se espera que a escuta (teoricamente orientada) não ignore que há um texto que não pode ser dito pelo falante, ou melhor, que a escuta do clínico possa apreender, na fala fragmentada do paciente, indícios de um texto submerso, de um "querer dizer" e que a partir daí o clínico/terapeuta possa oferecer sua voz como suporte para que nela ganhe vez o texto que o paciente não pode dizer sozinho (LIER-DEVITTO; FONSECA; LANDI, 2007).

Nas oficinas de arte, por sua vez, o "querer dizer" do sujeito também está em causa e deve ser privilegiado, ou melhor, sustentado

para que o afásico possa assumir posição no grupo e, pela via do “fazer arte”, fazer laço com o outro na sua diferença (GOMES, 2018). Ao oficinairo cabe uma escuta que permita o enfrentamento de impasses comunicativos instaurados pelo sintoma na linguagem, o que implica, muitas vezes, o manejo do tempo e da circulação do dizer para possibilitar o enfrentamento do isolamento, a produção e a mobilização de novos empreendimentos vitais. Assim, marcar a diferença entre os espaços clínicos e não-clínicos é fundamental para que os efeitos das diferentes ações realizadas promovam mudança positiva na vida do sujeito. Quando o paciente mencionado acima questionou as atividades das oficinas e pouco interagiu com os demais participantes, voltando-se quase sempre para sua terapeuta, o espaço não-clínico perdeu sua potência transformadora. Era preciso resgatar essa potência e a terapeuta recuar sua participação nas oficinas.

Note-se que essa tomada de decisão só foi possível porque não se perdeu de vista o propósito das ações não-clínicas – o de se apresentar como promotora de ações que visam a inclusão e, conseqüentemente, de novas aquisições, o que pode produzir, de fato, um efeito lenitivo sobre o sofrimento. Foi por apostar nesses benefícios para o processo terapêutico do paciente que a terapeuta recuou, apesar da necessidade prática de sua presença nas oficinas (ainda que temporária). Isto aponta para o que baliza a direção de tratamento no que concerne a necessidade da escuta singular para cada caso/sujeito e situação.

De fato, tem protagonismo nas tomadas de decisão na Clínica de Linguagem o compromisso com a heterogeneidade entre os casos, a imprevisibilidade do encontro entre falantes e a singularidade da relação fala/falante. Certa vez, em meio a uma oficina, conversando sobre o final de semana, outro participante contou que havia assistido a uma matéria num programa de televisão em que o assunto foi o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Da maneira que pôde, ele discorreu sobre o tema a partir da experiência do próprio sofrimento enquanto vítima de AVE. A velocidade de sua fala era bastante diminuída e, em alguns momentos, a ininteligibilidade trazia à tona a presença de uma severa apraxia de fala. Foi então que ele pegou a caneta e o papel e passou escrever palavras e fragmentos de palavras que o ajudaram a se manter no diálogo. No seu tempo, ele pôde dizer o que queria e ali se presentificou efeitos da ação clínica que privilegiava o cruzamento da oralidade com a escrita. Se nos atendimentos clínicos individuais, o afásico é colocado a enfrentar o sintoma na linguagem de modo a sustentar seu dizer, essa cena mostra no grupo os efeitos de uma ação clínica que permitiu ao afásico sustentar-se como falante. Isso só foi possível porque a escuta do oficinairo permitiu que a palavra ali circulasse e que o “pôr a mão na massa” pudesse refletir um “pôr a fala/escrita/escuta em movimento”. Frente a essa cena, e em consonância com observações clínicas

anteriores, a equipe do CAAf/UFBA pôde, inclusive, vislumbrar a possibilidade de um fim de tratamento para esse sujeito.

4. Algumas pontuações sobre direção de tratamento na Clínica de Linguagem com afásicos

Sabe-se que grande parte das propostas clínicas fonoaudiológicas têm como referência métodos terapêuticos de fundo organicista, reafirmando a adesão de parte expressiva da área ao princípio da causalidade entre cérebro e linguagem (FONSECA, 1995, 2002). Por esse caminho, as operações linguísticas que envolvem a condição afásica são marginalizadas e a fala sintomática entendida como desvio de comportamento decorrente de déficit no funcionamento cérebro-mental (LIER-DEVITTO, 2003). Entende-se aí que a conduta clínica deve se restringir a terapêuticas de cunho cognitivo-comportamental com vistas a supressão de um sintoma resistente (FONSECA E VIEIRA, 2004; MARCOLINO, 2004). A readaptação da fala é norte a ser seguido, sendo compreendida como reflexo de uma reorganização neurofuncional (MARCOTTE et al, 2013). Nesse sentido, de modo a estimular o cérebro lesionado, manuais e técnicas são utilizados no tratamento para assegurar respostas específicas por parte do paciente (FONSECA, 2002).

Em uma perspectiva diametralmente oposta, as ações norteadoras do cuidado ofertado no CAAf refletem o rompimento com os parâmetros do discurso organicista. Ao estabelecer o diálogo teórico entre a Fonoaudiologia, a Linguística (Saussure e Jakobson) e a Psicanálise, a Clínica de Linguagem com afásicos reflete em sua proposta terapêutica o compromisso (1) com uma explicação linguística para um fenômeno que acontece na linguagem e (2) com a resignificação da relação organismo, linguagem e sujeito (EMENDABILI, 2016).

De acordo com Catrini e Lier-DeVitto (2019:427), uma premissa fundamental na Clínica de Linguagem com afásicos é a que realço a seguir: “a anatomia [...] produz mudanças na vida do sujeito, mas não prescreve seu destino”. Podemos compreender essa afirmação a partir de duas perspectivas. Nas afasias, o dano cerebral é incontestável – não há afasia sem lesão, e ela produz “uma sucessão de acontecimentos inevitáveis, limitantes e, na maioria das vezes, insuperáveis”. A fala, de fato, “muda bruscamente de rumo, de destino” (CATRINI; LIER-DEVITTO, 2019:426). Por outro lado, o testemunho da clínica obriga a reconhecer que o acidente anatômico encontra seus limites na determinação do destino do falante, já que, mesmo frente à impossibilidade de retorno à condição anterior à lesão, é possível incidir com uma escuta teoricamente orientada sobre a condição afásica e, assim, produzir mudanças que podem vir a responder por uma posição de falante mais efetiva.

Se “[...] na clínica, vê-se que eles [os falantes] sofrem, podem atravessar o luto e arranjar-se com o corpo e com a fala que têm” (CATRINI; LIER-DEVITTO, 2019:427), as ações clínicas requeridas para tal só podem ser alcançadas se acontecerem no encontro com a “fala viva” (ARANTES; FONSECA, 2008), ou seja, nos efeitos do diálogo entre terapeuta e paciente. É no campo da interpretação linguística que uma causalidade clínica, não organicamente determinada – como afirma FONSECA (2002, 2005, 2011), entra em cena e produz mudanças. Interpretação esta que implica o singular e não comporta uma previsibilidade mecânica, já que é impossível prever o que acontecerá “no encontro do paciente com o terapeuta e de ambos com o sintoma” (FONSECA, 2002:252).

Sob essa perspectiva, menções a tipos clínicos genéricos, como “tem lesão em tal ou qual lugar do cérebro” ou mesmo “a afasia é do tipo Broca ou Wernicke” não são capazes de revelar a natureza do sintoma na fala – aquele que diz de uma marca de diferença que causa estranhamento (ao falante e ao outro) e faz sofrer o sujeito (LIER DEVITTO, 2003). Em nada contribuem para o direcionamento do cuidado, como pode-se observar nas experiências vividos no CAAf, onde com frequência temos a oportunidade de ler laudos médicos de pacientes afásicos acolhidos no programa. Com frequência, a dimensão e a localização da lesão não demonstram a correspondência a tipos específicos de sintomas na linguagem e os tipos de afasias neles descritos são de pouca valia para estabelecer um diagnóstico ou tomar uma decisão sobre o tratamento.

Entende-se a necessidade clínica de apreender **como** cada sujeito é afásico, ou seja, definir qual a condição de fala de **cada um** e sua relação com a fala do outro e a própria (CATRINI, 2005). Com Cesar (2017:39), saliento: “o clínico sabe sobre a afasia, mas não sobre aquele afásico”. A cada novo caso, aponta a autora, o clínico deve manter-se firme na posição de não-saber para poder ser afetado pela singularidade que constitui o pedido de ajuda que lhe é dirigido. Acolher a singularidade significa enfrentar a face enigmática do sintoma como sendo uma expressão de mal-estar de um sujeito em sua fala (FONSECA, 2002). Dito de outro modo, diz do efeito singular de um acontecimento cerebral na fala e/ou escrita de um sujeito, o que implica o sofrimento instalado pela nova condição de falante (CESAR, 2017; FONSECA, 2002).

É fundamental, pois, que o ato clínico seja orientado por um método cuja natureza seja “tributária do contingente”, isto é, não se reduza “a um conjunto de técnicas, procedimentos-receita ou normas de ação” (FONSECA, 2005:212). Nessa direção, o clínico deve poder sustentar uma tensão entre a universalidade do saber da teoria e a singularidade da relação sujeito-linguagem, produzindo sob essa tensão uma escuta diferenciada para cada caso (ARANTES, 2001; ANDRADE, 2006). Importante dizer que essa posição deve orientar o

fazer clínico desde o início, o que implica no estabelecimento de configuração clínica bastante particular.

Retomando o que foi sublinhado por Lier-DeVitto e Arantes (1998), o efeito de patologia é inequívoco e instantâneo na escuta do falante. No entanto, embora o sintoma na linguagem seja explicitamente manifesto, é preciso que o sujeito enderece um “pedido de ajuda” ao clínico, de modo que este seja autorizado a iniciar o tratamento. Como já mencionado, disso se constitui a transferência, na qual estão implicados tanto o terapeuta quanto o paciente (TESSER, 2012; CESAR, 2017). Ao enunciar uma queixa, o paciente procura dizer o que tem e dá razão ao seu sofrimento, mas ao endereçar uma demanda (um pedido) ao clínico, supondo a ele um saber, o sujeito faz um apelo de mudança que vincula um ao outro e, principalmente, enlaça os dois no tratamento. Passo fundamental para estabelecer a direção do tratamento (FONSECA, 2006; MARCOLINO, 2004).

Tesser (2012) em sua tese de doutorado, nos conta sobre o caso do Sr. Eurico. No primeiro encontro, ao contrário de expressar uma queixa sobre sua condição de falante, o Sr. Eurico discorreu apenas sobre o acidente vascular encefálico (AVE) que havia sofrido. Tesser destacou sua primeira impressão: “o paciente não mostrava ter estabelecido uma transferência preliminar com a Clínica de Linguagem” (TESSER, 2012:90). Estando ali por indicação da psicóloga, o Sr. Eurico parecia não ter um “pedido de ajuda” que justificasse sua chegada ali. Tesser seguiu com os atendimentos e recolheu informações sobre o sintoma na fala de seu paciente: parecia haver uma “quebra estranha na cadeia falada” (TESSER, 2012:91) – hesitações e pausas aconteciam em pontos inesperados. A afasia estava ali, o que permitiu a indicação do tratamento. As sessões clínicas seguiram com interrogações sobre o fato de nenhuma queixa ter sido proferida, mesmo com aquela condição de fala. Certa vez, porém, o Sr. Eurico contou que antes do AVE trabalhava na área de comunicação de um órgão governamental e que depois do problema neurológico continuou trabalhando na área, mas não diretamente com o público. Passou a ter horários fixos de trabalho, o que considerava monótono. Somente quando relatou que tinha tentado voltar à antiga função, o Sr. Eurico pôde explicitar uma queixa: não conseguiu acompanhar o ritmo das pessoas porque não entendia tudo o que elas diziam. Este acontecimento deu outro rumo ao tratamento: notícias em áudio eram gravadas e, a partir delas, o diálogo era estruturado. Os resultados apareceram e após um ano de atendimento “eram notáveis as mudanças tanto na fala/escrita, quanto na possibilidade de interpretação do paciente” (TESSER, 2012:92). O Sr. Eurico até pôde solicitar seu retorno à antiga função no trabalho.

Foi crucial para o andamento desse caso que as questões relativas à queixa, demanda e transferência fossem consideradas: a terapeuta já havia “escutado” o sintoma na fala do Sr. Eurico, no

entanto, somente depois que uma queixa pôde ser enunciada e transformada em demanda é que foi possível dar seguimento à uma terapêutica que pudesse produzir mudança. A reflexão que extraímos deste fragmento de caso remete à natureza do sintoma que move a Clínica de Linguagem – ele implica sofrimento. Não basta que o clínico constate aquilo que falta/falha na fala do paciente. É necessário que o sofrimento do sujeito, que surge dessa falta/falha, o impulsione a investir no tratamento junto com o clínico. Deve-se destacar, e o caso do Sr. Eurico nos mostra isso, que esse passo é fundamental no estabelecimento de uma direção de tratamento adequada a cada caso.

Foi isso o que também se fez claro no caso da paciente G., supervisionado e escrito por FONSECA (2002). A autora descreve a cena em que a queixa foi enunciada: “[...] meus filhos não entendem o que eu falo (nesse ponto do relato, interveio a filha, que disse: ela fala rápido demais). Ao que a mãe acrescentou: eu sempre fui uma pessoa agitada [...] há tempos, eu falo rápido” (TESSER, 2012:221). Antes de dar continuidade à nossa reflexão, cabe fazer uma ressalva quanto ao método encaminhado na Clínica de Linguagem com afásicos e, portanto, no CAAf. Convocar o paciente a se apresentar para que a entrevista seja com ele realizada é uma recomendação e não uma regra aplicada de maneira cega, o que leva a considerar que se trata de uma decisão clínica analisada caso a caso. A exemplo do caso da senhora G., a solicitação da sua filha para participar da entrevista foi acatada. Todavia, salientamos a importância de tal recomendação para a assunção do compromisso estabelecido pela Clínica de Linguagem de acolher as singularidades inerentes ao afásico, sua fala e sofrimento (FONSECA, 2002, 2005, 2006).

A presença da filha da senhora G. no momento da entrevista marcou uma discordância que permaneceu na escuta da terapeuta. Apesar de achar que a paciente não era afásica, dado o feito de coesão e coerência que sua fala produzia, a terapeuta manteve-se na posição de indagar sobre a queixa/demanda que a levava a buscar a clínica. Com essa indagação, a terapeuta deu seguimento ao passo diagnóstico com a escuta/leitura do material clínico, a partir do qual pôde apreender acontecimentos sintomáticos presentes na fala da paciente. Como mencionamos acima, após o primeiro encontro com a paciente, a terapeuta saiu com a impressão de que ela “não era afásica”.

O primeiro encontro com a paciente não foi registrado em gravação, mas a supervisora solicitou que as próximas sessões fossem registradas. No norte dessa orientação estava um procedimento clínico que, ao lado da análise das questões clínicas mobilizadas pelas entrevistas (queixa/demanda), participa de maneira crucial para que decisões sobre a indicação e a direção de tratamento sejam tomadas. Para chegar a um entendimento sobre o que fazer com relação a esse caso e sua terapêutica, era preciso produzir um dizer sobre a fala da paciente.

Como dito antes, a escuta clínica, fundamentada na tensão entre universalidade do saber teórico e singularidade da relação sujeito-linguagem, se coloca como dispositivo basal. A respeito disso, Lier-DeVitto e Arantes (1998:69) explicitaram duas posições do fonoaudiólogo:

(1) a da interpretação “em cena”, em que o clínico está sob efeito das produções de seus pacientes. Ali, ele não pode prever o que vai ser dito nem os efeitos que “a fala dos pacientes” produzirão nele e (2) a da interpretação de dados, quando ele - o terapeuta - se vê identificado com a posição do investigador.

Não é sem razão que Arantes (2001:147) pergunta: “poderia o terapeuta contar unicamente com sua interpretação “em cena” para “avaliar a linguagem” de seu paciente?”. Como veremos, o caso da Sra. G. mostra que, “de fato, só no ‘depois’ o fonoaudiólogo pode interpretar o material registrado” (ARANTES, 2001:148).

A partir do interpretar fora de cena, por meio das transcrições de gravações do diálogo clínico, acontecimentos sintomáticos como “presença de [S.I.⁶], hesitações, repetições recorrentes com ares de ‘tique’ (eeu, quan-quando, etc.), algumas dispersões bem locais, quase sempre após os [S.I.]” (FONSECA, 2002:227) puderem ser apreendidos e um caminho para a terapêutica foi vislumbrado: “as pontuações da terapeuta deveriam incidir, de início, fundamentalmente, no [S.I.], que parecia uma aglutinação que, vez por outra, levava a uma dispersão da fala” (FONSECA, 2002:226).

Na escuta em cena, os acontecimentos sintomáticos ficavam recobertos por conta de uma aceleração da fala - “com sentido” e com uma “melodia ajustada” (FONSECA, 2002:226). G. parecia ter ficado apenas sob o efeito dessa “escuta em cena” que recobria o sintoma e, por isso, insistiu mais de uma vez: este é um “estilo pessoal” (FONSECA, 2002:225). Disso, terapeuta e supervisora concluíram que a demanda para tratamento parecia ser dos filhos e que G. apenas atendia, não sem hesitar. A indicação do tratamento foi realizada, mas suspensa porque a ela G. respondeu: “sempre falei assim [...] não precisa” (FONSECA, 2002:226). Se a afasia coloca para o sujeito um sofrimento subjetivo, esta não foi uma questão para a paciente G.

É importante ressaltar novamente que na Clínica de Linguagem a fala viva, concretizada no diálogo, é o campo onde a ação clínica se realiza via interpretação. Como afirma Cesar (2017:18), “o diálogo é o ‘método’ na Clínica de Linguagem”, mas, assim como os procedimentos de entrevista e avaliação não se realizam às cegas, o diálogo clínico não se realiza à revelia do dizer do paciente. Pelo contrário: quem determina a interpretação do clínico é a fala/escuta do afásico.

⁶ S.I. – segmento ininteligível.

Portanto, não há como decidir, antecipadamente como/quando pontuar ou interpretar. Não há regras ou manuais para isso (FONSECA, 2002).

Diálogo clínico é aqui definido como espaço de encontro em que “está em jogo o entrecruzamento de modalidades de linguagem”, ou seja, “afetações recíprocas entre falas; falas e gestos; escritas e falas; leituras e escritas; leituras e falas, etc.” (ARANTES E FONSECA, 2008:21). A teoria de linguagem aqui assumida permite dizer que a língua responde por essa afetação mútua, ainda que cada modalidade represente um arranjo único da relação sujeito-linguagem (ARANTES E FONSECA, 2008; MARCOLINO, 2004; MARCOLINO E CATRINI, 2006)⁷. Não é sem razão que a Clínica de Linguagem com afásicos pode ser caracterizada como uma “clínica de efeitos” (FONSECA, 1995). É na articulação língua-fala-falante que a singularidade e imprevisibilidade são acolhidas de modo determinante na condução do cuidado ofertado.

Com Catrini e Lier-DeVitto (2019:427), voltamos a afirmar que nas afasias “não há possibilidade de eliminação da configuração sintomática, ainda que um tratamento possa produzir alterações ou até modificações significativas na fala e na relação do falante com ela”. A meta final do tratamento não é, portanto, a cura enquanto remissão sintomática. Na Clínica de Linguagem, curar se aproxima do que as discussões empreendidas por Goldstein (1950) e Canguilhem (1966) ensinam, ou seja, que “curar corresponde a ultrapassar a normatividade da doença para que uma ‘nova saúde’ seja instaurada” (FONSECA, 2005:223).

Arantes, Andrade e Lier-DeVitto (2005:142) chamam atenção para o termo técnica, que convoca previsibilidade e homogeneidade. A partir de considerações retiradas da aproximação à clínica psicanalítica, as autoras sinalizam que “[...] um analista [...] tem seus atos restringidos por princípios que fundam a técnica analítica”, no entanto, “atos analíticos, mesmo que entendidos como ‘meios técnicos’, não podem ser reduzidos a técnica”. Na mesma direção segue a Clínica de Linguagem. Ao contrário do que é previsível e homogêneo, a singularidade do encontro e do sujeito, tão valorizada no “CAAf em Rede”, é que dá rumo à direção de tratamento. Assim, dirigir o tratamento a partir dos princípios que balizam o método clínico e, por outro lado, não dirigir o paciente, implica não perder de vista o singular.

4. Considerações finais

Ante a proposta do presente trabalho, esteve em cena o CAAf – onde se realiza o programa terapêutico que considera as distintas

⁷ Estamos aqui com Saussure (1916) e Jakobson (1954), assumindo que em toda e qualquer manifestação da linguagem (oralidade, escrita, gestos etc.) há língua, isto é, forças permanentes e universais que regem o funcionamento da linguagem.

CHAVES, Sara Souza; CATRINI, Melissa; FONSECA, Suzana Carielo da. Sobre direção de tratamento na clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, v.L: 124-143. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

demandas convocadas pela afasia ao compreender ações de natureza clínica e não clínica. Somada a abordagem teórica, relatos de experiência no CAAf/UFBA, bem como vinhetas de casos já publicados na literatura, deram corpo à reflexão realizada nesse trabalho evidenciou os princípios que sinalizamos serem protagonistas na Clínica de Linguagem: (1) a heterogeneidade dos casos, porque a afasia não se manifestou da mesma forma para todos; (2) a imprevisibilidade do encontro, pela impossibilidade de prever como os sujeitos eram afásicos e (3) a singularidade da relação fala/falante, tendo em vista as particularidades dos efeitos, manifestações e demandas que a afasia implicou a cada um. Se a inquietação inicial partiu de uma assertiva sobre a importância do clínico “dirigir o tratamento” e, por outro lado “não dirigir o paciente”, não é sem razão que esses princípios tenham ganhado relevo – eles estão no cerne da direção de tratamento.

Referências bibliográficas

ANDRADE, L. Procedimentos de avaliação da linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DEVITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp, 2006.

ARANTES, L. *O diagnóstico na clínica de linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. Lael/PUC-SP, São Paulo, 2001.

ARANTES, L.; ANDRADE, L.; LIER-DEVITTO, M. F. A clínica de linguagem com crianças que não falam: diagnóstico e direção do tratamento. In: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. (Org.) *Audição, Voz e Linguagem: a clínica e o sujeito*. 1ed, v.01, p. 141-150. São Paulo: Cortez, 2005.

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

BRADY et. al., 2016. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD000425.

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

CATRINI, M. *A marca do caso*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2005.

CHAVES, Sara Souza; CATRINI, Melissa; FONSECA, Suzana Carielo da. Sobre direção de tratamento na clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, v.L: 124-143. 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.

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

CORDEIRO, M. D. S. et al. O centro de atendimentos a afásicos (CAAf) do Laboratório de Estudos da Linguagem: início de uma experiência. *Rev. Longeviver*, Ano II, n.8. Out/Nov/Dez. São Paulo, 2020.

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

EMENDABILI, M. E. T. *Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do Tipo Alzheimer*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2016.

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. 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. O estatuto da entrevista no processo da afasia. In LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC PUC-SP/FAPESP 2006.

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.

CHAVES, Sara Souza; CATRINI, Melissa; FONSECA, Suzana Carielo da. Sobre direção de tratamento na clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, v.L: 124-143. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

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

FONSECA, S. C.; VIEIRA, 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.; VIEIRA, C. H.; LIER-DEVITTO, M. F.; OLIVEIRA, M. T. *Afasia. Atendimento clínico, Inclusão Social e Atenção à Família*. 1ª. Ed. v.5000. 71p. São Paulo: Artgraph, 2015.

FONSECA, S. C.; CATRINI, M.; MARCOLINO-GALLI, J. F. Afasia: drama subjetivo e invisibilidade social. IV Congresso Internacional de Saúde Mental. VIII Congresso da Região Centro-Sul do Paraná. III Mostra de Práticas em Atenção Psicossocial. *Saúde Mental, Política e Democracia*. Irati: Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2019.

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

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1901-1981] 1998.

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.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC, FAPESP, p. 183-200, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 65-71, jun, 1998.

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.

CHAVES, Sara Souza; CATRINI, Melissa; FONSECA, Suzana Carielo da. Sobre direção de tratamento na clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, v.L: 124-143. 2022. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

MARCOLINO, J.; CATRINI, M. O jogo entre falar/escrever/ler na clínica de linguagem com afásicos. *Distúrbios da Comunicação*, v. 18, n.01, p.103-109. São Paulo, 2006.

MARCOLINO, J.; PRADO, L. A atuação fonoaudiológica em pacientes com patologias neurológicas adquiridas. In: Marcolino J; Zaboroski AP e Oliveira JP. *Perspectivas Atuais em Fonoaudiologia: refletindo sobre ações na comunidade*. Cap. 2. 39-51, 2010.

MARCOLINO, J. et al. Velhices fragilizadas pela afasia e/ou demência: Sobre o que se testemunha numa clínica de linguagem. *Cadernos Sobre Envelhecimento*, v. I. 1ª ed.: UNIEDUSUL, p. 73-89, 2019.

MARCOTTE, K. et al. Default-mode network functional connectivity in aphasia: therapy-induced neuroplasticity. *Brain & Language*, v.124, p.45-55, 2013.

MIRABELLI, S. C. S.; FONSECA, S. C. Educação Permanente na Vida de Pessoas Idosas Frequentadoras do Sesc São Paulo. *Mais 60: Estudos Sobre Envelhecimento*, v.30, p. 68-85, 2019.

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

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

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