

Veze e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática

Maria Francisca Lier-DeVitto

Suzana Carielo da Fonseca

Rosana Landi

RESUMO: “Veze e voz na linguagem” é expressão que refere a condição na qual o sujeito falante supõe poder controlar a própria fala. Este texto procura problematizar a inversão imaginária produzida pela presença de sintoma na fala, numa reflexão que coloca em cena o efeito “social” – de marginalização/isolamento – que se produz na escuta do outro e o efeito de “destituição subjetiva” – de perda de veze e voz – que se produz na escuta do próprio falante. Afasias e demências – quadros clínicos que incidem na velhice – são discutidas de um ponto de vista lingüístico e são traçadas diferenças relativas às manifestações sintomáticas e seus efeitos subjetivos. Nessa perspectiva é que se apresentam, de um lado, a “clínica de linguagem” como espaço de tomar a veze e a voz e, de outro lado, o de “centros de convivência” como espaços privilegiados de inclusão social.

Palavras-chave: afasia; demência; linguagem.

ABSTRACT: *The title of this paper contains an expression (“Veze e voz na linguagem”) which, in Brazilian Portuguese, refers to the assumption, held by every speaker, according to which he/she has total control over his/her own speech. The presence of a symptom in speech, however, exposes – and subverts – the imaginary nature of this supposed control over speech. This fact, as well as its social and subjective effects on the speaker, is discussed. Pathological conditions usually associated with ageing – such as aphasia and dementia – are brought to discussion and interpreted from a linguistic point of view, which enables the establishment of differences between them. This leads to the development of language therapy as a field which aims at giving back to the patient with speech symptoms the possibility of sustaining his/her position of speaker, and also to the development of “community centers” as privileged mechanisms for social insertion.*

Keywords: *aphasia; dementia; language.*

Este texto tem como ponto de partida a seguinte indagação: o que significa ter “vez e voz na linguagem”? Entendemos que essa expressão refere a condição de um falante de poder sustentar-se na ilusão de “estar em controle” de sua própria fala. Nessa perspectiva, uma fala sintomática produziria como efeito a perda de “vez e voz” e, conseqüentemente, da ilusão de ser centro e senhor do dizer. No âmbito dessa reversão imaginária, o sujeito tem que se haver com as duas faces de uma mesma verdade, qual seja: a de que a língua lhe é anterior e a de que ela permanece para além de sua existência.¹ Note-se, então, que a constante em relação à subjetividade é que ela não é livre no que diz respeito à linguagem. Proposição que norteia as investigações que se realizam no grupo de pesquisas “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” (CNPq), do qual participamos.²

Tendo em vista tal proposição, qual seria a diferença subjetiva entre falas “normais” e falas “sintomáticas”? Começamos pela consideração de que, numa fala dita “normal”, a presença de embaraços e tropeços – “o incessante tecido de nossas conversações” (Milner, 1978, p. 13) – não abala a ilusão de controle e autonomia em relação à linguagem. Mas, quando o que está em causa é a manifestação de sintoma na fala, rompe-se essa ilusão, porque há um esgarçamento notável para os outros falantes e não-superável pelo próprio sujeito. Assim, um efeito “social” de marginalização/estigmatização/isolamento se produz na escuta do outro e um efeito de “destituição subjetiva” – de perda de vez e voz – produz-se na escuta do próprio falante. Segundo Lier-DeVitto,

[...] o sintoma diz de uma diferença profunda, de uma marca na fala que [...] implica o próprio falante e o isola dos outros falantes de uma língua (Lier-DeVitto, 1999, 2002). Quero dizer que se

¹ Descoberta que se deve a Saussure (1991), lingüista que reconheceu que há um funcionamento universal que subjaz à manifestação de qualquer língua. Esse sistema, denominado “língua”, comporta dois modos de arranjo: paradigmático – relações que se estabelecem *in absentia* entre as entidades lingüísticas e têm como base as operações de seleção/substituição – e sintagmático – relações *in praesentia* que se baseiam na combinação das entidades tendo como base a contigüidade.

² O referido grupo de pesquisas desdobrou-se do Projeto Integrado “Aquisição e Patologias da Linguagem” (CNPq 522002/97-8), coordenado pela profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, no Lael/PUC-SP.

uma fala produz *efeito de patologia* na escuta do outro, essa escuta tem efeito bumerangue: *afeta aquele que fala*. Da noção de sintoma participam, portanto, o ouvinte, que *não deixa passar uma diferença* e o falante, *que não pode passar a outra coisa*. (2002, p. 145)

A presença de sintoma na fala, como afirma a autora, descostura o laço social porque coloca em cena uma fratura, tanto na ilusão de semelhante quanto no imaginário de que se é o senhor da palavra. Antes de oferecermos propriamente uma definição para “fala sintomática” – que é sempre teoricamente instruída –, vejamos alguns segmentos extraídos da transcrição de sessões de atendimento fonoaudiológico (T = terapeuta; P = paciente):

Segmento 1:

(terapeuta e uma criança falam sobre um passeio)

T: *Você foi, foi, foi com quem no casamento?*

P Eu, meu pai, o João, pai dele, né?

A Ana, minha mãe, e o meu irmão e o primo do meu irmão, o Elton, né?

Que se chama e eu.

T: *Quem é o João? E a Ana?*

P Ana? Eles dois, ahn ... fi ... o Elton ... a mãe, a Ana, é a mãe do Elton.

O pai, é o pai do Elton. Aí minha mãe é meu pai do meu irmão, né?

Só, aí e a Ana e o João, ó. Eles têm um filho, né? Um filho, o Elton.

Aí são ele mermo.

T. *Entendi nada de nada, Vã.*

P O João ...

T. *O João ...*

P E a Ana, o Elton, né? É o ... a mãe do Elton ...ele, a mãe dele.

Segmento 2:

(terapeuta e uma menina de 8 anos, ao entrar na sala de terapia)

T. O seu pai veio com você?

P. Veio

T. Vocês vieram de ônibus?

P Não.

- T. O seu pai trouxe você de carro?
P. É ... ele está trabalhando.
T. Trabalhando?! O que o seu pai faz?
P. Ele faz de propósito.

Segmento 3:

(terapeuta e uma menina de 8 anos)

- T. Você assiste TV?
P. Sim.
T. Você tem televisão a cores?
P. É ... é verde.

Dois aspectos chamam especialmente a atenção nos segmentos acima: (1) é sintomática uma fala na qual se manifesta um *desarranjo persistente na articulação significativa* (falas inconclusas, elípticas, reiterativas, truncadas); (2) é sintomática uma fala que, de alguma forma, está “fora de tempo”, “fora de lugar” (Lier-DeVitto, 2002) ou ambas as coisas, ou seja, uma fala que sempre *frustra uma expectativa no instante em que é proferida*. Isso significa, de acordo com Lier-DeVitto, que “o acontecimento sintomático (da criança ou do adulto) diz [...] de um tempo outro – o tempo da insistência, que se manifesta numa repetição sem fim nem finalidade [...] é esse tempo estrutural que a escuta dos ouvintes capta” (p.147). Não é sem razão que a autora indaga: “de que vale, com efeito, a idade cronológica se o problema é o de uma insistência numa posição na linguagem?” (ibid).

Mas, se é fato que uma fala sintomática *sempre* agride a escuta do outro, produzindo marginalização, não se pode perder de vista que o falante, marginalizado, tem uma demanda dirigida à clínica: a de recuperar “vez e voz” na linguagem. Demanda que, é preciso que se diga, supõe uma crença na potência de uma escuta outra – que não a do falante leigo –, que lhe restitua a condição de falante “pleno” de uma língua. Essa escuta é diferente da escuta intuitiva, que não pode ultrapassar o reconhecimento de uma, digamos, diferença na fala. A escuta clínica é uma escuta “especializada” porque teoricamente instituída e, por isso, capaz de apreender numa fala aquilo que subjaz ao seu efeito sensível imediato.

Para Arantes, por exemplo, no diagnóstico de linguagem “é preciso ir além das descrições [...] é preciso uma noção de língua-fala-falante que permita produzir um diagnóstico para um sujeito” (2006, p. 325). Na escuta do clínico de linguagem articulam-se, portanto, o geral das leis de funcionamento da língua e o particular da produção de um sujeito (Andrade, 2000). A escuta “especializada” é atingida, então, como consequência de um compromisso com uma teoria que torne possível a apreensão do singular em meio à heterogeneidade de manifestações de falas sintomáticas (Lier-DeVitto e Arantes, 1998; Arantes, 2001; Andrade, 2006).

Estabelecemos, por essa razão, uma clara oposição entre *escuta* e *procedimentos terapêuticos padronizados*. Isso porque esses últimos abordam o sintoma na fala como “entidades ‘em si’ e a linguagem como nomenclatura [...] é por isso que a linguagem [...] não ultrapassa os limites da boca e da orelha – fica presa à emissão-recepção, ao observável, que é passível de descrição classificatória” (Arantes, 2006, p. 320). Subjetividades – tanto a do clínico como a do paciente – são, portanto, apagadas, já que todo o saber fica concentrado no instrumento utilizado, seja para fazer o diagnóstico, seja para implementar a terapêutica (Fonseca, 2002; Lier-DeVitto, 2006). A *escuta*, diferentemente, representa uma afetação no corpo do clínico e, nessa medida, não é um instrumento. Atravessada pela teoria, ela cria uma posição clínica que pode dar “vez e voz” a uma subjetividade prejudicada.

Cabe atentar, ainda, para o fato de que se, na definição de sintoma, como vimos, é indissociável a relação fala/escuta (tanto para a apreensão de efeitos sintomáticos quanto de efeitos subjetivos), há que se considerar peculiaridades no exercício de uma clínica de linguagem com adultos.

A clínica de linguagem com adultos e a questão do envelhecimento

Há acontecimentos clínicos que incidem em adultos, o que pode colocar em cena a questão do envelhecimento. No que diz respeito à linguagem, predominam as afasias e as demências, quadros clínicos que fragilizam o sujeito porque implicam “marginalidade”, tanto de cunho

familiar quanto social. Se ambos têm como etiologia um acontecimento cerebral, pode-se dizer que, do ponto de vista lingüístico, as afasias ficam mais para o lado da *afetação da articulação significativa*, ao passo que as demências tendem mais para uma *fala “fora de tempo” e “fora de lugar”*. Para que se esclareça tal afirmação, tomemos, de início, segmentos de falas de uma paciente afásica:

Segmento 1:

T. A senhora gosta de comer bolo?

P. Já, já, já

T. Já comeu?

P. Já, já

T. E a senhora gosta?

P. Já, já comi

T. Faz tempo que a senhora comeu?

P. Já comi, já já, já ouvi, ouvi, eu vi, eu vi, vi

T. O quê que a senhora viu?

P. Ah, que eu caí, eu caí, aí depois eu comí, eu caí i comí, eu cumí , eu cumí, eu cumí... eu cumí... ah, eu cumí, eu cumi, cumí.

T. O que a senhora comeu?

P. *Acalá*... eu danô/ eu caí, eu cumí dano, quando eu caí, eu caí, eu caí... danô, eu caí, a carne eu cumí, eu cumí, daí, eu cumí, cumí, *acabô*[...]

T. O quê que a senhora comeu?

P. Aião?

T. Comeu o quê?

P. *De lá*, eu vim eu vi, quando eu passei, quando eu ca, eu ca, a manteiga, a manteiga, eu pá, eu pá, [SI] eu vi, *de lá* eu fiquei, aí eu vi uma mulher, tinha uma, tinha outra... aí... ó Deus, ó pra mim, eu caí meu Deus, eu falei: o Deus, olha pra mim, ó Deus – eu, eu caí, ó Deus, todo mundo, todo mundo eu *tô cumendo*, ó Deus, ó pá mim Deus... Ó Deus, ó pá mim, Deus, meu Deus, meu, ó pá mim Deus (chora)

Essa fala sintomática mostra que a predominância do *desarranjo na articulação significativa* produz efeitos na escuta da paciente: mesmo frustrada, ela procura sustentar sua fala, dá sinais de sofrimento. Ela chora, ela lamenta ... Por isso, a paciente insiste: quer ter “vez e voz”. Como se vê,

o que está em causa na afasia é mesmo, como assinala Fonseca, a “presença trágica de um sujeito na linguagem [...] e uma não-coincidência insuperável entre fala-escuta” (2005a, p. 164). A afasia coloca em cena, então, uma cisão profunda – num mesmo sujeito – entre fala e escuta. Cisão que está indissolivelmente associada a uma cisão subjetiva: o afásico estranha sua “nova” condição de falante. Estranhamento que revela uma certa “nostalgia do passado” (Canguilhem, 1966). Isso porque “no presente, sua unicidade imaginária se encontra refratada” (Fonseca, 2005b, p. 224). Decorre daí seu fracasso em identificar-se não só com os outros falantes, como consigo mesmo. O paradoxal é que ele permanece falante ... Não é outra a conclusão a que se deve chegar, já que ele não está fora da ordem do simbólico.

A cisão de que estamos falando aqui foi muito bem caracterizada pelo escritor português José Cardoso Pires. Vítima de uma afasia transitória, ele escreveu um livro – *De profundis. Valsa lenta* – em que relata a experiência traumática de ficar sem vez e voz, traduzida pela seguinte afirmação: “eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa [...] Ele, o Outro. O Outro de mim” (1997, p. 26). Entende-se porque Fonseca (2002) define a afasia como “fala em sofrimento que produz um conflito subjetivo”.

Também é preciso assinalar que, aliada ao estranhamento de si, manifesta-se a impotência de não poder mudar essa “nova” condição de falante. Imbricamento que responde pelo sofrimento que leva o afásico à clínica de linguagem e pelo apelo de mudança que ele dirige ao terapeuta. O que se espera de um clínico é, então, que sua escuta reconheça “um sujeito ao lado do que diz”,³ ou seja, que sua escuta (teoricamente instruída): (1) não ignore que há um texto que não pode ser dito pelo falante. Em outras palavras, que ela possa apreender, na fala fragmentada do paciente, indícios do texto submerso; (2) abra suporte para uma fala/interpretação. A fala do terapeuta, nesse enquadre, corresponde a uma cessão – ele empresta sua voz para que nela ganhe expressão o texto que o paciente não pode dizer. Sobre a clínica de linguagem com afásicos, Fonseca afirma:

³ Expressão emprestada de Lacan (2002), quando este, em *O seminário 3* (1955-56), tece algumas considerações acerca de pacientes acometidos por afasia.

[...] sua base implica, do lado do sujeito, ‘tomar vez e voz’ e, do lado do terapeuta, que ele suporte e se suporte frente a uma ‘fala em sofrimento’ (Fonseca, 1995). O modo como esse ‘falar’ instancia-se é que determina a interpretação do terapeuta. Interpretação que, portanto, não se realiza à revelia do dizer do paciente mas que incide sobre essa trama significativa. (2005b, p. 224)

Se, na afasia, pode-se reconhecer, como dissemos, um “sujeito ao lado do que diz” (Lacan, 2002), as falas de pacientes com demência suscitam questões que têm uma natureza diversa das que foram levantadas até aqui. Começemos a explorá-las a partir de alguns segmentos de falas de pacientes com demência.

Paciente e terapeuta diante de uma figura que mostra um homem se barbeando no banheiro:⁴

T. Que lugar é esse da casa?

P. não sei.

T. esse maior aqui, ele tem uma coisa diferente... (...) olha pra *cara* dele... Quê que ele tem de *diferente*?

P. *diferente*... o *olho*... *rosto*!

T. olha essa foto aqui direitinho ... é espuma de fazer barba... (...) se ele está com espuma de fazer barba... que lugar é esse aqui... *parece que é um*...

P. futebol

T. futebol!?! *Onde é que as pessoas fazem a barba?*

P. na *barbearia*.

À primeira vista, o que chama a atenção na fala desse paciente é a ausência da *referência externa*: ela, de fato, não faz referência à figura que ele vê – no caso, a de um banheiro. Entretanto, circunscrever o efeito sintomático dessa fala apenas na ausência da referência externa não é suficiente, pois, a nosso ver, deixa fora o ponto em que a diversidade fundamental, entre falas afásicas e falas de demenciados, pode

⁴ Retirado da dissertação de mestrado de Noguchi (1997).

ser problematizada; *diversidade* que aponta para a natureza da referência de sua fala à do outro e própria. Esclarecemos que, para apreendê-la, é necessário levar em conta, como já dissemos, a referência interna – as leis de funcionamento da linguagem.

No segmento acima, observa-se que o paciente responde e repete o outro, o que não impede o desconcerto da própria fala. Nesse desarranjo, pode-se apreender o *jogo das referências internas* que põe em relação pedaços de falas (cara, olho, rosto). Se o que o sujeito fala não faz referência externa, digamos pertinente ou esperada, essa fala é plenamente comandada pelo jogo das referências internas, ou seja, pelo funcionamento da linguagem. Nesse sentido a fala do outro, mais que o outro que lhe pede consistência e coerência, é decisiva na produção da própria fala. Vejamos, abaixo, um outro segmento extraído de uma sessão de terapia com outro paciente demenciado:

T. Já aconteceu algum acidente, alguma vez?

P. Já contei.

T. Já aconteceu?

P. E já deu certo

A fala desse paciente não comporta um desarranjo da articulação entre os significantes (como vimos nas falas de pacientes afásicos). O ponto fundamental é que, de um lado, esse segmento soa, tanto na escuta de um leigo quanto na de um clínico, como gramaticalmente “bem formado” – no sentido de que não se apreende nenhuma violação na articulação entre os elementos que o formam; por outro lado, no que diz respeito ao sentido – mais especificamente à esperada relação de coerência entre os “enunciados-resposta” do paciente e as perguntas feitas pela terapeuta –, os segmentos de fala do paciente causam um *estranhamento* que remete, mais particularmente, a uma fala “fora de tempo” e “fora de lugar”.

Vejamos, agora, uma paciente afásica cuja fala não agride a escuta do outro, mas a dela própria (Lier-DeVitto e Arantes, 1998):

P. Eu tava na casa duma... amiga e me senti esquisita. Não era me sentir mal assim... eu sentia que eu queria falar uma coisa e... e

falava outra. Aí eu liguei pro meu filho e... pra ele me buscar; aí minha amiga falou: “*mas o quê que você tem?*”. E eu não queria aborrecer ele e falei: “*não, não tenho nada, num/num tô me sentindo bem*”. Fui pra casa.

(...)

Cheguei na hora mesmo deitei e dormi (pausa rápida) dormi a noite toda. Quando/ ah/com/começou a amanhecer, aí num ... *num tinha voz nenhuma*.

(...)

Mas é uma coisa muito estranha, não? A gente *fica boba! Fica boba, abobalhada!*

(...)

Quando eu fui pra casa (quando saiu do hospital), ainda tinha dificuldade pra falá e tudo, mas agora *eu...tô bem... assim...* quer dizer, mas tem horas que... num sai, sabe? Eu quero falar uma coisa com você, aí tô falando bem como tô agora, falando, falando, aí de repente eu... eu fico pensando... “*O quê? Como é que fala?*”. Num consigo, mas se eu firmá de novo eu /*eu consigo a palavra*, entendeu? Então eu não sei, parece que pfu: *dá uma apagada, depois vem*.

(...)

É eu fico assim... hum... por exemplo, se eu tenho um, um, uma reunião: alguma coisa, eu fico *meio tímida*, sabe? (a paciente começa a chorar) Eu tenho *medo de falar errado*, sabe? *Mas eu falo*, mas... não assim com... muita... seqüência, entendeu? Fico meia... *preocupada*, fico pensando primeiro como é a palavra pra... pra *num errá*

Diferentemente dos pacientes com demência, a fala dessa paciente não soa, na escuta do outro, como uma fala que está “fora de tempo” e “fora de lugar”: ao contrário, ela soa bem formada e com sentido – mais que isso, trata-se de uma fala bastante fluente, encadeada e sustentada do ponto de vista textual; coesa e coerente, muito embora houvesse certa insistência tanto de hesitações quanto de perguntas monológicas do tipo: “*como é que chama?*”. Dissemos “*certa insistência*” e, acrescente-se, insistência bastante desprezível do ponto de vista da eficácia comunicativa de sua

fala e da possibilidade que a paciente tem de sustentá-la, apesar da presença de alguns prolongamentos esporádicos. Deve-se dizer que a seqüencialidade dos eventos narrados era apropriada e não se detectava dispersão textual ou deriva de sentido. A distribuição/alternância de vozes também era pertinente e adequadamente encadeada.

Apesar da fala perfeitamente suficiente, nota-se nos segmentos acima certo estranhamento na relação que P. entretém com a própria fala:⁵ ela diz que *não pode falar, mas fala*; diz que *esquece*, mas a *palavra vem* – esses eram os efeitos (imaginários) que o seu dizer produzia em sua escuta e essa era a questão promotora de conflito, no caso dessa paciente. Digamos que ela escutava a própria fala de uma posição de escuta marcada pela vivência do AVC – acontecimento em que sua fala soou, para ela, como imprópria e estranha. Esse “filtro” responde pelo incômodo atual em relação à sua fala; daí poder-se dizer que essa paciente não apresenta uma fala sintomática, mas uma *escuta sintomática*. Escuta aprisionada numa posição: aquela configurada na cena do acontecimento traumático vivenciado por ela. A paciente, como se vê, está “ao lado do que disse”. A cisão entre fala e escuta aqui se apresenta com força.

Voltando à comparação entre afasia e demência, questão que importa aqui, pode-se dizer que, se afasias e demências são quadros que, *grasso modo*, do ponto de vista etiológico, podem ser aproximados, na medida em que envolvem um acometimento de ordem cerebral, do ponto de vista da linguagem, como já dissemos, as questões fundamentais que suscitam são distintas. As afasias colocam em cena um *conflito subjetivo*: um sujeito que fica no intervalo entre fala e escuta. Já na demência, o que está em causa é, digamos, uma *dissolução subjetiva*.⁶ tem-se, diferentemente da afasia, um caminho em que se promove o *esfacelamento* dessa cisão fundamental e constitutiva, entre fala e escuta, e cujo resultado é um sujeito que “não fica ao lado do que diz” e nem “do que disse”. Ainda assim, em meio a essa dissolução, enquanto o sujeito falar, o que aparece em sua fala são fragmentos de cenas vividas por ele.

⁵ Para uma discussão mais detalhada dessa importante questão envolvida no diagnóstico da afasia na clínica de linguagem, ver Fonseca e Vorcaro (2006).

⁶ Sabe-se que, nos estágios iniciais das demências, essa cisão também pode ocorrer, mas ela parece não resistir ao curso de progressão da doença.

O Centro de Atendimento de Afásicos da Deric/PUC-SP⁷ (Caaf)

O atendimento terapêutico de afásicos pode demandar a formação de uma equipe multidisciplinar, idealmente composta por diferentes profissionais: fonoaudiólogo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo ou psicanalista. Desdobram-se, também, desse quadro sintomático, questões relativas ao *isolamento social*, de cunho familiar ou trabalhista (que podem estar relacionadas, por exemplo, à reabilitação profissional); e questões *previdenciárias* (que podem envolver encaminhamento de benefícios, tais como auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS) – problemas que usualmente reclamam a presença de profissional da área do Serviço Social.

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, Centros de Atendimento de Afásicos (que congregavam vários desses profissionais) foram idealizados e implementados, na Europa e nos EUA, para acolher a demanda de reabilitação de soldados feridos. Atualmente, há um grande número desses Centros no mundo inteiro, que, além de oferecerem atendimento especializado, instituem-se em grandes pólos de pesquisa e de formação de terapeutas. No Brasil, iniciativas pioneiras desse tipo são: (1) o Centro de Convivência de Afásicos, criado no Instituto de Estudos da Linguagem, na Universidade Estadual de Campinas, em 1989; e (2) o Caaf-Deric/PUC-SP,⁸ instituído em 2004 e que se tornou referência, tanto para o atendimento de afásicos (e suas famílias) quanto para a formação de terapeutas especializados na área.

O Caaf-Deric/PUC-SP conta com alguns programas de atendimento, quais sejam:

⁷ A Deric – Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação é uma unidade da PUC-SP que abriga uma escola para surdos, o Iesp, Instituto Educacional São Paulo, e uma clínica de audição, voz e linguagem.

⁸ Sua origem está vinculada ao Projeto de Extensão “O atendimento clínico do afásico: diagnóstico, tratamento e prognóstico”, coordenado pelas professoras Dra. Suzana Carielo da Fonseca (Departamento de Linguística e Deric – PUC-SP) e Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto (Departamento de Linguística, Lael e Deric – PUC-SP).

(1) Atendimento clínico – fonoaudiológico, médico e psicológico. A porta de entrada do paciente afásico no Caaf é o atendimento fonoaudiológico, realizado por profissionais do Serviço de Patologia da Linguagem e aprimorandos e/ou estagiários sob sua supervisão. Se necessário, acompanhamento médico e/ou psicológico, encaminhamentos são realizados para os respectivos serviços;

(2) “Ponto de Encontro” – configurado por um conjunto de atividades voltadas para o exercício efetivo da cidadania e para a inclusão social. Assistentes sociais promovem discussões e fornecem informações sobre direitos civis, trabalhistas e previdenciários a que alguns pacientes fazem jus, tais como auxílio-doença, aposentadorias, LOAS, isenção tarifária. Os mesmos profissionais coordenam grupos de afásicos em oficinas de (a) *atualização/cidadania*, que se realizam tendo como base a exploração de mídias alternativas. Professores do Iesp/Derdic-PUC-SP respondem pela realização das oficinas de (b) *artes*: no trabalho com pintura, colagens, mosaico, etc., promove-se o encontro com o outro e com potencialidades próprias encobertas pela condição sintomática; (c) *bijouterias*: a fabricação de colares, pulseiras, chaveiros e marcadores de livros torna-se um fato a partir do enfrentamento dos limites impostos pela afasia e pela condição sensório-motora. O trabalho de uma professora voluntária completa, na Derdic, o conjunto de atividades realizadas nesse programa. Sob sua coordenação, desenvolve-se uma bem-sucedida (d) *oficina de teatro*, em que corpo/fala são postos em movimento para que “narrativas” ganhem o palco em pequenas “cenas”. Vale dizer que o afásico é chamado a tomar posição com a sua condição atual de fala e/ou gestualidade.

Ainda no âmbito desse Programa de atendimento, realiza-se no Cecco/Ibirapuera⁹ um conjunto de (e) *oficinas de convivência e geração de renda* (atelier de artes plásticas; coral cênico; lian gong meditação ativa; yoga adulto; papelão/artesãos; fios, tramas e bordados; dança e expressão corporal; escultura; mosaico; colóquios e expedições culturais) que apresentam

⁹ A partir de um protocolo de cooperação (ainda em trâmite) entre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e a Prefeitura do Município de São Paulo, idealizado no interior do Projeto de Extensão “O atendimento clínico do afásico: diagnóstico, tratamento e prognóstico”, afásicos atendidos na DERDIC e seus familiares foram encaminhados ao Centro de Cooperativa e Convivência – Ibirapuera.

um diferencial, relativamente àquelas que se realizam na Derdic: elas se dirigem também às famílias dos pacientes afásicos, constituindo, assim, um importante suporte para o investimento terapêutico.

(3) “Atenção à família” – programa desenvolvido pelo Serviço Social da Derdic, com apoio do Serviço de Psicologia da mesma instituição. Como resultado das intervenções já realizadas, recolhe-se o fortalecimento do núcleo familiar para enfrentar mudanças (de posição ou papéis, financeiras, organizacionais e emocionais) que, muitas vezes, se impõe como efeito da instauração do quadro sintomático. Mais um suporte, em alguns casos, indispensável ao atendimento fonoaudiológico.

Vale dizer que: (1) os programas de atendimento do Caaf-Derdic/PUC-SP estão abertos, também, para pacientes portadores de demência e suas famílias; (2) nas oficinas, os pacientes têm encontrado vitalidade e força para continuar investindo no tratamento fonoaudiológico. Seus resultados efetivos têm ultrapassado a meta de inclusão social. É o que os pacientes insistem em dizer e o que os seus familiares e terapeutas têm testemunhado.

Referências

- ANDRADE, L. (2000). *Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica*. Letras de Hoje. Porto Alegre, EDIPUCRS.
- _____(2006). “Procedimentos de avaliação da linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal”. In: LIER-DE VITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp.
- ARANTES, L. (2001). *O diagnóstico na clínica de linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael/PUC-SP.
- _____(2006). “Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas”. In: LIER-DE VITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp.
- CANGUILHEM, G. (1966). *O normal e o patológico*. São Paulo, Forense Universitária.

- FONSECA, S. C. (1995). *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Lael/PUC-SP.
- _____(2002). *O afásico na clínica de linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael/PUC-SP.
- _____(2005a). Interacionismo, afasia e clínica de linguagem. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, n. 47. Instituto de Estudos da Linguagem. Campinas, Unicamp.
- _____(2005b). “O afásico na clínica de linguagem: levantamento de questões sobre o fim do tratamento”. In: PAVONE, Sandra e RAFAELI, Yone Maria (orgs.). *Audição, voz e linguagem*. São Paulo, Cortez.
- FONSECA, S. C. e VORCARO, A. (2006). “O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico”. In: LIER-DE VITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp.
- JAKOBSON, R. (1988). “Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia”. In: *Lingüística e Comunicação*. São Paulo, Cultrix.
- LACAN, J. (2002). *O seminário 3: as psicoses*. Rio de Janeiro, Zahar.
- LANDI, R. (2006). “Quando o sintoma é de escuta: considerações sobre o diagnóstico de afásicos na clínica de linguagem”. In: LIER-DE VITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp.
- LIER-DEVITTO, M. F. (1999). “Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts”. In: Verscheren, J. (org.). *Language and Ideology*. Antuérpia, IPRa & Autors.
- _____(2002). Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da Anpoll*. São Paulo, Edusp.
- _____(2005). Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, n. 47. Instituto de Estudos da Linguagem. Campinas, Unicamp.
- _____(2006). “Patologias da Linguagem: sobre as ‘vicissitudes de falas sintomáticas’”. In: LIER-DE VITTO, M. F. e ARANTES, L. M. G. (orgs.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo, Educ/Fapesp.

- LIER-DEVITTO, M. F. e ARANTES, L. (1998). Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, v. 33, n. 2.
- MILNER, J. C. (1978). *O amor da língua*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- NOGUCHI, M. S. (1997). *A linguagem na doença de Alzheimer: considerações sobre um modelo de funcionamento lingüístico cognitivo*. Dissertação de mestrado. Campinas, FCM/Unicamp.
- PIRES, J. C. (1997). *De Profundis, Valsa Lenta*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- SAUSSURE, F. (1991). *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo, Cultrix.

Data de recebimento: 15/3/2007; Data de aceite: 20/4/2007.

Maria Francisca Lier-DeVitto – Lingüista, Profa. titular no Programa de Pós-Graduação em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP, Departamento de Lingüística. Assessora de Pesquisa na Derdic-PUC-SP. E-mail: f.lier@uol.com.br

Suzana Carielo da Fonseca – Fonoaudióloga clínica na Derdic-PUC-SP, Profa. assistente-doutor, Departamento de Lingüística, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da PUC-SP. E-mail: suzfonseca@estadao.com.br

Rosana Landi – Fonoaudióloga clínica na Derdic-PUC-SP. E-mail: rosanalandi@terra.com.br