

Lúcia Arantes

**DIAGNÓSTICO E CLÍNICA DE
LINGUAGEM**

Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2001

Lúcia Arantes

**DIAGNÓSTICO E CLÍNICA DE
LINGUAGEM**

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Francisca Lier-De Vitto.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA TÉCNICA DERDIC – PUCSP

TD
410
A

Arantes, Lúcia
Diagnóstico e clínica de linguagem. – São Paulo:

s.n., 2001.

171f, 30cm.

Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
Área de concentração: Linguística Aplicada e Estudos da
linguagem.

Orientadora: Maria Francisca Lier-De Vitto

1.Linguística. 2.Clínica fonoaudiológica.

Palavras-chave: Diagnóstico e clínica de linguagem – Avaliação de linguagem – Sintoma na
linguagem – Patologia de linguagem – Clínica fonoaudiológica

Comissão Julgadora

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta tese por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Esta tese é dedicada à minha mãe, 'dona Carminha', pelo horizonte de força, verdade e alegria que pensou para mim.

Também, ao Francisco, à Marília e ao Thomás, pelo forte laço que nos une.

AGRADECIMENTOS

A dra. Maria Francisca Lier-De Vitto pela orientação competente e rigorosa. Seu trabalho único sobre as 'patologias de linguagem' foi solo disparador da novidade que porventura esta tese possa trazer. Seu papel em minha história acadêmica, entretanto, vai muito além do processo de orientação. Ele se faz ver em minha formação como pesquisadora - com ela aprendi a necessária 'paciência do conceito'. Agradeço a sua presença forte e segura e os inúmeros gestos generosos. Por tudo isso e muito mais é que nossa sincera e antiga amizade tornou-se ainda mais profunda. A ela, minha gratidão.

As doutoras Cláudia Thereza Guimarães de Lemos e Ângela Vorcaro, pelas contribuições importantes que ultrapassam e muito as sugestões que fizeram no exame de qualificação desta tese.

A Direção da DERDIC, pela possibilidade de atendimento de todas as crianças cujas falas me interrogaram e que participam das discussões nesta tese. Agradeço, em especial à Kathy, pela ajuda efetiva e pelo incentivo constante. Não me esqueço da Graça e do João, da Biblioteca, pela agilidade no levantamento da bibliografia. As secretárias da Clínica e à Dinah, pelo bom humor.

Sou grata ao dr. Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto), pela leitura do projeto inicial e pela paciência com acolheu as correrias de última hora. Também, por sugestões de leitura.

Ao dr. Márcio Peter de Souza Leite, pelos efeitos de sua escuta, que se fazem sentir neste trabalho.

Agradeço a amizade de Tati e Rejane - a antiga e afetuosa cumplicidade que nos une em torno das questões sobre a clínica de linguagem (e muito mais). Uma aquisição mais recente mas não menos querida é Suzana, presença forte com gestos discretos. Ecos de nossas discussões estão neste trabalho.

À Rosana e à Érika, pelo prazer e orgulho de ter, como colegas e amigas, ex-alunas. Pela disponibilidade delicada da Rosana e pela fraternidade na divisão de horários com a Érika, em meio à turbulência dos momentos finais de conclusão de nossos trabalhos.

Roseli e Nanette, com quem convivo faz muito tempo na Clínica da Christiano Vianna, compartilharam momentos difíceis e alegres deste percurso. Luciana Leite, pela proximidade recente e sincera.

Agradeço ao Osvaldo, pela sagacidade e humor. Pelas descontrações que criou em ‘momentos sisudos’ da feitura desta tese. E, também ... pela cessão da Francisca.

A Táta, pelo carinho e dedicação a toda família, pelo riso alegre que me tranquilizou quando estive ausente. Também pelas idas e vindas com a dona Carminha, que me substituiu em muitas funções.

A Cristy e Irene Tambaoglou, pelas incursões em dicionários de grego. Renata, Luciane, Cristiane e Rita, pela discussões nas reuniões de supervisão. Quero fazer menção especial à Rita, que participou ativamente dos momentos finais de elaboração deste trabalho. Meus amigos Paulo e Vânia; Cris e Fabinho; Ronaldo e Ingrid; Oscar e Eliana; Cândida e também Arthur. Com eles me diverti (e muito) nesses tempos. Para a Mônica, um abraço apertado por nossa inabalável amizade. Nelson foi amigo de muitas horas.

À família Loureiro, Dr. José e Dilú, Dado e Cris, Jayme, Léo e João, família que fiz minha, pela segurança e carinho. Bianca, muito querida, pela cumplicidade fraterna e pela partilha de muitas emoções.

Aos meus irmãos, Paulo e Vera - e minha quase irmã Célia, pelo afeto sempre presente.

Ao Paulo Sarian, pelas idas e vindas e pelos incontáveis gestos de carinho e amizade.

Um beijo para o Chico, a Tita e o Tóti, pela compreensão da distância, pelo carinho e participação nesses tempos de muito trabalho.

Ao Cepe - PUCSP, pela bolsa de Capacitação Docente, que favoreceu a elaboração desta tese.

RESUMO

Neste trabalho, problematizo a instância diagnóstica na clínica fonoaudiológica de linguagem, uma vez que esse termo circula sem restrição nesse campo. Nesse empreendimento, discuti a história da instituição do diagnóstico médico não apenas porque nele inspirou-se a Fonoaudiologia mas porque nessa história estão inscritas as condições definitórias dessa noção. Chama a atenção que muitos séculos foram necessários para que a Medicina pudesse “conquistar seu objeto”, chegar a “reconhecer” sintomas e sinais e “explicar” suas causas – bases constituintes do diagnóstico médico. Abordo, também, a radical diferença do diagnóstico na Psicanálise - o gesto certo de Freud fundou uma outra discursividade e redefiniu “diagnóstico” para aquele campo. Temos, assim, que a **conquista do objeto** é condição necessária e anterior à circunscrição da instância diagnóstica. De fato, a lição que essas áreas nos dão é a de que a definição de diagnóstico requer considerar **a especificidade do que está em foco em diferentes clínicas**: requer compromisso com o fenômeno que interroga.

Considereei necessário proceder a um exame criterioso do tema, nas raras propostas fonoaudiológicas à disposição, com o intuito de fazer aparecer vaguezas e, também, com o objetivo de cernir diferenças entre elas. Ou seja, procurei mostrar que há encaminhamentos diversos, mesmo quando o semblante é de mesmo. Discuto, por fim, diagnóstico/avaliação na clínica de linguagem e indico direções para uma via alternativa que implica compromisso com a linguagem e com o específico da fala patológica. Entendo ser este o caminho mais sólido para que termos como “diagnóstico/avaliação” possam vir a ter circunscrição na Fonoaudiologia. Devo dizer que este trabalho inscreve-se no interior do projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem”, coordenado por Maria Francisca Lier-De Vitto. Nele, o Interacionismo em Aquisição de Linguagem, cujas bases foram assentadas por Cláudia Lemos, e a Psicanálise são mantidos em posição de alteridade porque, de formas diferentes, sujeito e fala são implicados e teorizados – tão implicados quanto na Fonoaudiologia que deve, ainda, responder teoricamente por sua diferença.

ABSTRACT

This study focuses on the issue of diagnosis in the clinical field of language therapy and points to the problematic character the term acquires in this specific field for lack of theoretical restriction. The history of the establishment of the notion of diagnosis in the realm of Medicine is presented and discussed in relation to its influence upon the field of language therapy. It is pointed out that it took Medicine several centuries before the field could “conquer its own object” – *the human organism* - and establish the basis of the medical diagnosis, i.e., “recognition” of symptoms and signals and “definition of specific causes”. Since Freud’s circumscription of the unconscious as the object of Psychoanalysis has led to a reinterpretation and displacement of the former notion of diagnosis set by Medicine, the radical difference the term *diagnosis* acquires in Psychoanalysis is also discussed. Note that both in Medicine and in Psychoanalysis the definition of a field-specific *object* precedes – and guides - the establishment of diagnostic procedures. The path followed by these two disciplines points to the necessity of considering the specificity of each clinical field in the definition of *diagnosis*.

I argue, then, that speech pathologists/therapists should keep that lesson in mind by recognizing that clinical procedures must be constrained by theoretical assumptions referring to the phenomenon which calls their attention and/or demands clinical intervention. It is worth emphasizing that the term *diagnosis*, although largely mentioned in the field of speech therapy, has not reached an accurate definition; in fact, it is used in a naïve and equivocal way. I endeavored to discriminate between specific trends among the rather few diagnostic proposals mentioned in the literature of the field of speech therapy. My aim was to bring forth the striking heterogeneity which underlies its manifest homogeneous façade.

Following this critical review of the literature I put forward an alternative proposal that emphasizes a theoretical commitment to a language theory which allows for the consideration of the specificity of the pathological speech. This, I claim, is a necessary step towards the circumscription of the notion of *diagnosis* in the field of language therapy/speech therapy. Cláudia Lemos’s reflections on language and language acquisition as well as psychoanalytic clinical views on diagnosis are implied in the discussion. The CNPq sponsored project “Language Acquisition and Language Pathology” - supervised by Dr. Maria Francisca Lier-De Vitto, at LAEL/PUCSP - also provided this study with theoretical background.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO 1 - A INSTITUIÇÃO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO	15
1.1 O NASCIMENTO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO	17
1.2 UMA “HISTÓRIA OFICIAL”	19
1.3 O NASCIMENTO DA CLÍNICA: A “HISTÓRIA” DE FOUCAULT	29
1.4 NORMAL vs. PATOLÓGICO: UMA DECISÃO CLÍNICA	36
CAPÍTULO 2 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A INSTÂNCIA DIAGNÓSTICA.....	48
CAPÍTULO 3 - DELINEAMENTO DE UM OUTRO OLHAR E DIZER	69
3.1 ANTEDIZER: CIRCUNSCREVENDO UMA POSIÇÃO	69
3.2 DO ESTABELECIMENTO DE DIFERENÇAS	75
CAPÍTULO 4 - A ENTRADA NA CLÍNICA: A ENTREVISTA	80
4.1 UMA LEITURA DE LEITURAS	83
4.2 DIZENDO UM CASO	98
CAPÍTULO 5 - UM ENCONTRO COM A FALA: A AVALIAÇÃO DE	
LINGUAGEM	106
5.1 SINTOMA NA LINGUAGEM	106
5.2 SOB EFEITO DA FALA: AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM	123
5.3 GRAVAÇÃO/TRANSCRIÇÃO: UM PROCEDIMENTO POLÊMICO	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158

INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo, em sua atividade clínica, lida com uma face da linguagem bastante peculiar: a fala que, em sua dimensão patológica, produz naquele que a escuta um efeito de frustração e perplexidade (Lier-De Vitto, 2000c). Ao contrário dos "erros" da criança em processo de aquisição de linguagem que podem promover riso, no caso da patologia o efeito é bem de outra ordem. Sua ocorrência cria demanda de "intervenção". Tal situação faz com que o fonoaudiólogo tenha que assumir um difícil compromisso: o de produzir um dizer sobre essa fala enigmática e decidir sobre a direção do tratamento.

O processo terapêutico na clínica fonoaudiológica, via de regra, inicia-se por uma entrevista/anamnese¹ seguida por uma **avaliação de linguagem**. Mais recentemente, no âmbito da Fonoaudiologia Brasileira, esse momento inaugural tem sido nomeado por rótulos intercambiáveis, quais sejam: **“diagnóstico fonoaudiológico”** ou **“diagnóstico de linguagem”**. Considero necessário um exame mais atento desses termos para precisar a noção de **“diagnóstico”**, uma vez que essa palavra vem sendo utilizada na Fonoaudiologia para designar uma instância clínica de destaque.

Cunha (1997b) afirma que “no campo fonoaudiológico, **fazer um diagnóstico é sinônimo de fazer Avaliação de Linguagem** [...] o objeto dessa avaliação é a *linguagem*, tanto ao nível de seus **sintomas** quanto de seu **funcionamento**”². Segundo Cunha, o objetivo desse procedimento não é associar sintomas a patologias (como se faz

¹ Embora esses termos “entrevista/anamnese” apareçam juntos eles serão discernidos ao longo do trabalho. O mesmo vale para “diagnóstico/avaliação” de linguagem

² Texto inédito, apresentado nos seminários de reformulação curricular da Faculdade de Fonoaudiologia, da PUCSP.

no diagnóstico médico) mas “analisar processos discursivos singulares”, levando-se em consideração “as possibilidades de um paciente” e não apenas faltas e falhas. Em seu trabalho, Cunha não esclarece, porém, quais são esses “processos discursivos”, nem o que se deva entender por “funcionamento da linguagem”, nem como avaliá-los. Ela acrescenta que nos casos “em que se fizer necessário”, ao exame de linguagem poderão ser associadas outras “técnicas pertinentes ao método clínico fonoaudiológico”: técnicas audiológicas, vocais, corporais e de sistema motor oral. Essas técnicas não devem ser consideradas, prossegue ela, “menos nobres” mas não devem ser indiscriminadamente utilizadas, dissociadas da “especificidade dos sintomas de linguagem”³.

A proposta de Cunha, do meu ponto de vista, simplifica uma questão de grande complexidade, qual seja: a do objeto da Fonoaudiologia. Vejamos, é possível que um paciente, que não apresente queixa relativa à linguagem, tenha problemas de audição ou que uma criança, que fale bem, seja um respirador bucal, que necessite de um atendimento fonoaudiológico para adequar postura, tônus, etc. Pode ser, ainda, que um cantor tenha um nódulo vocal ou mesmo que demande um trabalho preventivo. Parece possível pensar em uma avaliação/diagnóstico que não implique exatamente considerações sobre o **funcionamento da linguagem**, como diz Cunha.

Não se trata de negar que Voz e Sistema Sensorio Motor Oral (SSMO) estejam envolvidos na produção da fala e nem que o sujeito seja outro que não aquele causado pela linguagem – no humano não há o que fique fora do simbólico. É certo que a fala necessita do suporte do corpo. Penso, porém, que um “diagnóstico de linguagem” pode se distinguir de outros na medida precisa em que é determinado e incide sobre um sintoma caracterizável como “um furo

³ O trabalho de Cunha será discutido em maior detalhe, em momento oportuno.

no corpo da fala, que diz de um corpo falante”. (Lier-De Vitto, 2000c)⁴. Esclareço, já aqui, que será sob essa ótica que abordarei o **diagnóstico na clínica de linguagem**. Sendo esse o caso, entendo que o fonoaudiólogo deva assumir um compromisso com uma teoria sobre a linguagem para que possa sustentar outro: com a fala do paciente.

Se isso é imprescindível na clínica de linguagem, cabe lembrar que as avaliações de audição, voz e motricidade oral exigem que se esteja informado sobre o funcionamento auditivo, o funcionamento do aparato vocal e o da motricidade oral, respectivamente. No final das contas, são exatamente essas exigências que determinaram a instituição de áreas específicas de atuação na Fonoaudiologia: Audição, Voz, Motricidade Oral e Linguagem⁵.

Cunha, embora admita essa partição, não a problematiza - não esclarece o que é funcionamento de linguagem e nem de que modo ele poderia ser articulado com audição, motricidade oral e voz. Quer dizer, ela não explicita em que medida uma avaliação da motricidade oral, ou uma avaliação de audição implicariam considerações sobre o “funcionamento da linguagem” e/ou “processos discursivos”. Sem isso, como sustentar que **diagnóstico fonoaudiológico** seja sinônimo de **avaliação de linguagem**? Note-se que diagnóstico fonoaudiológico congrega procedimentos vários implicados em avaliações específicas, o que dilui diferenças e recobre complexidades. Neste trabalho, dirijo a atenção para o diagnóstico na clínica de linguagem.

Palladino (1997) afirma, em “O diagnóstico de linguagem”⁶, que a **avaliação de linguagem** é “um procedimento de natureza clínico-terapêutica que tem por função o diagnóstico dos problemas de linguagem”. Já em “Questões sobre o

⁴ Sobre isso ver também Lier D-Vitto 1999 e 2000a

⁵ Embora reconheça que nessa divisão há questões a explorar, não vou me deter nelas uma vez que isso me desviaria daquilo que está em foco neste trabalho.

diagnóstico fonoaudiológico em crianças” (1999), ela dirá que: “realizado quando há hipótese de alteração, o **diagnóstico fonoaudiológico** pode compor a **avaliação do funcionamento da linguagem**, voz, sistema sensório-motor oral e audição” (p. 111) (ênfases minhas). A partir da leitura das duas citações acima, pode-se entender que Palladino considera a **avaliação de linguagem** como **parte** do “**diagnóstico fonoaudiológico**”. Embora a segunda afirmação da fonoaudióloga seja mais obscura, em função do enunciado “o diagnóstico ... pode compor a avaliação”, depreende-se que ela, ao contrário de Cunha, diferencia o diagnóstico fonoaudiológico de avaliações particulares, sem atribuir-lhes um lugar mais ou menos digno no interior da clínica fonoaudiológica. Difícil é entender o que seria um “diagnóstico do funcionamento da linguagem”, uma vez que um “diagnóstico/avaliação” pode, no limite, incidir sobre a **fala** de um paciente.

Chiari (1992), ao abordar o tema em trabalho intitulado “Diagnóstico em Fonoaudiologia - um ponto de vista”, não faz distinção explícita entre os termos que utiliza, a saber: “diagnóstico fonoaudiológico”, “diagnóstico de linguagem” e “avaliação diagnóstica”. Ao longo de seu texto encontram-se todas essas expressões de modo alternado, como se vê na citação abaixo:

“É sempre importante que se pondere que o instrumental para o **diagnóstico** [fonoaudiológico] não constitui uma condição suficiente para **avaliar**. **Avaliar** supõe uma busca ordenada de fatos, supõe a utilização de uma metodologia que nos possibilite elaborar, através do raciocínio lógico, as diferentes instâncias do **diagnóstico** [...] ‘**diagnóstico de linguagem**’ está longe de ser um tema esgotado ...” (p.100-101) (ênfases minhas).

⁶ Texto inédito, apresentado nos seminários de reformulação curricular da Faculdade de

Pode-se levantar a hipótese de que o uso indiscriminado dos termos “avaliação de linguagem”, “diagnóstico de linguagem”, “diagnóstico fonoaudiológico” esteja relacionado ao fato da clínica fonoaudiológica congregar práticas dirigidas a problemas bastante heterogêneos. Entretanto, se esse é o estado da arte, faz-se necessário operar uma restrição que circunscreva aquilo que se abriga no interior de cada uma dessas expressões, já que palavras são carregadas dos sentidos que nelas se depositam.

Começemos por “diagnóstico”, que vem do grego *diagnostikós* (conhecer, discernir) e diz respeito a *diagnose* que, por sua vez, designa tanto o diagnóstico médico, quanto descrição e classificação minuciosas de animais e plantas. Na Botânica, o termo refere-se à descrição abreviada de uma classe, gênero ou espécie. Esses sentidos, como veremos no capítulo 1, estão fortemente relacionados pois a descrição de um conjunto de sintomas, que define diferentes doenças, teve sua origem atrelada a procedimentos importados da História Natural.

Diagnóstico, na acepção atual, retém o sentido que adquiriu na clínica médica: “processo de **reconhecer** uma enfermidade e de considerar todas as **explicações** possíveis para uma afecção particular” (Piper, 1973: 4). O “reconhecer”, nessa definição, relaciona-se à possibilidade de, a partir um conjunto de sinais/sintomas, circunscrever um quadro nosográfico entre outros. O “explicar” relaciona-se à possibilidade de definir um agente etiológico específico, responsável pelo aparecimento desses sinais/sintomas. Desse modo, pode-se afirmar que a utilização do termo diagnóstico só seria apropriada se fosse possível estabelecer **um julgamento diferencial**: quando fosse **possível agrupar um conjunto de sinais e articulá-lo a uma causa particular** para, assim, isolar uma entidade nosológica de outras já descritas.

Sendo essa a definição, não seria arriscado afirmar que um fonoaudiólogo **não faz diagnóstico** no sentido estrito do termo. Na realidade, independente de se aquilo que está em questão é audição, voz, motricidade oral ou linguagem, a tarefa que compete ao fonoaudiólogo não é a de estabelecer um diagnóstico nosológico. Com relação à audição, voz e motricidade oral, o médico é o profissional que pode discernir diferentes patologias. Na verdade, é ele quem detecta a presença/ausência do agente etiológico responsável pelo conjunto de sinais/sintomas mesmo que, para isso, leve em consideração o resultado das avaliações fonoaudiológicas.

No que tange à linguagem, a questão é ainda mais complexa pois ela escapa ao âmbito do modelo médico de diagnóstico. Raros são os casos em que uma determinada categoria nosológica seja “reconhecida” apenas por “um conjunto de sinais lingüísticos particulares” como se faz na Medicina - o que torna difícil entender o que se esconde sob o rótulo “**diagnóstico de linguagem**”. Também é obstáculo o fato de que, na clínica de linguagem, o fonoaudiólogo lida, na maior parte dos casos, com categorias clínicas forjadas no interior da Medicina que, com base no substrato orgânico afetado, circunscreve patologias tais como: fissura palatina, paralisia cerebral, afasia, deficiência mental, deficiência auditiva. Os quadros clínicos que podem ser definidos a partir de sintomas na linguagem, são⁷: distúrbio articulatório/desvio fonológico (alguns casos)⁸, distúrbio de leitura e escrita, retardo de linguagem e gagueira - todos eles de origem bastante obscura, o que inviabiliza o caráter explicativo ou causalista de um diagnóstico. Descrição e

⁷ Essa não é uma definição consensual. Muitos autores defendem que esses quadros também têm etiologia somática

⁸ Sobre esse assunto, recomendo a leitura da tese de doutorado de Rosana Benine – “Distúrbios Articulatorios, Dislalias, Desvios fonológicos: de que falamos esses nomes?”, LAEL-PUCSP.

explicação (ou seja “reconhecer” e “explicar”) características definitórias de diagnóstico estão inviolabilizadas em função dos quadros em questão.

Não pretendo, neste trabalho, sugerir um retrocesso, não advogo em favor de que se submeta o tratamento do fonoaudiólogo ao diagnóstico do médico: que a clínica fonoaudiológica seja tutelada pelo saber médico que se responsabilizaria por diagnosticar e indicar a direção do tratamento. Não considero o diagnóstico médico etapa obrigatória e anterior a todo atendimento fonoaudiológico. Meu objetivo é antes problematizar a instância diagnóstica na Fonoaudiologia: definir contornos mais precisos para esta instância clínica. O que está em questão não é **quem** faz o diagnóstico, mas se é possível falar em **diagnóstico de linguagem** e, se possível, em que termos⁹.

Por essa razão, considero necessário operar um recorte. Esclareço: neste trabalho, estará em cena apenas a clínica de linguagem. Quer dizer, a clínica em que é **a linguagem** em suas manifestações desarticuladas, desarranjadas, que interrogam o fonoaudiólogo. Note-se que são **acontecimentos de linguagem** e que impõem, segundo entendo, ao fonoaudiólogo uma relação de compromisso com uma teoria de linguagem (o que freqüentemente não se vê acontecer). Mas, para isso, parto da clínica – do encontro com as falas desarranjadas – e das questões que ela levanta.

O recorte que faço é ainda assim bastante amplo. Os quadros de linguagem são plurais. Alguns deles, como as afasias, ocorrem após uma lesão cerebral. Nesses casos, têm-se pacientes que foram falantes, que têm a fala comprometida mas que, nem por isso, deixam de se escutar (Fonseca, 1994; Lier de Vitto e Fonseca, 1998; Lier-De Vitto, 2000c). Nos casos de paralisia cerebral, temos pacientes cuja limitação orgânica é, muitas vezes, desde o

⁹ Toda clínica supõe um momento anterior ao tratamento propriamente dito. Aquele da tomada de decisão sobre a queixa. Sabe-se que na Psicanálise essa instância clínica é redefinida e redimensionada. Votarei a isso em momento oportuno.

início, impeditiva da produção de fala mas não do acesso ao simbólico (Vasconcellos, 1999). Há, ainda, casos como os de retardo de linguagem, em que uma criança, sem qualquer comprometimento orgânico, não fala ou fala muito mais tarde do que seria esperado.

Note-se que tratam-se de quadros de natureza distinta mas que têm em comum o fato de que algo na linguagem produz efeito de patologia. Resta saber se, para o fonoaudiólogo, as distinções relativas à origem/causa do sintoma interessam ou de que maneira interessam à clínica de linguagem. Cabe lembrar que a definição da **causa** é obrigatória para o fechamento do diagnóstico médico. Seria a detecção da causa possível e necessária na clínica de linguagem? Como, pergunto, definir a **causa** de um problema na linguagem? Em que um agente etiológico atestável (orgânico) ou inferível (social/emocional) explicaria a natureza do particular/singular de uma fala – o modo de acontecer de uma fala. Que relação pode ser estabelecida senão geral e bastante vaga? Ao lado disso, que “instrumento” teria o fonoaudiólogo para intervir sobre o suposto agente etiológico?

Passo a examinar, a seguir, o termo **avaliação de linguagem**. Avaliar comporta diferentes sentidos ¹⁰, entre eles: (1) fazer idéia de *x*, apreciar, estimar; (2) calcular, estimar, computar; (3) reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de *x*. Qual desses sentidos estaria presente na expressão “avaliação de linguagem”? **Fazer idéia da** fala de um paciente parece ser o termo que mais se ajusta ao uso freqüente de “avaliar” na clínica fonoaudiológica, que se pratica no Brasil. Diz-se que, em um processo de avaliação de linguagem, um clínico “visa conhecer a linguagem de seu

¹⁰ Lourdes Andrade abordou essa questão na disciplina “A Configuração da Clínica Fonoaudiológica”, no curso de especialização *Aquisição da Linguagem e Fonoaudiologia* (COCEAE-PUCSP).

paciente”, “ver o que ali falta/falha” e “apreender processos discursivos alternativos substitutos dos que estão ausentes”.

Na definição de Cunha (1997b) vimos generalidade e vagueza na utilização de termos - que acarreta um efeito equivalente na definição de diagnóstico - e que é reveladora do modo como se aborda a linguagem neste campo. É como se **linguagem** fosse algo tangível, como se a olho nu o fonoaudiólogo pudesse “fazer idéia” do que se passa na fala de um paciente, pudesse “conhecer sua linguagem”, apreender o que produz efeito de patologia. Na verdade, a vagueza da definição de “avaliação de linguagem” parece correr mesmo por conta de “linguagem”, do descompromisso com uma teorização sobre linguagem.

Pode-se avançar mais e dizer que a liberdade, o uso de termos sem restrição que se exprime na alternância de expressões como “diagnóstico fonoaudiológico”, “diagnóstico de linguagem” “avaliação de linguagem”, reflete ingenuidade teórica já que nenhum dos termos presentes nessas expressões é submetido à discussão. Acompanho De Lemos quando diz que é preciso “suspender a familiaridade das palavras e expressões [...] e deixar-se tomar pela perplexidade que essa suspensão instaura” (1986: 5). Perplexidade necessária, entendo, para que sob efeito dessa desnaturalização se possa almejar a uma definição mais precisa de diagnóstico de linguagem

Na Fonoaudiologia que se pratica em ambiente anglo-saxão, o **calcular, estimar, computar** designa melhor a “avaliação de linguagem” que ali se realiza. A implementação quase exclusiva de testes e de outros procedimentos de mensuração atestam esse sentido de “avaliar”. Porém, um exame dessa literatura mostra a inviabilidade das tentativas de quantificar a linguagem, revela a arbitrariedade na determinação de um padrão tomado como referência

de normalidade (Arantes, 2000). Do mesmo modo que em “diagnóstico”, em “avaliação”, parece que colocar a linguagem em pauta gera problemas.

Lier-De Vitto (2000c) suspende a familiaridade do termo “patologias de linguagem” numa discussão acerca sua pertinência. Indaga se seria possível atribuir à linguagem a propriedade de ser patológica, doente. Pondera que se a resposta a esta questão fosse positiva, “seria preciso assumi-la [a linguagem] como *ente* portador de uma doença que afeta outro ente - seu veículo de manifestação da linguagem”, o que, nesses termos, parece inviável. Para a autora é também bastante difícil sustentar “linguagem” no rótulo “patologia de linguagem”. Seu argumento é o de que “linguagem” na expressão “patologia de linguagem” vem ocupar o lugar reservado a partes do organismo. De fato, na Medicina, fala-se de patologias do fígado, do cérebro, etc.. Ela assinala que “linguagem” não se ajusta muito bem nesse lugar e indaga: “o que tem a generalidade do termo “linguagem” a ver com a particularidade de termos como ‘fígado’ ou ‘cérebro?’” Mas, ainda assim, prossegue a pesquisadora, é inegável o fato de que sintomas aparecem na linguagem.

Quanto a “diagnóstico de linguagem” ou “avaliação de linguagem”, a simples presença de **linguagem** nessas expressões deveria indicar a necessidade de precisão do sentido de diagnóstico/avaliação – o que só é viável caso se assuma posição frente a ela. De fato, não me parece haver outro caminho para a circunscrição da natureza singular dessa clínica. Aliás, é essa a direção que nos indicam os movimentos teórico-clínicos da Medicina e da Psicanálise, como se verá.

Vale notar que a tarefa de um terapeuta de linguagem é extremamente complexa e, para enfrentá-la, faz-se necessário superar a relação, muitas vezes, ingênua e equivocada que o campo entretém com as teorias sobre a linguagem. Eu disse acima sobre vagueza das definições de “diagnóstico de

linguagem”, “diagnóstico fonoaudiológico” e de “avaliação de linguagem”. Essa situação sustenta-se no descompromisso com outras definições, quais sejam, de “funcionamento da linguagem”, de “processos discursivos”, de “sintomas de linguagem”.

Entendo ser preciso esclarecer essas expressões uma vez que a simples menção a elas não é suficiente para iluminar seja sua definição na Lingüística, seja a natureza de sua implementação no diagnóstico/avaliação. Se linguagem está presente implícita ou explicitamente em todas as expressões, essa insistência aponta para um recalque e para o fato de que a relação com a Lingüística é incontornável na clínica de linguagem. Sendo esse o caso, há que se perguntar sobre o sentido da evitação do compromisso com a linguagem e da dificuldade de uma aproximação consistente com essa ciência (Lier-De Vitto, 1995b).

Devo sublinhar que uma relação à Lingüística deve ser pautada (restringida) por questões que a clínica e a fala dita patológica impõem. Resumidamente, sobre o singular (que traz a problemática da subjetividade) e pela natureza não menos especial da fala errática de falantes que demandam atendimento. Isso define a natureza da relação e exclui a possibilidade de meras aplicações (Arantes, 1994, Lier-De Vitto, 1995b, Landi, 2000). Sem isso, qual o sentido se poderia dar para da expressão “avaliação **de linguagem**”? De que ponto de vista poderá um fonoaudiólogo proceder à avaliação? Como, enfim, poderá ele abordar a fala de um paciente?

Talvez, o último sentido presente no verbete “avaliação”, aquele que parecia o mais distante do que se faz na clínica fonoaudiológica, soe o mais apropriado: “**reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de x**”. É ele que procurarei perseguir neste trabalho, ao discutir a pertinência da expressão “diagnóstico/avaliação de linguagem”. Isso porque, ao implicar na discussão o

funcionamento da linguagem na fala, os outros sentidos de avaliar ficam barrados dado que no de “apreciar/fazer idéia de x ” não está suposto um compromisso teórico com a linguagem e no de “calcular” está implicada a noção de quantificação - possibilidade, esta, excluída quando se envolve a idéia de funcionamento, enquanto jogo de referências internas/estruturais.

Apresento, de início, a história do diagnóstico médico que, enfim, instituiu o primeiro sentido de “diagnóstico clínico”. Também, porque nele inspirou-se a Fonoaudiologia. Ao acompanhar essa história, pode-se atestar que o diagnóstico, essa instância inaugural da clínica, sucedeu a observação e tratamento do doente. Quer dizer, chama atenção que ele, hoje “porta de entrada” para a clínica, tenha sido instituído após séculos de lida com o paciente e de reflexão sobre a doença. Essa “surpresa” permite entender o estado atual da Fonoaudiologia, em que terapias são realizadas sem que se tenha, de fato, elevado no campo o diagnóstico/avaliação ao estatuto de questão. Importante é, também, que o diagnóstico, na clínica médica, tenha decorrido de uma conquista maior: a de seu objeto – o organismo humano.

Sobre esse ponto - a conquista do objeto - Freud e, também Foucault, trazem à luz que a definição ou a diluição da polaridade normal/patológico está intimamente ligada ao particular de um fenômeno e à sua instituição como objeto: o inconsciente e a lógica própria da loucura, respectivamente. Abordarei a radical diferença do “diagnóstico” na clínica psicanalítica - diferença que decorre não menos de uma conquista – a do inconsciente, como determinante do sujeito. Isso levou-me a entender de maneira profunda, digamos, a razão da deriva diagnóstica em Fonoaudiologia. Deriva que é conseqüente à evitação da linguagem como objeto: como mistério e questão.

Trato, ainda, problemática da dicotomia normal vs. patológico, desnaturalizada por Canguilhem que, mesmo tendo movimentado essa

oposição no campo da Medicina, não deixa de considerar que na complexidade aí envolvida, faz pressão a subjetividade do doente e do médico. Mais que isso, sua discussão de natureza filosófica e rigorosa, imprime uma direção que importa para um fonoaudiólogo.

Discuto, a seguir, as tentativas de definição de “diagnóstico/avaliação” de linguagem na Fonoaudiologia. Procurarei cernir diferenças naquilo que, para um leitor menos avisado, tem um semblante de homogeneidade, que pode se apresentar como um mesmo. Semblante de homogeneidade que decorre do uso impreciso e indiscriminado da palavra “linguagem”, como disse acima - e que tem como corolário o esvaziamento dos termos diagnóstico/avaliação em circulação na Fonoaudiologia.

Passo, por fim, ao terreno das proposições: procuro sugerir direções para um diagnóstico fonoaudiológico de linguagem, a partir de minha filiação ao pensamento sobre a linguagem e sua aquisição, cujos pressupostos foram assentados por Cláudia Lemos, e seus desdobramentos no campo das Patologias da Linguagem, que vêm sendo realizados por Maria Francisca Lier-De Vitto e pesquisadores do projeto Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem, do LAEL-PUCSP, de que faço parte.

CAPÍTULO 1

A INSTITUIÇÃO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO

O diagnóstico é o momento inaugural do processo terapêutico¹¹. Nisso reside sua importância, uma vez que é nessa instância clínica que uma decisão sobre normalidade e patologia deve ser tomada. É ao diagnosticar que deve-se decidir, também, pela direção de um tratamento. Insisto, contudo, que apesar de sua importância inquestionável, o diagnóstico não foi ainda elevado ao estatuto de questão na Fonoaudiologia, como disse acima.

Na clínica médica, segundo Piper (1973), diagnosticar corresponde ao “processo de reconhecer uma enfermidade e de considerar todas as explicações possíveis para uma afecção particular” (p. 4). Para Joël Dor (1991), o diagnóstico na clínica médica obedece a duas funções: uma **semiológica**¹², que consiste na observação de sinais específicos e outra **nosográfica**, que consiste em relacionar o estado patológico especificado a uma classificação devida e precisamente codificada.

Em jogo estão a delimitação de sinais particulares e sua remissão a um quadro nosográfico previamente estabelecido. Temos, assim, o "reconhecer" de Piper. Quanto ao "explicar", importa sublinhar que o diagnóstico médico está subordinado à ordem de uma referência etiológica. Isso equivale a dizer que a definição de uma doença ou de um quadro patológico envolve um

¹¹ Disse, antes, que as três instâncias clínicas (entrevista-avaliação-terapia) são indissociáveis. Penso, porém, que são discerníveis, em sua função clínica (Arantes, 1994)

pensamento e um procedimento clínico causalistas. Ou seja, ao se estabelecer as causas de uma doença, distingue-se, ao mesmo tempo, sua particularidade em relação a outras doenças.

Entende-se o porquê do diagnóstico médico estar submetido, também, a uma ordem diferencial - reconhecer uma enfermidade e explicar uma afecção significa diferenciá-la/distinguí-la de outras. Pode-se dizer que, cumpridas essas etapas diagnósticas, passa-se do reconhecimento dos índices/sinais de uma doença, à doença como signo. Estarei examinando a pertinência desta modalidade diagnóstica quando o que está em questão é a linguagem.

Para encaminhar tal discussão abordarei, a princípio, (1) como as práticas diagnósticas foram desenvolvidas no interior da Medicina e quais as concepções de doença subjacentes às diferentes práticas diagnósticas. Ainda no âmbito da Medicina, depois desse primeiro passo, (2) estarei tratando da distinção normal-patológico, que está no cerne da temática do diagnóstico, como disse. Tomo como base, para isso, o trabalho clássico e original de Canguilhem (1942/1982), **O Normal e o Patológico**. Esses passos interessam porque, além de explicitarem a problemática da instituição de um conceito - o de diagnóstico - o modo de abordagem dessa problemática, na Fonoaudiologia, foi inicialmente calcado no modelo médico.

Encerro a primeira parte deste trabalho introduzindo a discussão de Foucault (1954/1984), em **Doença Mental e Psicologia**. Ele sustenta a impossibilidade de aplicação dos critérios médicos de distinção entre normalidade e patologia somática ao campo das doenças mentais. Esse ponto é de especial interesse para mim. Isso porque, do ponto de vista teórico, o obstáculo a tal aplicação direta exprime não só a necessidade de

¹² Semiologia, na clínica médica é o estudo dos signos das enfermidades, tratam-se de manifestações objetivas (físicas ou químicas). Os sintomas seriam transtornos enunciados pelo doente (Suros, 1953-1964).

enfrentamento da complexidade do humano, irreduzível a questões relativas ao somático, como também, do ponto de vista clínico, o diagnóstico envolve considerar a especificidade do que está em foco em diferentes clínicas - o que demanda abordar a problemática normal-patológico. Vale sublinhar que isso Foucault pôde reconhecer e teorizar. Penso que as patologias ditas de linguagem pedem que se realize um gesto semelhante ao de Foucault.

1.1 O NASCIMENTO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO: CONCEPÇÃO DE DOENÇA E PRÁTICAS DIAGNÓSTICAS

A história que passo a apresentar é a do nascimento das práticas diagnósticas médicas e está apoiada numa **versão oficial** que, como toda versão, elege certos fatos que considera relevantes para tecê-la. A esse respeito, Clavreul sustenta que “evocar as origens é sempre constituir um mito” (1983: 64) porque a seleção dos fatos é guiada pelo ideal de progresso que resulta numa apresentação linear de conquistas sem fracassos, interrupções ou conflito. No caso deste trabalho, ative-me mais a versões que me permitiram apreender o percurso épico da instituição de práticas diagnósticas.

Mesmo tendo em conta essa “ilusão retroativa” (p. 65), tomo como ponto de partida a História Oficial da Medicina (Delp e Mannig, 1976; Gordon, 1993), em busca de um entendimento relativo à **imbricação entre concepção de doença e natureza das práticas diagnósticas**. Incluirei, neste empreendimento, a leitura crítica (“não oficial”) dessa história, efetuada por Foucault (1963/1994), em **O Nascimento da Clínica**. Nesta obra, o autor não se prende à história factual, cronológica e nem mesmo epistemológica mas realiza, como diz, uma análise arqueológica. A arqueologia foucaultiana busca

apreender instantes de transformação do saber e recusa uma concepção de história entendida como acúmulo de conhecimento ou de progresso da razão¹³. Enquanto “história de discursos”, ele não investiga a produção de verdade na de recorrências a partir da racionalidade científica atual” (1982: 11).

Foucault (1969/1986), em *A Arqueologia do Saber*, sustenta que há diferenças capitais entre a “história das idéias” e a “análise arqueológica ciência mas busca estabelecer, como diz Machado, “interrelações conceituais ao nível do saber, [não] privilegia a questão normativa da verdade, nem estabelece uma ordem temporal”. Entre elas, ele destaca que a arqueologia não apreende nos discursos pensamentos, representações, imagens e temas. Ou seja, não visa a atingir conteúdos ocultos que eles conteriam. Isso porque não se trata “discurso” como documento mas como monumento. Quer dizer, ele é abordado como uma prática submetida a regras. Assim, discurso não é signo de outra coisa cuja opacidade deva ser atravessada para alcançar um sentido essencial/original. A arqueologia, diz ele, não procura traçar uma continuidade entre discursos: não visa à origem nem à identificação do momento em que eles perdem sua identidade.

Foucault esclarece que em uma análise arqueológica o mito de um sujeito criador, como princípio da unidade de uma obra, é abalado. Daí que uma obra não é figura soberana e unificada. Impossível, por isso, reconstruir a consistência de um ponto inicial da proferição de um discurso. Temos que a análise arqueológica se diferencia da história das idéias por não efetuar uma

¹³ Cabe salientar, que segundo Machado(1982), o método de análise conhecido como “arqueologia do saber” é resultado de um processo histórico na obra de Foucault. Em **O Nascimento da Clínica**, Foucault dá prosseguimento às análises arqueológicas iniciadas com **A História da Loucura**. Trata-se de um momento da história arqueológica, em que já está assinalada uma distinção entre esta a história das ciência e a história das idéias, entretanto, neste momento, não havia explicitamente na obra de Foucault a formulação da distinção entre arqueologia e epistemologia fundada na diferença de nível entre ciência e saber, quer dizer, a passagem da epistemologia para a arqueologia, ou melhor ,da ciência para o saber, não se deu imediatamente.

análise clássica do discurso, que concebe o texto como documento: como ilustração/retrato preciso da situação em que foi produzido.

Foucault realiza, por essa via, uma análise descontinuista da história da Medicina. Ele incide sobre momentos de ruptura discursiva nos textos médicos. Sua análise focaliza o ponto de conversão da Medicina Clássica para a Medicina Moderna. Sua reflexão será fundamental, neste trabalho, não apenas para problematizar a História Oficial mas, principalmente, para colocar em perspectiva a articulação entre a concepção de doença e práticas diagnósticas¹⁴. Passo agora ao “mito das origens”.

1.2 UMA “HISTÓRIA OFICIAL”

A Medicina é uma disciplina bastante antiga. Chama a atenção que, apesar disso, a importância do **diagnóstico somático** só tenha sido admitida no início do século XIX. É surpreendente, de fato, que até então - até o século XX, os médicos não tivessem ainda podido explicar, com precisão, nenhuma doença humana importante.

Segundo Delp e Manning (1976) há razões complexas para o estabelecimento tardio do diagnóstico: a principal delas relaciona-se à maneira pela qual os primeiros médicos concebiam a doença: “durante a primeira metade da história escrita, a doença foi vista quase inteiramente como **sobrenatural em sua**

¹⁴ Esclareço que interessa em Foucault (assim como em Clavreul) que história não é acúmulo de conhecimentos. Sua interpretação faz aparecer com maior clareza as conjunções não cumulativas mas conflitantes que levaram à “conquista da clínica” na Medicina. Neste seu trabalho, a questão da ideologia, como determinante de mudanças no discurso, não é claramente explicitada (ele fala, porém, em conflito de saberes). Tem-se, contudo, que a problemática da ideologia movimenta o pensamento de Foucault. Devo dizer que procurei depreender aquilo que este seu trabalho ilumina sobre a relação entre nascimento da clínica médica e instituição do diagnóstico sem, contudo, discutir a questão da ideologia. Essa discussão, parece-me, exigiria um outro trabalho.

origem. A doença era infligida ao homem pelos deuses ou por um feiticeiro como punição de pecado ou quebra de tabu tribal" (p. 2) (ênfase minha)¹⁵.

Note-se que, na base dessa concepção, está um pensamento mítico/teológico, segundo o qual os deuses e seus representantes determinaram a ordem do mundo. Daí que, enquanto o homem **aceitou a doença como efeito de uma ação punitiva dos deuses**, não poderia haver, por definição, qualquer interesse ou necessidade de investigação anatômica/fisiológica. Se a “causa” era “divina”, não caberia ao homem interferir nos desígnios divinos mas simplesmente aceitá-los. Desse modo, **não era necessário diagnosticar**, uma vez não cabia ao homem intervir no curso da doença e, portanto, não era necessário reconhecê-la nem distinguir umas das outras.

Atribui-se aos gregos e ao nascimento da Filosofia, o início das indagações sobre o pensamento mitológico. Eles racionalizaram as narrativas míticas, transformando-as numa cosmologia, isto é, "passaram a buscar uma explicação racional seja para a origem, seja para a ordem do mundo" (Chauí, 1994: 32). Note-se que a Filosofia nasce como uma racionalização da narrativa mítica, que entendia a origem das coisas e da própria doença, como produto de uma ação ordenadora de deuses ou de magos. Com o nascimento da Filosofia, a origem e a ordem do mundo são, doravante, **naturais**. O que no mito era geração divina, na Filosofia é geração natural de elementos naturais.

Os gregos passam a entender, então, a **doença como natural** e, por isso, foram considerados os responsáveis pelo primeiro grande salto conceitual na história da Medicina. A doença como **efeito de forças da natureza** poderia ser estudada para ter seu curso predito. O método de estudo, conhecido como

¹⁵ os autores pontuam que “essa crença domina o pensamento de grande parte da população da terra em nossos dias”(p.2)

método hipocrático, era essencialmente baseado na “observação do doente à beira do leito”, como dizem Delp e Manning (1976).

Mas, a despeito da extrema importância dessa revolução conceitual sobre a origem da doença, admite-se que o método grego continha uma “falha” impeditiva do **nascimento do diagnóstico somático**, qual seja, os gregos acreditavam que **toda doença tinha uma causa única** remissível a um desequilíbrio das porções de fluido do corpo¹⁶.

A doutrina dos Quatro Humores, como veio a ser conhecida, pouco favoreceu os avanços do diagnóstico somático, como disse. Isso porque, se qualquer doença derivava de um desequilíbrio orgânico como um todo, **sinais particulares eram desconsiderados** já que remetiam a um mesmo - o desequilíbrio entre os quatro humores. A “falha”, no que tange ao diagnóstico, residiria, desse modo num impossível de "reconhecer" ou “atentar” para sinais particulares. Por essa razão, entende-se ter sido **essa concepção generalizada e totalizante de doença um obstáculo ao diagnóstico** - quase tão obstaculizante quanto a concepção de doença como punição dos deuses. Pode-se ver que do "sobrenatural" ao "natural" pouco se avançou no que concerne ao diagnóstico médico.

De fato, acreditavam os gregos que o homem não era investido de poder para intervir nas forças da natureza. Ora, se a natureza "é harmonia e equilíbrio, a perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença [...]" (Canguilhem, 1982: 20). Pode-se dizer que a Natureza era investida de poderes e de autonomia extremos - a ação humana não podia mudar o curso ditado pelas "forças da Natureza". Se a doença era expressão de um desequilíbrio orgânico, caberia a ele - ao organismo e apenas a ele -, enquanto força natural, reencontrar o

¹⁶ Ou seja: bile amarela, ou cólera; bile preta, ou altrabiles; sangue e inflamação, ou fleugma.

equilíbrio perdido. Compreende-se porque Canguilhem diz que, entre os gregos, "a doença [era] uma reação generalizada com intenção de cura" e que "a terapêutica [devia] tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas" (p. 21). Note-se que a terapêutica não era uma técnica que visava dominar a Natureza, devia-se apenas tirar proveito dela em favor dos homens.

Não se supunha, portanto, à terapêutica o poder de intervenção nas forças da natureza. De fato, tratava-se de uma concepção otimista relativamente às forças naturais (e não ao efeito da técnica humana). Há que se perguntar, então, de que valeria diagnosticar se sua importância - a do diagnóstico - é orientar uma terapêutica. Se os sinais localizáveis de uma doença derivavam de um desequilíbrio entre os Quatro Humores, não poderia mesmo haver necessidade de raciocinar em termos de doenças específicas e nem urgência em distingui-las. Paradoxalmente, contudo, a "Medicina grega", produziu descrições minuciosas de diversos quadros clínicos, embora **não tenha contribuído para o desenvolvimento do diagnóstico somático, em função do modo pelo qual a doença era concebida.**

Na Patologia Humoral, condensada por Galeno (130-188 D.C.), a doença, vista como desequilíbrio, perdurou por cerca de oito séculos. Vê-se que ela dominou o pensamento médico por mais de 1500 anos. Acreditam os historiadores da Medicina que, sob a égide desse pensamento dinâmico da doença¹⁷, o diagnóstico somático não pôde ter lugar. Ao lado disso, é importante assinalar que o cristianismo desempenhou papel decisivo na sustentação do ideário da Patologia Humoral que, como disse acima,

¹⁷ A concepção dinâmica ou sistêmica de doença se opõe a uma concepção localizante. Na perspectiva dinâmica a doença não está em uma parte específica do homem, mas afeta a totalidade do organismo.

inviabilizou tanto o desenvolvimento um pensamento terapêutico quanto o aparecimento do diagnóstico.

Deve-se lembrar que, para a Igreja Católica, o corpo humano era sagrado e a intervenção nele proibida. A causa da doença era o pecado e seu tratamento o jejum, a oração e o arrependimento, como pontua Gordon (1996). Só a Deus, portanto, cabia o poder de mudança de uma condição patológica. O monoteísmo substituiu o panteísmo mas a doença é, outra vez, punição. Muda a concepção de doença (de natural a sobrenatural) mas mantém-se a barreira à instituição de uma terapêutica intervencionista e do diagnóstico - mantém-se a barreira à implementação da técnica humana.

É por essa razão, portanto, que a concepção do dinamismo natural totalizante dos gregos e a sobrenatural (panteísta ou monoteísta, em que a ação humana não se sobrepõe à divina) foram impeditivas ao desabrochar de um pensamento clínico propriamente dito. Como diz Canguilhem (1942/1982), para que a técnica humana pudesse intervir para superar a doença, a idéia de que para “agir é preciso localizar” (p. 19) seria fundamental. Assim, no primeiro caso, por se tratar de um desequilíbrio somático sistêmico, o "localizar" não é questão, como já disse. No segundo caso, reconhece-se uma concepção ontológica - a doença vem "de fora", de uma ação divina. Pode-se, por isso, propor uma terapêutica, mesmo que "não intervencionista" propriamente: "se a doença é encantamento ou possessão demoníaca, pode-se ter a esperança de vencê-la" (idem, ibidem). Supunha-se que apenas uma atitude contrita perante aos deuses (ou a Deus) poderia aplacar a ira divina e levar à cura de uma doença.

Vê-se que a necessidade de se estabelecer uma terapêutica está na base de qualquer teoria ontológica da doença. Nela, o "diagnóstico", por mais amplo e inespecífico que seja, tem lugar: "Ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranquilizar-se. O que o homem perdeu

pode lhe ser restituído, o que nele entrou, pode sair “ (idem, ibidem). "Ver" tem o sentido de "reconhecer" uma doença, mesmo que seja "ver" uma diferença de estado em relação a um "estado normal".

Entre os séculos XIV e XVII, durante o Renascimento o homem muda sua postura filosófica em relação ao mundo, a Deus e a si próprio. O teocentrismo da Idade Média é substituído por um pensamento antropocêntrico: o homem passa ao centro das atenções filosóficas e científicas. No Renascimento, tem-se a separação entre a Filosofia e a Teologia, entre razão e fé, ou seja: “a Deus o que é de Deus, aos homens o que é do homem”.

Os renascentistas queriam **agir, testar e experimentar**. Nascia, assim, o espírito científico vinculado à idéia de intervir na Natureza para conhecê-la. **Passa-se da mera contemplação para o exercício da ação humana**. As afirmações de Bacon de que “saber é poder” e de Descartes de que “a ciência deve nos tornar senhores da natureza” deixam ver essa nova postura do homem. Entende-se também o porquê do Renascimento ter sido o solo adequado para o desabrochar da Anatomia Humana (do intervir no corpo) que vai, por sua vez, ser determinante dos avanços no campo do diagnóstico. De fato, se para “agir é preciso localizar”, a dissecação de corpos visa localizar órgãos e definir suas funções - **busca conhecer através da ação e localizar (diagnosticar) para poder agir (intervir)**.

Foi Andreas Vesalius (1514-1564), conhecido como o primeiro “médico cientista”, que realizou dissecações a partir de métodos próprios¹⁸. Desse gesto decorreu a definição do corpo humano como uma totalidade

¹⁸ Até então, todos os professores de anatomia tentavam encontrar nos cadáveres o que Galeno havia atestado em seus escritos, buscavam o que, segundo Galeno, ali deveria ali estar. Cabe assinalar que as contribuições que Galeno passou a seus sucessores não estavam baseada na dissecação humana e, portanto, eram repletas de erros.(Delp & Manning,1976)

composta de unidades: a dissecação levou à separação das partes internas do corpo e à conseqüente idéia vigente no campo da Medicina de que o organismo é uma estrutura de partes definidas e relacionáveis entre si, uma totalidade orgânica articulada. Foi a difusão do pensamento anatômico que impulsionou a Fisiologia e também a Patologia: se estruturas normais podiam ser relacionadas à função normal, poderia ser que estruturas alteradas determinassem sinais e sintomas das doenças. Ganha impulso o diagnóstico médico à medida em que estruturas alteradas podiam ser "reconhecidas" em sua diferença em relação às normais. Contudo, admite-se que a inexperiência em autópsia impediu que se procedesse a exames apurados das partes isoladas e das relações entre elas. Vesalius, o precursor dos estudos anatômicos, foi perseguido pela Inquisição e obrigado a abandonar suas dissecações.

Durante o século XVII, o homem age/experimenta/intervém na Natureza **mas passa a desconfiar de si e dos resultados de suas pesquisas**. Acredita que sua percepção e seu pensamento deveriam ser orientados por um método que pudesse guiá-los na direção de "conhecimentos objetivos". Em meados do século XVIII, com Morgagni (1682-1771), experiências refinadas de autópsia foram realizadas. Ele foi, também, o primeiro a proceder a uma cuidadosa anotação dos sinais e sintomas de pacientes vivos e a **estabelecer correlações entre esses sinais e os achados patológicos das autópsias desses mesmos pacientes**. Nasciam assim, as primeiras relações clínico-patológicas em que se associavam grupos de sintomas estáveis a lesões de órgãos específicos. Com Morgagni, "a classificação nosográfica encontrou substrato na decomposição anatômica" (Canguilhem, 1982: 22). A clínica médica, no final do século XVIII, apresentava características bastante diferentes relativamente às práticas médicas anteriores.

Deve-se a Morgagni esse avanço. Foi ele quem chegou à inusitada conclusão de que **a doença não tinha origem generalizada**, como os médicos acreditaram por mais de 2000 anos. Ele pôde mostrar que **a doença tinha origem nos órgãos, ou seja, que ela era localizada em sua origem**¹⁹.

Apesar disso, o diagnóstico somático continuava a encontrar obstáculos ao seu aprimoramento. Cabe lembrar que certos órgãos eram inacessíveis à percepção porque encerrados em caixas ósseas, ou seja, estavam fora do alcance da visão e da apalpação. Conforme se lê na História Oficial, os médicos careciam de instrumentos e métodos que dessem visibilidade aos órgãos vitais inacessíveis. Entretanto, como veremos adiante, há também razões de outra natureza relacionadas a essa questão²⁰.

Assegura-se que Morgagni lançou as bases da Anatomia Patológica. Reconhece-se, porém, que foi Auenbrugger (1761) quem efetivamente estabeleceu as funções do diagnóstico anatômico a partir de sua técnica de “percussão”: golpes leves que produziam sons diferentes de acordo com o estado das estruturas, o que o levou à conclusão de que há diferenças entre o som produzido por um pulmão doente e um são. Dito de outro modo, estruturas se invisíveis, eram audíveis. Deve-se dizer, entretanto, que a importância desses novos meios diagnósticos não foi imediatamente admitida - razão de base para que a doença permanecesse ligada a um “desequilíbrio generalizado”. Sobre este ponto Delp e Manning (1976) comentam: “Como havia acontecido com Morgagni [...], a idéia de Auenbrugger caiu num terreno estéril. No final do século XVIII, a Patologia Humoral de Galeno, agora um pouco fantasiada, continuou a dominar o pensamento do homem a respeito da doença”(p. 6).

¹⁹ Após Morgagni, o francês Xavier Bichat fixou a origem da doença nos tecidos e Virchow(1858) nas células. A passagem dos órgãos aos tecidos, que é apenas comentada na “história oficial” do diagnóstico será entendida, por Foucault, como um ponto fundamenta na constituição da anátomo-clínica.

²⁰ Refiro-me à interpretação que Foucault fará dessa questão.

De fato, diz-se ter sido só por volta do final do século XVIII e início do XIX que clínicos franceses puderam ser afetados pela concepção de doença introduzida por Morgagni e pela necessidade de criação de métodos clínicos diagnósticos, a exemplo de Auenbrugger. A Escola Clínica Francesa produziu uma articulação sem precedentes entre diagnóstico físico, mesa de autópsia e o uso requintado de métodos estatísticos e procedeu a uma síntese refinada das descobertas anteriores da Medicina. A prática médica passa, então, a ser dominada pela concepção de **doença localizada** e dirigida por métodos de diagnóstico físico/clínico.

O evento-chave neste processo ocorreu em torno da mudança de século, quando Jean Corvisat (1755-1821), a partir da obra de Auenbrugger, pôde reconhecer o mérito da percussão e desenvolver um método extremamente fecundo para os clínicos franceses da época. Sua obra popularizou-se e “no processo de sepultamento da Patologia galênica, esses brilhantes clínicos franceses elevaram o diagnóstico físico ao nível da ciência” (Delp e Manning, 1976: 6). Foucault (1963/1994) admite que “um tempo de latência separa tanto o texto de Morgagni, quanto a descoberta de Auenbrugger, de sua utilização por Bichat e Corvisat: 40 anos em que se formou o método clínico” (p.143).

Finalmente, cabe salientar que, na História Oficial, o advento da anatomia patológica é marco inaugural da Medicina científica. Durante o século XIX, a prática médica foi dominada pela concepção de doença localizada. Clavreul (1983) assinala que os médicos descobriram que o “invisível no ser vivo era visível no cadáver” (p.123). A clínica moderna esforça-se para tornar visível no vivo, aquilo que era conhecido apenas na autópsia. Nasce o diagnóstico somático sustentado na tendência de tornar perceptível o inacessível com base na relação entre o “vivo” e o “cadáver”, entre vida e

morte²¹. Os médicos puderam a partir daí diferenciar as doenças: distinguir, por exemplo, a pneumonia da tuberculose e, assim, **associar um conjunto de sinais específicos à causas/lesões definidas**. Foi então possível “reconhecer” (a doença) e “explicar” (a causa), conquistas que, como vimos, definem o diagnóstico médico.

Essa História Oficial da Medicina coloca em sucessão os principais fatos que contribuíram para o estabelecimento do diagnóstico médico. Essa história deixa ver o movimento da Medicina na apropriação de seu objeto, deixa ver **a conquista do organismo** que, quando penetrado, revela-se sede das doenças. Mais que isso, essa história nos traz, ao lado da lentidão dessa conquista, a surpresa: a de que **o diagnóstico, que hoje é instância inaugural de uma terapêutica foi a conquista última da clínica médica**. Observa-se, portanto, uma importante inversão: com a instituição do diagnóstico, esse passa a ocupar posição fundamental na clínica - é ele que orienta a terapia e determina o prognóstico²². Foucault faz incidir sobre esse “instante” de transformação radical no discurso médico, que corresponde à instituição do diagnóstico, sua análise arqueológica.

²¹ A história do diagnóstico físico prossegue com os avanços tecnológicos e, também, com o desenvolvimento do diagnóstico laboratorial. Entretanto, o desenvolvimento posterior das práticas diagnósticas fogem ao escopo deste trabalho.

²² Cabe chamar a atenção para que essa inversão corresponde a uma conquista. Deve-se ter isso em conta para que o diagnóstico como “instância inaugural” não seja assumida como “natural”. Esse alerta vale especialmente para a clínica fonoaudiológica que nunca se deteve sobre a problemática do diagnóstico e apenas incorporou o formato da clínica médica – não considerou sua constituição nem o sentido preciso desse termo – “diagnóstico”. Quero dizer que é preciso olhar para a clínica antes de definir diagnóstico e sua função.

1.3 O NASCIMENTO DA CLÍNICA: A “HISTÓRIA” DE FOUCAULT

Foucault (1963/1994), em **O Nascimento da Clínica**, faz, como disse, uma análise “não oficial da história da Medicina”. Ele não questiona os marcos/fatos nela descritos. O que realiza é uma interpretação dessa história. Sua análise incide sobre os determinantes de ruptura que promoveram a passagem da Medicina Clássica para a Medicina Moderna. Para Foucault: “a partir do momento em que se admitiu que as **lesões explicavam os sintomas** e que a **anatomia patológica fundava a clínica**, foi preciso convocar uma história transfigurada em que a abertura dos cadáveres, [...] precedia a observação, finalmente positiva, dos doentes” (p. 143) (ênfase minha).

Ou seja, **ele questiona a suposição de que a abertura de cadáveres precedeu a observação clínica dos doentes**. Para ele, esta é uma “história transfigurada”, equivocada. Em causa, para Foucault, está uma oposição ou conflito entre duas formas de saber conceitualmente incompatíveis, quais sejam: a anatomia e a clínica. Ele afirma que “o conflito não é entre um saber jovem e as velhas crenças, mas entre duas figuras do saber” (p. 144), quais sejam: a do **saber clínico** e a do **saber anatômico**. Para ele, o primeiro impediu a apreensão da novidade anatômica, introduzida por Morgagni, em 1760. Daí que, para Foucault, a transformação da Medicina Clássica em Moderna não pode ser explicada com base na eliminação do conflito, com base na dissociação **entre intuição e experimentação**.

Explicar essa transformação envolve analisar a relação intrínseca e imbricada entre dois níveis do conhecimento médico: o do olhar e o da linguagem. Para Foucault, “linguagem é a estrutura falada do percebido” (Machado, 1982: 106), a articulação entre ver e dizer. Trata-se de um jogo entre um olhar clínico (de superfície), limitado à visibilidade dos sintomas, e um

olhar anatômico (de profundidade), que transforma o invisível em visível na "percepção do espetáculo" do organismo doente. Nasce dessa confrontação, diz ele, uma discursividade clínica científica que subverte o pensamento médico anterior (de natureza mais filosófica) que, durante 40 anos, impediu que a Medicina pudesse escutar a lição de Morgagni. Vejamos como o autor desenvolve tal afirmação.

No final do século XVII e início do XVIII, período que precedeu de perto o método anátomo-clínico, a doença nunca foi tão livre e independente de seu espaço de localização, diz Foucault. A Medicina era, nesse tempo classificatória e, para ela, o fato de uma doença atingir um órgão era indiferente para sua definição. Entendia-se que **a doença tinha uma natureza própria**. Assim, “antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies” (Foucault, 1994: 2). Quer dizer, **a doença restringia-se a um conjunto de sintomas** e esse conjunto revelava essência inaccessível da doença.

Sobre isso, Machado afirma que: “a Medicina pôde identificar a essência de cada doença e situá-la em um quadro nosográfico de parentescos mórbidos”(p. 99). Note-se, a doença não era entendida como uma desordem na ordem própria da natureza, ao contrário, era **assumida como pura essência**. Era, portanto, uma “entidade positiva” (um ser-em-si, uma verdade em si). Nessa perspectiva, para atingir a verdade do fato patológico (a doença), o médico deveria colocar o paciente entre-parênteses, por ser ele “um fato exterior em relação àquilo que sofre” (p.7), ou seja lugar de incidência da “entidade doença”: o doente, assim concebido, é espaço de manifestação da essência da doença²³. De fato entende-se porquê:

“... o conhecimento aprofundado da nosografia, que permite **caracterizar a essência por sua situação no quadro taxonômico das espécies, é independente da observação do corpo do doente**. Se a doença sempre se apresenta em um corpo, a habilidade do médico é justamente saber considerá-la [...] como essência, pensá-la em sua realidade transparente ... a razão é não haver coincidência entre a doença e o corpo do doente ...” (Machado, 1982: 100) (ênfase minha)

Note-se que em uma concepção ontológica de doença há um apagamento absoluto do doente, que é apenas seu suporte sólido. Assim, diagnosticar “era simplesmente remeter[-se] à ordem do pensamento que devia definir as essências” (p. 102). Quer dizer, era **circunscrever sintomas e remetê-los a um quadro nosográfico**. A Medicina clássica contava com o espaço racional da classificação das entidades patológicas²⁴. Por essa razão: “para conhecer [o médico] deveria [apenas] reconhecer” (Foucault, 1963/1994: 8).

Mas, nessa Medicina das Espécies, o **reconhecer**, do diagnóstico moderno, começa a ser delineado uma vez que os sintomas são organizados em classes distintas e reconhecíveis que compõem um quadro nosográfico: a relação entre sintomas e um espaço de referência foi sendo estabelecido. Mas note-se, o corpo do doente permanecia entre parênteses: o **localizar** estava fora de questão. Por outro lado, o diagnóstico seria uma categoria clínica desnecessária à direção da cura. Como se vê, o modo pelo qual se concebia a doença (entidade positiva de que o organismo era suporte) não poderia mesmo levar ao desenvolvimento do diagnóstico somático.

Note-se, Foucault não opõe diretamente a Medicina das Espécies à Clínica Moderna. Ele tem o cuidado de distinguir sob o rótulo “clínica” os diversos sentidos nele presente. Vejamos: ele distingue a **protoclínica**, do início do século XVIII, da **clínica** do final deste mesmo século e da **anátomo-**

²³ Discutirei essa questão no campo da Fonoaudiologia, em momento oportuno.

clínica do século XIX. Segundo o autor, a **protoclínica, é contemporânea da Medicina Classificatória** e aproxima-se mais da Medicina Clássica do que da Moderna. Trata-se de uma clínica médica que visa apenas reafirmar e tornar sensível o espaço nosográfico que ela, na verdade, referenda e ilustra. É ainda **uma clínica que não se deixa abalar pelo doente**²⁵. Na verdade, pode-se dizer que ela nada teria a ensinar sobre a doença: “o doente é um simples acidente cuja realidade individual não deve prejudicar a ordem essencial da doença” (Machado, 1982: 111). Para Foucault (1963/1994), essa clínica, por ser assim, não é instrumento de descoberta, ela apenas põe em ação o “teatro nosológico” (p. 66).

Já no final do século XVIII, ocorre uma mudança fundamental: **o corpo do doente passa a interrogar**.

“ Não foi [...] a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e, em seguida, a teoria; mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui” (p. 101).

De fato, segundo Foucault, não foi uma atitude racionalista ou uma transformação de raciocínio que promoveu a modificação da clínica. Foucault recusa a dicotomia reflexão/experiência e, em seu lugar, introduz a idéia de conflito entre essas duas instâncias, como disse acima. Quer dizer, **a reflexão**

²⁴ Vale adiantar que a Fonoaudiologia persegue essa possibilidade – de remissão de sinais a um quadro nosográfico - que, como disse, em se tratando de linguagem, considero equivocada.

²⁵ na protoclínica, a doença é apreensível sob a forma de sintomas e de signos. Deve-se entender que **os sintomas** são a fachada visível da essência invisível da doença. O **signo**, diferentemente, aparece como um anúncio e insere-se na dimensão do tempo. Ou seja: na anamnese, traz o passado da doença; no diagnóstico, o presente e, no prognóstico, seu futuro. Os sintomas da pleurisia (que não se dá a ver) são: tosse, febre, dificuldade de respirar. Os signos são a pulsação (que remete ao ritmo da circulação) ou as unhas azuladas (que anunciam a morte). Assim é que a apreensão do sintoma é governada por um raciocínio de natureza dedutiva e a do signo é probabilística, obedece a um raciocínio indutivo.

sobre a doença é afetada pelo doente e é nesse jogo cerrado que mudam o olhar do médico e a concepção de doença²⁶. Como isso ocorreu?

Ainda sob a vigência da Medicina Classificatória, diz ele, embora reflexão e experiência estivessem dissociadas (eram sistemas em si mesmos), durante o período da protoclinica, elas serão articuladas e reordenarão o olhar médico e a conseqüente formação do método clínico (que acontecerá no final do século XVIII). Isso porque, diz Foucault, **interrogado olhar médico, o sintoma passa a interrogar também o saber do médico**. Essa “outra relação” tem como efeito, o nascimento da clínica²⁷. E, como diz Foucault: “Na clínica, **ser visto e ser falado se comunicam de imediato** na verdade manifesta da doença [...]. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável” (p. 108) (ênfase minha).

O corpo interroga o olhar e, este, o saber do médico: nasce a clínica. E, nessa clínica, “ver” e “dizer” comunicam-se – ‘o olhar clínico [adquire] essa paradoxal propriedade *de ouvir uma linguagem* no momento em que *percebe um espetáculo*” (p. 122). Importante é que o estatuto do sintoma enquanto **ilustração a teoria** é abalado. Diferentemente, na Medicina Classificatória, o “ver” estava totalmente subordinado ao saber e o “dizer” estabelecia um quadro classificatório ideal das doenças. Assim, **o olhar elencava sintomas remissíveis a esse quadros**.

Esse estado de coisas será fundamental na constituição do diagnóstico somático. Para seu estabelecimento, faltava ainda o raciocínio causal que correlaciona sintomas à etiologia da doença: ao corpo do doente. Passo, esse, intimamente ligado à Anatomia Patológica. O argumento de Foucault é o de que: “o olhar que observa se abstém de intervir: é mudo e sem gesto. A observação nada

²⁶ Esse ponto será abordado na discussão sobre a clínica de linguagem, em momento oportuno.

²⁷ A doença, na protoclinica era essência, apreensível apenas em sua manifestação sintomática. Nesse momento, a doença passa a ser expressão do corpo do doente, que interroga o clínico.

modifica ...” (p. 121). Não basta, como se vê, que o olhar seja interrogado, mesmo com o nascimento da clínica, o desenvolvimento do diagnóstico somático estava ainda, em parte, barrado: faltava implicar uma ação sobre o corpo humano.

Para que a experiência clínica fosse transformada, além do estabelecimento de uma relação contínua e objetivamente fundada entre visível e enunciável, restava ainda um passo decisivo: **articular o visível enunciável ao invisível do corpo do doente**. Restava conquistar esse espaço, decorrência da relação constitutiva entre clínica e Anatomia Patológica, entre vida e morte.

Mas, para Foucault, não é na proibição das dissecações de cadáveres que “jaz o recalque: a clínica, olhar neutro sobre as manifestações, frequências e cronologias, preocupada em estabelecer parentescos entre os sintomas e compreender sua linguagem era, por sua estrutura, estranha a esta investigação dos corpos mudos e atemporais” (p. 144). Entende-se porque ele discorda da História Oficial: menos que um conflito entre um saber jovem e velhas crenças, entre saber passado e emergente, ele vê em jogo um conflito entre figuras do saber (clínica e anatomia).

Foi Bichat que pôde aproximar a “geografia do olhar” para a profundidade do corpo (de Morgagni) ao instituir um olhar também geográfico na clínica: A diacronia do olhar clínico submerge com Bichat, pois seu olhar migra da tentativa de apreensão dos sintomas da doença para a sua apreensão no corpo do doente: “espaço objetivo...o corpo do doente” (Machado, 1982: 109). Pode-se dizer que a doença é corporal, não ideal. Com isso, **uma espécie patológica não é a que entra no corpo, mas é o próprio corpo que desgasta, fica doente. A doença pode, então, ser localizada pois tem sede e**

origem. A polaridade vida/morte é reordenada: a morte não é acontecimento final, ela está imbricada no processo vital, prescrita na origem da vida.

Esse novo olhar do médico que se volta para a superfície do corpo quer mais, quer penetrar o volume do corpo do doente para localizar a sede da doença. Ao realizar esse desejo, a lesão adquirirá o estatuto de fenômeno primitivo e os sintomas, de fenômenos secundários. **A localização (sede) da doença é, assim, a causa da doença**²⁸.

Pode-se ver que esse “objeto conquistado” - o organismo humano - permanece sempre interrogando o olhar do médico e movimentando o discurso da Medicina. Com essa transformação, a doença se inscreverá na trama de estruturas espaciais/corporais, que a determina. Pois bem, constrói-se, com isso, um procedimento clínico de estabelecimento de relações causais entre lesões e sintomas. Se, na clínica nascente, era possível **reconhecer**, descrever sintomas, agora eles podem ser **explicados**. Desse modo, o **diagnóstico**, finalmente, vem oferecer a direção da cura ... ou da morte.

Se, na História Oficial, assiste-se ao elencar das conquistas épicas da Medicina, que levaram à instituição do diagnóstico como aquilo que configura a clínica médica e traz como surpresa que o que é “instância primeira” foi conquista última, a “história” de Foucault ilumina, ou melhor, ressignifica esse percurso pois faz aparecer o que está no cerne dessa trajetória: **a conquista do objeto da Medicina – o corpo humano**. Aquilo que permitiu fazer a relação entre doença, doente e clínica - e que mobiliza os movimentos desse campo. A lição que emerge dessas histórias interessam à clínica

²⁸ Broussais foi quem, segundo Foucault, deu o passo definitivo: porque pôde dissociar sede da doença e configuração nosológica. Ele procede “ [...] a grande conversão conceitual que o método de Bichat tinha autorizado mas ainda não esclarecido: é a doença local que, se generalizando, apresenta sintomas particulares de cada espécie [...] Em outras palavras, o sintoma particular ... não é um signo local; é, pelo contrário, índice de generalização; [...] Broussais dissocia os pares, sintoma particular - lesão local, sintoma geral [...]. A partir de então, o espaço orgânico da localização é realmente independente do espaço da configuração nosológica. (1963/94.p: 214)

fonoaudiológica: como pensar em diagnóstico de linguagem sem que a linguagem emerge como proposição problemática, sem que o falante e sua fala interroguem o fonoaudiólogo?

A aproximação da Fonoaudiologia - e mais particularmente de uma clínica de linguagem - à Medicina foi de submetimento e portanto, ingênuo. Acredito mesmo que a lição que esse campo pode dar não se resume a um manual de procedimentos. Ao contrário, é a de que a conquista de um objeto decorre de um jogo tenso entre reflexão e experiência. A Medicina nos mostra que termos têm peso de conceito e que sua utilização desavisada não conduz à definição de “diagnóstico”. É preciso refinar o olhar (ou a escuta), deixar-se interrogar pelo acontecimento, para que uma clínica (de linguagem) seja circunscrita e um discurso sobre ela erigido. Isso a Medicina ainda tem a nos ensinar – o exercício do rigor.

1.4 NORMAL vs. PATOLÓGICO: UMA DECISÃO CLÍNICA

Diagnosticar envolve também tomar uma decisão sobre a normalidade e patologia. Convém, portanto, desnaturalizar essa oposição. Mais uma vez é a Medicina que primeiramente teve que se ocupar dessa questão – que teve, para preservar a vida, decidir sobre estados mórbidos em sua diferença com a saúde.

Exceção feita aos gregos, que apostavam numa **continuidade** entre esses estados, a doença sempre foi vista como **entidade específica**, como uma essência nosológica. O saldo dessa tendência básica foi a constituição de uma taxonomia. Numa concepção ontológica como essa, **o estado patológico não é concebido como alteração da normalidade**. De fato, nessa perspectiva,

não poderia haver comunicação entre a saúde e a doença: a distância entre elas é de **natureza qualitativa** – saúde é um estado e doença outro. Só a partir da anatomia patológica, a doença é relacionada a alterações das propriedades vitais, como vimos. Pelbart (1989) lembra que desde de Bichat, a doença “não [é] uma enfermidade que ataca a vida, opondo vida e doença [...] mas só se pode falar de uma *vida patológica*. Os fenômenos patológicos passam a ser compreendidos sob o pano de fundo da vida ...” (p. 209). Isso significa que **o vital** comporta tanto o normal quanto patológico. Não há saúde e nem doença em estado puro.

A partir de Bichat, mais do que se referir à noção de saúde, a Medicina passa a se referir à de normalidade, enquanto um **estado de funcionamento do organismo**. Compreende-se: se saúde e doença eram opostos qualitativos, com Bichat, adquirem o estatuto de **polos integrados da vida**. O nascimento do diagnóstico somático, no século XIX, está ligado, a um certo modo de se conceber a relação entre vida e morte, saúde e doença, como procurei mostrar. A imbricação entre clínica e anátomo-patologia, teve como efeito essa reordenação entre saúde e doença.

Pode-se dizer, entretanto, que a complexidade envolvida na delimitação entre normal e patológico não esteve no centro da atenção dos médicos. Entre os raros trabalhos sobre o tema, destaca-se o de G. Canguilhem, filósofo e médico, que desenvolve uma reflexão filosófica sobre esta questão. Seu foco esteve voltado para as relações entre ciências e técnicas e para a discussão da norma e o normal. Por ser a Medicina uma técnica que se situa na confluência de várias ciências, ela foi eleita como solo das indagações do autor. Trata-se de uma discussão importante para este trabalho a medida em que também a clínica fonoaudiológica encontra-se na confluência de vários domínios do conhecimento, como disse na Introdução desta tese.

Canguilhem desenvolve uma argumentação vigorosa e encontra um modo original de relacionar conceitos. Porém, como afirma Foucault, a distinção que ele assenta sobre a relação normal e patológico para o campo do somático, não pode ser estendida diretamente ao campo das doenças mentais²⁹ e, segundo entendo, também não para o das patologias de linguagem. É por isso que, após a discussão do trabalho de Canguilhem, passo ao de Foucault **Doença Mental e Psicologia**.

Segundo Canguilhem, a recusa da concepção ontológica de doença traduziu-se (no século XIX) numa tentativa de estabelecer **uma continuidade entre a fisiologia normal e a fisiologia patológica**. Comte e Claude Bernard descartavam a hipótese de que normal e patológico fossem **opostos qualitativos**. Ao contrário, apostavam na idéia de que os fenômenos da doença coincidiam essencialmente com os fenômenos da saúde da qual diferiam somente pela intensidade - a diferença seria, então, **quantitativa**. Defendiam que toda doença tem uma função normal, de que seria apenas “uma expressão perturbada, exagerada, diminuída ou anulada”. A diferença entre saúde e doença, numa visão como esta, é apenas de grau. Porém, em ambos os casos, “a convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico”(p. 22)³⁰. **Isso equivale a dizer que o estado patológico não difere radicalmente do estado fisiológico normal, é apenas um prolongamento deste**. Para Canguilhem, a consequência de tal proposição é a de que qualquer noção de patológico deveria basear-se num conhecimento prévio do estado

²⁹ É inegável que foi Freud quem realizou efetivamente essa distinção e que, ao criar o aparelho psíquico como determinante daquilo que o humano realiza como “normal” ou “patológico”, dilui essa dicotomia. Privilegiei, aqui, o trabalho de Foucault por ser ele quem tematiza a oposição normal vs. patológico na confluência entre Medicina e Psiquiatria (entre *doenças* somáticas e mentais).

³⁰ Ambos estavam afetados pelas idéias de Broussais, mas o interesse de Comte, dirigia-se do patológico para o normal e seu objetivo era determinar especulativamente as leis do normal. Já em C. Bernard o pensamento é inverso: ele parte do normal para entender o patológico com o objetivo de estabelecer uma ação racional sobre os fenômenos patológicos. Ambos apostam na identidade entre

normal, ou seja, de **um estado que servisse de padrão, medida da patologia**³¹.

É importante sublinhar que ao se definir **anormal** pelo viés de excesso ou falta admite-se que o estado dito normal é “normativo”: medida do “excesso” ou “falta. Mas, tomar um estado como medida de outro é supor a ele uma qualidade ... um valor. De acordo com Canguilhem, é nisso que “falha” a tese da continuidade entre normal e patológico. Ela só seria sustentável se a diferença entre normal e patológico pudesse ser redutível a uma **quantidade** que respondesse tanto pela homogeneidade de um estado, quanto pela variação contínua de graus que conduz a outro estado.

Mas, acrescenta ele, **homogeneidade e continuidade não obedecem às mesmas necessidades lógicas**. Isso porque, de um lado, homogeneidade exige definir ou (1) a natureza de um dos dois estados (normal ou patológico) ou, então, (2) a natureza comum a eles. De outro lado, a continuidade, pede apenas que se intercalem diferenças quantitativas entre extremos, sem reduzi-los um ao outro. Porém, a diferença de quantidade nos intervalos pode indicar uma diferença de qualidade entre extremos. Quer dizer, a hipótese de continuidade não pode eliminar a “qualidade”, já que tem que estabelecer diferenças. Segundo Canguilhem, é a fé na validade universal do postulado determinista que sustenta o princípio de que a Fisiologia e a Patologia são uma só e mesma coisa. Ou seja, para ele, o postulado determinista apoia-se na ilusão de que qualidade é redutível à quantidade.

esses fenômenos, mas enquanto para Comte a identidade entre eles é puramente conceitual, para Bernard essa identidade deve ser precisada em termos quantitativos e numéricos.

³¹ Essa suposição parece estar na base do pensamento fonoaudiológico. O patológico parece ser algo que se define a partir do que se supõe como diferente do “normal”. Toma-se, por exemplo o “gramatical” como medida para isso. (Arantes, 1994, Andrade, 1998; Lier-De Vitto, 1999a). A saúde, nessa concepção, desempenha o papel de norte para a comparação entre um fenômeno padrão e um fenômeno alterado.

O autor lembra Hegel e sua afirmação sobre a fragilidade de hipótese quantitativas: de que **quantidade, aumento ou diminuição, se transforma em qualidade**. Se esse é o caso, diz Canguilhem, deve-se admitir que o estado patológico não é simplesmente uma variação para mais ou para menos do estado fisiológico, de que o patológico não é desvio do normal. Quando se implica qualidade na quantidade, como faz Hegel, é preciso recusar a tese da continuidade, ou seja, de que um estado que se define como “normal” prolongue-se, idêntico a si mesmo, até um outro estado com a qualidade de “mórbido”.

Uma das variações da hipótese de continuidade é a da postulação de “média estatística”, que relativiza a radicalidade da oposição normal vs. patológico. Assim, **normalidade** é estendida, assumida como correspondente ao que **mais se aproxima** da média, como assinala Clavreul (1983). Para Canguilhem, o conceito de média é instituído como equivalente objetivo de norma, como **signo** de norma. É por essa via que média e norma são articuladas. Quer dizer, embora não dedutível da média, uma norma é fixada pela média como sinal incontestável da existência de uma regularidade. A crítica de Canguilhem é a de que algo não é normal porque ser freqüente, ao contrário, é **freqüente por ser normal – e é por aí que normal adquire estatuto normativo**. Quer dizer, a norma é instituída pelo vivo – *être vivant* – e não pela média.

É importante assinalar que, no campo da Fonoaudiologia, o critério quantitativo tem sido amplamente utilizado na determinação dos quadros patológicos (especialmente fora do Brasil) em que a aplicação de testes é usual tanto em procedimentos de avaliação clínica, quanto em pesquisa. Porém, conceitos como os de média e norma ou de continuidade e homogeneidade não são sequer elevados ao estatuto de questão -

simplesmente aplicam-se baterias de testes em grupos de controle com pessoas consideradas “normais” para fixar um parâmetro de normalidade, em relação ao qual “desvios” são estabelecidos e assumidos como “patológico”.

Canguilhem recusa a idéia de que uma diferença quantitativa possa dar conta da distinção entre normal e patológico no campo das doenças somáticas. Ele sustenta que o “normal” não é fato objetivo, nem muito menos mensurável. Para ele, o termo “normal” é **termo equívoco** pois designa, ao mesmo tempo, um fato e um valor atribuído a este fato: é ao mesmo tempo um estado habitual (uma constante estatística) e um estado ideal (meta a ser atingida) e é, exatamente esse “ideal” que obscurece a complexidade do conceito de normal, que o naturaliza³².

Além do que, o **normal** não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie, diz Canguilhem. Tem, diferentemente, a flexibilidade de uma norma que é afetada em sua relação com condições individuais. Assim, o limite entre normal e patológico torna-se impreciso: a fronteira entre normal e patológico é imprecisa quando se consideram vários indivíduos simultaneamente, embora precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente.

A doença é contudo uma norma, mesmo que “norma inferior”, porque ela não tolera nenhum desvio das condições em que é válida. Do lado do doente, são patológicos estados que são apreendidos sob a forma de valores negativos. Valores que, diga-se, não são estatísticos ou sociais. Tratam-se de “valor[es] estabelecido[s] pela vida em sua própria defesa e interesse” (Pelbart, 1989: 211).

A vida é, então, uma atividade normativa: **há normas biológicas sãs e**

³² É possível dizer que, na Fonoaudiologia, a gramática parece assumir o lugar de parâmetro (estado habitual) e de estado ideal de normalidade (de meta a ser atingida). O equívoco é que a gramática não é um “estado”, não é da mesma natureza das constantes fisiológicas - é uma abstração que estabelece uma relação outra com o empírico, que passa a ter estatuto de exemplo (Milner, 1989) e não retrato de um estado.

normas biológicas patológicas e as últimas são diferentes das primeiras. Assim, ao remeter o saber das normas ao organismo, Canguilhem afasta o conceito de normal enquanto realidade estatística. Para ele, **é a vida em si mesma e não a apreciação médica que faz do normal biológico um conceito**³³.

Canguilhem conclui que **saúde é margem de tolerância**. Desse modo, sadio e normal não são equivalentes porque o “patológico” é uma modalidade de **normal**, uma vez que “doença” implica **norma biológica**, ainda que inferior. “Ser sadio” também não significa “ser normal”, a saúde é medida pela “normatividade biológica”, quer dizer, pela possibilidade de criar novas normas.

A partir dessa reordenação de conceitos Canguilhem acrescenta que, em matéria de patologia, a palavra cabe sempre a clínica, que não é e nem jamais será uma ciência, a clínica é inseparável da terapêutica, uma técnica cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo. De fato, é a **satisfação subjetiva** que instaura ou cria uma norma. O autor sublinha que **não há patologia objetiva**, pois pode-se descrever objetivamente estruturas ou comportamentos mas é equivocado dizer que eles são patológicos. “Objetivamente” só se pode definir diferenças sem atribuir a elas valor vital positivo ou negativo. Segundo Clavreul, decidir se alguém está doente ou com **boa ou má** saúde, (se é normal ou anormal) é emitir um **juízo de valor**, é remeter uma condição vital ao campo da moral - o que não está implicado no pensamento científico e nem suposto ao cientista (Lier-De Vitto, 1999b).

³³ É por aí que ele distinguirá “anomalia” de estado patológico, quer dizer, “variabilidade biológica” de “valor negativo”. A **anomalia é diferença** mas não necessariamente doença, diz ele, pois os seres vivos apresentam “irregularidades” também no **sentido positivo de diferença**. Desse modo, anormal nem sempre é patológico. Patológico, implica *pathos* - sofrimento, impotência ou “sentimento de vida contrariada”- e “patológico” é **anormal no sentido negativo** porque, frente à doença, é **algo que se pretende superar**.

Como se vê, a questão do normal e do patológico envolve grande complexidade, mesmo no interior da Medicina onde, com exceção do trabalho de Canguilhem, ela tende a ser naturalizada. Esse autor suspende a naturalização da polaridade normal/patológico e discute a importância de se indagar acerca da existência das Ciências do Normal e do Patológico e, também, sobre a relação existente entre elas. Para situarmos a questão do diagnóstico fonoaudiológico, parece-me imperativo que se suspenda a naturalidade da dessa oposição no espaço da clínica de linguagem.

Foucault (1954/1984), orientado em sua tese por Canguilhem, desenvolve uma reflexão acerca das doenças mentais. Ele indaga sobre a possibilidade de estender o conceito de doença para o domínio psicológico/mental. Questiona, também, as relações entre o campo da patologia mental e da patologia orgânica. Acredito que tal discussão possa fornecer direções para a reflexão sobre o diagnóstico fonoaudiológico. Acima de tudo, porque o autor, ao apontar para a inviabilidade de aplicação dos critérios médicos de distinção entre normalidade e patologia somática, ao campo das doenças mentais, nos fez ver que a especificidade de um fenômeno exige uma abordagem particular dessa questão. O saber se desloca e desloca o contorno dos objetos.

Foucault dirá que a Psiquiatria instituiu uma descrição sintomatológica e buscou estabelecer correlações entre um tipo de doença e sua manifestação mórbida. Isso criou uma nosografia em que analisavam-se as formas da doença e sua evolução. Foucault chama atenção aí para a estrutura conceitual e metodológica semelhante à da Patologia Somática: distribuição de sintomas em grupos patológicos e definição de entidades mórbidas. Nesse caso “se considera a doença, mental ou orgânica, como uma **essência natural** manifestada por sintomas específicos” (p: 13) (ênfase minha). Reduzir o mental a essência natural

conduz à idéia de totalidade orgânica e psicológica cuja essência deve ser buscada no conjunto das reações do organismo. Por essa via, orgânico e mental convergem na identidade de seus métodos. Entretanto, o autor afirma não ser viável identificar “doenças do corpo” a “doenças do espírito” (p: 17). Para Foucault, essa aproximação é de ordem mítica.

Segundo o autor, mental e orgânico distinguem-se pelo menos em três aspectos: (1) a estabilidade que se observa na relação lesão-sintoma no orgânico não é observável nas doenças mentais, (2) se a doença somática está inscrita nas potencialidades fisiológicas normais, como propõe Canguilhem, a possibilidade de cura está inscrita no processo da doença. No campo do mental, o mórbido está presente como possibilidade nas personalidade normais. Se, no domínio do orgânico, a doença está implicada e revela possibilidades vitais; no campo do mental, a doença não deixa aparecer traços da normalidade, que pudessem levar à cura. (3) A **doença somática** é dado da natureza; a **patologia mental** é, para ele, produto sócio-cultural.

Roudinesco (1992) assinala que o gesto de Foucault realiza um deslocamento estrutural que permite entender que a “loucura [tem] sua lógica própria e que [deve] ser pensada fora do monólogo da razão sobre a loucura” (p: 11)³⁴. Assim, Foucault alinha-se à corrente de pensamento sobre o humano, inaugurado por Freud, que obriga pensar a doença mental em sua lógica própria, irreduzível à ordem do orgânico³⁵.

De fato, o autor levanta argumentos contra a identificação maciça da patologia mental à patologia orgânica e se obriga a refletir sobre os “problemas do espírito” em sua especificidade. Isso interessa à clínica de

³⁴ Não pretendo estender-me aqui sobre a polêmica obra de Foucault pois isso foge ao escopo deste trabalho.

³⁵ Não quero dizer, com isso, que Freud e Foucault possam ser aproximados ou mesmo relacionados. Entendo, porém, que para ambos “mental” e “orgânico” não podem ser identificados.

linguagem. Não porque os critérios de distinção possam ser os mesmos mas porque ele pôde reconhecer a separação entre mental e orgânico e circunscrever um específico a ser teorizado³⁶. É esse o gesto que interessa, porque ele indica a possibilidade de se pensar o “normal e o patológico”, quando a linguagem está em causa.

Na Fonoaudiologia, esse tema foi tocado por Cunha (1986) e teve um sentido de resposta a um movimento nascente na época: um desejo dessa área de abandonar sua condição de “paramédica”. Pode-se dizer que seu trabalho visava menos à questão-tema de sua dissertação e mais a um confronto com a Medicina – recusar o “conceito positivista de doença”, incorporado de maneira irrefletida pela Fonoaudiologia³⁷. O trabalho de Cunha vale mais pelo marco, por aquilo que tem de emblemático, do que pela argumentação sobre o normal e o patológico, propriamente dita. Pode-se dizer que a autora oscila entre (1) parafrasear o trabalho de Canguilhem, sem se dar conta de que a identidade almejada requeria mais a circunscrição de um campo (a exemplo de Foucault) e (2) resgatar um “sujeito social”, apagado de forma “desumana” devido à abordagem positivista da Fonoaudiologia. Entende-se porque, na conclusão, a autora sustenta que “o estado patológico é um fenômeno individual, virtualmente possível, que se constitui na relação deste indivíduo com o (seu) meio social” (p: 152).

Note-se que essa afirmação, que é certamente afetada por uma certa leitura de Foucault, em nada particulariza o que, **na linguagem**, pode ser considerado como patológico. De fato, de sua definição de “estado patológico” não consta menção alguma à linguagem. Seriam apenas respostas do meio social que transformariam as manifestações lingüísticas de quadros, como a afasia, em patológicos? Será que um social indefinido pode responder

³⁶ Esse assunto será abordado em momento oportuno.

³⁷ A leitura que faço do trabalho de Cunha é endossado, por ela própria, em sua tese de doutorado de 1997

pelas manifestações de linguagem que causam estranhamento e que levam a partição normal e patológico na linguagem? Será que o lingüístico pode ser abrangido/explicado pelo social?

Fato é que, após o trabalho de Cunha, fez-se silêncio sintomático sobre o tema do normal/ patológico na área dos distúrbios da comunicação. A tarefa não é fácil, e o trabalho de Canguilhem nos mostra isso. Ele mostra a inadequação dos tratamentos estatísticos, indica que “diferença” não é “patologia”. Canguilhem enfrenta a tarefa a que se propôs (assim como Freud e Foucault). À Fonoaudiologia, mais especificamente, à clínica de linguagem, falta conquistar seu objeto para instituir uma instância diagnóstica com contornos singulares. A linguagem - questão por excelência da Fonoaudiologia -, não é tocada, não é “território conquistado”, como foram o orgânico (na Medicina) e o psíquico (na Psicanálise).

Com relação a Foucault e as doenças mentais, vimos que ele destaca “a lógica própria da loucura”, gesto tributário do de Freud que, ao fundar inconsciente, oferece uma outra concepção de “mente” e aponta para uma organização puramente psíquica da subjetividade “a descoberta freudiana restituía uma nova significação à psiquiatria por que rejeitava a idéia de uma nosologia que seria separada do vivido da loucura, de sua palavra” (Roudinesco, 1992: 9).

Foi apenas no final da década de noventa que Lier De-Vitto, uma lingüista, tomou como questão de linguagem a discussão teórica relativa à fala dita patológica. Tarefa da qual a área da Patologia de Linguagem não pode se esquivar. Seu olhar é dirigido por um “objeto” definido: a linguagem. Essa autora indaga sobre as possibilidades de se abordar os erros ditos patológicos a partir de uma análise lingüística *strictu sensu*, uma vez que os erros, assim como a fala são dados excluídos do domínio empírico da Lingüística (1999, 2000a,b,c). Seu compromisso é enfrentar a fala e a

multiplicidade de suas manifestações, enfrentar o que é inapreensível para a Lingüística, o heterogêneo, aquilo que marca a existência de um falante na fala - o que, segundo a autora, não implica o esquecimento da língua-lingüística, *la langue*.

Tendo abordado a questão da instituição do diagnóstico na Medicina, que inclui a problemática da partição entre normal e patológico, penso ter podido mostrar que não é sem rigor e sustentação da falta que se poderá chegar à “conquista um objeto” que almeja a Fonoaudiologia. Volto-me, a seguir, para a questão do diagnóstico.

CAPÍTULO 2

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INSTÂNCIA DIAGNÓSTICA

O fonoaudiólogo depara-se com uma diversidade de quadros clínicos e, em cada um deles, com uma heterogeneidade de manifestações. Muitos chegam ali com diagnóstico nosológico, quer dizer, sabe-se que a alteração de linguagem está, por exemplo, de algum modo relacionada ao funcionamento orgânico. Casos como as afasias, as fissuras palatinas e as paralisias cerebrais, são exemplares. Entretanto, se é inegável que o substrato orgânico responde pela questão etiológica ele nada diz da linguagem (Fonseca, 1995; Fonseca, 1999; Fonseca e Vieira, 2000).

Por outro lado, há pacientes que chegam à clínica com uma queixa específica de problemas na linguagem. Pais de crianças dizem, por exemplo: “ela está demorando para falar” ou “ela fala muito enrolado” ou ainda “ela não fala nada”. Nesses casos, o fonoaudiólogo não escapa completamente de uma certa aproximação ao diagnóstico médico uma vez que, durante o processo de avaliação, faz-se necessário um esclarecimento de natureza nosológica para que certas decisões possam ser tomadas como, por exemplo, a de indicação de aparelho para uma criança deficiente auditiva. Porém, suas ações clínicas não se encerram aí: esta é apenas uma face/fase da avaliação fonoaudiológica. A avaliação de linguagem deve acontecer, já que o discernimento nosológico nada esclarece sobre a linguagem do paciente: o clínico não pode esquivar-se de um pronunciamento **sobre a linguagem, de uma resposta à queixa**. Esse

passo exige um afastamento do diagnóstico nosológico, causalista e classificatório.

A relação que existe entre um diagnóstico e a escolha de um tratamento, quando se fala de linguagem, não obedece a uma relação causal lesão-sintoma, no sentido de uma implicação direta como é o caso na clínica médica³⁸. No campo das patologias de linguagem, **não se encontra qualquer relação estável entre a natureza das causas e a qualidade dos sintomas**, muito embora não se possa negar que esses domínios se afetem mutuamente. Ainda assim, é praticamente impossível prever o que uma alteração orgânica desencadeará na linguagem. Temos que em todos os quadros que envolvem linguagem (tenham eles ou não sua etiologia definida) o clínico permanece em posição de ter que falar sobre o que se passa na fala de seu paciente.

Porém, há mais em jogo. A avaliação de linguagem de crianças é precedida por entrevistas com pais, momento inaugural do processo terapêutico, em que uma decisão sobre o início (ou não) do processo terapêutico deve ser tomada e em que as bases de um tratamento são firmados com a família. Com adultos que chegam à clínica, sem o intermédio da família, via de regra, essa distinção é mais tênue pois, desde a entrevista, o fonoaudiólogo fica sob efeito da fala do paciente o que, de certa forma, estreita a distância entre entrevista e avaliação³⁹.

Passo, a seguir, ao modo como a avaliação de linguagem tem sido realizada no Brasil. Pode-se dizer que, *grosso modo*, assiste-se às seguintes possibilidades: (1) aplicação de uma anamnese e de um conjunto de provas,

³⁸ Sobre isso, ver S. Fonseca (1995) e R. Vasconcellos (1999).

³⁹ É certo que a distância entre entrevista e avaliação, no caso de adultos, depende do modo como um fonoaudiólogo conduz sua atividade clínica. Quando se faz uma anamnese e uma avaliação através de provas ou testes temos, por exemplo, procedimentos distintos com objetivos distintos. Quando está em questão a análise de situações dialógicas, entrevista e avaliação esta distância. Esse ponto será discutido neste capítulo.

em sua maioria, lingüísticas e (2) realização de entrevistas e análise da interação. Deve-se ressaltar que os dois procedimentos são utilizados por fonoaudiólogos, quer dizer, o segundo procedimento não toma o lugar do primeiro que, embora criticado, é utilizado com freqüência. Eles representam (ou deveriam representar) modos diversos de conceber a clínica fonoaudiológica, deveriam ser respaldados em concepções distintas tanto de linguagem quanto de patologia. Concepções que deveriam direcionar as ações clínicas. Entretanto, não é fato, especialmente no segundo caso, que a escolha do segundo procedimento expresse homogeneidade entre profissionais relativamente ao modo de abordar a linguagem⁴⁰.

Pode-se dizer que, enquanto a Fonoaudiologia inspirava-se no modelo médico, os procedimentos implementados pelos clínicos eram bastante semelhantes. À medida em que tais procedimentos passaram a ser criticados, pôde-se observar uma dispersão: alguns profissionais direcionaram-se à Psicologia do Desenvolvimento, mais particularmente a Epistemologia Genética, de Piaget. Outros buscaram, na Pragmática e, posteriormente, nos estudos de Aquisição da Linguagem, ancoragem teórica para uma reflexão sobre a linguagem. Mais recentemente, a Psicanálise tornou-se fonte de inspiração para a clínica. Na realidade, o espaço de interseção entre essas diferentes possibilidades de entendimento da clínica era a recusa do modelo médico e a tentativa de recuperação do sujeito - recuperação do “doente” apagado em detrimento da doença. Enfim, buscava-se recuperar o sentido de **clínica** como relação “intersubjetiva”.

Começamos pelo procedimento anamnese/provas, de inspiração no modelo médico de diagnóstico. Por essa via, o processo terapêutico inicia-se

⁴⁰ Esse ponto será discutido em momento oportuno.

por uma anamnese⁴¹, com vistas a recuperar/registrar o desenvolvimento somático da criança desde a gestação, pesquisar antecedentes pessoais e familiares. Elabora-se um questionário com o objetivo de detectar possíveis agentes causadores do problema na linguagem. Em pauta está a determinação da “origem” e do “desenvolvimento” de uma **doença**. Quando as informações são insuficientes, praticamente abandona-se a anamnese já que sua relevância no procedimento clínico é assumida como limitada: o conjunto de dados obtidos, diz-se, não fornece aquilo que se pretendia encontrar. Em alguns casos, porém, a anamnese pode atingir seu suposto objetivo. Considera-se, por exemplo, que uma anóxia no parto ou a ingestão de ototóxicos durante a gravidez seriam agentes determinantes do quadro em questão. Esses fatos, embora pouco esclarecedores do que ocorre na fala do paciente e, apesar de não poderem informar a terapêutica propriamente dita, deixam o fonoaudiólogo em uma posição confortável, digamos: ele se satisfaz com o achado etiológico e passa disso à solicitação de exames necessários para “fechar o diagnóstico”.

A anamnese na clínica fonoaudiológica deve-se à influência do discurso médico na constituição da Fonoaudiologia. Daí que o que fica em relevo é a anotação de sintomas enunciados pelo paciente (ou sua família), a etiologia da doença e sua evolução. Sua função é clara embora, como disse acima, na clínica fonoaudiológica, diferentemente da clínica médica, nem sempre é possível chegar ao objetivo almejado. Isso porque a linguagem não responde a um determinismo da mesma natureza que o do organismo - o que inviabiliza a utilização de um dispositivo causalista.

⁴¹ Também os termos anamnese e entrevista são utilizados de modo intercambiável na clínica fonoaudiológica, sobre isso ver Carrasco 1999. Anamnese, neste trabalho, refere-se à compilação de dados relativos ao universo orgânico do paciente e que visa a causa e a evolução da doença. O que está em questão na definição de anamnese, que aqui utilizo, é o objetivo do clínico e não o fato dele utilizar ou não questionários pré estabelecidos.

Sobre os limites e os equívocos desse tipo de procedimento, inspirado nas anamneses médicas, muitos fonoaudiólogos já falaram. Em trabalho de 1994, em que critiquei tal procedimento, afirmei que na anamnese: “colhia-se o histórico do paciente tomado como fato, quer dizer a anamnese era tomada como reveladora da “verdade” da criança” (p: 24). O fonoaudiólogo tinha uma meta clara, buscava o previsível, o desejado, ou seja, fatos sobre o desenvolvimento orgânico da criança que pudessem justificar o estado patológico e “assim, o doente desaparecia em favor da doença” (p: 30).

Millan (1993) também criticou o privilégio dado ao aspecto orgânico. Ela sustenta que “informações de natureza **psicológica** e **social** afluam [...] no entanto, o tratamento a elas atribuído acabava, obrigatoriamente, tendo um caráter marginal no processo diagnóstico ...” (p.11-12) (ênfases minhas). Embora a crítica de Millan, reivindique atenção para o “psicológico” e o “social” e não toque no “lingüístico”, deve-se reconhecer seu incômodo clínico com a exclusividade do orgânico.

Sobrinho (1996), por sua vez, indaga sobre a relevância dos aspectos somáticos para um fonoaudiólogo e conclui que: “para o diagnóstico de **linguagem**, isto não tem qualquer utilidade, já que não esclarece em nada sobre o **funcionamento da estrutura da linguagem**” (p. 25) (ênfases minhas). Vê-se que Sobrinho faz referência explícita à linguagem e seu funcionamento. Resta saber o que esta fonoaudióloga entende por linguagem e seu funcionamento ⁴².

Para Palladino (1999), a escolha da anamnese revela o seguinte, que:

“o sintoma do paciente é tomado pelo fonoaudiólogo como um “exemplo” dos sintomas que se repetem nos indivíduos portadores de uma determinada doença [...] já que o que se faz é trabalhar com

⁴² Voltarei a esse ponto em momento oportuno, quando estiver discutindo as considerações desta fonoaudióloga sobre as “entrevistas”.

o conjunto de sintomas apresentados de antemão pela doença, como se houvesse [...] homogeneidade entre os doentes, como se eles fossem meramente exemplares de uma patologia”(111-2).

Palladino discute as conseqüências da adesão ao modelo médico/organicista e levanta argumentos contra a anamnese. De fato, como diz ela, no cenário fonoaudiológico, anamneses podem ser até mesmo elaboradas para patologias específicas, tais como: anamnese para problemas de voz, para gagueira, etc. (Berry e Eisenson, 1956; Berry, 1969; Quirós e D’Elia, 1974). Nesses casos, o diagnóstico nosológico é anterior à dita avaliação de linguagem. Pacientes chegam com um diagnóstico fechado (pelo médico) ou uma queixa explícita (da família e/ou do próprio paciente).

Vê-se que o papel da anamnese, na Fonoaudiologia, é mesmo um tanto obscuro. Eu diria que ela busca particularizar um caso, circunscrever o que da virtualidade de uma classe nosológica se atualiza em um paciente particular, como pontuou Palladino. Cabe acrescentar que na busca de particularização de um quadro clínico, perde-se de vista a singularidade inscrita em cada ocorrência – apagado fica o doente em favor da doença e a escuta do terapeuta para a linguagem (e para a queixa singular de cada paciente). Como disse Olgivie (1987-91), “a acuidade do olhar médico [para o organismo] prepara a surdez da Medicina à palavra ...” (p.14) e a do fonoaudiólogo identificado com a posição do médico, eu diria.

Com base em procedimentos clínicos inspirados no modelo médico, realiza(va)-se, a seguir, **o exame/avaliação da linguagem propriamente dito**. As provas - tarefas específicas a serem realizadas pelo paciente - foram (são), sem sombra de dúvidas, o procedimento mais freqüente. É inegável que a leitura da literatura fonoaudiológica brasileira mostra o predomínio de

provas ⁴³. Embora haja tarefas diferentes, dependentes dos exames em questão, o que as provas visam é, essencialmente, avaliar recepção-emissão de “linguagem oral e escrita” - verificar, através de provas de percepção, **processos subjacentes** aos problemas na linguagem. As provas, via de regra, são elaboradas com base em “componentes lingüísticos” (fonético/fonológico, morfosintático, semântico e pragmático) ⁴⁴.

Note-se que as provas assentam-se na suposição de que a linguagem é conhecimento, de que o **uso** correto/incorreto/patológico remete a um estado de **conhecimento** sobre a linguagem. Daí visarem a “processos subjacentes”. Que conseqüências tirar disso para a avaliação da linguagem? A de que a relação do fonoaudiólogo com a fala da criança é mediada por um “saber sobre a linguagem”, as provas, afinal, são elaboradas a partir desse saber (sobre “componentes lingüísticos, por exemplo”). O que dizer, então, da relação do fonoaudiólogo com a fala efetivamente produzida pela criança? Se a relação com a fala da criança é mediada, o terapeuta não só seleciona previamente o que quer ouvir, como também se distancia necessariamente dela: fica na posição de observador instruído por um saber para julgar, desse posto, sua adequação (ou não) ao “padrão autorizado”.

Vê-se, assim, a relação desse procedimento com o do “exame direto do paciente” pelo médico. Ele, também se apresenta como “porta voz” de um saber. O toque no corpo do paciente tem a função de recolher sinais de doença para referendar suposições levantadas na anamnese. Anamnese e exame clínico articulam-se no fechamento do diagnóstico diferencial. Problema, no

⁴³ O Exame de Linguagem TIPITI de Braz & Pellicciotti é exemplar do modo como se procede nas avaliações através de provas..

⁴⁴ As baterias de provas são constituídas usualmente de listas de vocábulos para repetição, complementação de sentenças, categorização, provas de definição, além de provas de elaboração e compreensão de estórias, entre outras. Há, também, provas cognitivas baseadas em Piaget, provas neurolingüísticas e testes padronizados.

caso da linguagem, é, como disse na Introdução, fechar um diagnóstico desse tipo. Como fica o fonoaudiólogo frente a tal indecidibilidade? Com a ilusão de que chegou a algum lugar, eu diria⁴⁵.

Diferentemente dos testes, que são utilizados com pouca frequência no Brasil, nas provas (que também fragmentam a linguagem em níveis e sistemas), as respostas recebem um tratamento que não é meramente estatístico. Sobre isso falou Leite (1997) “se nos testes o padrão de normalidade é representado por um valor estatístico percentual e o desvio apreendido pelo viés de um distanciamento igualmente percentual, em relação ao padrão nas provas não se conta com este critério, já que o padrão, ao invés de absoluto é relativo (Arantes e Lier De-Vitto, comunicação pessoal)”⁴⁶, quer dizer, a decisão sobre normalidade/patologia fica mais por conta do clínico⁴⁷. Note-se que nos dois casos estamos frente ao “experimento”.

Millan (1993), ao criticar esse tipo de procedimento, corrobora para entendermos a afirmação acima: “o exame da criança consistia no exame dos sintomas lingüísticos privilegiados aprioristicamente. Eram perseguidas as **evidências lingüísticas** do quadro apresentado. Fazia-se a busca da generalidade: a criança nada mais era do que **um exemplo vivo** das características esperadas nessa patologia” (p:12) (ênfases minhas). Menos que “evidências lingüísticas”, eu diria que as tarefas nas provas tinham como parâmetro o gramatical. Nesse caso, o que a criança produzia serviria (ou não) de “exemplo” (ou não) de um esperado, realiza(va)-se nada mais do que um *matching game*, que nos faz lembrar a protoclínica de

⁴⁵ Exemplo disso é que as conclusões a que chegam exames desse tipo são vagos e inespecíficos. O que significaria dizer que crianças “falam frases curtas e simples”, “que não usa passivas ou relativas”, ou que “tem dificuldade para categorizar palavras em classes semânticas”, etc.? É preciso lembrar que esses resultados são “resultados de provas” (e não da escuta da fala do paciente). Por aí, como sustentar a suposta objetividade almejada?

⁴⁶ O trabalho de Leite 1997 discute os procedimentos utilizados na avaliação de linguagem tanto no que se refere Fonoaudiologia brasileira quanto no ambiente anglo-saxão

⁴⁷ Cabe lembrar, também, a discussão crítica de Canguilhem sobre abordagens quantitativas como medida de patologia, no capítulo 1.

Foucault, em que o “ver” estava subordinado ao “dizer”. A criança vinha mesmo como “exemplo vivo” (Milner, 1989; Lier-De Vitto, 2000 a e b).

Nas palavras de Lacan (1973-3/1985), o sujeito, em experimentos, apenas marca “o signo de sua presença”. Ele se utiliza a figura do rato em um labirinto, que deve descobrir a saída para aceder à comida “... esse experimentador, é ele que, nessa operação sabe alguma coisa, e é com o que ele sabe que inventa a montagem do labirinto, dos botões, do trinco...” (p. 192). O rato, segundo ele, dá apenas “o signo de sua presença”. Quer dizer, é o saber implementado pelo experimentador que dá a medida: as respostas possíveis já estavam previstas na própria montagem do labirinto.

Note-se que se o raciocínio de base do diagnóstico fonoaudiológico era (é), como disse, o mesmo do diagnóstico médico. A avaliação de linguagem, propriamente dita, corresponderia ao exame direto do **corpo paciente** em que se buscam sinais de patologia. O resultado desse exame, associado aos dados de anamnese, deveriam fechar um diagnóstico mas o fato da linguagem estar em questão, parece ter obrigado a um movimento em direção à Linguística já que o saber médico nada tem a dizer sobre o **corpo da linguagem**. Entretanto, a aproximação à essa ciência não resultou num encontro fecundo, foi um movimento claudicante e desavisado, movido pela necessidade de descrição, de instrumento de toque na fala. O fonoaudiólogo incorporou “termos” do discurso da Linguística para dizer a fala de seus pacientes: usou fragmentos de diferentes modelos teóricos, muitas vezes incompatíveis entre si, sempre amputados da lógica do dispositivo em que foram forjados (Arantes, 1994; Lier-DeVitto 1995, 2000a,b)⁴⁸. Esse modo utilitário de aproximação à Linguística não considerou que seus aparatos descritivos não foram criados

⁴⁸ Prefiro utilizar “termos” e não “conceitos”, pelas razões acima explicitadas.

para abordar nem a fala e nem os erros, quanto mais os erros ditos patológicos (Lier-De Vitto, 1999b).

Abordar a fala é tarefa difícil - nela estão imbricados língua e sujeito numa relação de não coincidência. É tarefa bastante distinta daquela realizada por um fonoaudiólogo que tenta através da incorporação de fragmentos do discurso teórico da lingüística, ou mesmo da gramática escolar, descrever a fala de um paciente. Uma fala sintomática, faltosa, desarranjada ... uma fala que revela o modo singular e misterioso de inscrição de um falante na língua. Isso deveria suspender a ilusão do fonoaudiólogo de poder apreendê-la através de um instrumental que, de fato, não foi forjado para abordá-la. Ao contrário, trata-se de um instrumental que, ao ser construído, teve que ignorá-la.

É realmente possível argumentar que a face da linguagem que convoca o fonoaudiólogo e que o modo de aproximação à Lingüística deixou-o numa situação de abandono teórico e clínico: teórico porque ele não se comprometeu com uma teorização sobre a linguagem, ficou apenas com fragmentos de discursos; clínico, porque os aparatos descritivos da Lingüística não atendem à exigência clínica de tocar a fala. Isso é expressão tanto do descompromisso com a linguagem, quanto com a fala dos pacientes. Seria. Entretanto, desse duplo compromisso que poderia advir uma direção teórico-clínica particular.

Entendo que seria da possibilidade de sustentar que “o que ficou ‘fora’, ‘esquecido’ [pela Lingüística e que convoca o fonoaudiólogo] pode se transformar em ‘proposição problemática’ e não poder mais ser ignorado ao fazer questão para um cientista [e para um clínico]” (Lier-De Vitto, 1999a). Para essa autora, problematizar a fala significa enfrentar a multiplicidade de suas manifestações, significa assumir que sua heterogeneidade é da ordem do acontecimento, da “ocorrência de um falante na fala [...] lugar de imbricamento manifesto de língua e sujeito” (2000c).

Para Lier-De Vitto, com Cláudia Lemos, é a problematização do sujeito e, portanto do singular, que poderá levar a uma teorização sobre a fala (sem implicar o apagamento de *la langue*)⁴⁹.

Importa dizer que a adesão ao formato clínico da Medicina influenciou profundamente a atividade de avaliação/diagnóstico da clínica fonoaudiológica. Isso se vê nessa composição entre anamnese, que visa as causas da doença, com o exame de linguagem, que como vimos acima, privilegia o uso de “provas lingüísticas” cujo objetivo é traçar o perfil comunicativo-lingüístico da criança por meio de uma descrição dos sintomas apresentados por ela.

De fato, na clínica médica, como vimos, **diagnosticar** corresponde ao “processo de reconhecer um enfermidade e de considerar todas as explicações possíveis para uma afecção particular” (Piper, 1973: 4). Ou seja, ao processo de delimitar sinais particulares de uma afecção ou doença e de associá-los a uma causa específica e a um quadro nosográfico. É por isso que Joël Dor (1991), afirma que o diagnóstico médico obedece a uma função semiológica: “observação de certos sinais específicos” e a uma função nosográfica: “por em perspectiva o estado patológico assim especificado, em relação a uma classificação devida e precisamente codificada” (p. 18).

É isso que configura um procedimento clínico **causalista e classificatório** que, ao estabelecer as causas de uma doença distingue, ao mesmo tempo, sua particularidade em relação a outras doenças. É possível, no campo da Medicina,

⁴⁹O modo de presença da Lingüística na Fonoaudiologia, como já disse, será tratada no próximo capítulo.

“estabelecer correlações entre a especificidade dos sintomas e a identificação de um diagnóstico. Todavia um dispositivo causalista só é eficaz porque o campo responde, de uma certa maneira, a um processo de funcionamento regulado ele, também, segundo determinações que obedecem ao mesmo princípio” (op.cit. p: 25).

Segundo Dor, quanto mais aprofundado for o conhecimento desses determinismos maior é o número de correlações entre causas e efeitos. A Anatomia e a Fisiologia, como disse antes, subsidiam a Medicina nesse passo do relacionamento entre os sintomas e funcionamento orgânico. Quer dizer, entre fenômenos isolados e o todo do organismo, como pontuou Foucault (1954/1984). Vê-se, assim, que as leis do funcionamento orgânico promovem (do ponto de vista teórico) uma articulação estável entre causas e efeitos - no caso da Medicina, entre a doença e seus efeitos sintomáticos. Nisso apoia-se a idéia de determinismo orgânico e, também, a afirmação de que a terapêutica médica visa à causa mais do que à mera supressão de sintomas. Daí que o diagnóstico médico, processo cujo objetivo, como vimos, é o de reconhecer uma determinada doença, envolve sempre algo que lhe é preliminar: a existência de doenças nitidamente definidas.

De acordo com Kammerer (1986), o diagnóstico é:

“um processo [que] segue sempre a mesma progressão histórica: **num primeiro estágio**, a entidade mórbida emerge sob forma de um quadro descritivo, resultante da observação clínica. **Num segundo estágio**, um substrato anatômico lhe é recolhido. A descoberta do agente *etiológico* das lesões constitui **o terceiro estágio**. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões” (p: 28).

Vê-se que um sintoma tem que ser referido a uma doença e sua causa. É tal nosografia tridimensional que conduzirá ao tratamento e à cura que, diga-se, está dada antes: na causa da doença, que deve ser removida para que sintomas sejam eliminados. Para isso, o instrumental médico é a **anamnese**, que se destina a recolher informações relevantes sobre o desenvolvimento da doença e o **exame direto**, via toque no corpo do paciente e implementação de mediadores instrumentais, técnicos e biológicos. Após essas duas modalidades de investigação, ele define (ou deveria definir) “o perfil especificamente isolável da afecção patológica” (Dor, 1991: 18). Note-se que o que está em questão nesse tipo de diagnóstico é o médico e a doença. O doente fica entre parênteses, como disse Foucault (1963/1994) já que importa o organismo que abriga a doença, que é seu suporte.

Vorcaro (1997), ao colocar em perspectiva a clínica psicológica diz que a atividade diagnóstica psicopatológica não prescindiu da adesão ao modelo médico. Por essa razão, seus comentários interessam à clínica de linguagem, em questão neste trabalho. Ela mostra que, no empenho de sustentar uma objetividade científica, a “investigação clínica propõe resolver os impasses do diagnóstico através da observação transcritiva”(p:38)⁵⁰. De acordo com a pesquisadora, essa modalidade clínica objetiva descrever a criança – registrar comportamentos. Nessa operação correlacionam-se as manifestações apresentadas às descrições já codificadas. Vejamos o que ela diz:

“...esse modelo diagnóstico é regulado por essa espécie de transcrição da manifestação da criança. A inscrição desse dispositivo num sistema classificatório permite simplificar e reduzir

a transcrição, elegendo sinais de manifestação como seus representantes, localizáveis, portanto, num quadro de equivalências. Tal transcrição codifica a manifestação num referencial que permite **comparar uma criança com todas as outras já classificadas**. O clínico mantém a eficácia do discurso classificatório médico, fazendo-o funcionar, o que implica que ele reencontre a identidade patológica entre a criança observada e outras já classificadas anteriormente” (p.39) (ênfase minha).

Vorcaro afirma que nessa modalidade diagnóstica busca-se a identidade de um paciente nos quadros já descritos e classificados e, nesse gesto, apaga-se tudo que o singulariza. Pode-se dizer que o ideal da observação e a tentativa de incluir o paciente em categorias nosológicas já determinadas também fez/faz presença na Fonoaudiologia. A esse respeito afirma Millan:

“a impressão que se tinha quando uma criança chegava é a de que ela era uma velha conhecida: nós já havíamos nos encontrado nos livros. Tratava-se, na verdade, de encapsular a criança em um determinado universo teoricamente construído. Faz sentido agora perceber porque alguns dados traziam o desassossego”(1993: 17).

O “desassossego” ao qual se refere Milan afetou muitos fonoaudiólogos e levou a um movimento que visava incluir a subjetividade na clínica de linguagem, que parece resistir à tentativas de homogeneização. Não pretendo, como já disse, reconstituir a “história da área”, nem falar das nuances desse movimento. É certo que não foi um movimento homogêneo. De todo modo, pode-se referir a um eixo comum as tentativas de afastamento do discurso

⁵⁰ Voracro serve-se da concepção que Jean Allouch oferece acerca da transcrição(em Letra a letra, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1995: 15).

médico e as considerações sobre a “singularidade do sujeito”. Embora esse afastamento da clínica médica não tenha levado a uma reflexão crítica que o esclarecesse e justificasse, explorando-se a definição acima, de Kammerer, pode-se chegar a que aquele procedimento diagnóstico é mesmo inviável para a clínica de linguagem.

De fato, nenhum dos passos sugeridos - a apreensão e descrição de sinais para circunscrição de um quadro clínico, sua referência a um substrato anatômico e a posterior descoberta do agente etiológico - pode ser efetivada. Isso porque mesmo que numa anamnese associada a uma observação direta do paciente, possa-se recolher dados objetivos indicadores de uma doença e apreender sua etiologia, esses procedimentos não tocam a linguagem. A análise lingüística de uma fala pode indicar pontos de perturbação nessa fala mas esses sinais eventuais de patologia não compõem inequivocamente uma classe rígida e discernível, que possa configurar uma categoria nosológica própria. Sintoma disso é que a Fonoaudiologia acaba operando com categorias de outros campos (paralisia cerebral, fissura palatina, psicose, autismo, etc.).

O que foi dito acima, leva-nos ao argumento desenvolvido neste trabalho acerca da impossibilidade de um diagnóstico nosológico já que é condição, para que ele se realize, a existência de categorias nosográficas prévias. Na seqüência desse equívoco original, aceita-se irrefletidamente que o “substrato” a que deve ser referido o problema é cerebral/mental/psíquico e que sua raiz “etiológica” explicaria o acontecimento na linguagem. Fica-se, assim, com uma ligação insustentável entre acontecimento patológico na linguagem e uma causa outra. Por essa via, não se pode nem mesmo problematizar a relação entre etiologia e quadros patológicos de linguagem – a linguagem é sempre secreção de outros domínios, sem que essa afetação seja esclarecida.

O modo de condução do diagnóstico/avaliação na clínica fonoaudiológica, fundado no discurso da Medicina, tem mesmo na base **um pensamento causalista** (uma linearidade entre lesão e sintoma). Como procurei mostrar, causalidade **a que a fala não se submete**. Isso porque, seja pelo viés da forma, seja pelo da substância (semântico/pragmático), a fala mostra sempre sua imprevisibilidade: é ambígua, lacunar, cambiante, elíptica – “assistemática”, segundo Saussure.

Se, no caso de indivíduos, de organismos, pôde-se chegar à tipificação de uma doença a partir de uma articulação entre sinais estáveis/repetidos, que indicavam um mesmo acontecimento patológico que, depois da anatomopatologia, pôde ser referido a uma lesão orgânica; os sinais de problema na fala não são estáveis, quer dizer, não se repetem do mesmo modo entre falantes e dificultam o estabelecimento de classes. Mesmo que por aproximação imaginária o singular de cada caso possa ser referido a um tipo clínico, essa aproximação entre casos diz de um *semblante* não de uma semelhança pautada na repetição de um mesmo.

Além disso, se os sinais são referidos ao organismo e a causa é orgânica, a que referir os sinais de patologia eventualmente apreensíveis na fala? Em artigo de 1994, eu disse ser possível estabelecer uma taxonomia às avessas a partir de aparatos descritivos dessa disciplina. Ou seja, que é possível dizer que o paciente “desvia”, “não faz” isso ou aquilo. O problema está em que o patológico não é propriamente qualificável por remissão a um desvio da norma/regra, ele não se reduz à partição correto/incorreto. Afinal, o erro é inerente à fala (Saussure, 1916, Chomsky, 1965 entre outros; Felman, 1990). Mais que isso, a que causa referí-los? Na Fonoaudiologia, a causas externas à linguagem – isso é bem diferente daquilo que ocorre na Medicina e,

diga-se, impeditivo da sustentação de um o determinismo causalista, que rege o pensamento médico.

Entende-se porque se um paciente não produz determinados sons quando já seria esperado que o fizesse, aposta-se em hipotonia de órgãos fonoarticulatórios, em lesões periféricas ou centrais e tenta-se, **sempre que possível**, incidir sobre as causas - adequar tonicidade, ajustar a coordenação de movimentos, otimizar a percepção. Quando se desconhece a etiologia, parte-se diretamente para a “instalação e automatização de fonemas”. Apaga-se, assim, o mistério desse “não produzir certos sons” e o fonoaudiólogo passa de clínico a técnico.

Em outros casos, quando o problema refere-se ao modo de “estruturação de sentenças” ou ao “léxico”, a terapia visa à “estruturação de sentenças” e à ampliação do vocabulário por meio de exercícios específicos (nomeação de figuras, repetição de vocábulos, repetições de enunciados, etc) - os sintomas na fala são tomados como entidades “em si” e a linguagem como nomenclatura: o clínico, na avaliação, faz um elenco do que deve “instalar” ou “suprimir”. Como se vê, o falante é apagado, **trata-se a fala como desabilitada já que o ponto é “consertar” defeitos na fala, “adaptá-la”** (Lier-De Vitto, 2000d). Aposta-se numa clínica de natureza quase ortopédica.

Interessa enfatizar que impera, nessa clínica, uma noção de cura importada da Medicina: descrição de sinais/sintomas e supressão dos mesmos. É por isso que a linguagem, sempre atrelada ao cerebral/cognitivo, não ultrapassa os limites da boca e da orelha⁵¹ - fica presa à emissão-recepção, ao observável que é passível de “descrição classificatória” e com base em que inferem-se “processos subjacentes” ou “causas”. Nesse jogo entre

⁵¹ Discussão semelhante é encaminhada por Rosana Benine (2001) em sua tese de doutorado, no LAEL-PUCSP.

recepção/emissão chega-se à comunicação em que falante e ouvinte são reduzidos a “dois **pontos** simétricos, dotados da mesma propriedade, indiscerníveis [...] uma dualidade numérica. É o que o conceito de comunicação opera” (Milner, 1978: 7)⁵². Ora, o singular é apagado pois o falante é apenas um ponto-suporte da fala, no caso da clínica, apesar de sua diferença, “suporte do sintoma”.

Em torno da adesão à Medicina, muito se pode ler em trabalhos fonoaudiólogos. Cunha (1997) diz que: “o discurso fonoaudiológico voltou-se contra o discurso médico [...] rigidamente criticou e culpabilizou a Medicina [...] nosso objeto não é a doença [...] os diagnósticos não devem resultar em mera nomeação de doenças [...] remissão de sintomas observáveis”(p: 16). Apesar das críticas, não se pode dizer que esse modo de atuação (decorrente de uma formação particular) tenha sido superado. É importante acrescentar, porém, que não se trata mais de um modo hegemônico de atuação. Aliás, este é outro problema: o de definir o que caracteriza o discurso da Fonoaudiologia sobre a clínica⁵³. Esse não é um ponto fácil de responder.

Movimentos em direções diferentes a campos outros (Psicanálise, Psicologia, Pragmática Lingüística, Interacionismo em Aquisição da Linguagem e Análise do Discurso) têm sido realizados. O problema reside no modo de relação que se tem estabelecido com esses campos que, muitas vezes, vêm recobrir o que deveria ser o específico de um discurso fonoaudiológico. Importante é que a crítica ao modelo médico abalou o procedimento de avaliação/diagnóstico centrado na anamnese e provas. Buscou-se introduzir a “problemática da subjetividade/intersubjetividade” e a “situação de real de fala”⁵⁴.

⁵² Como chamou a atenção Lier-De Vitto (1994-8), a remissão ao orgânico assenta o indivíduo numa série, numa série de mesmos/iguais. Tem-se, ao mesmo tempo, a conjunção do universal e do individual, como disse P. Henry (1992): o indivíduo é representante da espécie.

⁵³ Sobre isso, ver Felici (2000).

⁵⁴ Lembro, nesse momento, as críticas de Arantes, 1994; Milan, 1993; Sobrino, 1997 e Palladino, 1999.

Se a **anamnese** era antes um questionário que visava os aspectos orgânicos e a etiologia da doença, ela transformou-se em “entrevista livre” ou, para fazer menção a um termo característico da época dessas transformações, uma “entrevista não-diretiva”. Nela, o que era dito deveria ser tomado como de "extrema relevância" - "todo dado é fundamental". Isso porque o objetivo era **recuperar a história singular do sujeito** (não mais a do organismo e da doença). “Recuperar a história” para nela desvendar o quê? Ao meu ver, ainda a causa, agora no “social”, no “psicológico”, no “cultural”, no arranjo discursivo dos pais. Enfim, o problema era definir uma “escuta terapêutica”, para o fonoaudiólogo desprovido da objetividade dos procedimentos importados da Medicina. Nessa deriva, pode-se mesmo dizer que, em alguns casos, a anamnese apenas ganhou uma nova roupagem: ficou “mais descontraída”, “menos diretiva”. Porém, como definir o perfil do terapeuta e como articulá-la aos demais momentos da clínica.

Assim como no caso da anamnese, as **provas** utilizadas na realização dos exames/avaliação de linguagem também foram amplamente criticadas⁵⁵. Em 1994, afirmei que “todas essas práticas nunca ultrapassaram (e nem poderiam fazê-lo) o limite da descrição da linguagem enquanto falta. A avaliação consistia em elencar as (im)possibilidades da criança e, na maior parte das vezes, nada mais era que uma paráfrase sofisticada da queixa da família”(p. 31). Lier-De Vitto (2000d) faz uma retificação ao sustentar que “não se pode chegar a uma “descrição da linguagem enquanto falta” - não se chega propriamente a uma descrição, apenas a uma exclusão - a um “pôr do lado de fora o que, de início, já estava “de fora” das possibilidades de descrição de instrumento”.

Na avaliação, atividade subsequente à anamnese, **aboliram-se as provas**, as “tarefas linguísticas específicas”. Dizia-se que elas “fragmentavam

o objeto lingüístico” (e não a fala do paciente), “privilegiavam atividades metalingüísticas” e, principalmente, “não ultrapassavam os limites da descrição”, “faziam a linguagem aparecer desligada de seu contexto privilegiado: o comunicativo”. Assim, a avaliação passa a concentrar-se em “situações dialógicas”, com “diferentes interlocutores”, em “diferentes situações discursivas”. Porém, apesar dessa aproximação (a) ou afetação pela fala do paciente, a introdução dos novos rótulos e de novas expressões, não parecem ter iluminado a questão do diagnóstico/avaliação da linguagem.

A mudança de ótica deveria implicar, obrigatoriamente, uma transformação na análise/interpretação do material - deveria deslocar o terapeuta da posição de “porta voz” de um saber. Isso não ocorreu, persistiu-se descrevendo a fala em termos categoriais. Por que, então, falar em “diálogo” ao invés das provas? Por que falar em “jogo” (Lier, 1983, 1985), ou em “processos dialógicos” (definidos por Cláudia Lemos)? O ponto é: em que essas mudanças renderam para a clínica?

Não vou me deter numa análise das inúmeras possibilidades clínicas que nasceram a partir do distanciamento (de alguns fonoaudiólogos) do discurso médico. Vou me ater a uma dessas vertentes, àquela fundada pelos efeitos da aproximação ao Interacionismo⁵⁶ - nos caminhos e descaminhos da Fonoaudiologia de que fui parte integrante. Tecerei considerações, também, sobre as tentativas de inclusão da Análise de Discurso e da Psicanálise nesse campo.

A leitura que farei é necessariamente comprometida (leituras não são neutras). No meu caso, procurarei guiar-me pelo rigor de uma teoria de

⁵⁵ Criticada por inúmeros fonoaudiólogos (Regina Freire, 1990-3; Simone Hage, 1994 ; Palladino, 1999) e pelas lingüistas Coudry (1985-8) e Coudry & Scarpa (1991).

⁵⁶ Interacionismo cujas bases teóricas foram assentadas por Cláudia Lemos (1982, 1992, 1999, entre outros).

linguagem em que fala, sujeito e erro são proposições problemáticas – categorias que são uma exigência da clínica. Esclareço que, por tratar de clínica, neste trabalho, prática e teoria são interrogadas pois não se considera possível distanciar uma da outra. Ao contrário, sustenta-se, aqui, a idéia de trama, de jogo cerrado entre elas. Só assim uma *práxis* – ações teoricamente orientadas que tendam a criar condições indispensáveis para a existência de uma clínica de linguagem - poderá aparecer no horizonte.

CAPÍTULO 3

DELINEAMENTO DE UM OUTRO OLHAR E DIZER

3.1 ANTEDIZER: CIRCUNSCREVENDO UMA POSIÇÃO

Neste trabalho, tenho insistido sobre a necessidade de um compromisso com uma teoria de linguagem para que termos como “diagnóstico/avaliação” possam ser, ainda que inicialmente, estenografados na Fonoaudiologia. Assim, começo este capítulo apresentando as bases que têm fundamentado minhas ações na clínica de linguagem. Bases, estas, que remetem diretamente ao Interacionismo em Aquisição da Linguagem, conforme proposto por Cláudia Lemos (1982, 1986, 1992, 1995, 1998, entre outros), desenvolvido por ela e outros pesquisadores⁵⁷. Pode-se indicar a pertinência desta aproximação enfatizando que, nesta proposta, o termo “fala” é proposição problemática o que considero indispensável para se pensar a clínica. Vale lembrar, com Lier-De Vitto, que:

“A Lingüística Científica tem raízes no estabelecimento de uma bifurcação entre língua e fala e na consequente eleição da primeira - a língua - como seu “objeto”. Para Saussure, seu fundador, o estudo da linguagem comporta duas partes, uma essencial “*cujá realidade é independente da maneira como é executada*” e outra secundária, “*dependente da execução ... dos que falam*”. A Lingüística

“*propriamente dita*” – a essencial – tem como meta “*conhecer [esse] organismo lingüístico interno*” (Saussure, 1916: 31). Fica estabelecida, desse modo, uma oposição, qual seja, interno/externo à língua e sugerido que se “*elimine tudo o que seja estranho [externo] a esse organismo [interno]*” (op. cit., pg. 29) – tudo, portanto, o que possa estar relacionado à *parole* - domínio da execução, sob qualquer modalidade (oral, escrita, sinais), do chamado uso da linguagem” (a sair).

Segundo a autora, a Lingüística Interna, de *la langue* - a que recebe o título de ciência da linguagem atém-se “à gramática do jogo [interno]” (Saussure, 1916; 32). **A atribuição de um estatuto científico à fala estaria, para Saussure, condicionada à inclusão da língua**⁵⁸. A bifurcação da Lingüística em dois braços distintos e com tarefas distintas, sugerida por Saussure, parece ter sido aceita pelos pesquisadores. De um lado, há aqueles que, como Saussure e Chomsky, voltaram-se para a língua e outros, a grande maioria, para questões deixadas à margem da **ciência da linguagem**, nesse rol estão disciplinas interessadas na significação (Pragmática, Análise do Discurso). Importa dizer que, na proliferação de **pesquisas sobre a fala**, têm sido invocados campos outros como a Psicologia, a Sociologia, a Filosofia e anuladas têm sido as considerações sobre a **ordem própria/interna da língua**, que é fundante da Ciência da Linguagem.

Se, nessa ciência, **a fala** perde sua espessura enquanto ocorrência - fala de um falante no tempo e no espaço - e adquire o de exemplaridade - lugar de refutabilidade de regras (Milner, 1989; Lier-De Vitto, a sair), nos estudos

⁵⁷ Em sua última formulação, prioritariamente, pelas doutoras Glória Carvalho (UFPE), Eduardo Calil (UFA), Sônia Borges (USU-RJ), M.F. Lier-De Vitto (PUCSP), M.F. Pereira de Castro e Rosa Attié Figueira (UNICAMP).

sobre a fala, a língua é apagada: neles, introduz-se o falante. A articulação entre fala e falante se realiza, via de regra, pelo viés da assunção de que a fala é expressão da **intenção do falante num contexto específico** ou de seu **assujeitamento à ideologia** – é por aí que se perde de vista a língua e a visada sobre o irregular que acontece na fala. “Irregular” que, por sinal, escapa à intenção do falante (e não faz questão sobre o ideológico) mas que é, ainda assim, produção do falante.

Com efeito, como chamou a atenção Lier-De Vitto (2000a,b), a heterogeneidade, assistematicidade, que caracterizam a fala e o “sintoma”, “fazem duvidar do sucesso da intencionalidade suposta ao sujeito-falante e levam a pensar que uma instância outra opera em sua fala – instância do funcionamento da língua em sua alteridade radical relativamente ao falante”(2000a). Disso decorre que uma das questões teóricas que resulta da articulação língua-fala, deva implicar a problematização da relação falante-fala-língua.

O Interacionismo reconhece a **ordem própria da língua** – a língua na fala faz problema e, portanto, o falante na fala. Esta proposta afasta, por razões teóricas e empíricas o sujeito epistêmico (que frequenta os estudos sobre a fala que ignoram a língua), a que se supõe uma percepção e uma cognição que dirigem sua relação com a linguagem (sempre reduzida a veículo expressivo/comunicativo dessa subjetividade). Nesse sentido, ele se harmoniza com a Lingüística Científica que, diga-se, também expulsa o sujeito “em controle da linguagem” do coração da língua. A direção tomada pelo Interacionismo, na abordagem da relação língua-fala, realiza-se, como disse M.T. Lemos (1994), pelo viés da articulação língua-falante-outro⁵⁹.

⁵⁸ Diz Saussure: “A tarefa da lingüística será: [...] procurar as forças que estão em jogo **de modo permanente e universal** [...] e deduzir **as leis gerais** às quais se possam **referir todos os fenômenos peculiares** [...] (p.13).

⁵⁹ Sobre isso, ver De Lemos (1992, 1995, 1998, 1999) e Lier-De Vitto (1999a).

O Interacionismo não se furta, ao abordar a fala, de reconhecer *la langue* – de um **diálogo teórico com a** Lingüística da Língua. Dito de outro modo, reconhece que, no particular de uma fala, há língua – um funcionamento simbólico que é condição e possibilidade da fala e de haver falante. Nisso reside o cerne das reflexões sobre a linguagem e sua originalidade e, acrescento, sua pertinência para se pensar uma clínica de linguagem.

Esse modo de abordar a fala tem permitido a inclusão, nas análises, do “irregular” como acontecimento que assinala a presença do falante na língua-fala. Entende-se que o erro, a falha, são expressões de um excesso de língua que ultrapassa o falante na fala (Milner, 1978; De Lemos, 1999 e Lier-De Vitto, 2000a).

Em linhas gerais, o Interacionismo em Aquisição da Linguagem, opõe-se tanto às visões empiristas inspiradas na Psicologia quanto ao inatismo de Chomsky. De Lemos propõe que a aquisição da linguagem seja pensada como **mudança de relação criança-língua-fala**. Note-se que Interacionismo adquire aí um sentido particular, qual seja, o de “interação/relação” da criança com a língua/fala. O outro vem como **“instância do funcionamento da língua”** (C. Lemos, 1992) - como “falante”, já que o que importa é sua fala em que nela a língua se movimenta.

No que concerne à criança, ela é um corpo a ser feito sujeito a partir de sua captura pelo funcionamento da língua. Note-se que não se supõe à criança nem um saber prévio, nem uma condição perceptual ou cognitiva que governe seu acesso à linguagem. Toma-se, assim, distância tanto do indivíduo da espécie (do inatismo) quanto do sujeito epistêmico diante da língua como seu objeto (da Psicologia).

Esta proposta teve como ponto de partida o reconhecimento da **impossibilidade** de atribuir aos fragmentos, que vêm da fala do outro e que circulam na fala da criança, o estatuto de instanciação de um conhecimento sobre a língua. Impossibilidade sustentada também pelos erros, interpretados como resultado de cruzamentos/presença da fala do outro nos enunciados da criança. Isso barra a possibilidade de descrição dessa fala. Note-se que os erros expõem tanto um distanciamento/desconhecimento da criança em relação à fala do outro, quanto à própria fala – ela não reconhece a diferença entre a sua fala e a do outro.

Como se vê, esta proposta teórica põe em xeque, ao mesmo tempo, a percepção e o conhecimento da criança sobre a língua. Sustenta-se, diferentemente, que a criança é **capturada** pela língua/fala. O termo **captura** tem a função de abreviatura, como diz De Lemos, de processos de subjetivação por **efeito da língua** que “(1) considerada sua anterioridade lógica relativamente ao sujeito, o precede e coloca a língua como causa de haver sujeito e que (2) considerada em seu funcionamento simbólico, não só o significa como lhe permite significar outra coisa, isto é, para além do que o significou” (De Lemos, 1999).

Frente a isso, as mudanças são qualificadas como **mudanças estruturais de posição relativamente à fala do outro, à língua à sua própria fala** (De Lemos, 1996/98). “Estruturais” porque, como insiste De Lemos, não há superação de nenhuma das três posições mas uma relação de dominância entre elas: do polo do outro (1ª posição), do polo do funcionamento da língua (2ª posição) e da relação do sujeito com sua própria fala (3ª posição). Nessa última posição, a criança, enquanto sujeito falante, é **dividida** entre aquela que fala e aquela que escuta sua própria fala - é **divida** entre a “instância subjetiva que fala” e a “instância subjetiva que escuta” (De Lemos, 1998, 1999).

Vale enfatizar que a explicação das mudanças de posição do sujeito na estrutura implica o funcionamento da língua. Essas mudanças são apreendidas como efeitos dos processos metafóricos e metonímicos (cf. Jakobson 1963, De Lemos 1992, 1998, 1999). São eles, **leis de referência interna da linguagem**, como diz De Lemos. Leis que “regem a relação dos enunciados da criança com o enunciado do outro (na primeira posição), as relações entre enunciados (na segunda posição) e as relações entre fala e escuta (na terceira posição)” (1999). Nesse sentido é, também, que se pode entender o alcance do termo **captura** .

Esta proposta teve desdobramentos substanciais que ultrapassaram o domínio da Aquisição da Linguagem. Isso porque inclui uma reflexão sobre a linguagem (que articula língua e fala) e sobre o sujeito (fala/falante). De fato, pôde-se ampliar a empiria uma vez que a relação criança-língua/fala pôde ser lida como relação sujeito-língua. Com isso, como assinalou Lier-De Vitto (a sair), a teorização desenvolvida criou a possibilidade de ultrapassar a “fala da criança” para investigar a natureza da relação de um falante com a língua.

Para pensarmos a instância clínica, devemos supor, de fato, ao outro-terapeuta a possibilidade de poder produzir **mudanças** na fala de seu paciente, uma posição singular em relação essa fala, que circunscreva uma escuta/interpretação não menos singular. A **mudança** é, como vimos, ponto nodal no Interacionismo mas não é da mesma mudança que se trata aqui (Lier-De Vitto & Arantes, 1998). No caso da clínica de linguagem, em causa está o enfrentamento de um sintoma, de algo que prende o sujeito numa “repetição sem ocultação” (Lier-De Vitto, 2000c). Esse ponto interessa de perto a uma clínica de linguagem - devemos nos indagar, então, sobre a relação da criança com a língua/fala e com sua fala se pretendemos “levar a falar” ou “a falar de outra maneira”. Entendo, além do mais, que a condição para pensarmos essa clínica envolve uma teoria de linguagem em que o falante e sua relação com a

alteridade (a língua e o outro) sejam questões problemáticas. Foi nessa direção que Lier-De Vitto (filiada ao Intercionismo) movimentou-se na direção das patologias da linguagem⁶⁰.

3.2 DO ESTABELECIMENTO DE DIFERENÇAS

“Tudo não se diz” – afirmação de Milner sobre o que excede a possibilidade de ser simbolizado. Talvez seja essa a melhor maneira de iniciar um capítulo sobre a clínica de linguagem. Isso porque falar e, principalmente, falar sobre a atividade clínica significa assumir que a palavra não recobre o acontecimento todo - algo sempre fica de fora, falta, escapa mas, ainda assim, algo pode ser dito.

Pretendo, neste capítulo, delinear uma prática (sem suturá-la). Tarefa que, como já disse, é fadada à incompletude. Mesmo assim, decidi fazê-lo e a leitura de um trecho da obra de Milner foi inspiradora do caminho escolhido para escrever esse texto. Milner (1996) diz, inspirado em Lacan que “para esbarrar nas paredes, não é necessário conhecer a planta da casa”, que há dois modos de se reconhecer a imagem de um objeto. É possível partir do interior do objeto e “por uma composição de leis, gerar-lhe os contornos” (p. 9). Assim, segundo o autor, procede o geômetra ao desenhar um círculo ou o lingüista ao construir uma gramática.

É possível, também, partir das bordas, do exterior, “levar em conta a presença dos corpos vizinhos; estabelecer como esses corpos, por sua disposição lateral, determinam o espaço onde se aloja o objeto” (p: 9). Este segundo foi o modo que

⁶⁰ Um projeto oficializado pelo CNPq, “Aquisição da linguagem e Patologias da linguagem”, desenvolve-se no LAEL-PUCSP. Dele participam 18 pesquisadores – fonoaudiólogos, sob sua

elegi para falar sobre a clínica, para situar o objeto-clínica de linguagem buscando “descrever alguns relevos exteriores” com os quais ela “confrontou, contornou” e recebeu, nessa relação, uma certa autonomia. No caso da clínica de linguagem, confronto/contorno com a Medicina, as Psicologia e, mais recentemente, a Psicanálise. A relação com disciplinas “não clínicas”, como a Lingüística, a Sociologia, a Filosofia e outras assumem o caráter particular da tentativa de produção de uma discursividade a respeito do objeto, de dizer-lo, “do interior”.

Se, com a Medicina, como procurei mostrar no início deste capítulo, pode-se reconhecer uma relação de “confronto” para traçar um “contorno”, no caso da Psicanálise, ela tem sido, na maioria das vezes, pautada por um movimento de adesão e inclusão, que tem obscurecido ou inviabilizado o discernimento ou delineamento de um “contorno”. Exemplar nesse sentido é o título da tese de doutorado de Cunha (1997), **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**.

É mesmo exemplar o modo como se tece a relação entre teoria e clínica no interior da Psicanálise. Também interessa levar em conta que a análise é “*talking cure*”, que a fala é protagonista nessa clínica. Contudo, o “objeto” da Psicanálise é o **inconsciente** (“um questionamento da subjetividade”, Kaufmann, 1996). A **fala**, na clínica - lugar de incidência do desejo inconsciente do sujeito -, é dirigida à **escuta** de um outro “que faz advir do sujeito um saber não sabido” (idem, ibidem). Que as patologias da linguagem apontam para uma subjetividade que não se coaduna com a de um sujeito epistêmico (Lier-De Vitto, 2000) e que a fala seja protagonista também na clínica de linguagem, não resta dúvida. O problema está em que a fala que se oferece à escuta do fonoaudiólogo é

orientação. Seis dissertações foram já defendidas e mestrados e doutorados estão em andamento. Esta tese, insere-se no âmbito deste Projeto.

outra (aviltada, desacreditada). Mesmo que se reconheça nela a presença de um sujeito que, embora afetado por essa fala, “não pode controlá-la”, a escuta ou que se demanda da escuta desse clínico é, desse modo, outra coisa. Necessário, portanto, cernir limites, tratar a fronteira como “contorno”, no âmbito mesmo da fala e da clínica.

Da Psicanálise, importa, sem dúvida, noção de *práxis*, desse jogo cerrado que articula teoria e prática. Interessa, portanto, dar ouvidos ao método freudiano de produção de um campo. Como diz Vorcaro (a sair), ele vai muito além do conjunto das técnicas esboçadas “é possível afirmar que a escassez de recomendações técnicas é imanente ao método, na medida em que impede o risco de reduzir método à técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade”. Se a aplicabilidade é barrada no campo da Psicanálise, como supô-la no espaço clínico da Fonoaudiologia?

Segundo a pesquisadora, a aplicação de uma técnica pressupõe um conhecimento que universaliza o objeto e que acaba por apagar sua manifestação singular. Entende-se porque, nesta pesquisa, a Psicanálise faz questão: ela pode iluminar um modo de abordagem da singularidade do acontecimento clínico. Vorcaro diz ainda, com Allouch, que: “o discurso do método freudiano é expresso na prática metódica que faz dele um. Sua série de monografias clínicas, constituíram, na repetição diferencial da série, um método”. Ou seja, a série não faz classe propriamente porque:

- [...] o método não cessa de se significar na abordagem do caso;
- [...] o método é o relato do caso, mantido singular, porque fundado na literalidade do que o caso mostra como sintoma e como narrativa dos invólucros do sintoma;

- o caso aparta o saber adquirido de casos precedentes, inscrevendo o que há de traço propriamente metódico: o saber adquirido, em vez de ser aplicado, deve ser recusado.”

Dito de outro modo, cada caso desloca o terapeuta para a posição de ignorar e o coloca “em falta”. Pode-se dizer que a Psicanálise é reinventada a cada caso (Quinet, 1991 - a partir de Lacan). Neste trabalho, pretende-se fazer valer “contornos”, uma tentativa de escrita sobre o método clínico fonoaudiológico que, nessa perspectiva, não pode ser “território comum” em que um conjunto indiscriminado de métodos/técnicas sejam “aplicadas”, sem que se considere a singularidade de espaços clínicos.

Note-se que a Psicanálise é mencionada aqui como lugar de diálogo para fazer pensar um caminho singular na constituição de um método outro. Não se pretende aplicar de modo direto e inadvertido seus conceitos e técnicas. É necessário lembrar, como diz Vorcaro, “que o método, diferentemente da técnica, só pode ser concebido de modo indissolúvel do objeto” (a sair). Assim, considero que incidência da Psicanálise não deveria travar o olhar para as especificidades de uma clínica de linguagem: para a fala do paciente, sua queixa e demanda ao terapeuta de linguagem.

Na verdade, a relação com a fala da criança não deve ser mediada por um saber já instituído (mesmo que faltoso), seja o da Psicanálise, seja o da Lingüística. Esse equívoco, como mostrou M.T. Lemos (1995), já foi cometido no campo da Aquisição da Linguagem e “não foi possível encontrar as regularidades sintáticas [ou semânticas] que eram esperadas” (p.185). Ela acrescenta que “a fala da criança – enquanto objeto de análise lingüística – revelou uma sistematicidade incapaz de configurar Um sistema [...]” (p.186). Esse fracasso deve servir de alerta para o fonoaudiólogo.

Isso não significa, absolutamente que o compromisso com a fala do paciente impeça uma relação com a Lingüística – ela é, na verdade, necessária. De fato, a sistematicidade estranha da fala do paciente é ainda linguagem e nela pode-se ver a língua: “os processos metafóricos e metonímicos, que são a lei do significante” (p.186). Entretanto, a relação com a Lingüística não pode ser “imaginarizada”, ou seja, aquela que busca simetrizar a fala do paciente, a anular sua singularidade, ao fazer UM. Como disse Vorcaro, aquela que se traduz em aplicação de uma “técnica”.

Nesse sentido, para que a fala dita patológica possa vir a ser tocada, ela deve incluir uma relação com a Lingüística – não imaginizada, mas aquela que reconheça que há língua, instância do simbólico – reconhecimento que pode ser “fundante de um lugar de enunciação”(M.T.Lemos, 1995: 186). Por essa via, a do reconhecimento da lei do significante a que toda fala está submetida, menos que reduzir a fala a um saber prévio, o fonoaudiólogo deve poder sustentar uma posição frente a fala do paciente que o interroga. Deve poder sustentar a posição de “falta” para que ela possa advir como “empíria” e como acontecimento singularizado/singularizável nesse cenário clínico particular. Quero dizer que sem isso não se pode construir um método clínico já que, repetindo Vorcaro, “o método, diferentemente da técnica, *só pode ser concebido de modo indissolúvel com o objeto*”.

Entende-se, por aí, a necessária relação (de não adesão), sustentada neste trabalho, com a Lingüística e, no caso, com o Interacionismo. Resta acrescentar que, a que sugeri acima, garante o olhar para o singular de cada acontecimento clínico – ensinamento que também devemos retirar da Psicanálise.

CAPÍTULO 4

A ENTRADA NA CLÍNICA: A ENTREVISTA

Toda clínica supõe um momento anterior ao tratamento propriamente dito: aquele de uma tomada de decisão sobre a queixa. Na clínica médica, como vimos, tem-se a instância diagnóstica cujo instrumental compreende uma anamnese que se destina a recolher informações relevantes **sobre o desenvolvimento da doença** e, também, **um exame direto do paciente** (com/sem implementação de mediadores instrumentais, técnicos, biológicos). Após essa dupla investigação, o diagnóstico define ou deveria definir “o perfil especificamente isolável da afecção patológica” (Dor, 1991: 18), que viabiliza a escolha de um tratamento apropriado e o estabelecimento de um prognóstico. Nessa clínica, momentos são bem definidos e sua função delimitada, como vimos.

Na Psicanálise, o diagnóstico ganha um contorno radicalmente diferente do diagnóstico médico uma vez que não é um método de tratamento de doenças nervosas. O **sintoma** tem, para ela, um estatuto diferente (do da Medicina da Psiquiatria⁶¹) - o que faz com que estas clínicas operem com modalidades diagnósticas radicalmente distintas. Sobre isso Miller (1997) afirma: “Em nosso meio, quando se fala de diagnóstico pensa-se logo no psiquiátrico, caracterizado, quase sempre, por sua suposta objetividade e por isso pode parecer “macanístico” [...] no campo analítico, estamos contrariamente do lado do sujeito.”(p: 230), do subjetivo, do singular. Note-se que, mesmo sendo esse o caso, ele insiste sobre a importância de uma avaliação clínica cujo objetivo é: “obter um efeito de direção do tratamento”(p. 225).

O problema do diagnóstico foi abordado desde o surgimento da Psicanálise. Freud (1913) diz: “antes mesmo de conhecer um caso detalhadamente nos vemos obrigados a estabelecer um diagnóstico e determinar o tratamento”. Segundo Joël Dor, Freud coloca em cena o paradoxo ou a ambigüidade que envolve o diagnóstico na clínica psicanalítica que, ao mesmo tempo que deveria ter um caráter operativo é, de certo modo, impreciso. Temos que não é possível manter, na clínica psicanalítica, o raciocínio governado pelo determinismo da relação de causa e efeito como na clínica médica. Importante é assinalar, com Dor, que o que afasta o diagnóstico médico do psicanalítico é a impossibilidade de estabelecimento de uma relação direta entre causa e efeito do diagnóstico causalista dependente “da regularidade e da fixidez das ocorrências causais que intervêm ao nível do corpo” (op. cit.17).

No que concerne à causalidade psíquica, não é possível apreender essa regularidade, pois **não há estabilidade entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos**: há sobredeterminação, ou seja, a “causa” é inatingível. Isso não significa deixar de lado o rigor, o diagnóstico psicanalítico, embora suspenda a racionalidade lógica, faz incidir a lógica do inconsciente para situar algo da estrutura do sujeito em seu dizer. Para isso, o único instrumento de que dispõe o analista é a **escuta**.

Freud propôs um tempo de diagnóstico, designado “tratamento de ensaio”, cuja função principal seria distinguir neurose e psicose. É um “tratamento” prévio à análise propriamente dita que, embora não tenha uma relação de continuidade, está submetida aos mesmos princípios e regras que balizam a análise (associação livre e escuta). Nessas “entrevistas preliminares”, três funções imbricadas estão em jogo, como diz Quinet (1991): **a função sintomal, a função diagnóstica e a função transferencial**.

⁶¹ Ver Mariluci Novaes (1996), para uma discussão dos métodos na Psiquiatria.

A primeira relaciona-se à demanda de análise e é correlata à transformação do sintoma em **sintoma analítico** - a transformação de uma queixa em demanda endereçada àquele analista. O sintoma deve adquirir, para o paciente, o **estatuto de questão ou de enigma**, ou seja, o sintoma deve passar de significado a significante: de um “saber sobre” o sintoma para um “não saber” sobre ele. O analista, segundo Lacan, deve emprestar sua pessoa como suporte de um saber suposto a ele sem, contudo, identificar-se com essa posição. Ou seja, ao lado da transformação que deve ser operada no paciente, é preciso que o analista, ao acolhe-la possa sustentá-la enquanto questão para ele também. Instaura-se, assim, **a dinâmica da transferência** – o que é diferente de **interação empática**, intersubjetiva, sustentada na ilusão da verdade e completude do dizer, que não indaga o saber.

Quanto à **função diagnóstica**, ela aparece como determinante da direção de cura. O diagnóstico só tem sentido se servir de **orientação** para a análise. Para isso é preciso ultrapassar o plano das estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) para chegar, ainda que de forma provisória, ao plano dos tipos clínicos (obsessivo, histérico, etc.). Sem isso a análise ficaria desgovernada.

Essa breve exposição sobre o diagnóstico psicanalítico foi incluído aqui com a finalidade de se poder estabelecer uma oposição entre ele e o diagnóstico médico/psiquiátrico. Também, para que se possa vislumbrar “o quê se faz” e “o porquê se faz” na instância diagnóstica de **uma clínica que se quer de linguagem** para cernir diferenças, delinear contornos. Faz-se necessário indagar, agora, “como se faz” a entrevista e avaliação nessa clínica e qual a finalidade de cada um desses passos em um processo terapêutico.

4.1 UMA LEITURA DE LEITURAS

Na clínica com crianças, a entrevista é, via de regra, realizada com os pais. Eles chegam com uma queixa que pode ter sido formulada por eles próprios, por um médico, pela escola ou até mesmo por parentes e amigos. Temos, como se vê, uma clínica em que o paciente não é aquele que enuncia sua queixa e nem dirige uma demanda ao fonoaudiólogo - o que faz com que a clínica fonoaudiológica com crianças seja uma clínica atravessada por demandas parentais o que, certamente, produz efeitos na constituição deste espaço⁶².

Os pais são convocados a dizer “porque estão ali”, “quem é essa criança” que apresenta um eventual problema na linguagem. É dos próprios pais que vem o movimento de “como contar”. O clínico pode pedir esclarecimentos que considerar necessários para o “entendimento” do caso. Pode-se ver que a execução do procedimento é bastante simples, o que nada esclarece seja sobre o porquê dessas solicitações, seja sobre o modo de interpretar o material discursivo.

Sobrino (1996) discute a questão das entrevistas na clínica fonoaudiológica e propõe uma leitura dos dados de entrevista. Diz partir da Análise do Discurso de linha francesa (Pêcheux e Orlandi). Ou seja, segundo afirma, **discurso** é “efeito de sentido entre locutores”(p. 27), o que incluiria a noção de opacidade da linguagem e, conseqüentemente, a de polissemia. Em termos metodológicos, a pesquisadora propõe que se elejam “recortes discursivos” para análise, pautados num jogo de perspectivas (quem fala, para quem fala, de quem fala e do que fala). Ela adverte que, a partir desse ponto de vista

⁶² Sobre a questão da relação do terapeuta com pais, ver Rubino (1994) – “Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão”.

teórico, a significação não é dada de antemão (muda-se a perspectiva, muda-se o sentido). Isso difere do que ocorre na clínica de inspiração médica – aqui, o clínico não tem a “chave que abre para o sentidos”.

Sobrino apresenta um caso clínico em que procura explicitar qual a idéia de escuta/interpretação que direciona sua leitura da entrevista. A questão da demanda é extensamente problematizada. Ela sublinha que a queixa que aparece no discurso da família remete à queixa da professora, qual seja: a de que o paciente tinha “dificuldades para falar as letras”. O silêncio do pai no momento da entrevista é interrogado, “o pai não teria uma queixa?”.

Segundo Sobrino, relações de sentido continuam se determinando ao longo do texto da entrevista e outros vão aparecendo: “os sentidos que apontavam para um comprometimento da linguagem oral ou escrita vão [...] passando para outras relações que são de uma outra ordem, não mais puramente lingüísticas ... A voz da família trará outra demanda”(p.32), diferente daquela enunciada pela família enquanto porta voz da escola. O paciente tem, segundo a família, dificuldades semelhantes a dos irmãos o que dilui e desconfigura, segundo Sobrino, a queixa inicial. Onde está a demanda ? Indaga ela. Aos poucos, ao longo de diversas entrevistas, foi possível aproximar-se da questão que parecia central: “a lentidão no desenvolvimento”, “o não desenvolvimento”. Sobrino faz menção, também, a uma confrontação entre o casal, a “mãe passa a falar o pai para o pai”: ela fala ‘para o pai’ através de um discurso aparentemente dirigido à terapeuta.

Ao apresentar o paciente esta fonoaudióloga assinala que suas dificuldades de linguagem eram “apenas em nível fonético”, trocas assistemáticas de /k/ por /t/, omissão assistemática de /r/ e /l/ e conclui: “Há uma certa ambigüidade e um certo paradoxo em sua articulação: ora de uma forma, ora de

outra; ora adequada, ora inexistente. Ambigüidade e paradoxo que lembram as “plásticas” em que Carlos, como sujeito, surge no discurso familiar” (p.37) .

Note-se que, distante do discurso médico e alinhada, como diz à Análise do Discurso, Sobrino falará em “opacidade da linguagem”, em “incompletude do sujeito” e “polissemia”, em “efeito de sentido entre locutores”. Isso certamente a afasta de entrevistas dirigidas à coleta de informações sobre o crescimento/desenvolvimento da criança. Deve-se dizer também que, distante disso, ela pôde habilmente ler mais – uma dinâmica familiar peculiar, a queixa da escola reproduzida pela mãe e a emergência da questão principal – uma lentidão no desenvolvimento. Digamos que as categorias implementadas favoreceram esta interpretação das entrevistas com pais. Resta decidir sobre a natureza desse tipo de análise e sobre seus efeitos sobre o terapeuta. Também, em se tratando de clínica, é preciso levantar a questão de como ela poderia reverter essa análise em direcionamento de ações clínicas.

A abordagem desses aspectos talvez tenham sido inviabilizada no trabalho de Sobrino em função mesmo da análise efetuada. Trata-se de uma análise de texto, a análise de um analista de discurso e não a de um clínico. Nesse sentido, em foco ficou “o discurso parental sobre a criança” (como dado) e as falas do terapeuta não participaram de sua análise. Quero dizer que esse “recorte”, embora legítimo para um analista do discurso parece não atingir propriamente os objetivos da clínica em que considerar o “lado do terapeuta”, o efeito do discurso de uma família sobre ele (e vice-versa) parece fundamental. Quero dizer que “ficar sob efeito” é **estar ali implicado** no andamento das entrevistas (e das sessões) - o que é diferente de postar-se à distância do acontecimento e proceder a uma análise com base em recortes metodológicos (Lier-De Vitto & Arantes, 1998), que acabam por higienizar o movimento de entrevistas.

Ao buscar “quem fala”, “para quem fala”, “de quem fala” e “do que fala”, a pesquisadora deixa de fora o terapeuta e, também, o “como se fala” - deixa escapar arranjos peculiares, hesitações, lapsos, falas entrecortadas. Deixa escapar a densidade da fala e o modo singular do dizer. Parece que na clínica de linguagem, valem as palavras de Freud (1912): “... assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, **começa a selecionar no material que lhe é apresentado**; um ponto fixar-se-á [...] e algum outro será negligenciado [...] ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, **estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe**” (p. 50). Os recortes realizado por Sobrino “sabem o que buscar”, eles “selecionam o material” e fazem perder o movimento da entrevista. A articulação entre estes recortes deixa escapar, porém, o momento em que o clínico estranha, intervém, silencia – deixa escapar o entrelaçamento da entrevista.

O maneira como Sobrino analisa as entrevistas mostra um modo de condução diferente da anamnese. Meu ponto de vista é, porém, que **já nas entrevista** o clinicar está em causa, uma vez que ela é, como disse, a “**porta de entrada para a clínica**” e que deve produzir efeitos no tratamento. Em Sobrino, os pais ficam em foco mas o clínico é deslocado para a posição de observador externo da cena clínica, de analista dessa cena. Considero, como tentarei apontar nos casos que serão discutidos adiante, que a entrevista deve produzir um deslocamento discursivo dos pais e que o clínico, tem lugar, ou seja, que via pontuação e silêncio, deve interrogar a fala desses pais e implicá-los no sintoma e no tratamento de seu filho.

Na mesma linha de argumentação de Sobrino, Palladino (1999), também ancora a interpretação dos dados de entrevista na Análise do Discurso de linha francesa, como diz ela. Para Palladino, há uma “dispersão de sentidos no que se refere ao sintoma e, portanto, cada componente do núcleo familiar faz uma leitura

diferente deste sintoma no sujeito” (p. 118). Dessa afirmação, a fonoaudióloga deriva uma mudança metodológica na condução das entrevistas e afirma que **cada um dos membros de um núcleo familiar** deve ser “convidado a dar seu depoimento” e, ao terapeuta, cabe gravar e interpretar esse texto “refletir sobre qual o lugar (na estrutura parental e na própria linguagem) o paciente é colocado por esta família”. Ela propõe que se realizem vários encontros com todos os integrantes da família. Aconselha, ainda, que o terapeuta deva cuidar para que **todas as temáticas** (social, psicológica, orgânica e cultural) sejam abordadas.

Palladino não esclarece o que fazer após a participação de todo o núcleo familiar na situação de entrevista. Qual o destino das diversas versões? O que se pretende com a coleta de tantos dizeres sobre a criança? Pode-se inferir que ela busca atingir “a verdade do sujeito”, a “razão do sintoma” na somatória de falas como se, por essa via, a “dispersão de sentidos no que se refere ao sintoma” pudesse ser contida.

Outro problema pode ser assinalado relativamente à sugestão de que **todas as temáticas sejam abordadas**. Que manejo da entrevista ou “cuidado” deve ser tomado pelo terapeuta para resolver a situação paradoxal de ao mesmo tempo “não conduzir” a fala dos pais e “garantir” que “todas as temáticas sejam abordadas”? Estaria ela visando mais uma vez à contenção da dispersão? Segundo entendo, parece haver aí uma desejo oculto (não reconhecido) de atingir uma “completude do sujeito”⁶³. Segundo a Análise do Discurso, não se pode contornar nem a dispersão textual (de um texto ou entre textos), nem a incompletude do sujeito – esses pontos são, afinal, entrelaçados e nucleares nesse campo.

⁶³ Tomo essa expressão (em seu avesso) de Eni Orlandi (1988), do título de seu artigo “A incompletude do sujeito – e quando o outro somos nós?”.

Também, tanto no seu caso como no de Sobrino não se esclarece em que a análise dos dados de entrevista, inspirada na Análise do Discurso, contribui na orientação da atividade clínica. É certo que ambas falam em “recortes” determinados por posições discursivas: “quem fala, para quem fala do que se fala”. Mas, uma vez que isso tenha sido identificado, como no caso de Sobrino, não se esclarece qual a finalidade dessa “leitura” para a terapêutica propriamente dita.

Neste trabalho falei da importância de cernir diferenças entre leituras da clínica que têm um semblante de homogeneidade. Note-se que em ambos os trabalhos acima parte-se de uma perspectiva teórica que não se coaduna com aquela que norteia esta pesquisa. Ambas falam da opacidade da linguagem, de sua incompletude e da incompletude do sujeito, ambas aceitam que uma entrevista é **um texto a ser lido a posteriori**. Palladino parte do que sugere Sobrino (uma análise discursiva da entrevista gravada) para indicações sobre procedimentos. Entretanto, quero assinalar que o modo como as entrevistas são concebidas é bastante diferente daquela a ser desenvolvida aqui.

Note-se que nos trabalhos discutidos é possível pinçar a ênfase na busca de um sentido para o que fez uma criança “não falar ou falar de um certo modo”. Que sentido oculto é esse que se busca? Na realidade, parece ser a busca de um sentido último, aquele que desvela o porquê do sintoma, ou melhor de um determinismo: não mais aquela causa observável/visível que o organismo denuncia, mas uma que se esconderia nos vãos da fala dos pais e que uma análise traria à luz. Há aí, ao que me parece, a permanência de um raciocínio causalista, do qual a Fonoaudiologia não consegue se desvencilhar.

Devo reconhecer que eu mesma, em artigo de 1994, ao discutir a noção de “escuta”, afirmei que o discurso da família deveria ser escutado de forma singular e na sua singularidade já que “nele estará inscrito o lugar designado para a

criança na linguagem [...] nele estão os indícios que podem **levar a elaboração de um sentido**, a um entendimento do silenciamento da criança (p. 32). Ao lado da vagueza dessa afirmação, também aí o foco está dirigido para o **sentido**, para busca de uma “tradução compreensiva” (Allouch, 1995; Vorcaro, 1997), como veremos.

Vorcaro, a partir de Allouch, denomina “**tradução compreensiva**” esse modo de conceber a interpretação na clínica. Para essa psicanalista, a consideração dos equívocos relativos à adoção do modelo médico de diagnóstico na clínica psicológica teria levado à aplicação parcial e inadvertida de conceitos da Psicanálise e “à tomada da observação como função de uma possibilidade de *tradução compreensiva*” (p. 37). Nessa perspectiva, haveria uma prática de tradução, “em que o sentido da manifestação da criança regula-se pelo **sentido dado pelo clínico** [...], que desconhece a própria dimensão imaginária que o constitui”(p. 40). Para Vorcaro, essa clínica acaba por referenciar “a fuga de sentido insistente na manifestação observada da criança, pelo acréscimo de sentido que a compreensão oferece”(idem). É a “compreensão” do clínico que recobre imaginariamente o que incessantemente escapa e impede o fechamento do sentido. Daí que se pode entender que o esforço do clínico acabe sendo o de transformar o dito em um texto a ser compreendido. Desse modo, evoca-se sempre o sentido. É algo desta mesma ordem que se vê nos trabalhos acima citados.

É certo que a entrevista com pais, na clínica com crianças, é condição necessária uma vez que eles enunciam uma queixa e fazem um pedido de ajuda a um clínico: um especialista que, aos olhos dos pais, tem ou deveria ter a possibilidade de transformar a linguagem de seu filho. Assim, tem início a clínica: com um pedido de ajuda a um terapeuta a quem se supõe um saber. Essa lição da Psicanálise parece-me condição primeira, mas isso não é tudo. Os pais “falam a criança” e digo que o terapeuta deve escutar sem procurar

“compreender”, sem se guiar por expectativas prévias. Não que essa escuta envolva só silêncio: a intervenção do clínico deve ser fruto de uma afetação produzida no instante, sob o efeito da fala dos pais⁶⁴. Como dizer de antemão “o que importa?” ou “que recortes proceder?”. Como não considerar que o clínico está ali, enlaçado na entrevista? Quero chamar atenção para o fato de que estou falando da posição do clínico “em cena”, de uma posição frente ao imprevisível e enigmático de uma fala. Qualquer técnica pré-estabelecida ou indicações de procedimentos generalizáveis, retira o clínico da posição de escuta para a fala, que necessariamente implica a suspensão do saber⁶⁵. Não se pode precisar *a priori* o momento de uma intervenção.

Como já disse, mesmo que dados referentes ao desenvolvimento somático possam interessar assim como a “história” da criança”, há que se considerar que falas sobre a “doença” são as primeiras a fazerem presença na fala dos pais e que o foco na “história”, oblitera o como a criança é falada – leva à “tradução compreensiva”. A escuta para a fala dos pais deve levar em conta que a criança que os pais contam é “imaginária”, que não há ali “verdade” a ser buscada, um sentido a ser fechado. Quando os pais falam, falam de si e de um filho que imaginam ter e, também, daquele que gostariam de ter tido.

Talvez por isso, “informações” contraditórias apareçam com tanta insistência. É freqüente que em uma mesma entrevista apareçam falas como “*ele é uma criança muito esperta, aprende tudo muito fácil*” e, na mesma entrevista, “*ele não consegue aprender a ler e escrever, é incrível a dificuldade para aprender*”. Há

⁶⁴ Sobre isso, ver Andrade (2000), que discute a interpretação “em cena” na terapia.

⁶⁵ Psicanálise e Fonoaudiologia estão submetidas à fala, embora diferenças devam ser cernidas aí, é certo que a relação à fala e sua imprevisibilidade parecem impor uma ética e não uma moral, quer dizer, ações pautadas por um “faça isso”/ “não faça isso” supõe um saber prévio ao acontecimento que o imprevisível de uma fala impede. Ficamos então no domínio da ética, se quisermos sustentar a relação à fala. Quer dizer: as intervenções acontecem como **efeito**, como atos clínicos que sustentam a posição de não saber, atos que são movimentados no instante mesmo da clínica.

ainda falas que surpreendem, como o de uma mãe que diz: *“Eu não queria ela de jeito nenhum, tentei abortar cinco vezes e aí nasceu, fazer o que?”* ou *“desde que eu engravidei eu decidi que eu ia oferecer ela num ritual de umbanda, naquele tempo eu não tava do lado de Cristo, tava do lado Dele, do coisa ruim”*. Mães diferentes, crianças que chegam à clínica em condições bastante diversas. A primeira “não falava alguns sons” aos seis anos de idade; a segunda não falava nada aos dez. Mas, como relacionar achados de entrevista com a fala do paciente?

O que fazer depois com o que se escuta? Menos que estabelecer uma relação direta entre a obviedade de uma contradição ou recusa explícita da criança na fala dos pais e a condição das falas das crianças, que está na base da instituição das primeiras como causa, parece-me que o clínico de linguagem deve ter claro que não atenderá esses pais, embora suas pontuações possam afetá-los, fazer com que se interroguem no seu modo de relação com a criança ele não poderá incidir como psicólogo ou analista sobre a criança, mesmo porque o que se espera dele é outra coisa.

Como apontei acima, nas entrevistas não se atinge a “causa” de um problema de fala, nem o “sentido do sintoma”. Fica-se sob efeito dessas falas e com um norte para ações clínicas. Para esclarecer o que digo, apresento dois casos a que tive acesso em situação de supervisão.

No primeiro, a estagiária relata que a mãe de seu paciente, tem muita dificuldade de deixá-lo com outras pessoas, nem mesmo a vizinha que havia tomado conta dos outros irmãos – *“ela cuida dele o tempo todo”*. Conta ainda que retardou ao máximo colocá-lo na escola e que, mesmo assim, não conseguiu deixá-lo lá por muito tempo, pois não sabiam como cuidar do menino. Também uma avaliação psicológica havia sido interrompida. É certo que essa criança teve muita dificuldade de entrar na sala com a terapeuta mas o que a mãe havia dito na entrevista foi decisivo na tomada de uma decisão clínica: a

mãe não entrou na sala de terapia. Consideramos que “essa separação” era necessária. Ao lado disso, diversas outras entrevistas, foram realizadas com a mãe para que ela pudesse sustentar a terapia do filho. Essas decisões clínicas de fato interditaram, nesse caso particular, uma repetição, qual seja, a de ceder a criança para, em seguida, retirá-la ... da escola, da psicóloga, da casa da vizinha.

Em outro caso, uma estagiária relata a história de uma criança, que havia sido adotada aos dois anos e que, pouco antes da avaliação, havia perdido o pai adotivo. Na entrevista, a mãe faz menção a diversos acontecimentos que sucederam a morte do pai, tais como: dificuldade para dormir sozinho, dificuldade de permanecer na escola durante todo o período, choro intenso nos dias que a mãe saía para trabalhar. Na avaliação de linguagem, esse paciente, desde o início, entrou sozinho com a terapeuta. Despedia-se da mãe com tranquilidade e entrava na sala. Porém, durante as sessões, ele parecia ter espasmos de dor. Ele se encolhia, segurava a barriga, chorava e, em seguida, relaxava e continuava a brincar. Em alguns momentos, “as crises” aumentavam de intensidade e a sessão era interrompida.

Na terceira ou quarta vez que isso ocorreu, a terapeuta perguntou para o menino se ele estava “*com saudades da mãe*” e falou que sempre que quisesse eles poderiam ir até a sala de espera para “*ver se ela estava lá*”. Essas idas até a sala de espera se repetiram durante algumas sessões e “as crises” desapareceram. Quis mostrar que, sob efeito daquelas falas das mães e do inesperado das manifestações das crianças, decisões clínicas foram tomadas. Não se pode, contudo, supor que essas decisões sejam tomadas como prescrições, elas estão submetidas ao inusitado e singular de cada caso.

Procurei abordar questões relativas ao “em cena” e ao “depois” das entrevistas. Volto-me agora para um outro ponto que tem sido amplamente

tocado por fonoaudiólogos alinhados à vertente subjetivista, que diz respeito à diferenciação entre queixa e demanda. Nessa discussão a idéia de “**tradução compreensiva**” parece vir à tona com intensidade. Sobrino afirma que:

“ ... a entrevista trata de uma demanda familiar e não de uma “queixa”, porque esta muito pouco vai mostrar e fazer entender sobre o paciente e a família [...] **entender a demanda significa entender o discurso como relações de sentidos**, que não acontecem imediatamente; transcendem a “queixa”, nunca estão prontas. A demanda está no discurso de cada familiar de forma absolutamente dispersa e não organizada”(p. 29) (ênfase minha).

É possível apreender nessa afirmação a idéia de que a demanda é um conteúdo oculto embora disperso no discurso que se busca “entender” no dizer da família.

Sobre isso Cunha (1997) também falou: “a partir da corporalidade do sintoma enunciado como *queixa*, isto é, como conteúdo manifesto pertencente à instância da consciência, foi possível chegar-se à *demand*a gerada por conflitos ao nível do aparelho psíquico, o que promoveu a **revelação dos conteúdos latentes envolvidos na constituição do sintoma ...**” (p. 119) (ênfase minha). Estamos mais uma vez frente uma análise conteudística em que a demanda aparece como um **conteúdo latente revelado**. Entretanto, parece-me paradoxal que na clínica com crianças o conteúdo manifesto apresente-se na fala da criança e a demanda, gerada por “conflitos psíquicos” que levam à revelação dos “conteúdos latentes”, deva ser buscada na fala dos pais. Seria mesmo possível, além disso, falar com a Psicanálise em “revelação” de conteúdos latentes?

Porém, nem sempre é a relação manifesto/latente o que está em jogo quando se objetiva marcar a distinção queixa/demanda. No caso relatado por

Sobrino, discutido aqui, a queixa “troca de letras” era da escola e a demanda da família, que aos poucos foi apreendida, relacionava-se à “lentidão” do paciente. Tassinari (1995), ao relatar um caso diz:

“Ana [a mãe] explicita a queixa: *“ela gagueja e troca letras, precisa muito de atendimento ... a professora também percebeu que ela precisa de fono porque os coleguinhas gozam dela na escola”*... Nesse fragmento do discurso da mãe, é possível delimitar a diferença entre queixa e demanda; a queixa se refere ao sintoma na fala *“troca de letras e gagueja”*; a demanda, ao que implicitamente se remete à queixa, ou seja, o problema que justifica a busca do atendimento, o qual parece articular-se ao desdobramento do sintoma, *“os coleguinhas gozam dela na escola”* (p. 45)⁶⁶.

Aqui também a demanda parece estar relacionada a um motivo/causa, que não coincide com a queixa. Essa discussão, que a Fonoaudiologia incorporou da Psicanálise, parece ter sido um tanto simplificada. Vejamos.

A demanda é condição fundamental para início de uma análise e de acordo com Quinet (1991), “ela é correlata à elaboração do sintoma enquanto *sintoma analítico*” (p. 20). Para ele, alinhado às formulações lacanianas, uma queixa nunca deve ser aceita em estado bruto, deve ser sempre indagada:

“...[o] sujeito pode se apresentar ao analista para se **queixar** de seu sintoma e até **pedir** para dele se desvencilhar [vem com uma demanda em estado bruto], mas isso não basta. **É preciso que essa queixa se transforme em uma demanda endereça àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao**

⁶⁶ Segundo Tassinari, ao longo do trabalho, a caracterização da demanda revela-se mais precisamente nas características prosódicas da fala de Alice, chamadas pela mãe de “gagueira”

estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (p.20-21) (ênfases minhas).

Note-se que nesta citação de Quinet, há duas instâncias de demanda: aquela relativa à queixa (em estado bruto) e outra relacionada ao sintoma analítico (que implica retificação subjetiva). Esta última, a que justifica a entrada em análise é a que implica o sujeito em seu sintoma, que envolve a transformação do sintoma de “significado” em “significante” (p. 21), para que possa ser endereçado, enquanto enigma/questão, também ao analista - a quem é suposto um saber sobre ele. Assim, a constituição do “sintoma analítico” é correlata ao estabelecimento da transferência.

Como se vê, para a Psicanálise a distinção entre queixa e demanda envolve questões mais complexas que balizam a clínica psicanalítica. Nas palavras de Miller: “o analista [...] ao reformular a demanda [em estado bruto] e introduzir o mal-entendido, **guia o sujeito para o encontro do inconsciente**: leva-o ao questionamento de seu desejo e do que pretende dizer quando fala” (1997: 250) (ênfases minhas). É assim que esses autores, a partir de Lacan, fazem valer a afirmação de Freud (1913) de que “o primeiro objetivo do tratamento [é] ligar o paciente a ele e a pessoa do médico” (p 182)

Note-se que a “queixa” não é um em-si, é uma demanda “em estado bruto”, nem a demanda ligada ao sintoma analítico é um conteúdo passível de revelação, um sentido latente a que se chega. Resta indagar o que significa, para uma clínica de linguagem, a oposição queixa/demanda e qual o sentido de demanda neste campo.

Note-se que na clínica psicanalítica com adultos esse é um operador da clínica, assentado numa teorização. Porém, mesmo no interior desse campo, quando o que está em questão é a clínica com crianças esse ponto é

controverso – a dinâmica queixa/demanda não é enunciada pelo paciente. Isso nos interessa particularmente, uma vez que a clínica fonoaudiológica atende crianças. Vorcaro (1997), que discute esta questão e diz que “... o incômodo que conduz uma criança até o analista implica-a, primeiramente, como suporte material de uma queixa [a queixa é do outro] (p. 144). Sendo este o caso, impõe-se a necessidade de reconhecer tal diferença e de teorizar sobre ela.

Na clínica psicanalítica, o modo de abordar a criança, como já disse, é um ponto polêmico e há vetores diferentes na abordagem desta questão mas esses embates não interessam diretamente a este trabalho. Interessa aqui assinalar essa diferença e essa controvérsia, que não é contemplada por aqueles fonoaudiólogos que se dirigem à Psicanálise. Por outro lado, parece-me relevante que seja concernida a especificidade que a criança impõe a qualquer atividade clínica.

Se via de regra, o paciente adulto enuncia sua queixa, é certo que há aqueles que vêm encaminhados por outros profissionais e que, até então, não haviam enunciado qualquer sofrimento. Há também os afásicos que, muitas vezes, não podem dizer a queixa e que são trazidos pela família, do mesmo modo que as crianças. Nesse casos, certamente a função das entrevistas terá especificidades.

Na clínica com crianças, interessa como os pais formulam a queixa, se a fala de seu filho os incomoda e se a iniciativa de procurar atendimento foi deles. Quer dizer, se eles sustentam essa queixa - se o que dizem sobre ela os interroga e se essa interrogação é, de fato, dirigida àquele fonoaudiólogo. Na clínica fonoaudiológica é bastante freqüente a presença de casos em que a família vem encaminhada pela escola, pelo médico - eles são “porta-vozes”. Nesses casos, diz-se que há queixa, mas não demanda. Seria plausível dizer que a queixa de um outro, que os pais enunciam, é passível de ser acolhida

como “demanda em estado bruto” pelo terapeuta? A relação seria entre aquele que encaminha e aquele que deve atender a criança? Ora, se o incômodo que conduz uma criança até o fonoaudiólogo não é sequer daquele que o enuncia, que natureza de clínica é essa? Como implicar os pais com o “sintoma” de seu filho e como ligá-los ao tratamento? Ou seja, como comprometer os pais com o tratamento da criança?

Parece-me condição fundamental, também na clínica de linguagem, que o sintoma da criança interrogue a família, que os pais sejam implicados no sintoma – é isso que pode sustentar um laço entre o terapeuta, a família e a criança. Laço, esse, que pode ser dito transferencial na medida em que, se a queixa do outro se transformar em queixa dos pais, uma demanda pode advir: se o sintoma interroga, uma questão (dos pais sobre a criança) pode vir a ser dirigida ao terapeuta.

A transferência, diz Vorcaro: “só sustém a análise de uma criança se for incidente também nos agentes paternos (p. 145)”. Isso não me parece diferente na clínica de linguagem. Entendo que esta **operação clínica, que ocorre na instância diagnóstica** (aliás não apenas a fonoaudiológica) é fundamental: deve acontecer nas entrevistas para que, inclusive, se possa estabelecer um contrato⁶⁷. Isso posto, penso ter esclarecido o que entendo estar em questão nas entrevistas: menos que buscar um sentido que responda pela causa do sintoma da criança, a função das entrevistas envolve uma escuta clínica, ou seja, aquela que leve ao estabelecimento da transferência (implicação dos pais e levantamento de uma questão para o terapeuta) - o que autorizaria a “avaliação da linguagem”, ou seja a primeira relação do terapeuta com a criança. Tendo em vista essas considerações, penso que não se deva realizar a

⁶⁷ Caso o compromisso primeiro (dos pais com o sintoma da criança) não for estabelecido, ele não se pode comprometer com o terapeuta (não tem questão a ser dirigida para ele). Como, então, supor que ele assuma uma relação que envolve custo (tempo e dinheiro)?

avaliação da linguagem antes de se estar “autorizada” – antes que uma questão me seja dirigida⁶⁸.

4.2 DIZENDO UM CASO

Passo agora à apresentação de um caso em que as entrevistas foram fundamentais para a continuidade do processo terapêutico. O primeiro contato da mãe com a Instituição (DERDIC) ocorreu em uma situação de triagem. A queixa da mãe era a de que A. iria fazer 5anos e “*ainda não falava*”, que ela já havia passado por diversos profissionais e que nunca se havia chegado a uma conclusão sobre o que impedia “*uma criança tão normal*”, sob todos os pontos de vista, de falar. Decidi atender o caso e chamei os pais para uma entrevista e ambos compareceram.

No início, apenas a mãe falava e o pai parecia um tanto aborrecido por estar ali. Ela inicia sua fala, contando que a gravidez de A. “*foi uma surpresa*” mas que ela “*queria mesmo ter outro filho*” (A. tem uma irmã 3 anos mais velha). Disse que ele era “*uma criança quietinha*”, que nunca deu trabalho, dormia e comia bem quando bebê: “*Tudo normal*”. Disse, também, que quando ele tinha em torno de dois, anos ela achou estranho que as demais crianças do prédio já falavam e ele não. Em conversa com o pediatra resolveu esperar pois, segundo ele, algumas crianças falavam mais tarde.

Quando ele estava com três anos, os pais julgaram necessário procurar alguém que pudesse explicar a demora do filho para iniciar a falar. Procuraram um otorrino, pois sabiam que crianças surdas não falavam apesar

⁶⁸ Esclareço que, embora fale em nome próprio, esse é modo de proceder de pesquisadores ligados ao projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem” do LAEL-PUCSP e da maioria dos fonoaudiólogos do Serviço de Patologias da Linguagem da DERDIC-PUCSP.

de saberem como, de fato, confirmou o exame, que A. não era surdo pois *“ele era muito atento ao mundo sonoro”*: repetia, por exemplo, trechos de desenhos da TV. *“Se ele fosse surdo não ia conseguir repetir”*, comentou a mãe. Foi nessa ocasião que A. entrou na escola e que solicitou-se uma avaliação psicológica pois considerou-se que *“ele era uma criança diferente”*. Os pais procuraram o psicólogo indicado pela escola e o resultado foi, segundo eles, *“catástrófico”*: em apenas duas ou três sessões o psicólogo informou e que A. era uma criança autista e em seguida fez uma explanação sobre as características do quadro e do prognóstico.

Nesse ponto, o pai (que atendeu duas vezes chamadas no telefone celular) pronunciou-se de forma irada, falou que nunca mais voltaram a esse *“profissional incompetente, que nem conhecia A.”*. A mãe retoma sua fala e diz que depois de algum tempo, por insistência da avó materna, procuraram uma outra psicóloga. Esta, após quatro meses de atendimento, comunicou que, *“em função da ausência de linguagem”*, era impossível fechar um diagnóstico e, por isso, encaminhava A. para uma fonoaudióloga. Essa fonoaudióloga solicitou um exame neurológico, que mostrou que A. não tinha alterações neurológicas *“que justificassem a ausência de fala”*. Com o resultado em mãos e sem voltar a rever os pais, ela deu início ao tratamento de A.. Contudo, aproximadamente seis meses depois, a criança recusou-se a entrar na sala de terapia. Nesse período, continua a mãe, o pai passou seis meses em casa devido a problemas de saúde e A., que já estava com 4 anos, *“queria ficar com o pai”*. Assim, já insatisfeitos com o atendimento, eles suspenderam o tratamento. Novamente, o pai intervém e diz que a fono *“não teve competência para segurar meu filho na sala”* e que ele só ficou por um período pois tinha interesse pelos brinquedos. O pai fala disso com muita hostilidade e diz: *“não agüento mais contar a história do meu filho”* e depois fazer exames e nunca chegar a lugar algum. Assim, após aquele

tratamento fonoaudiológico, A. ficou sem nenhum atendimento por nove meses e é trazido à DERDIC com cinco anos.

Fui afetada por alguns acontecimentos nesta entrevista. Um deles diz respeito à tranquilidade com que a mãe narrava os acontecimentos, era como se ela não estivesse de fato envolvida: o fato de seu filho não falar até aquela idade não parecia mobilizar nenhum incômodo, dizia a criança como “narrador extraposto”. Ela chegava mesmo a rir ao contar que sua filha (a irmã de A.) era a única a quem ele obedecia e que entendia o que ele “queria comunicar em determinadas situações”. Ria também ao reproduzir certas falas de A., que, segundo dizia, eram sem sentido.

Fui tocada, igualmente, pelo modo como o pai intervinha. Sua irritação, hostilidade e descrédito na possibilidade de um “novo” tratamento chegaram mesmo a ser explicitadas: “*você não vai perguntar quando chorou, quando andou e tudo mais?*” - “*olha, eu acho difícil ele ficar com você nessa salinha, talvez ele fique até enjoar dos brinquedos, depois ... rá!*” - “*sabe, o meu filho é mesmo muito esperto, eu sei que você deve tá pensando que todo pai acha isso mas ele sabe ligar o video e o computador há mais de uma ano, prá depois vir gente igual a você e dizer, em duas sessões, que ele é autista*”.

Ao final desta entrevista, considerei importante sublinhar que chamava a atenção o número de profissionais procurados e o fato de todos os tratamentos terem sido interrompidos. Disse que essas questões deveriam ser consideradas. Acrescentei que eu sequer tinha estado com a criança mas que o pai já era capaz de antecipar minhas conclusões e que havia um certo prazer na certeza de que processo terapêutico não seria concluído. Falei, também, que parecia haver uma contradição entre procurar um tratamento e recusar, por princípio e de início, a possibilidade de sua eficácia - eles estavam ali mas a

mãe “na platéia”: contava ‘a história’ e ria; e o pai “no ataque”: atendia telefonemas e agredia a terapeuta de forma velada ou direta.

Eles olhavam para mim silenciosos, aparentemente impactados com minha fala. Quando dei por encerrada a entrevista, eles imediatamente perguntaram sobre o horário de atendimento de A.. Disse a eles que deveríamos continuar a conversar porque na entrevista pouco se tinha falado de A.; que, na realidade, falou-se de uma série de tratamentos malogrados. Marquei outra entrevista com o casal para a semana seguinte.

Na segunda entrevista, quem mais falou foi o pai. Ele disse que seu comportamento na sessão anterior era “*por causa do cansaço*”. Falou que achava que nada mais poderia ser feito, que há mais de dois anos ele esperava uma explicação e que nenhum profissional pôde dizer o que o seu filho tinha. Ele achava que “*agora talvez fosse diferente*”, que “*agora sinto firmeza, doutora!*”. A mãe assistiu à entrevista com o pai. O pai falou de si, de seu sofrimento ao contar sua história de A.. Nada nessa ‘história’ era muito diferente exceto que o pai parecia muito mais implicado nela do que a mãe. Ele apresentou uma criança que, apesar de “*tão normal*”, não falava o que o deixava “*muito intrigado*”, que “*sofro com isso*”. Para a mãe, o filho era “*normal*” ... “*apenas não falava*”.

No final da entrevista, o pai introduziu a questão o preço do tratamento. Disse-me que não dispunha de muito dinheiro. Expus o modo de funcionamento da instituição, que prevê valores mínimo e máximo para o tratamento e que nessa faixa havia margem de negociação. Surpreendentemente, o pai que havia se queixado de dificuldades financeiras, imediatamente diz que pagaria o valor máximo. Penso que o tom da entrevista foi pautado pelo “*muito intrigado*”, o “*sofro com isso*”. Que esse tom era expressão de uma mudança de posição do pai frente à criança e a mim como terapeuta. Por mais irônica que possa parecer a fala do pai, o “*agora sinto*

firmeza, doutora!”, a forma de tratamento dirigida a mim mudou de “você”, “gente como você” (que me diluía entre ‘outras gentes’ e desqualificava minha posição de terapeuta) para “você” e “doutora” – fala dirigida a mim e que me assentava na posição de terapeuta. Essa mudança de tom, interpretada acima, e a relação entre dificuldade financeira e a decisão imediata (sem negociação) de pagar o preço máximo, configuraram, para mim, uma demanda.

Terminei esta entrevista e agendei horário para avaliação da criança. Menos que ficar com a questão do “por quê ela não fala”, indagava-me o “como ela fala/não fala?”. Em artigo de 1994, afirmei que “a entrevista surge como o lugar/momento de compreensão do silêncio do paciente” (p. 34). Na verdade, penso que naquele tempo eu nutria a ilusão de ser possível responder a “porquê uma criança não fala (ou fala de um certo modo)” e que no discurso dos pais eu encontraria indícios de uma causa que justificasse o tratamento. Ingenuidade pautada no imaginário da “tradução compreensiva”, que discuti acima.

Considero, agora, a partir de minha experiência clínica, que é preciso suportar a falta de um saber sobre a fala e/ou o silêncio de crianças, mesmo porque os sentidos que possam ser dados para isso, imaginários que são, não parecem jogar papel decisivo na avaliação e nem no tratamento. Além disso, o que poderia um fonoaudiólogo fazer para incidir sobre uma causa imaginada do porque a criança fala assim ou não fala? No máximo, sob efeito de uma fala dos pais, pode-se pontuá-la mas essa pontuação é dirigida aos pais em entrevistas. Ela pode, como disse, produzir um efeito, uma mudança de posição em relação à criança mas supor que se atinge a causa, isso já é ir longe demais.

Na entrevista devolutiva, embora falasse da dificuldade da criança de reconhecimento do outro e da importância disso para a fala, enfatizei a presença da “fala” na organização de suas brincadeiras silenciosas, solitárias e repetitivas. Fui explícita em afirmar que os pais estavam de alguma forma implicados na condição da criança. Levantei a possibilidade de uma eventual “avaliação psicológica” para ela, mas que preferia aguardar e avaliar o andamento do tratamento. O casal parece ter ficado inquieto. O pai, ao contrário do que eu esperava, comentou: “*o que será que a gente fez?*”. A mãe falou: “*eu sinto que ele já melhorou*”, “*acho que agora vai ser diferente*”. O pai ficou com uma questão e a mãe com o tamponamento do problema.

Alguns meses após o início do tratamento, marquei nova entrevista com os pais. Além de conversarmos sobre as mudanças na fala de A., aliás bem discretas, a mãe voltou a falar mais longamente sobre seu filho na escola. Dizia, que ele ficava solto, andando pelo pátio, rabiscando papéis. O pai interveio para dizer, no mesmo tom da entrevista inicial que “*eles são incompetentes para tratar do A., agüentam ele lá porque assim eles ganham mais uma mensalidade*”. Perguntei, então, porque eles mantinham a criança na escola. A resposta foi que o custo era baixo e que tinham medo de que, em outra escola, ele não fosse aceito. Mais uma vez, o pai saiu perturbado e a mãe reiterando que a escola era “*perto do trabalho*” e que era “*importante ter os dois filhos na mesma escola*”. Após uma semana, o pai liga e pede uma entrevista. Disse que estava disposto a **pagar** o que fosse necessário para o bem do filho. Eu disse que “*pagar não era bem a questão*” mas sugeri uma escola com atendimento individualizado para crianças com algum tipo de problema. Quatro dias depois, A. já estava nessa outra escola.

Quinze dias depois, a escola considerou fundamental uma “avaliação psicológica” que implicasse os pais. Consideravam que, se algo não tocasse a

mãe, seria impossível que a criança caminhasse. Depois dessa conversa com da escola com os pais, eles marcaram uma entrevista comigo para saber se eu concordava com esse encaminhamento, se conhecia o profissional indicado. Eu disse que a escola também havia entrado em contato comigo e que poderíamos aceitar as recomendações. Os pais perguntaram por que, então, eu não havia indicado aquele tratamento. Nesse momento, eu disse a eles que eu esperava que um tratamento fosse sustentado para que outras possíveis indicações pudessem ser bem acolhidas. Que a aceitação da indicação de mudança de escola, feita por mim, foi um sinal de que transformações neles haviam ocorrido e que eu concordava com a escola sobre a importância de envolvê-los mais de perto com as questões de seu filho que, afinal, ultrapassavam a instância da terapia. O pai frisou: *“mas não pense que você vai ficar livre da gente, o A. só sai daqui quando estiver falando tudo”*.

O caso de A. foi, para mim, de extrema relevância para pensar “a entrevista” na clínica de linguagem. Menos do que ir atrás de um “motivo verdadeiro” para o silêncio dessa criança, as entrevistas foram movimentadas pelo jogo clínico, quer dizer, o processo foi mobilizado pelos efeitos imprevisíveis de minhas falas sobre os pais e das mudanças deles sobre mim. Como disse no início deste capítulo, o fonaodólogo depara-se com uma diversidade de quadros e casos clínicos e, em cada um deles, com uma heterogeneidade de manifestações - o que faz com que o caso apresentado e interpretado acima **seja um**. Ou seja, para além de histórias (que são muitas vezes semelhantes), os efeitos que mobilizam o processo clínico são imprevisíveis e singulares.

Enfim, seria mesmo inexequível elencar as inúmeras possibilidades do que poderia ocorrer numa entrevista. Não é infrequente que se caia na ilusão da possibilidade de contornar o imprevisível para “ler”, na fala dos pais, um

sentido último (uma causa orgânica ou psicológica) para o problema enunciado na queixa. É por aí que se pode entender as indicações de Palladino (1999) como direções para abranger/contornar todas as possibilidades do que vai importar nas entrevistas. Lembre-se que, para ela, o terapeuta deve cuidar para que **todas as temáticas** (social, psicológica, orgânica e cultural) sejam abordadas na entrevista. Também, a idéia de que nas entrevistas, mudanças de posição dos pais em relação à criança e ao terapeuta devam ocorrer para que o tratamento seja sustentado, parece questionar sua indicação de que **todos os membros do núcleo familiar** devam ser ouvidos para que o sentido do sintoma possa ser apreendido.

Ao lado de não considerar que esse sentido possa ser apreendido, essa convocação dos membros do núcleo familiar, que parece servir à fixação de um sentido imaginário para o terapeuta, não favorece mas dilui a exigência do aparecimento da demanda, conforme discutida aqui. É como se o fonoaudiólogo não precisasse mais desse passo, uma vez que ele supõe deter o sentido do sintoma, o saber sobre sua causa.

Quanto à “história” da criança, é certo que ela importa. Importa tanto naquilo que traz de ‘objetivo’ quanto o que a fala dos pais traz de ‘subjetivo’. Texto/história, porém, que ficará sob efeito imprevisível do jogo clínico – sob efeito de dizeres e submetido a resignificação - tanto do lado do terapeuta quanto do lado dos pais.

CAPÍTULO 5

UM ENCONTRO COM A FALA: AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM

5.1 SINTOMA NA LINGUAGEM

O passo subsequente às entrevistas deve envolver uma discussão sobre o sintoma na fala. Não posso, por ora, esgotar essa questão mas para que se possa justificar o nome “avaliação da linguagem”, considero imperativo levantar esse ponto/problema.

A noção de sintoma com que se tem basicamente operado na clínica fonoaudiológica tem relação estreita com aquela presente no discurso médico. O **sintoma é sinal** observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa. Chiari, ao falar das faces do diagnóstico fonoaudiológico, deixa aparecer esse modo de conceber o sintoma. O diagnóstico, diz ela:

- em seu aspecto sindrômico: [...] sintetiza o acontecimento, encerrando numa única entidade nosológica, todos os sintomas e sinais apresentados pelo paciente;
 - em seu aspecto etiológico: de caráter explicativo, buscando entender o(s) fator(es) causal(is) que levou(aram)ao acontecimento;
- e,

- em seu aspecto de manifestações: descrevendo o que e como acontece [...] com maior detalhamento (p:101).

Trata-se, como se vê, de “descrever” as manifestações na fala para separar comportamentos normais de patológicos com vistas a alocar os últimos em uma categoria nosológica e relacionar a uma causa. Nesse caso, sintoma na linguagem é “mais um” num conjunto amplo de sinais que definem uma patologia e, também e por isso, é manifestação de fala alterada em função de distúrbios orgânicos ou psíquicos. Supõe-se, ao lado disso, que “sinais” de patologia sejam apreensíveis na fala a partir de instrumentais descritivos da gramática, enquanto “desvio da norma”. Seria de se esperar porém que categorias nosológicas pudessem ser instituídas com base nessa aplicação. Contudo, a falência desse procedimento é clara: a nosologia que percorre a Fonoaudiologia é médica. Para que serve, então, a utilização daqueles instrumentais que nada permitem esclarecer sobre a natureza singular dos sintomas? Talvez eles atendam à ilusão de que se dispõe de uma técnica – o que aparentemente apazigua fonoaudiólogos mas que recobre, no mesmo ato, o enigma que lhe convoca.

Sobre isso falou Lier-De Vitto (2000c), conforme assinali na introdução desta pesquisa, ao discutir a pertinência do rótulo “patologia de linguagem”. Lembre-se que ela afirmou que linguagem nessa expressão vinha substituir o lugar ocupado por partes do organismo: na Medicina fala-se em patologias do fígado, do cérebro, etc.. A autora argumenta que ao falarmos em patologias orgânicas/somáticas, o plural também marca que partes de um todo foram afetadas. Sobre isso ela comenta: “Mas, que partes da linguagem estariam afetadas? As categorias nosológicas vigentes na clínica fonoaudiológica não esclarecem esse ponto e dizem da ausência de categorias lingüísticas - surdez, distúrbios articatórios,

paralisia cerebral”. Vê-se que quando a linguagem está em questão deve-se, segundo a pesquisadora, indagar sobre a possibilidade de se atribuir à linguagem a propriedade de ser “doente”, “patológica” no mesmo sentido que se atribui tal propriedade às partes do organismo.

Indagar sobre o que a expressão patologia de linguagem estenografa não é freqüente na Fonoaudiologia. Ora, se esta clínica pode ser legitimada, além de já oficializada, ela deve diferenciar-se tanto da Medicina quanto da Psicanálise, quer dizer, ela tem que teorizar sobre a linguagem e o sintoma na fala.

Palladino em 1992, talvez tenha dado início à tentativa de oferecer uma outra abordagem desta questão, ao expor o que ela designa “uma prática clínica caracterizada como instância de subjetividade”. Nesse texto ela afirma que:

“o sintoma é o visível, é o que se oferece enquanto presença, mas, também e sobretudo, é o que se oferece enquanto ausência [...] ler o sintoma é revesti-lo de sentido. Mais do que traduzir a doença na sua forma, ele virtualmente anuncia na sua essência. É uma pregnância. O silêncio e o erro “falam”. São acontecimentos que suscitam e pedem para ser significados. O sintoma é um dizer que conclama outro dizer. Não é coisa em si mesma, seu sentido é erigido em outro lugar, fora, numa outra voz. O paciente não pode dizer mais do que dizem seus sintomas e não é por outro motivo que ele vem à clínica ...”

Nesse trabalho, Palladino parece operar um deslocamento relativamente ao modo freqüente de conceber o sintoma na clínica fonoaudiológica. Ela põe em questão um termo, até então naturalizado no interior de nosso campo. Entretanto, trata-se de um texto vago, que contorna, gira em torno, mas não

chega a tocar a especificidade do sintoma: ele é uma “pregnância”, tem uma face “visível” e outra encoberta; não é “coisa em si mesma” e se oferece à leitura do outro. Não se entende bem o sentido contido na afirmação de que o sintoma “anuncia a natureza da essência [da doença]” – que essência? Ela não diz, também, por que meios se apreenderia sentido daquilo que “é erigido em outro lugar”. Tem-se, no jogo metafórico textual, mais um desejo de afastamento da noção clássica de sintoma do que uma particularização ou discussão do que seria um sintoma **na fala**.

Se Palladino se aproxima da Análise do Discurso, outros vão à Psicanálise. Tassinari (1995), em sua dissertação de mestrado, assinala que o que norteia a análise de sua prática terapêutica é “a compreensão do sintoma como conteúdo manifesto ao qual subjaz uma realidade interna constituída pelo desenvolvimento emocional do indivíduo”(p.25)⁶⁹. Nessa direção vai também Cunha (1997). Trata-se de um modo de conceber o sintoma, que reflete um movimento da Fonoaudiologia no sentido de circunscrever a clínica.

Cunha afirma que os “sintomas manifestos na fala tem um valor simbólico”, o que nem sempre é levado em consideração por fonoaudiólogos que, via de regra, percebem uma fala “defeituosa” e buscam “consertá-la”, diz ela. Diferentemente, a fonoaudióloga entende que: “...os sintomas da fala são, em si mesmos, uma linguagem que precisa ser compreendida. E aqui estou me referindo especificamente aos sintomas de fala aos quais é possível atribuir *valor simbólico*” (p. 39). Como se vê, a questão de que um sentido deva ser dado ao sintoma retorna com outra roupagem. Cunha diz que o sintoma “precisa ser compreendido”. Note-se que a fonoaudióloga não toca a questão do sintoma propriamente dito, ela diz que ele deve ser compreendido. Além disso: “quais seriam e quais não

⁶⁹ Não vou me deter aqui na discussão desse enunciado. Devo assinalar, contudo, que soa bastante estranho termos como “desenvolvimento emocional” e “indivíduo” num trabalho que declara sua aproximação à Psicanálise.

seriam passíveis de atribuição de valor simbólico?”, pergunto. “Como poderia a fala ficar fora do simbólico?”. Ou, então, parte dela ficar fora e parte não ficar?

Cunha acrescenta que essa nova forma de entender o sintoma, permite dizer da escuta fonoaudiológica, que ela “se configur[a] como esquizofrênica, na medida em que necessita operar dissociada, isto é, levando em conta tanto a manifestação aparente do sintoma - afinal, nesse privilégio reside sua especificidade - como também seu conteúdo latente” (p. 38). As questões que levanto são: “Como dissociar uma escuta?”, “seria o caso de dizer que ora o fonoaudiólogo opera com uma escuta, ora com outra?”. Ela diz que o fonoaudiólogo “ouve o sintoma de linguagem” e “escuta o que ele quer dizer” (p. 44). Por essa via, não se nota diferença em relação ao que disse Palladino, acima. Então, “como discernir efeitos de aproximações a áreas tão diferentes – entre a Análise do Discurso e a Psicanálise?”. Mais que isso, “pode-se utilizar livremente a expressão ‘escuta’ para fazer referência ao efeito de estranhamento que uma fala produz no outro?” Nessa seqüência de perguntas, cabe mais uma: “em que essa escuta para a “manifestação aparente” se distinguiria de atenção deliberada e de atenção uniformemente suspensa (Freud, 1912: 149) - oposição mobilizada por Freud para circunscrever o específico da escuta analítica?”⁷⁰.

Cunha diz que a interpretação fonoaudiológica pode ser considerada como modo de “atribuir sentido(s) a um sintoma de fala - aqui incluídas a ausência de fala e/ou a sua substituição por outros códigos de expressão” (p. 39). Para tanto, ela sugere a migração do conceito de “sentido latente” para a clínica de linguagem. Essa possibilidade, para ela, “se estabelece pela seguinte via: concepção de linguagem como discurso, sintoma da fala como uma linguagem e uma escuta que vá

⁷⁰ Esclareço que não é objetivo deste trabalho realizar uma leitura da relação de fonoaudiólogos com a Psicanálise, isso demandaria outra direção de pesquisa, que não a proposta aqui. Não pude deixar,

além da literalidade do código, reconhecendo a expressão do inconsciente na linguagem”(p. 42). Nessa explicação, que embaralha “discurso”, “fala”, “linguagem” e “código”, não se chega a saber tampouco como um fonoaudiólogo operaria de forma diferente do analista com o conceito de “sentido latente”. Ou bem não há distinção (o que é problemático), ou bem há e esse sentido não é explicitado.

Cunha parece ficar entre ambas as possibilidades (com a ‘fronteira como território’, título de sua tese): ela quer um específico mas diz que o que possibilita a introdução do conceito de interpretação na clínica de linguagem é a metapsicologia, quer dizer a introdução dos aparatos conceituais da Psicanálise, entre os quais ela destaca o de “aparelho psíquico”. Chama a atenção que Cunha assevere que o enquadre analítico é condição para o desenvolvimento do método freudiano e que deve-se desconfiar de “aplicação diretas” de teorias psicanalíticas a outras áreas do conhecimento:

“ o desafio que se coloca ao campo fonoaudiológico, especialmente na clínica, é o quanto permanecemos “psicanalíticos” em outro enquadre terapêutico. Mais: quais necessitam ser as peculiaridades desse enquadre, de tal forma que ele se diferencie de outros possíveis, nos quais, sequer, a teoria psicanalítica possa inspirar o método?” (p. 44)

Mas, se a fronteira é território, “quanto permanecemos fonoaudiólogos”?

Cunha, ao falar da migração de conceitos psicanalíticos para a clínica fonoaudiológica, diz que “essa migração é inevitavelmente atravessada por critérios lingüísticos” (p. 42). Entretanto, a pesquisadora não especifica que critérios são esses e nem em quê uma “teoria de linguagem discursivamente orientada”,

porém, de levantar alguns pontos para indicar a extrema dificuldade envolvida em aproximações entre campos.

contribuiria para a constituição do método clínico fonoaudiológico. Ao que tudo indica, esta fonoaudióloga parece ver compatibilidades entre conceitos e noções da Análise do Discurso com aqueles da Psicanálise. Como porém reduzir a distância que separa a noção de “assujeitamento ideológico” da AD, da de “inconsciente”, segundo Freud?

A “especificidade da clínica fonoaudiológica” parece correr por conta da implementação de técnicas particulares para lidar com a motricidade oral ou, então, de técnicas vocais que parecem ganhar um lugar secundário, complementar às “interpretações fonoaudiológicas psicanalíticas” (p. 141). Ou seja, a fala requeriria tais interpretações. Cunha afirma que no atendimento a um paciente que apresentava um quadro de disfonia espástica: “apesar da [...] intenção em compreender a função psíquica do sintoma, não negligenciei na investigação de sua dimensão corporal. Assim, propus a realização de alguns exercícios de relaxamento” (p. 61). No decorrer da apresentação do caso (capítulo III), ganham destaque, sem dúvida, as “lembranças da paciente” relativamente às situações de “sofrimento psíquico”.

Entre os diversos casos apresentados o que mais me interessa é aquele em que a queixa é relativa à fala, a um quadro de linguagem. Isso porque Cunha, em seu trabalho, insiste sobre a relevância para a clínica fonoaudiológica de uma teoria de linguagem que “considere seu funcionamento”. Mais uma vez cumpre aqui cernir diferenças. Temos como referência para a clínica de linguagem a Psicanálise e uma alegada teoria do funcionamento da linguagem mas é necessário indagar o que ela entende por “funcionamento da linguagem” e em que medida esses dois lados se articulam - como poderiam compor um método clínico.

Importa aqui sublinhar que esse modo de situar o sintoma na fala e a interpretação fonoaudiológica como ‘dissociada’ parece levar as ações clínicas

particulares. O ponto é: **em quê** e **quando** elas são fonoaudiológicas? Apresento, a seguir, sua discussão de um caso, no capítulo denominado “Linguagem, Psicanálise e Fonoaudiologia: a cura pela e da fala”.

Trata-se de uma adolescente cujo diagnóstico, estabelecido antes do atendimento fonoaudiológico, era de psicose associada a retardo mental. O primeiro sintoma, diz ela, já por ocasião de seu nascimento, eram **vômitos** excessivos e conseqüentes, segundo os médicos, a uma doença muscular degenerativa. Por isso, desde bebê, a criança foi submetida a uma série de hospitalizações para a realização de diversas cirurgias de hérnia. A repetição desse sintoma e a intervenção médica constante foi a tônica durante dez primeiros anos de sua vida. Simultaneamente, outros sintomas começaram a se manifestar: dificuldades motoras, limitações intelectuais, problemas de personalidade e de linguagem, e intervenções outras vieram a ocorrer. A história relatada pela mãe é minuciosamente interpretada pela fonoaudióloga. Atenho-me a pontos que dizem respeito à linguagem e ao seu tratamento.

Cunha diz que na primeira sessão, a criança parecia “vomitar” uma série de palavras, “ditas com certa precisão articulatória e sem alterações relativas ao sistema sensorio motor oral durante a fonação”, que a pesquisadora não só nomeia como traduz, são elas: *buíta* (bonita), *bola*, *qué* (quero), *sim*, *não*, *mami* (mamãe). Ela diz que interpretava essas palavras mas a criança silenciava. Sua fala se apresentava sempre da mesma maneira: uma só palavra ou seqüência de palavras “*formalmente desconectadas*”. Finalmente, “parecia não estar havendo, de forma geral, complementariedade ou reversibilidade dialógica, a não ser em raros momentos através da especularidade parcial - ainda de uma única palavra - em relação a minha fala” (p. 97). Sublinho a presença explícita dos “processos dialógicos”, propostos por De Lemos (1981, 1982 entre outros) que, nesse momento, são implementados para caracterizar o jogo dialógico.

Entretanto, não fica claro por que esta terminologia comparece. Adianto que não há qualquer compromisso da pesquisadora **com esta e nem com qualquer teoria de linguagem**. Ao lado do descompasso da fonoaudióloga em relação aos desenvolvimentos posteriores desta teoria que, diga-se, suspende tal terminologia, nota-se também a circulação de outros termos como “funcionamento da linguagem” e “filiação discursiva”. Insisto, não há vestígios de uma explicitação do porquê da utilização desses termos, que aparecerão no segundo tempo do Interacionismo (De Lemos, 1992 e outros). Tal descompromisso, que conduz a um uso livre de termos, se dá a ver, por exemplo, em momentos em que ela fala dos “enunciados de uma só palavra”. Ela diz apegar-se à linguagem “na perspectiva da fala a partir da análise das formulações freudianas a respeito do tema” (p.99). “O que Freud não diz sobre a fala, que a faz introduzir considerações outras sobre o tema?”. “O que a leva a mobilizar outras perspectivas sobre a linguagem?”.

Em sua análise, também vêm à tona o **conteúdo manifesto/conteúdo latente e condensação/ deslocamento**. Ela afirma que, em última instância, ao método psicanalítico importa descondensar a fala utilizando a mediação da fala. Isso posto, ela retorna ao “caso da menina de *fala condensada*” com a intenção de trabalhar “com uma teoria *encarnada*”, a psicanalítica. Cunha afirma que sua paciente parecia dizer “tudo o que lhe vinha à cabeça” (como isso poderia ser diferente no caso desta paciente?). Por essa razão, considerou que aqueles conteúdos manifestos não poderiam ser tomados num “sentido único”, que eles exigiam interpretação. Cunha sustenta que, em termos psicanalíticos, a análise da fala desta criança poderia ser subsidiada pelas colocações de Bion (1988) para quem, “nesses casos, a linguagem verbal pode ser utilizada de três maneiras: como forma de pensamento, como método de comunicação ou como forma de ação” (p.102). Ela esclarece que a última utilização é a que mais se aproxima do caso

em questão porque sua paciente “empregava ‘as palavras como coisas ou partes cindidas e afastadas de si próprio’”(Bion, *apud* Cunha, p.103)

Segundo Cunha, certas expressões de sua paciente: *jou* (estou com enjôo) e *dói qui* (dói aqui, sem apontar onde)”, pareciam mostrar que ela “**assumia-se como sujeito do próprio discurso**”. Cunha, frente a elas, diz que intervém na linguagem: “Ela: *Jou, jou*. Eu: Você está com medo de subir, quer que eu te ajude?”. Ela assinala que “tentei intervir, buscando reduzir a polissemia pela via da descondensação”. Acrescenta que o resultado foi imediato: “Ela: *Passô, passo. Passô jou. Subi qué ...*” (p. 103). Cunha comenta que, gradualmente, a paciente “**passou a dialogar obedecendo regras conversacionais**” e que seus enunciados passavam a conter “**fragmentos especulares**” e que, então, “**intervinha pela polissemia**”: “A menina diz: “*chic*”. A terapeuta **ofereceu diversos sentidos**: “você está **bonita** hoje” e “sua blusa é **legal**” (idem) .

Ao lado dessa explicação que utiliza termos do Interacionismo (fragmentos especulares), da Pragmática (regras conversacionais), da Análise do Discurso (polissemia), Cunha faz uma interpretação que supõe psicanalítica embora explicitada por meio de noções que lhe são estrangeiras. Mais que isso, como entender sobre quê apoia-se o ora “oferecer múltiplos sentidos” à fala da criança e ora “reduzir a polissemia”.

Cunha apresenta outros comentários relativos à evolução do caso, dizendo que a menina passou a exibir “certa capacidade narrativa [...] embora com reduzida autonomia discursiva” (p. 105).

Como a criança apresentava uma total indisponibilidade para brincar e tinha horror a bexigas, restava ainda o que fazer. Em uma conversa com a mãe, esta lhe diz que isso talvez estivesse relacionado ao período das interações constantes, em que ela havia sido orientada a brincar com a filha, cujo único interesse eram as bexigas, que a mãe amarrava na cama. A mãe

perguntou se não seria esse “horror” uma lembrança desse período. Foi orientada (por Cunha) a conversar com a filha sobre isso e o fez. Cunha justifica essa indicação com conceitos psicanalíticos, particularmente o de “recordação encobridora”, definida como “uma formação de compromisso entre elementos recalcados e a defesa” (p. 112).

A fonoaudióloga comenta que sentia-se cada vez mais próxima das experiências infantis de sua paciente e que esses processos inconscientes deveriam ser tratados para serem “esquecidos” ou “recordados”. Resolveu, assim, falar sobre o sofrimento que ela supunha que sua cliente havia sido submetida. Algumas sessões depois, diz ela, a criança foi para o armário de brinquedos, pegou uma caixa de massinha, esculpiu uma bola e solicitou uma bexiga.

Pôde, finalmente, brincar com essa bexiga e nem mesmo o fato dela ter estourado tirou-a da situação prazerosa de brincadeira. Ao contrário, ao romper a bexiga “rompiam-se também as suas resistências (p. 113). Quer dizer, houve progresso. Porém, nessa mescla de considerações “lingüísticas” e “psicanalíticas”, como precisar “a teoria encarnada” que norteou o trabalho. Mas as considerações sobre ações clínicas não se encerram aí. Ela acrescenta que, como esta paciente apresentava dificuldades relativas à mastigação, foram implementadas técnicas específicas, que levaram a resultados bastante positivos. O genuinamente fonoaudiológico aparece, com clareza, aí: no trabalho com a função da mastigação. Isso todos os fonoaudiólogos reconhecem.

Resta abordar a questão da heterogeneidade dos casos e dos sintomas com os quais lida esta clínica. Será que podemos afirmar que os sintomas de um paciente afásico são da mesma natureza daqueles apresentados por uma criança com atraso de linguagem, ou mesmo com paralisia cerebral? Será que em todos os casos estamos falando de “retorno do recalcado”? Acredito que,

independentemente da natureza do distúrbio, o modo de presença de um sujeito na fala deve ser considerado mas, face à heterogeneidade de quadros que freqüentam uma clínica de linguagem, seria ingênuo e reducionista entendermos que a fala de um afásico é uma “conversão sintomática” ou que a peculiaridade da fala/não fala de um criança com paralisia cerebral (ver Vasconcellos, 1999) possa ser resolvida através de técnicas de manuseio corporal ou pela via de um trabalho híbrido, que incide ora no corpo e ora faz valer “interpretações fonoaudiológicas psicanalíticas”.

Não que a fala de um afásico ou de uma pessoa com paralisia cerebral possa ser reduzida a problemas neuromotores, à uma ausência de psiquismo. Quero apenas sublinhar que estes casos envolvem questões outras, que excedem a problemática de quadros em que o corpo-orgânico não está implicado do mesmo modo. A diversidade indicada parece mostrar mesmo algo peculiar à clínica fonoaudiológica, que lhe permite congrega quadros de naturezas diversa. Mas o emaranhado de sintomas com quais lidamos não deixam de envolver **sempre** questões referentes ao falante e seu modo de inscrição na linguagem - não se pode desconsiderar que todos os pacientes demandam uma transformação **na sua fala**. É isso que, ao meu ver, convoca uma ética: “que se **especifica segundo os domínios abertos à ação**” (Auroux, S., 1996/98: 365) (ênfase minha).

Quero dizer que, se a demanda do paciente remete à “fala”, as ações fonoaudiológicas não podem passar ao largo de uma reflexão lingüística. O compromisso com a demanda do paciente implica, necessariamente, um compromisso ético que deve ser admitido pelo o clínico de linguagem. Compromisso ético que impõe o reconhecimento da não coincidência entre clínicas que respondem a demandas diferentes.

A questão do sintoma na fala abriga uma problemática extremamente complexa. Se por um lado, não é possível considerá-lo apenas sob a ótica do funcionamento da máquina, por outro devemos considerar que o sintoma faz presença na fala, o que o especifica e pede um olhar que não apague sua especificidade. O que o trabalho de Cunha não esclarece, do meu ponto de vista, é o que particulariza ocorrências sintomáticas na fala – condição para que se possa pensar a “interpretação fonoaudiológica”. As “interpretações fonoaudiológicas psicanalíticas” são, de fato, só “quase psicanalíticas”, como vimos. As outras ações são técnicas específicas para tratar voz, motricidade oral, etc.: um dualismo sem resolução.

Quanto ao sintoma na fala, não se pode circunscrevê-lo sem a inclusão do lingüístico. Sem isso: “não se pode pensar o sintoma como modo particular de relação sujeito - linguagem [...] Isso porque “linguagem” fica sempre na periferia do corpo e, acima de tudo das teorizações”(Lier De-Vitto, 2000c). Penso, com Lier De Vitto que, de fato, os “sintomas expõem o falante em suas falha. Neles, corpo e linguagem aparecem irremediavelmente entrelaçados”. Note-se, que segundo essa visão, o fonoaudiólogo pode dispensar as “duas orelhas” propostas por Cunha, que ora se atém à “corporalidade”, ora à “conceitualidade” do sintoma. Isso porque a atenção à linguagem assume uma descontinuidade entre corpo-organismo e corpo-falado, que implica o “entrelaçamento”, uma nodulação entre corpo e linguagem. Há, de fato, na expressão de Lier-De Vitto um “corpo falante”, um “corpo falado”, esse que “ao falar **dramatiza um insucesso**, uma subversão posta em ato” (Lier-De Vitto, 2000c). Daí que o sintoma é “presente”, é repetição ‘sem ocultação’ que um corpo [...] realiza em ato”(p.10).

Como separar a fala do ato, a fala do falante? Voltar o olhar para o “presente repetitivo do sintoma” parece ser questão para um clínico de linguagem, mais do que buscar seu passado etiológico ou um sentido

escondido. Reconhecer que ali, no sintoma, está o sujeito-falante é, também, questão - mais do que anotar seu passado de doença, trata-se de não retirar o olhar de seu “presente de repetição sintomática” para entender seu modo de presença na linguagem. Só assim, entendo, que sua relação a seu sintoma poderá ser modificada por uma interpretação. Só assim, se pode pensar em uma mudança subjetiva – uma mudança de posição do sujeito em relação à própria fala.

Considero que o modo de abordar os sintomas na fala conforme proposto por Lier- De Vitto (2000b; 2000c) é fundamental para uma clínica de linguagem. O trabalho de Cunha, ao meu ver, recobre com um discurso psicanalítico a falta constituinte da Fonoaudiologia. Nesse sentido falou Felice (2000):

“na Fonoaudiologia, é justamente a *práxis* da psicanálise que, desde a última década, vem sendo chamada a dar a **resposta que falta** [...] Acontece que se a psicanálise pode fazer algo pela Fonoaudiologia [...] parece-me que é apenas e sobretudo no sentido de evidenciar e de dar lugar à falta constituinte de todas as disciplinas” (p. 186) (ênfase minha).

Concordo com Felice sobre esse ponto porque parece-me que é exatamente a fobia de “não suportar a falta” que tem afastado o fonoaudiólogo da exigência de enfrentar o específico do sintoma na fala. A Fonoaudiologia parece ter tomado posições antagônicas relativamente ao sintoma:

(1) Adotou a perspectiva da Medicina, quer dizer, ficou com a “boca-orelha” (Benine, 2001), por aí, apagado está o falante e a fala, apagada está a singularidade de uma manifestação dita patológica: o sintoma é, então, um mesmo que se reproduz em indivíduos diferentes, em condições orgânicas

semelhantes (a fala do PC, do Afásico, etc). O falante fica inscrito como indivíduo numa série de mesmos (Lier-De Vitto, 1994-8).

(2) O esforço de afastamento da Medicina, conduziu a considerações sobre o sujeito e noções diversas de “conteúdo escondido” perpassou a Fonoaudiologia. Desse modo, o sintoma na fala “esconde” seu verdadeiro sentido e é sobre ele – o sentido – que a interpretação passa a incidir. Acontece que não se distingue, com clareza, o que se entende por esse “sentido escondido/latente”, nem se pode, portanto, explorar conseqüências e é, por aí, que uma mescla teórica se instaura. Importante assinalar que marginalizada fica a face do sintoma que singulariza e determina a existência da clínica fonoaudiológica. Quando a fala é considerada é para ser “descrita” (ela é desligada do falante), quando o falante é considerado, a fala é ignorada e uma interpretação de veio psicanalítico vem à tona.

Se o fonoaudiólogo tem aceitado intervir no “corpo-orgânico” é porque o real do corpo está implicado na possibilidade de falar. Agora, o que isso envolve de problema relativamente à posição do terapeuta e aos efeitos dessa intervenção no falante, certamente exige uma reflexão, que não foi ainda tematizada (e deve ser). Ou bem a clínica de linguagem é “de linguagem” e enfrenta as conseqüências teóricas e clínicas desse assunção (alinha-se à consistência da clínica médica e psicanalítica)⁷¹, ou bem ignora a barreira teórica, cria uma outra consistência ou permanece mergulhada no hibridismo que dissocia o terapeuta em suas ações clínicas.

Procurei mostrar que abordar o sintoma seja pelo lado de “um sinal patológico a mais” pertinente a um quadro nosológico, como no caso de Chiari, seja pelo da Análise do Discurso como Palladino, seja pelo da

⁷¹ Um médico não faz a terapia de quadros que envolvam problemas neuromotores. O psicanalista não intervém no corpo.

Psicanálise, como no de Tassinari e Cunha, representam modos de afastamento de sua expressão na fala. Recobrir essa singularidade, contorná-la com explicações que anulam sua marca no corpo da linguagem, explicações que oscilam entre identificá-la a sinal de uma patologia outra ou ignorá-la na busca de um sentido oculto (“encoberto” ou “latente”) é, ao meu ver, não deixar-se interrogar, não sustentar a “falta de saber” que é, na verdade, o germe de uma possibilidade de poder enunciar “o que é um sintoma na fala” - condição necessária para que se possa definir a particularidade de uma escuta/interpretação na clínica fonoaudiológica.

Não quero dizer, com isso, que a Psicanálise deva ser ignorada naquilo que ela nos diz sobre o sujeito, sobre o sintoma e sobre a clínica. De fato, o sintoma na fala, enquanto “repetição sem ocultação nem evitação” (Lier-De Vitto, 2000c)⁷², diz de um sujeito como aquele da Psicanálise: “o sintoma é antes de mais nada, um ato involuntário, produzido **além de qualquer intencionalidade** e de qualquer saber consciente” (Nasio, 1993: 13) (ênfase minha). Essa repetição involuntária/inconsciente remete para uma **ordem significante**. Isso implica que o sintoma, enquanto significante, “é desprovido de sentido [...] não invoca, pois, **nem uma suposição do analisando, nem uma construção do psicanalista** [...] - o significante é” (p. 18). Ou seja, o “sentido latente” do sintoma não corresponde nem à suposição do paciente e nem ao sentido que lhe possa atribuir o terapeuta. Que o sintoma produz um efeito de signo, não resta dúvida: ele representa algo para aquele que sofre e para o que escuta. Essa é, contudo, sua face imaginarizada.

Importante é assinalar que esse modo de conceber o sintoma como signo é o que comparece em Cunha. Ela diz mesmo que seu modo de conceber o sintoma não se dá a partir “da ótica lacaniana da primazia do significante”(p.98).

Ora, apagar essa face do sintoma é abordá-lo como signo, render-se ao imaginário de uma “explicação/compreensão” e suspender o enigma que ele introduz. Significa tratá-lo pelo ângulo de uma causalidade e ficar no domínio do sentido, da “tradução compreensiva”. É, em última instância não se deixar interrogar por ele, ficar “em suspenso”, sustentar a “falta de saber”. Implicar o sintoma como significante é suportar a falta, é assumir que ele é involuntário e desprovido de sentido - é isso que rege a repetição. Disso decorre que o sintoma é “um significante [...] um acontecimento do qual não se domina nem a causa, nem o sentido, nem a repetição” (Nasio, 1993; 19). Isso a Psicanálise tem a ensinar, como se pode ler nos escritos de Freud e de Lacan.

Não se deve esquecer que na “falta de saber” da Fonoaudiologia sobre a Psicanálise, a clínica produz(ia) efeitos – e isso interessa considerar. Interessa indagar sobre “esse saber que não se sabe” mas que produz efeitos clínicos. Não é com o recobrimento desse fato que se chegará ao específico do sintoma e das interpretações fonoaudiológicas. Parece-me que, nesse ‘fazer sem saber’ está contido um ‘deixar-se ficar sobre o efeito do enigma’, mesmo que – e essa é a fragilidade da clínica de linguagem - ao ‘falar sobre a clínica’, o fonoaudiólogo o recubra. Quero dizer com isso que parece ser o caso do clínico de linguagem **ter uma escuta singular para a fala** – o problema está em definir o **que é a fala** para ele. Só assim é que se poderá dizer da especificidade dessa escuta. Certamente ele tem uma escuta para o que “repete”, insiste, e “faz furo no corpo da linguagem” - para o que é da ordem do significante mas é preciso reconhecer isso para que um discurso teórico-clínico conseqüente seja delineado.

⁷² Lier-De Vitto ressignifica essa expressão tomada a Felman (1980), quem a utiliza para falar da repetição da violação da promessa, em Don Juan.

Nessa direção, parece-me fundamental que em se tratando de linguagem a questão do sintoma, que é **no corpo da fala** (Lier-De Vitto, 1999b, 2000c), e que representa a demanda do paciente, exige que se estabeleça uma relação consistente com uma teoria de linguagem que não barre a possibilidade inclusão disso que o sintoma mostra - um sujeito que fala sem poder fazê-lo de outro modo. Entende-se por aí relação que estabeleço neste trabalho com o Interacionismo e minha pertinência ao projeto Aquisição da linguagem e Patologias da Linguagem. Quanto à Psicanálise, procurei mostrar que, como ela resguarda, acima de tudo, o sentido do “clínico”, esse campo tem o que dizer. Por essa razão, ela se fez valer em minha reflexão sobre o diagnóstico na clínica de linguagem. Os casos clínicos, que apresentei no capítulo anterior, deixam ver o efeito que reflexão psicanalítica teve sobre meu trabalho.

5.2 SOB EFEITO DA FALA: AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Tradicionalmente, após a anamnese ou as entrevistas com pais, tem início a avaliação de linguagem. Como mencionei no capítulo 2, um conjunto de testes/provas ou, ainda, observação de situações dialógicas são movimentados nas avaliações de linguagem. Entretanto, seria ela – a linguagem - mensurável e quantificável? Qual seria parâmetro, a linha divisória entre normalidade e patologia? Também, quanto as interpretações de situações dialógicas (que são plurais) informam sobre o sujeito e seu sintoma? Enfim, como avaliar o que **sabe/não sabe** um falante⁷³?

⁷³Recomendo, sobre esse tema, o artigo “Saber a língua e o saber da língua” (1991-aula inaugural, IEL), de Cláudia Lemos.

Importante é dizer que, no momento da avaliação, o clínico de linguagem não escapa de uma aproximação à Lingüística, seja ela consistente ou não. Vimos que Chiari, Palladino e Cunha lançam mão de uma terminologia pertinente ao campo da Lingüística para falar do sintoma (terminologia retirada das abordagens gramaticais, da Análise do Discurso, da Pragmática, do Interacionismo, da Pragmática Lingüística, etc). Parece mesmo necessário considerar, com Lier De Vitto (1995b, 1999b), que o encontro com a Lingüística é incontornável. Mas, como insiste a pesquisadora, esse encontro não é simples. Isso porque a face da linguagem com que lida um clínico é singular. Contudo, o uso irrestrito e indiscriminado da terminologia da Lingüística parece indicar que as dificuldades implicadas nesse encontro não são levadas em conta⁷⁴.

É preciso considerar, antes de tudo, que fala e falante não são ali proposições problemáticas. Sua heterogeneidade, sua ‘assistematicidade’ (Saussure, 1916), suas conexões irregulares são um impossível para a Lingüística (Lemos, 1982 e outros, Milner, 1978-1989; Glória Carvalho, 1995; Lier-De Vitto, 1999)⁷⁵.

Ao lado disso, como discute Lier De Vitto (op. cit.), a oposição normal vs patológico, não faz parte do programa da Lingüística:

“ ... nem a categoria “normal” nem a “patológica” lhe é pertinente, embora nela estejam implicadas oposições outras como correto/incorreto [gramáticas normativas] ou possível/impossível [gramática gerativa], sempre relacionadas à questão da

⁷⁴ Essa é uma discussão que é verticalizada e investigada pelos pesquisadores do projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem. Remeto o leitor a Lier-De Vitto (2000 RELATÓRIO) e aos artigos e dissertações já produzidas e publicadas.

⁷⁵ A “fala” na Lingüística tem o estatuto de *exemplo*, ou seja é dado que responde à questão da refutabilidade em ciência. Quer dizer, valida/refuta uma proposição empírica (ver sobre isso, Milner, 1989 e Lier-De Vitto, 2000CALAP)

refutabilidade de uma proposição empírica (Milner, 1989). Isso significa que os aparatos da Lingüística não foram forjados nem para tocar a linguagem “em uso”, nem para distinguir entre normal e patológico” (Lier-De Vitto, 2000b)

Respeitar restrições à aproximação parece ser uma das tarefas mais complexas para um fonoaudiólogo. Como abordar a fala dos pacientes? Como já disse, na avaliação, ele deve decidir e justificar porque determinados acontecimentos lingüísticos são considerados patológicos. Tal exigência tem movimentado a “aproximação utilitária” da Fonoaudiologia à Lingüística (Landi, 2000)⁷⁶. Quero dizer que ela nem sempre tem sido rigorosa. É, sem dúvida, no interior desse campo que **questões** sobre a linguagem são levantadas e discutidas em profundidade mas são exatamente “questões” que têm sido ignoradas pela Fonoaudiologia. Isso tem impedido que restrições sejam respeitadas, que se reconheça quais podem ser as “contribuições” da Lingüística à Fonoaudiologia e quais devem ser elevadas ao estatuto de questão. Em última instância não se tem podido pautar a natureza da relação possível entre esses campos. Por aí é que um clínico aceita descrever a fala desencarnada, que procede a uma **análise** da fala *strictu sensu* (Lier-De Vitto, 2000b). Ou seja, que deixa de fora o corpo que fala:

“do lado da lingüística, a eleição da língua como proposição problemática e o conseqüente afastamento da fala/desempenho do ceme das teorizações. Afastamento de que decorreu a desproblematização, também, do sujeito falante. Daí que essas marginalidades fazem necessariamente da fala patológica uma não-questão. Quanto ao outro lado, o da Fonoaudiologia, sua

⁷⁶ “Utilitária” porque passa ao largo de questões e se dirige a aparatos descritivos, exclusivamente.

participação nessa jogada [...] deve-se ao modo de aproximação à Lingüística, ao gesto de leitura desvitalizante porque, aparentemente, movido por uma “urgência” que prejudica o exercício da necessária paciência do conceito”(2000d)”

Não se justifica, então, que se diga que “a Lingüística não dê conta disso ou daquilo”: não faz parte de seu programa científico abordar a fala (nem o falante, portanto) e a polaridade normal/patológico está, também, excluída de seu domínio. Na verdade, o nó da questão é que o reconhecimento mas a não problematização da singularidade da fala patológica, tem sido responsável pelos movimentos desajeitados na direção da Lingüística. Não é legítimo cobrar dessa disciplina aquilo que ela não tem que responder.

Insisto que o fonoaudiólogo tem caminhado à margem da teorização sobre a linguagem e se autorizado a uma aplicação descuidada tanto de conceitos, quanto de instrumentais descritivos para abordar a "linguagem patológica". Sendo assim, pseudo-teorizações alinhavam pedaços incompatíveis entre si⁷⁷ (Landi, 2000; Lier-De Vitto, 2000d) e, para tocar a fala dos pacientes, faz uso irrestrito de aparatos descritivos da Lingüística.

Vê-se que o fonoaudiólogo aceita a "autoridade" dessa ciência: ele se dirige à Lingüística mas os frutos desse movimento deixam ver uma ‘incômoda inconsistência’, como diz Lier-De Vitto (2000d). Afinal, diz ela, a “Fonoaudiologia atribui à Lingüística um saber sobre o que ela ignora e, paradoxalmente, “saber” lhe é negado porque se apaga a teorização sobre a linguagem que essa disciplina produziu” (ver, também, Arantes 2000)⁷⁸.

⁷⁷ Assim, por exemplo, para tratar de problemas fonológicos, lança-se mão de Jakobson. Para lidar com o "sintático", Chomsky ou mesmo a gramática normativa são trazidos à cena e assim por diante.

⁷⁸ Comunicação em painel, no 6º Encontro Internacional de Pragmática (Reims, França) (1998- a sair).

A utilização de instrumentais descritivos faz o clínico cair na armadilha de reduzir o fenômeno patológico à violação de regras – ele toma a **regra** como “padrão” para medir o uso. Dois equívocos decorrem disso. O primeiro, abordado por Lier-De Vitto (1994-8), a partir de Milner (1989), remete à assimetria entre regra e uso: uma regra/proposição empírica resulta de um processo de regularização do empírico (que visa o invariante). Decorre disso, que o caminho de volta (o da aplicação da regra ao empírico), só pode subsumir uma radical assimetria – a regra só reconhece, nesse retorno, exatamente o que foi condição para seu estabelecimento – o regular, o invariante. Assim é que aquilo que “varia”, é resíduo/resto.

O segundo equívoco é avatar do primeiro, ou seja, se a aplicação de uma regra ao uso pode, digamos, isolar o invariante, ela despreza o resto - nada tem a dizer sobre ele. Como diz Andrade (2000)⁷⁹, é por aí que “as produções desviantes, heterogêneas em sua natureza, são homogeneizadas de novo na categoria ‘incorreto’. O problema para o fonoaudiólogo persiste: como singularizar o que é “patológico” no interior dessa homogeneização? Certamente, não pela aplicação de aparatos descritivos. Ele não pode, para isso, virar as costas para o que o interroga e fazer complemento à Lingüística. Vale dizer, com Lier-De Vitto (2000d)que:

“o problema está no gesto do pesquisador em sua aproximação à Lingüística [que, ao fazer complemento a ela, não pode] manter essa disciplina em posição de alteridade para que se sustente a **tensão da não coincidência**. Tensão, esta, que é balizadora da diferença entre essas áreas e impeditiva de movimentos de aplicação- esses sintoma de ‘degenerescência conceitual’ ” (a sair) (ênfase minha).

Como, tendo em vista o que foi discutido acima, abordar o sintoma na fala? Digo que o **uso** parcial e equivocado das teorias lingüísticas levou o fonoaudiólogo a manter uma relação enviesada com a Lingüística. Como, se essa disciplina não pode contemplar o “erro”, poderia ela abordar o “erro patológico”? Para o fonoaudiólogo interessa esse resíduo deixado de fora, ele “existe e exhibe uma verdade que embora não concernida no contorno estrito da Lingüística, continua pedindo explicação” (Lier-De Vitto, 1999 a).

É nesse ponto que o Interacionismo, proposto por De Lemos, pode incidir na reflexão de um clínico de linguagem, reflexão sobre o “erro”⁸⁰, esse resíduo que fica à “margem da Lingüística”⁸¹. Mas o que se pode observar no campo da Fonoaudiologia é que a leitura da proposta interacionista foi ingênua e resultou numa redução do termo “interação” a interação social (o que está, de início barrado nesta proposta). Entende-se porque, a Fonoaudiologia, que se aproximou desta vertente, fala em “observação de situações interacionais” – ou seja, o **diálogo** como “jogo da linguagem sobre a linguagem” é apagado em favor do comunicativo (Masini, 1989; Freire, 1990-; Hage, 1994). Daí que o particular do “erro sintomático” é empurrado, com o diálogo, para longe da mira dos fonoaudiólogos.

Não é por acaso, também, que os “processos dialógicos” não puderam render questões – foram “aplicados” para rotular “situações interacionais”. Dizia-se que a criança ‘era especular’, ‘complementar’ ou ‘recíproca’. Note-se, a criança toma o lugar do que **qualifica processos**, em Cláudia Lemos.

⁷⁹ Comunicação apresentada no 6º Encontro Internacional de Pragmática (Reims, França) (1998- a sair).

⁸⁰ Cláudia Lemos avança essa discussão em seus artigos. Também Rosa Attié Figueira, tem estado voltada para ela desde sua tese de doutorado de 1992. Em Glória Carvalho (1995), é tema de tese. M.T, Lemos (1994) ressignifica a fala da criança como “enigma”, em sua diferença com a fala do adulto.

⁸¹ Título do projeto de produtividade em pesquisa de Lier-De Vitto (CNPq).

Ora, processos de especularidade, complementaridade e reciprocidade não se referem à criança, mas a movimentos do diálogo. Importante é sublinhar que o que representava um esforço de teorização foi empirizado. Insisto, porém, que o prejuízo foi da Fonoaudiologia uma vez que a teorização no Interacionismo caminhou (Lemos, 1992, 1995, 1997, 1999, entre outros)⁸².

De fato, a ‘especularidade’ estenografa a recusa tanto da propostas inatista quanto de empiristas (comportamentalista ou construtivista). Ela faz ler que a aquisição da linguagem não é aprendizagem de comportamentos e nem de conhecimento. Ora, se especularidade é “incorporação sem análise” (Lemos, 1982, 1986), seria plausível interpretá-la como ‘aprendizagem/construção’? Isso, porém não pode ser lido pela maioria de fonoaudiólogos⁸³. Como disse, o Interacionismo caminhou e eliminou exatamente a possibilidade de empirização ao ressignificar ‘a especularidade’, ao fazer valer a *la langue* (as leis de referências internas da linguagem). Ou seja, processos metafóricos e metonímicos são alçados como explicativos do processo de aquisição da linguagem. É por aí que a noção de **captura** vem à tona – de captura da criança pela língua/fala. Só se pode, então, entender que a relação primeira da criança com a língua/fala é de **alienação** (‘incorporação sem análise’, como já dizia a especularidade) e que a ‘interação’ inclui a língua, “um terceiro” (Mota, 1995) que rege, inclusive, a relação entre falantes.

De fato, chama a atenção Lier-De Vitto (2000d), que a aproximação (sem adesão) ao Interacionismo implica reconhecer uma restrição imposta por

⁸² Devo dizer que outros pesquisadores filiados a essa teorização avançaram questões e aprofundaram discussões. Não os menciono aqui, mesmo porque eles foram mencionados ao longo deste trabalho.

⁸³ Faço exceção aqui, daqueles filiados ao projeto Aquisição a Linguagem e Patologias da linguagem do LAEL-PUCSP e, também, por alguns profissionais do serviço de Patologias da Linguagem da DERDIC.

sua teorização, a de que “a interação [seja] assumida como “triádica” - o que imprime uma diferença radical na natureza de reflexão que se pode encaminhar sobre as patologias de linguagem e sobre a clínica de linguagem”. Vale alertar, ao lado do que diz Lier-De Vitto, para que sempre se pode incorrer no vício da empirização, dizer que o paciente ou sua fala é “mais metafórico(a) ou mais metonímico(a)”, banalizar as noções de língua e de captura - o que seria, mais uma vez, evitar a necessária “paciência do conceito”.

Neste trabalho, entende-se que a **avaliação de linguagem** implica o diálogo (que implica o terceiro) e seus efeitos. Provas e testes de linguagem ficam fora de seu escopo. Afirmei em artigo de 1994, que com suas aplicações não se vai além de estabelecer uma “taxonomia às avessas” porque não permitem distinguir positivamente o específico daquilo que numa fala produz efeito de patologia. Elas podem, quando muito, assinalar o uso incorreto de uma estrutura sintática, de uma palavra, de um fonema, etc.. Segundo Andrade (2000): “O problema é que, embora os aparatos permitam identificar tipos particulares de violação, eles não podem **explicar** a natureza dessas ocorrências” (ênfase minha).

O que Lourdes Andrade assinala com “explicar” é um afastamento de descrições *strictu sensu* da fala da criança – uma das conseqüências da aproximação ao Interacionismo. De fato, se considerarmos que o sintoma é enigmático, como diluir essa afirmação com uma descrição, que tem efeito de evidência? Uma teoria é um espaço de questões, que articula noções e conceitos - são eles que movimentam a relação do terapeuta com o material clínico, que conformam o seu olhar: “Trata-se, portanto, de se propor uma interpretação voltada para a articulação entre a singularidade dos acontecimentos lingüísticos que têm lugar na clínica fonoaudiológica e a universalidade de um funcionamento ao qual a fala, tanto do paciente como do terapeuta, está submetida” (L.Andrade, 2000). “Explicar” é interpretar, é fazer render conceitos (não

aplicar), é explorar o vigor de uma teorização sobre a linguagem no singular de uma fala.

Esclareço, a noção de sintoma enquanto “repetição sem ocultação nem evitação” (Lier-De Vitto, 2000c), que não esconde o efeito da Psicanálise em sua formulação, não obscurece também a relação com a noção de “captura”. Eu disse “efeito” e não reprodução. Mas deve-se notar que essa definição remete a um particular, **ao sintoma** (não à ‘fala da criança’, nem a ‘conflitos inconscientes’) - sintoma no **corpo da linguagem** (‘um furo no corpo da linguagem’ - Lier-De Vitto, 1999b, 2000c), que em sua natureza insistente e involuntária faz aparecer **o corpo que fala**. É, de fato, sob essa ótica da não coincidência que teorizações são mobilizadas na avaliação de linguagem que avanço neste trabalho.

A relação ao Interacionismo (como à Psicanálise) exige considerar, também, o sintoma enquanto significante (enquanto acontecimento submetido à leis de referência interna da linguagem). Pode-se entender que é em algum ponto da articulação significante que o sujeito faz sua inserção, “ponto de subjetivação” (Milner, 1978: 65). É aí que ‘tudo pode bascular’: “a possibilidade de cálculo sintático cessa, a representação gramatical cede e os elementos articulados viram significantes” (p. 64), quer dizer, abalar o imaginário da identidade à língua. “Bascular” até ao ponto de fazer sintoma no corpo da fala e exibir a face enigmática de uma articulação puramente significante, como pontuou Lier-De Vitto.

Voltar-se à densidade significante da fala, ao lugar mesmo em que o sintoma está inscrito – lugar, também, em que pode ser erigida a singularidade de uma escuta do terapeuta de linguagem. Note-se que a questão de saber “qual é o significado do sintoma” é substituída pelo “**como o sintoma está articulado na fala**” e “**que efeitos ele produz/não produz na escuta do**

paciente” (e do terapeuta). Se a noção de escuta, particularizada na teorização empreendida por De Lemos (1992, 1995b, 1999) está implicada no que disse acima, não se pode supor, entretanto, que as interpretações da fala de pacientes possam ser resumidas a uma das três posições (ver capítulo 3) – há que se **fazer render a noção de escuta** no campo das patologias da linguagem (como, aliás, vem sendo feito por Lier-De Vitto e por pesquisadores/fonoaudiólogos sob sua orientação). No pano de fundo, nas avaliações de linguagem, movimentando as interpretações de falas de pacientes, presente está a questão: **“que natureza de relação este paciente entretém com a língua e com a fala (própria e do outro)”**⁸⁴.

Segmento 1:

(Esta criança, de 4 anos e meio, mostra um adesivo de time de futebol para a terapeuta)

T. *Olha que adesivo legal!*

P. **É meu.**

T. *Quem te deu?*

P. **A vó compô qui eu.**

T. *Ah, a vó comprou B., cê é saõpaulino?*

P. **Eu sou Santos.**

.....

(brincando com um bonequinho)

T. *Tá na hora dele tomá banho, né’?*

P. **Esse daí já tomô.**

T. *Ele tá prontinho e agora ele vai dormir?*

P. **Vai.**

⁸⁴ Se essa questão orienta a interpretação da fala da criança, ela tem podido servir como operador de leitura para outros campos. De fato, pode-se dizer que a reflexão encaminhada por De Lemos (pesquisadores filiados à sua reflexão), a partir de 1992, é uma **teoria de linguagem**, que ultrapassa o limite da Aquisição de Linguagem.

T. *Vai? Pode por ele prá dormir?*

P. **Põe, põe pámanhã ele tábaiá. Sinão ele num vai tabaiá também não.**

T. *Por que?*

P. **Por que? Por ... é como qui ele ... foi lá na esquina? Pá procurá. Só u outo.**

T. *Vai pôr aonde?*

Bem, abordar o diálogo é dizer da relação à fala do outro. Essa criança, como se pode ver, sustenta o andamento discursivo – suas falas são respostas a perguntas do outro e, também, são acolhidas como contribuições à seqüência dialógica. O que ela diz não perturba o diálogo. Contudo, sempre que “a contribuição” remete a um “dizer mais”, ela é:

- 1) ou um bloco cristalizado (De Lemos, 1982), quer dizer um enunciado integral que vem do outro sem erro ou hesitação (**Põe, põe pámanhã ele tábaiá. Sinão ele num vai tabaiá também não**). “Dormir”, na fala da T., parece trazer esse segmento de um outro texto que se cruza no diálogo, embora não fique propriamente ali como um corpo estranho, ou
- 2) é elíptica, hesitante (**Por que? Por ... é como qui ele ... foi lá na esquina? Pá procurá. Só u outo**).

É nesse ponto que se pode falar da relação da criança com a própria fala: ela repõe a fala de um outro, num texto outro e, ao dizer essa fala, é falada pela língua. De fato, a criança hesita e a hesitação mostra que, nesse intervalo, ela pára sem poder dar direção a sua fala. É aí que a língua faz presença, articulando metonimicamente pedaços de textos, de cadeias. Tem-se, então, uma sistematicidade que deixa o sentido em suspenso⁸⁵.

É importante sublinhar, que esse tipo de avaliação/interpretação deve produzir uma posição terapêutica. Quer dizer, deve indicar uma direção ao tratamento. No caso desta criança, a orientação que dei em supervisão foi:

menos que sustentar a seqüencialidade do diálogo, seria preciso suspendê-la, deixar aparecer o estranho no espelho. Disse que sem isso, o terapeuta ficaria alienado no diálogo dando sentido ao que está significado em outro texto e/ou recobrando com sentido aquilo que se apresenta desconexo. Enfim, procurei alertar para os risco do excesso de uma “tradução compreensiva”. Chamei atenção para que **interpretação** deve comportar silêncio e estranhamento e que a criança, para escutar-se, deve escutar-se no estranhamento do outro. Devo dizer, que essa pontuação produziu, de fato, mudança de posição da terapeuta em relação à fala da criança. Quero sublinhar que a interpretação da fala da criança e do diálogo refere-se à articulação significativa e não visa a o quê a criança quis dizer ou a um sentido oculto do sintoma. Tem razão Lier-De Vitto (1998) quando afirma, a partir de Deleuze, que “o que importa é a superfície e o que nela se passa: *o expresso torna possível a expressão...*[devemos nos ater] *ao interno do externo*” (p: 79). O que sugiro como avaliação de linguagem é uma relação à superfície significativa da fala e a seus efeitos sobre a criança, o outro e o diálogo.

Apresento a seguir, a avaliação de linguagem de três crianças que não falam, com o objetivo de mostrar sua particularidade. Nesses casos, o fonoaudiólogo é colocado frente à tarefa complexa e até mesmo bizarra de avaliar aquilo que não se presentifica – a fala⁸⁶. Na verdade, ele corre o risco de tomar o silêncio da criança como tela para a projeção de seu imaginário. Ou seja, para projetar, na criança, conhecimento sobre regras lingüísticas e/ou intenções pessoais ou comunicativas. Fato é que o silêncio não impõe restrições a projeções interpretativas do clínico.

⁸⁵ Isso lembra os monólogos da criança, interpretados por Lier-De Vitto(1994-8).

⁸⁶ Abordei esses casos em comunicação em painel, no 7º Encontro Internacional de Pragmática (Budapeste, Hungria - 2000). Os objetivos eram, então, outros. Discuti os limites de análises de cunho psicológico e de inspiração na Pragmática Lingüística. Esclareço que ele será publicado no livro “*Aquisição, patologias e clínica de linguagem*”, em organização por Lier-De Vitto.

Segundo entendo, deve-se levar em conta que essas crianças **não falam mas ouvem** e estão sob efeito da fala do outro. É necessário pensar, então, a distinção entre ouvir e escutar. Em 1994 falei da não coincidência entre audição e escuta. Mostrei, a partir de Barthes, que estas duas instâncias não são sinônimas, que audição é fenômeno puramente fisiológico e que escuta implica relação ao simbólico - remete, portanto, à linguagem. Vasconcellos (1999), em sua dissertação de mestrado, discute essa questão no que tange a crianças com paralisia cerebral. A pesquisadora afirma, também, que esses pacientes **não falam mas escutam** e sustenta que se há escuta é **porque há fala nessa escuta**. Ou seja, que num organismo barrado para a fala oralizada há fala na escuta – há corpo investido, atravessado pela linguagem. Ela distingue, assim, o **organismo** ou “*être vivant*” (nas palavras de Canguilhem), e **sujeito** ou “*parlêtre*” (nas palavras de Lacan) - corpo falado/significado e significante.

O que empiricamente sustenta a afirmação de Vasconcellos de que “há fala na escuta do PC” é a presença de marcas de oralidade na escrita desses pacientes que não têm fala oralizada. Note-se que sua interpretação refere-se a crianças que, em função de limitações orgânicas, não produzem sons articulados mas podem escrever e é, na materialidade da escrita, que se apreende a escuta, ou o modo de presença desses sujeitos na linguagem. Importa, para mim, que essas crianças não falam. Nisso, meus sujeitos e os dela coincidem. Importa, em última instância, que **não falar** não significa **estar fora da linguagem**.

Pode-se presumir, no caso de crianças pequenas que não falam, que elas estejam de algum modo sob efeito da linguagem? Minha resposta é afirmativa embora seja extremamente complexo discernir a natureza da escuta dessas crianças, ou melhor, é difícil precisar qual seria o modo de presença dessas

crianças na linguagem. Em que empiria, pergunto, sustentar minha inferência clínica?

Vou, agora, apresentar segmentos de avaliação de linguagem de três crianças: D. (4a), E. (5a) e F. (3a). Elas foram trazidas à clínica com a mesma queixa dos pais: "*ela não fala*". A queixa, "não falar", que subsume os três casos, não deve obscurecer a heterogeneidade que se abriga no sintoma "não falar". Um sintoma não é "coisa-em-si" é um significante aberto à leitura e sob ele - esse "não falar" - aparecem modos diferentes e singulares de relação dessas crianças com a linguagem.

Começemos com F., uma menina de 3 anos, que ao entrar na sala de terapia olha tudo que está a seu redor e, a seguir, vai rapidamente na direção de uma caixa de brinquedos.

Segmento 2:

(F. retirando objetos de uma caixa de brinquedos)

F. (retira uma seringa de plástico e mostra para a terapeuta, com expressão de susto):

F. /ú ú/ (mostrando a injeção)

T. (com uma bonequinha na mão, fala pela boneca) ...

Ai que medo! Eu não quero tomar injeção!

F. (sorri, pega a boneca da terapeuta e faz que aplica uma injeção no bumbum)

T. *Aí, aí, aí* (fingindo estar chorando)

(F. continua retirando objetos da caixa, enquanto T. 'monta uma cozinha')

T. (com uma mesinha de plástico na mão):

'F., afasta as cadeiras pra eu colocar a mesa'.

F. (afasta e arruma as cadeiras em volta)

T. *Vamo por os pratinhos?*

F. **ã?**

T. *Vamo arrumá os pratinhos? Vamo fazê papá?*

F.(faz com a mão gesto de “esperar”)

T. Vamo fazê papá? (aproxima o fogão e mexe nas panelas)

F.(acena que sim e pega uma colher para mexer as panelas)

T. *Olha, tem arroz/ feijão/ batata e macarrão.*(coloca a comida no prato)

F.(também começa a colocar a comida no prato)

T. (coloca uma boneca na cadeira e dá comida)

Papa tudo!

F.(começa a dar comida para sua boneca)

T. *Agora eu vou fazê suco.* (finge que coloca suco no copinho e dá para boneca)

F.(ela pega outro copo e dá para a boneca dela)

T. (falando pela boneca): *Aí, aí, meu suco acabou. F. me dá mais suco.*

F.(no mesmo instante para de dar suco para sua boneca e passa a dar para a boneca da T.)

T.*Bom, agora vamo lavar os pratos?*

F.(acena que sim, pega um pano que está no chão e começa a lavar os pratos).

Embora F. não oralize, podemos observar que esses segmentos não deixam de ser ‘dialógicos’, F. “não fala” mas se movimenta num texto ... “faz texto” (M. T. Lemos, 1992) ora através de incorporação de gestos da terapeuta, ora através de gestos que foram significados em outro lugar, em outras cenas, e que são expressões de um corpo já falado e que fala. Chama a atenção, também, que sua brincadeira é organizada – regida por um “texto”⁸⁷. É interessante notar ainda que F. modifica o curso de suas ações a partir da fala da terapeuta, o que me leva a dizer que ela é **afetada** por essa fala. Não seriam esses, indícios de que há fala na escuta dessa criança que não fala? Posso dizer, em palavras de Cláudia Lemos, que F. está capturada em redes de sentido: **F. tem uma "discursividade motora" e não é indiferente à fala do outro.**

⁸⁷ “Texto” como “rede de significação e sentido”, conforme De Lemos (1992, 1995) e Lier-De Vitto (1994-8).

No caso de F., a partir da avaliação, entendi que “a fala” deveria penetrar suas brincadeiras organizadas; que eu deveria, de algum modo, convidar essa criança ao diálogo. Menos que pedir para que me trouxesse ou indicasse “coisas”, passei sustentar mais o silêncio como espaço para a presença de sua voz. Quando prolongado, como na maioria das vezes era, eu a instigava com alguma pergunta. F. sempre voltava o olhar para mim e, como não respondia, eu “falava por ela”. Ou seja, fazia as duas vozes do diálogo. O efeito disso fez-se sentir: sua fala começou a ocupar lugar no diálogo.

Segmento 3

T. *o que que a gente faz no fogão?*

F. **(aponta o fogão)**

T. *Isso, o fogão, que quê a gente faz, hein?*

(silêncio)

T. *Faz papá, né? A mamãe faz papá prá você D?*

(silêncio)

T. *Ela faz, né?*

(contando histórias para a boneca, F. olha atentamente)

T. *Olha Lili, esse é o gatinho... Faz miau miau...*

Esse é o leão ‘grrrr...grrrr’ (Imita, com gesto, garras do ‘leão’ em posição de ataque)

F. (Sorri e **faz o gesto da terapeuta**)

T. *Olha D., conta prá Lili que bicho é esse!*

F. **grrr** (bem baixinho com o gesto de ataque)

T. *Nossa, e esse? Esse é o galo. Cocórocó Cocórocó*

Como ele faz, D.?

F. (sorri)

T. *Como faz o galo?*

Vale dizer que, após algumas sessões, é F. quem pega o mesmo livrinho e “mostra para a boneca Lili”. Ela imita o gato, o cachorro, o leão para todos os bichos do livro.

Passo agora a E., um menino de 5 anos. Ele entra na sala de terapia sem sequer olhar para mim. Entra, olha ao redor e aproxima-se da mesa.

Segmento 4

T. *Que que cê tá procurando? Olha, cê lembra deste?*

(encaixa as bolas do ábaco na ponta dos dedos e começa a bater)

E.(olha atentamente para a mão da T., coloca uma bola no dedão, onde faltava uma e, em seguida, começa a retirá-las e encaixar no pino do ábaco, sem respeitar o critério de cor)

T.(pega as bolas que estão no chão, encaixa nos dedos para ele retirar)

T. *O azul... o amarelo.*

E.(quando acaba de encaixar todas, pega a mão da T., leva até o ábaco para retirar as bolas)

T.(retira as bolas, encaixa nos dedos e canta)

E.(encaixa e desencaixa diversas vezes as bolas)

T. *Dá pra mim uma, dá? Vamo jogá bola?* (joga uma bola para ele)

E.(não olha para T. e recoloca as bolas no ábaco separando por cor. Separa todas, encaixa e as coloca de lado. Levanta e começa a andar pela sala)

T.(Pega um jogo de copos de encaixe). *Olha o copinho, vamo toma água com eles? Vamo?* (finge tomar água)

E.(pega os copos, pega as bolas do ábaco e encaixa nos copos de costa para a T.)

T. *E., olha aqui, E.! Vamo jogá bola?*

E.(não olha e começa a guardar os copos em ordem decrescente (por tentativas))

T. *E.! Pega a bola, pega. Tá aqui, pega ó.* (joga a bola para ele)

E.(não se volta para pegar)

.....
E.(começa a mexer numa caixa de brinquedos, pega vários garfinhos e faquinhas, faz pares de garfos e facas. Pega

T. *E., é um carro, é?*

um par e vai arrastando até o outro lado da sala, volta pega outro par e repete até chegar no último par. Acaba sobrando um garfinho.

T.E., tá faltando um.

E. começa a andar pela sala, olha em cima da mesa, afasta os brinquedos que estão no chão, abre as mãos de T., mexe novamente na caixa como se estivesse procurando algo).

*T. Não tem, tá faltando um
Perdeu ... não adianta.*

E., embora tenha chegado à clínica com a mesma queixa que F., tem outra relação com a linguagem e com o outro. Em primeiro lugar, é importante assinalar que ele não é afetado pela presença da terapeuta, nem por sua fala: nada altera o curso de suas ações. Não há, portanto, sequer ilusão de dialogia. Entretanto, E. "brinca". Ele separa bolas por cor, agrupa objetos aos pares, movimenta objetos como se fossem carrinhos e, até mesmo, acusa a ausência de objetos. É inegável que sua "brincadeira" tem certa organização e que ele atém-se a cada uma das atividades por tempo considerável. É preciso acrescentar, porém, que essas "brincadeiras" são reproduzidas de um mesmo modo e numa mesma seqüência – um mesmo insiste.

Há reprodução e não repetição, que sempre implica diferença, sempre envolve o jogo entre "mesmo" e "diferente". Que a linguagem está aí, não resta dúvida, mas a relação criança-língua é particular. Vale notar, ao lado disso, que esta criança "não fala" e "não deixa entrar a fala do terapeuta".

No caso de E., procurei espelhar seus gestos (modelar massinha, por exemplo, do mesmo modo que ele) e, ao mesmo tempo, fazer textos desses gestos. Quer dizer, ele fazia cinco rolinhos e os colocava lado a lado. Eu modelava a massinha como ele e dizia: "olha, vamos fazer os dedinhos ... são cinco dedinhos!". O efeito de interpretações como essa foi que uma alternância aí

apareceu: ele interrompia sua atividade e olhava para o que eu fazia. Eu parava e olhava para ele, que reiniciava sua atividade. Meses depois, em alguns momentos, pedaços de minha fala apareciam na fala da criança. Ao entrar na sala de terapia, olhava, por exemplo, para o pote de massinha, dirigia-se para ela e dizia sussurrando (e antes de pegá-lo): “cinco dedinhos, cinco dedinhos”.

Há ainda D. (4 a.), a terceira criança “que não fala”. D. não entra na sala sozinho, só com a mãe. No segmento abaixo, ela se aproxima da caixa de brinquedos, começa a retirar os objetos, pega um carrinho e começa a empurrá-lo pelo chão:

Segmento 5

T. *Olha o carrinho! Você vai passear? Olha tem um postinho, vamo por gasolina?*

D.(continua a andar com o carrinho, não olha para a T.. Volta para a caixa pega uma boneca, tira outros objetos, manipula-os rapidamente e deixa-os de lado)

T. *Olha tem um nenê, vamo fazer uma comidinha pra ele?*

D.(pega os carrinhos e coloca em fila e logo se afasta).

T. *Cê quer brincar de carrinho? Então vamo! Aqui, o postinho, vem por gasolina! Õ , assim.*(pega um carrinho, aproxima da bomba e começa "a encher o tanque").

D.(começa a andar pela sala, aproxima-se da mesa, pega os lápis e os joga no chão).

T. *Acho que por hoje tá bom. Vamo embora, quarta-feira você volta, tá?*

D. D., D.! óia lá a pipa. Vamo vê a pipa, D.?

T. *Pipa? Quem te mostrou a pipa?*

D. D. chama o Fábio prá ver a pipa!

T. *Foi seu pai que te mostrou a pipa? Foi?*

D.(vai em direção à mãe que já está em pé, para ir embora).

D., ao contrário de E. e mesmo de F., não se detém em uma atividade particular, manipula objetos rapidamente, algumas vezes leva-os à boca e não olha para a terapeuta - não entra no texto da terapeuta. Entretanto, ele surpreende ao produzir “um enunciado”, no final da sessão. Enunciado certamente estranho que exprime um desacordo entre **o que é dito e para quem é dito**.

Essa seqüência irrompe na voz de D., vem como um “corpo estranho” na voz dessa criança e não é dirigido ao outro. Seria esse enunciado “solto”, tão solto como os objetos que não movimentam uma brincadeira? A questão que coloco aponta para o estatuto enigmático desse caso. Mais enigmático, ainda, se levarmos em conta que, das três crianças, esta foi a que “veio a falar” mais prontamente no curso da terapia.

Quanto a D., limitei o número de brinquedos nas sessões (levava um ou dois). Num jogo de encaixe, por exemplo, retinha algumas peças e assim que a criança colocasse uma, eu imediatamente, colocava outra. Procurei conter a desorganização de suas atividades e fazer entrada restritiva. Certamente eu pontuava - falava cada gesto meu e dele.

Quando segmentos cristalizados emergiam em sua voz, eu incorporava partes deles e os devolvia para a criança enquanto uma pergunta para ela (como a última fala de T., no segmento acima). Pude notar, na leitura das transcrições que a criança não era afetada por essas perguntas. Contudo, quando eu repetia o mesmo enunciado, em outros textos, e repetia imitando a sua voz, ele parava e olhava para mim. Assim, por exemplo:

Segmento 6

T. *Olha o que eu tô desenhando!*

D. (mexendo no saco de brinquedos, em silêncio)

T. *Eu vô desenhar a pipa D.*

D. (silêncio)

T. ***Olha a pipa D, vamos mostrar a pipa pro Fábio, D! (imitando a voz e a entonação em que irrompia na fala da criança)***

D. (para sua atividade e olha para mim)

Cabe dizer que, se no segmento 5, esse mesmo enunciado aparecia na voz da criança sem que ela o estranhasse, sem que ela reconhecesse parte dele na pergunta da terapeuta dirigida a ele. Aqui, a criança para e olha para a terapeuta. D. parece reconhecer e estranhar sua voz em outro lugar.

Nos três casos abordados⁸⁸, pode-se notar que procurei de formas diferentes, como disse, “convidar a criança ao diálogo” para que, de algum modo elas pudessem ser “jogadas” no espelho, pudessem ficar sob efeito do Outro/outro. Em outras palavras, trata-se de fazer do que a criança diz ou faz, uma relação com a língua-fala. É por aí que a problemática da especularidade na clínica pode ser considerada, ela encontra sustentação na noção de

⁸⁸ Cabe ainda dizer que nas entrevistas os pais dessas crianças “sabiam a causa”, tinham uma “teoria” sobre o porquê do silêncio de seus filhos. Os de F., não se inquietavam propriamente com o silêncio de sua filha, diziam que estava “tudo bem com ela, que a criança era ‘perfeita’ e que ela só não falava”. A causa do silêncio havia sido atribuída a uma suposta surdez, embora os exames de audição negassem essa hipótese. Permanecia, para eles, a certeza de que o problema era orgânico mesmo que não detectado. Os pais de E. acreditavam num “trauma psíquico”: a criança teria presenciado uma briga do casal em que um deles teve ferimentos na boca, com sangramento. A mãe de D. remete o problema de seu filho a um estado “de nervoso na gravidez”, quando supôs que o marido estaria “tendo um caso” com outra mulher. Não vou incluir, nesta parte do trabalho, uma discussão sobre as entrevistas – o modo de lê-las foi abordado quando foram tematizadas acima. Quis mostrar que as “teorias” dos pais são singulares e que o que têm em comum é o fato de nenhum deles implicar-se no sintoma dos filhos: tudo se resolve numa resposta sobre a causa do silêncio. “Causa” que, mesmo que os inclua na cena traumática, os coloca também sob efeito da situação. De modos diversos, nos três casos, procurei implicá-los no sintoma da criança.

“reflexo”, de “espelho”. Diz mesmo do jogo dialógico de incorporações mútuas.

Se na Aquisição da Linguagem, com De Lemos, a especularidade é a “porta de entrada” na linguagem, posição primeira na língua/fala, a insistência desse processo na fala de pacientes fonoaudiológicos, embora estruturante de uma posição na linguagem, pode indicar um aprisionamento à fala/texto do outro⁸⁹. Isso significa que ela desempenha um papel que merece ser investigado. Quero dizer que, tendo em vista tratar-se de efeitos patológicos não se poderia ignorar que **um mesmo processo** se apresenta em falas ditas patológicas.

Esse ponto faz lembrar o mito de Eco⁹⁰. Essa bela ninfa, condenada por Juno, a **reproduzir eternamente a palavra do outro**, foi impedida de responder a Narciso, por quem era apaixonada. De pesar, Eco passou a viver nas cavernas, sua carne secou, seu corpo petrificou. Dela, só restou a voz em eco. Voz vazia de sujeito que corporificava a fala de outro (como vimos na fala de D.). Procurei conduzir a terapia no sentido de trazer para o diálogo o que caminhava fora dele, solitário, sem direção.

Essas crianças não puderam se reconhecidas como falantes em seus gestos e vocalizações. Elas não oralizavam (ou sua voz era preenchida por falas de outros) mas de algum modo falavam e essas falas traziam a presença maciça de uma reprodução paralisante que, por não serem movimentadas,

⁸⁹ Especularidade é definida por De Lemos como ‘incorporação pedaços da fala do outro em que a criança aliena’ - ponto de identificação/alienação da criança no espelho. Ela pode reconhecer-se (sem se conhecer) no espelho da fala do outro. Segundo Cláudia Lemos, é a língua em operação que, metonimicamente faz deslizar fragmentos de uma fala a outra, operação que metaforicamente estrutura no espelho que a criança diz. Importante é que especularidade envolve repetição que implica sempre diferença (e não reprodução) - envolve um jogo que imbrica mesmo e diferente. Isso porque a especularidade, como disse Teresa Lemos (1994), “*é atravessada pelo jogo combinatório da estrutura*” (p. 145).

⁹⁰ Agradeço a indicação desta leitura à Dra. Cláudia Lemos, quando da discussão desta noção em artigo a ser publicado – “As múltiplas faces da especularidade” (Letras de Hoje, PUCRS; no prelo)

petrificaram. Essas crianças estavam na ordem da linguagem mas numa prisão imaginária, sem poder “passar a outra coisa” (Allouch, 1995), a outra posição.

Esses acontecimentos são intrigantes para um fonoaudiólogo mas parece-me que eles têm se apressado em recobri-las. “Pressa”, que tem levado ao recobrimento do acontecimento clínico e à evitação de seu enfrentamento teórico (Arantes, 2000c).

Quis, com a apresentação desses casos e levantamento de questões, mostrar que numa avaliação de “crianças que não falam” é possível implicar a linguagem, ou melhor, uma reflexão lingüística particular na leitura desses quadros⁹¹. Uma reflexão que nos aproxime de sua lógica interna sempre singular em sua particularidade.

Não me parece um bom caminho descartar a ordem da língua e apenas registrar, fazer um elenco de comportamentos ou ações para, depois, recobri-los com um significado (expressivo e/ou comunicativo). Parece-me que teorizar sobre a relação criança-língua e apreender a heterogeneidade que se abriga sob o rótulo “não falar” é a direção que nos aproxima mais do entendimento desses casos. Entendo que o terapeuta não deve abdicar de sua posição de intérprete desses quadros. Ele deve, porém, deixar-se interrogar pelo “não falar” (não se apaziguar ao evelopar o caso num significado). Sugiro que o terapeuta deva “deixar-se interpretar” (palavras de Teresa Lemos, 1994): aqui, pelo “não falar” dos pacientes. Os exemplos acima, parecem mostrar que **há modos diferentes de “não falar”**. Se há modos diferentes de “não falar”, isso deve implicar “modos diferentes de interpretar” e de conduzir a terapia.

⁹¹ Digo ‘particular’, por razões já enunciadas neste trabalho. Quero dizer que deve ser uma que articule língua e sujeito. Nesse caso, penso que o Interacionismo pode favorecer uma reflexão particular sobre o particular da fala dita patológica. É nessa direção que Lier-De Vitto e pesquisadores do projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem” (LAEL-PUCSP) têm investido.

5.3 GRAVAÇÃO/TRANSCRIÇÃO: UM PROCEDIMENTO POLÊMICO.

Fiz menção acima a “transcrições”. Passo, agora, a tecer considerações mais pontuais sobre elas. A primeira remete à questão: “deve-se gravar/filmar (ou não) sessões de avaliação?”. Há aqueles, como Masini (1989), que dizem “não” porque:

“utilizar-se numa avaliação de linguagem de uma transcrição de um discurso já elaborado numa situação já vivida é trabalhar com monólogos mortos [...] **tentar compreender um discurso desvinculado de seu contexto lingüístico real**, é trabalhar com uma compreensão passiva (diferente daquela que garante a interlocução). A esta **compreensão passiva, só cabe a identificação de sinais, de formas lingüísticas**, desprovidas de qualquer sentido e portanto desprovidas também de valor” (p. 30).

Ao lado da ingenuidade contida na afirmação de que só há possibilidade de “compreensão da situação efetivamente vivida”, a fonoaudióloga apaga o fato de que aquele que transcreveu foi o mesmo que “viveu” a situação. Há ainda a suposição de que a única relação possível ao material transcrito é a de um ‘filólogo’ (como diz nesse mesmo trabalho) - é como se um texto escrito barrasse a possibilidade de interpretação.

Eu responderia à questão acima com um “sim”. Não porque que a transcrição resgate o vivido entre terapeuta e paciente (ela é inevitavelmente uma interpretação) ou porque ela possa servir como o “registro objetivo” que completa a escuta fragmentária do clínico. É certo que, como disse De Lemos

(2000), na gravação perde-se o corpo que fala e, na transcrição, perde-se a voz. A transcrição representa, porém, a possibilidade de um fonoaudiólogo responder ao como o sintoma se articula na cadeia significativa nesse resto visível de corpo e voz. Essa distância da clínica certamente situa o clínico de linguagem numa outra posição, posição que implica distância do efeito imediato da fala do paciente. Trata-se mesmo de um olhar diferente. Não aquele descritivo, suposto por Masini. A esse respeito Lourdes Andrade (2000) afirma que:

“Refletir sobre os efeitos da fala, enquanto fonoaudiólogos, é tarefa que exige, em primeiro lugar, uma tomada de distância daquilo que nos afeta diretamente - a circulação de dizeres na clínica. Afeta tão diretamente que não é possível, nessa posição, reconhecer ou discernir entre aquilo que nos afeta e a própria afetação. Quer dizer, **o imediatismo da fala na clínica não deixa lugar para uma separação nítida ou análise das falas que ali circulam**. Nesse momento, a afetação traduz-se como uma ‘resposta’ à presença daquele que fala. **Fala e falante estão, no instante em que uma fala se produz, indissolivelmente ligados. Um discernimento só pode ser produzido em momento posterior, momento de tomada de distância do instante em que a fala e seu efeito se produzem**” (ênfases minhas).

Distância necessária para responder às questões: “como é essa fala” e “qual a relação do paciente com a língua/fala/” que são, por sua vez, condição que é necessária para uma teorização sobre clínica (sobre a natureza do ‘diagnóstico’ nessa clínica de linguagem). Poderia o fonoaudiólogo contar unicamente com sua interpretação “em cena” para “avaliar a linguagem” de seu paciente? Poderia ele produzir um dizer sobre essa fala unicamente com

base nos efeitos que ela produziu nele no ‘instante’ mesmo da clínica? Entendo que não – ele só poderá desprezar gravação/transcrição se eliminar a instância da “avaliação da linguagem”.

A respeito desse assunto, falei em artigo de 1998 (Lier DeVitto & Arantes). Abordamos a passagem do “escutar” na clínica para o “ler” depois do clinicar e explicitamos 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 (p. 69).

De fato, só no ‘depois’ o fonoaudiólogo pode interpretar o material registrado. Mas, de que natureza é essa interpretação? A **escrita invoca a escuta** e a **escuta invoca a teoria** de linguagem que permite ler o material. Interpretação que não dissocia mas articula leitura e escuta. Tensão mesma entre universal e singular (Vorcaro, 2000; Andrade, 1998) - jogo cerrado que articula a universalidade de uma teoria sobre a linguagem com a singularidade da produção de um falante. Com isso, ainda que o fonoaudiólogo assuma posição do “investigador”, isso não significa que o material perca o seu caráter de “material clínico”.

Em supervisão de alunas da disciplina Avaliação de Linguagem, abordamos um caso que pode ilustrar a importância das transcrições. Trata-se da avaliação de C. uma criança de quatro anos e meio que, de acordo com os pais, até um ano e meio teve um desenvolvimento normal, inclusive de linguagem. Entretanto, seu desenvolvimento estancou e até mesmo “involuiu” (disseram eles), pois ele “*deixou de comunicar-se com os outros*”.

Durante a primeira sessão de avaliação, chamou atenção o fato dela vocalizar (gemidos, choramingos) durante todo o tempo. Sua vocalização apresentava grande variação melódica porém essas vocalizações não eram dirigidas ao outro-terapeuta. Uma vocalização contínua, sem interrupção. Observei a sessão e em seguida discutimos os aspectos que mais nos afetaram. De sua fala, pudemos dizer apenas que era uma vocalização contínua, sem sentido, um longo gemido. As alunas foram orientadas a transcrever a filmagem.

Na semana seguinte, elas voltaram surpresas porque, durante a transcrição, puderam reconhecer ‘pedaços de fala’. C. falava! Considerando que eu mesma havia observado a sessão e que nada pude discriminar, resolvi ouvir a fita com elas para mostrar que, quando fazemos uma transcrição, o fazemos “*da posição de falantes de uma determinada língua*” e que, muitas vezes, aproximamos fragmentos da criança a uma palavra, que atribuímos sentido a fragmentos (uma vez falantes, somos fadados a interpretar). Enfim, que deveríamos estar alertas para não atribuir ao paciente o que ele não produziu.

A surpresa foi então minha: de fato, naquele “choramingo”, apareceram “palavras”. Isso, nem mesmo minha escuta experiente para a fala de pacientes pôde detectar. Vejamos o que as alunas transcreveram:

Segmento 7

(Criança deitada no chão como se estivesse fazendo um bonequinho voar)

T. *Ele só voa, esse MINININHO?*

P. **uiui_Aõ ... / CAI_aqui_na_miamão_o_iiii~u_MIMIININHO**

(Criança deitada e movimentando um bonequinho no chão)

T. *Onde ele vai passear (...)*

Que que cê tá falando? Ah? Hein, C?

CAIU ... Você vai. Qué que foi?

P. **euunuum_so_aa_menininoonãããoo"**

.....

(Criança deitada no chão, olhando para suas mão levantadas. Segura um peixinho numa delas e um bonequinho, na outra)

T. *... cê tá querendo comê o peixe*

... Não pode pôr na BOCA o bonequinho...

P. **Ábriooo_BOCÃO** (levando o objeto a boca)

.....

T. *Olha o CAMINHÃOZINHO andando aqui no braço do C, ó!*

P. **UÔÔÔNIBUStaduulado**

A partir da transcrição da fita, em que se pôde ouvir palavras, na verdade, pôde-se ouvir mais – seqüências – o que permitiu dizer que esta criança falava. Isso é diferente de afirmar que “a criança apenas vocaliza com se estivesse gemendo”. Ou seja, a transcrição mudou a posição das alunas frente às produções de C. . Mais que isso, permitiu dizer algo a respeito dessa fala e desse falante - de seu modo de presença na linguagem. Foi, também, possível desconsiderar a suspeita (que nasceu na entrevista) de que ele rezava com a mãe – ou seja, que falava com clareza e que, na alternância entre segmentos da reza, ele ocupava o turno que a mãe dizia deixar para ele. É certo que essa fala era colada na do outro (como as acima apresentadas) mas não se podia mais duvidar que essa criança falava (mesmo que alienada à fala do outro).

Mais importante que isso e sob efeito disso, tal ‘descoberta’ produziu efeitos na fala da terapeuta que ao invés de falar durante toda a sessão, muitas vezes, ao mesmo tempo que a criança, pôde ceder espaço à criança e sua interpretação passou a incidir sobre a fala – deixou de ser descrições de suas ações (como nas primeiras sessões).

Vejamos mais um caso, o de uma criança que “falava bastante”:

Segmento 8

(T. e P, conversando)

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 do Elton. Aí minha mãe é meu pai do meu irmão, né? Só, aí e a Ana e o João, ó. Eles tem um filho, o Elton. Aí são ele mermo.

T. *Entendi nada de nada.*

P. O João...

T. *O João...*

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

Trata-se de uma menina de nove anos⁹², encaminhada para uma avaliação fonoaudiológica por sua psicóloga, em função de dificuldades articulatorias. Após a primeira sessão, a terapeuta-estagiária comentou que “*não via problemas na falada criança*” e que ela se indagava sobre a necessidade

⁹² Esse segmento faz parte de um artigo (Lier-De Vitto & Arantes), publicado na revista *Letras de Hoje*, 30 (PUCRS).

de terapia. Para ela, parecia mais tratar-se de ‘variação dialetal’ do que de um distúrbio de linguagem. Entretanto, ao transcrever as sessões diagnósticas, foi surpreendida pela quantidade de vezes em que disse à criança “*não entendi o que você disse*” e, ao ler as transcrições, deparou-se com uma desordem surpreendente no encadeamento da fala da criança. Disse estar perplexa com suas observações anteriores.

Esses dois casos servem para ilustrar o efeito da transcrição sobre a terapeuta: mostra que ela interfere na escuta para a fala – que o fonoaudiólogo lida com duas dimensões de interpretação, uma “em cena” no espaço terapêutica, e outra “fora da cena”. Pude notar que uma escuta penetra a outra, que não são dissociadas mas integradas. Vale chamar a atenção para o fato de que não há transcrição que não seja já uma interpretação por mais que seja guiada pela atenção, por mais que seja regida pela ilusão de “reprodução de uma fala”. Ora, aquele que transcreve, transcreve com sua “orelha de falante”. Por aí, a transcrição traz um tanto da escuta sessão, mesmo que a indague. Ela levanta questão sobre a escuta da fala. Vale notar que no caso de C., embora a terapeuta dissesse que só ouvia “choramingo”, ela disse “em cena”: “*CAIU*”, e ... “*CAI*” estava na fala da criança. Isso a transcrição pôde mostrar. No segundo caso, além de fazer aparecer a fala da criança, mostrou para a terapeuta a sua fala, suas muitas formas de dizer “*eu não entendi*”.

No segmento 7, mesmo que se reconheça que pedaços da fala do outro penetrem a da criança (‘MINININHO’, ‘BOCA-BOCÃO’, ‘CAMINHÃO-ÔNIBUS’), eles não são uma resposta ao outro, não exprimem reconhecimento do outro. A fala dessa criança é a de um corpo cuja voz articula fala mas uma fala desabilitada: diz de um corpo falado por uma fala anônima. Já, no segmento 8, a situação é bem outra. Vemos uma criança que responde ao outro, que marca presença no diálogo mas que não pode dar direção à sua fala. Assistimos a um

encadeamento seqüencial de termos mas que, enquanto tal, “não faz sistema” (M.T. Lemos, 1994, 1995) e que faz perder o sentido. Heterogeneidade que a transcrição não apaga e que faz aparecer o singular de cada caso.

Muitas vezes, sessões são filmadas e o terapeuta faz anotações após as sessões⁹³. Esse procedimento é fundamental no caso de crianças que não falam mas cujo corpo fala. Eu disse ‘fundamental’ porque não só pode-se assistir aos movimentos da sessão mas acima de tudo, ele exerce a função de contenção do imaginário do terapeuta que, afinal, deve produzir uma avaliação de linguagem que implica, sem dúvida, dizer algo sobre, por exemplo, o fato de uma criança ‘não falar’. Nessas transcrições, aparece um corpo que fala:

Segmento 9

T. *(abrindo o armário de brinquedos)*

P. *(olha para os brinquedos e aponta para duas caixas)*

T. *Você quer esses?*

P. [a: a: a:] *(fazendo movimento de cabeça interpretado como “sim”)*

T. *Esse aqui?* *(dá a caixa para P1)*

Olha! tem duas espadinhas no chão, uma azul, debaixo da mesa e uma verde, embaixo das almofadas. Pega a verde para mim.

P. *olha embaixo da mesa.*

T. *Eu quero a outra, que está embaixo da almofada.*

P. *vai até a almofada e pega a espada verde.*

⁹³ Esclareço que as discussões relativas ao procedimento de gravação/filmagem e transcrição de sessões são inúmeras e não serão exaustivamente abordadas neste trabalho. Esta discussão, em si, poderia ser tema de uma tese.

Nesse segmento vê-se mesmo que, embora a criança não fale, ela fala com o corpo e não está alheia ao outro - ela participa do diálogo. Quero dizer que a sessão registrada vem sem a voz e o corpo do falante mas esse registro não anula completamente sua presença na escrita da sessão. Penso ter podido mostrar a função das transcrições nas avaliações de linguagem em minha clínica.

Digo que uma fala não é desencarnada e acrescento que o material clínico transcrito pode dar indícios disso, disso que “em cena”, não escapa ao fonoaudiólogo. Insisto que a transcrição é uma etapa indispensável de uma avaliação de linguagem. **Ela não apaga a escuta do fonoaudiólogo e afeta a posição do terapeuta**, já que ela o indaga e indaga seu modo de presença na clínica. Não se considera absolutamente que, após a transcrição, ele passe a ficar mais em controle da sua fala. Considero, apenas, que uma mudança de posição frente à própria fala e a da criança acontecem. Enfim, na clínica de linguagem, a transcrição permite ler o diálogo, permite olhar a fala da criança, a do terapeuta e o jogo entre elas. Permite, acima de tudo, produzir “uma avaliação da linguagem” – realizar esse passo “diagnóstico”, no sentido de que ela permite, acima de tudo, dar direção ao tratamento.

Apreender o efeito patológico numa fala implica considerar aquele que fala. Daí que a transcrição não é mero “dado para análise”. É por aí que não é qualquer visada teórica que nos permitiria realizar uma avaliação que se quer clínica. De fato, como apontou Lier-De Vitto (2000b), por meio de uma análise lingüística *strictu sensu*, “não é “possível apreender uma fala/falha peculiar, uma marca de patologia [...] os instrumentais descritivos da Lingüística não podem captar isso que a orelha do falante de uma língua escuta, estranha e distingue”⁹⁴. Numa

⁹⁴ Lier- De Vitto afirma que o mesmo aplica-se à Pragmática, eles levam a resultados igualmente inconclusivos.

avaliação de linguagem, que é clínica, o dado não pode ser dado desencarnado, como disse. Mas, não se deve supor, como Masini, que a única possibilidade de uma leitura lingüística é gramatical *strictu sensu*. Esta é uma suposição ingênua, que não leva em consideração que ela não é aplicável (o que Masini supõe) e que há mais o que ler nesse campo – o da Lingüística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurei problematizar a instância diagnóstica na clínica de linguagem. Isso porque pude atestar que o termo “diagnóstico” circula inquestionado na Fonoaudiologia sob a forma imprecisa de um rótulo assumido como transparente. Termo, portanto, esvaziado de seu valor de conceito. Considerarei necessário proceder a um exame criterioso do tema nas raras propostas fonoaudiológicas com o intuito deixar aparecer vaguezas e, também, de cernir diferenças entre elas. Ou seja, procurei mostrar que há encaminhamentos diversos, mesmo quando o semblante é de um mesmo.

Em se tratando de clínica de linguagem, insisti (e insisto) que não basta falar de linguagem nem é suficiente advogar em favor da necessidade de envolver uma teoria de linguagem para pensar a clínica. Digo que é imperativa a assunção de um compromisso que faça render conceitos e noções da teoria de linguagem de que um fonoaudiólogo se aproxima e, acrescento, fazê-los render sem que acontecimentos clínicos sejam reduzidos a uma empiria posta à disposição de análises lingüísticas (ou psicanalíticas). Também, esta questão não se resolve a partir de colagens de fragmentos de discursos, como é freqüente em trabalhos de fonoaudiólogos.

A questão do diagnóstico está longe de ser precisada na Fonoaudiologia. Muitos séculos foram necessários para que a Medicina pudesse conquistar seu objeto e, assim, poder chegar ao “reconhecer/explicar” que definitórios do diagnóstico em seu campo. O gesto certo de Freud funda uma outra discursividade e redefine “diagnóstico” na Psicanálise. Temos, assim, que a conquista do objeto é gesto que antecede a circunscrição da instância

diagnóstica. De fato, a lição que essas áreas de conhecimento nos dão é a de que a definição de diagnóstico requer considerar **a especificidade do que está em foco em diferentes clínicas** – requer compromisso com o fenômeno que interroga.

Procurei explicitar o lugar a partir do qual minha reflexão se tece e indicar direções possíveis para reflexão sobre o diagnóstico na clínica de linguagem. Entendo que a aproximação ao Interacionismo e à Psicanálise pode favorecer o cotejamento dessa questão, desde que não se ignorem diferenças entre ‘métodos’ e ‘objetos’ próprios. De fato, sustento que a produtividade dessas relações só pode advir da identificação de diferenças: “A falta de uma delimitação cuidadosa de diferentes objetos e metodologias [...] favorece certas “condensações” que por diluidoras do rigor da trama conceitual ... não deixam de ter reflexos deformadores na prática” (Rudge, 1998: 8-9)

A relação de um clínico com a teoria é o “lugar da verdade”, como diz Nasio (1993). Mas é preciso entender o alcance dessa afirmação. Não que a teoria diga a verdade mas ela determina silenciosamente um modo particular de ação por efeito na escuta da cena clínica. Quero dizer que a teoria molda a leitura do clínico, daí a necessidade de rigor teórico.

Devo concluir dizendo que tratei, antes, de abrir uma discussão e de encaminhá-la até o limite do possível sem me esquivar ou ocultar a natureza da clínica que tenho conduzido. Em outras palavras, aponte para complexidade envolvida na questão do diagnóstico na clínica de linguagem porque suspeito de soluções apressadas. Assim, esta conclusão não é ponto final, é mais abertura de caminhos, é indicação de percurso a trilhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLOUCH, J. (1995) *Letra a letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

AUROUX, S. (1996-1998) *A filosofia da linguagem* Campinas: Editora da Unicamp

ANDRADE, L. (2000a) The status of linguistic data in language assessment procedures. M.F. Lier-De Vitto (org.) *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem* (a sair).

_____(2000b) Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica. *Letras de Hoje*, Porto Alegre: EDIPUC-RS (no prelo).

ARANTES, L. (1994) O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. M. F. Lier-De Vitto (org.) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*, São Paulo: Ed. Cortez (23-37).

_____(2000a) Produções desviantes sintomáticas: como não destingui-las das produções não sintomáticas. M.F. Lier-De Vitto (org) *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem* (a sair).

_____(2000b) Questions on speech therapy and diagnostic clinical interviews. Comunicação no 7th International Pragmatics Conference (Budapeste, Hu.)

_____ (2000c) As múltiplas faces da especulariade. *Letras de Hoje*, Porto Alegre: EDIPUC-RS (no prelo).

BARTHES, R. (1990) *O Óbvio e o Obtuso*. São Paulo: Nova Fronteira.

BENINE, R. B. (2001) *Distúrbios Articulatorios, Dislalias, Desvios Fonológicos: de que falam esses nomes?*. Tese de Doutorado (inédita). São Paulo: LAEL/PUC-SP

BERRY, M.F. & EISENSON, J. (1956) *Speech Disorders: Principles and Practices of Therapy*. Nova York: Editora A.C.C.

BERRY, M.F.(1969) *Language Disorders of Children: The Bases and Diagnoses*. Nova York: Editora A.C.C.

BRAZ, H. A.& PELLICCIOTTI, T. H. F.(1981). *Exame de Linguagem TIPITI*. São Paulo: Kronos Gráfica e Ed.

CANGUILHEM, G., (1966/1990) *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.

CARRASCO,M.C. O. *Anamnese ou Entrevista: desfazendo equívocos na clínica fonoaudiológica*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.

- CARVALHO, G. (1995) *Erro de Pessoa: Levantamento de Questões sobre o Equívoco em Aquisição da Linguagem*. Tese de doutorado (inédita) Campinas: IEL-UNICAMP.
- CHAUÍ, M. (1994) *Introdução à História da Filosofia- dos pré socráticos a Aristóteles, v. 1*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- CHIARI, B.M. (1992) O diagnóstico em Fonoaudiologia - um ponto de vista. B. Scoz; L. M. Barone; M. C. Campos; M. H. Mendes (orgs.) *Psicopedagogia- contextualização, formação e atuação profissional*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas (100-103).
- CHOMSKY, N. (1975) *Reflexões sobre a Linguagem*. São Paulo: Cultrix.
- _____(1988) *Language and Problems of Knowledge: The Managua Lectures*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- CLAVREUL, J. (1983) *A Ordem Médica*. São Paulo: Ed. Brasiliense
- COUDRY, M. I. (1988) *Diário de Narciso: Discurso e Afasia*. São Paulo: Martins Fontes
- COUDRY, M. I. ; SCARPA, E.M.(1991) De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar ou sistematizar o déficit. R. Rojo, M.C. Cunha; A. L. Garcia (orgs.) *Fonoaudiologia e Lingüística*. São Paulo: Educ.

CUNHA, M.C.(1986) *O Normal e o Patológico em distúrbios da comunicação* Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.

_____ (1997a) *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Ed. Plexus.

_____ (1997b) Diagnóstico Fonoaudiológico: sua natureza e função. Texto apresentado nos seminários de reformulação curricular da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP (inédito).

DÖR, J. (1991) *Estrutura e Perversão*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

FELICE, A. (2000) *Através dos discursos: a construção do saber na Fonoaudiologia*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.

FELMAN,S. (1980) *Le scandal du corps parlant: don Juan avec Austin ou la séduction en deux Langues*. Paris: Éditions du Seuil.

FONSECA, S. C. da (1995) *Afasia: A Fala em Sofrimento*. Dissertação de Mestrado . São Paulo: LAEL/PUC-SP.

- FONSECA, S. & VIEIRA, C. (1998) Afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas. M. F. Lier-De Vitto (org.) *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem* (a sair).
- FOUCAULT, M. (1954-1984) *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____(1963-1994) *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____(1969-1986) *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FREIRE, R. M. (1990) *A abordagem dialógica – uma proposta social em fonoaudiologia*. Tese de Doutorado. São Paulo: Programa de Psicologia da Educação, PUC-SP.
- FREUD, S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol.XII. (147-162). Rio de Janeiro: Imago .
- _____(1913) Sobre o início do tratamento. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol.XII (163-190). Rio de Janeiro: Imago.
- GORDON,R. (1996) *A Assustadora História da Medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro.

- HAGE, S. R. V. (1994) *Avaliando a Linguagem enquanto Atividade*.
Dissertação de mestrado. Campinas: IEL- UNICAMP.
- HENRY, P. (1992) – *A Ferramenta Imperfeita: Linguagem, Sujeito e Discurso*. Campinas: Editora da Unicamp.
- JAKOBSON, R. (1954-1969) – Dois Aspectos da Linguagem e Dois Tipos de Afasia. *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix.
- KAMMERER, T. (1989) Diálogo sobre os diagnósticos. Miller, J. A. (org) *A Querela dos Diagnósticos* Rio de Janeiro: Jorge Zahar .
- KAUFMANN,P. (1996) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1972/73-1985) Mais Ainda, *O Seminário, livro20*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar .
- LANDI, R. (2000) *Sob Efeito da Afasia: A Interdisciplinariedade como Sintomas nas Teorizações*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: LAEL/PUC-SP.
- LEITE, M. T. B. (1997) *Avaliação de Linguagem: revisando um passado recente* (inédito). Iniciação Científica, PUC-SP.

- LEMOS, C. T. G. (1981) Interactional process in the child's construction of language. W. Deustch (org) *The child's construction of language*. Londres: Academic Press.
- _____ (1982) Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralín* vol 3 (97-126). Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco.
- _____ (1985) On specularity as a constitutive process in dialogue and language acquisition. L. Camaioni & C.T.G.Lemos (org.) *Questions of Social Explanation: Piagetian Themes Reconsidered*. Amsterdã: John Benjamins.
- _____ (1986) A sintaxe no espelho. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, v.10 (5: 15). Campinas: IEL-UNICAMP.
- _____ (1992) Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, v.1, n. 1 (121: 136). Barcelona: Meldar.
- _____ (1995) Língua e discurso na teorização sobre a aquisição de linguagem. *Letras de Hoje*, v. 30, n. 4 (9: 28). Porto Alegre: EDIPUC-RS.
- _____ (1998) Native speaker's intuitions and metalinguistic abilities: what do they have in common from the point of view of language acquisition? *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, v. 33 (5: 14). Campinas: Editora da UNICAMP.

_____ (1999) *Em busca de uma alternativa `a noção de desenvolvimento na interpretação do processo de Aquisição de Linguagem*. Relatório de produtividade em pesquisa (CNPq). Campinas: UNICAMP: IEL (inédito).

_____ (2000) Error as na empirical challenge to cognitive approaches to language use: the case of language acquisition. Comunicação em Painel no 7th International Pragmatics Conference (Budapeste, Hu.).

_____ (2000) *Corpo e corpus*. Nina Leite (org.) *Corpo e Linguagem* (no prelo).

LEMOS, M.T. (1992) Sobre o que faz texto. *Revista Delta*, v. 8, n.1. São Paulo: Educ.

_____ (1994) *A Língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem*. Tese de Doutorado. Campinas: IEL/UNICAMP

_____ (1995) A fala da criança como interpretação: uma análise das teorias em aquisição da linguagem. *Letras de Hoje*, v. 30, n.4. Porto Alegre: EDIPUCRS.

LIER-DE VITTO, M.F. (1994) Apresentação (1: 22). M. F. Lier-De Vitto (org). *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez Editora.

- _____ (1995a) Língua e Discurso: à luz dos monólogos da criança. *Letras de hoje*, v. 30, n. 4. Porto Alegre: EDIPUC-RS.
- _____ (1995b) Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. *Revista de Distúrbios da Comunicação*, v.7, n.2 (163: 172). São Paulo: Educ.
- _____ (1998) *Os Monólogos da Criança: delírios da língua*. São Paulo: Educ-Fapesp.
- _____ (1999a) Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts. In Jef Verschoren (org.) *Language and Ideology* (344: 351). Antuérpia: IPRa & Authors.
- _____ (1999b) Questions on the normal-pathological polarity. M.F. Lier-De Vitto (org.) *Aquisição, Patologia e Clínicas de Linguagem* (a sair).
- _____ (2000a) The symptomatic status of symptoms: pathological errors and cognitive approaches to language usage. Comunicação em Painel no 7th International Pragmatics Conference (Budapeste, Hu.).
- _____ (2000b) Déficit na linguagem, efeito na escuta do outro, ou ainda ...?. *Letras de Hoje*. Porto Alegre: EDIPUCRS (no prelo).
- _____ (2000c) Patologias da linguagem: subversão posta em ato. Nina Leite (org.) *Corpo e Linguagem* (no prelo).

_____ (2000d) *As Margens da Lingüística*. Memorial de concurso para Professor Titular. LAEL/PUCSP.

LIER-DE VITTO & ARANTES (1998) Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, v. 33, n.2 (65: 72). Porto Alegre: EDIPUCRS.

LIER-DE VITTO & FONSECA (1998) – “Reformulação ou Ressignificação”. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, v. 27 (51: 60). Campinas: Editora da UNICAMP.

MACHADO, R. (1982) *Ciência e Saber*. Rio de Janeiro: Graal.

MASINI, M. L. (1989) *Em Busca da Linguagem na Avaliação de Linguagem*. Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.

MILLAN, B. (1993) *A Clínica Fonoaudiológica: análise de um universo clínico*. São Paulo: EDUC.

MILLER, J. A. (1987) *Percurso de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1997) *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MILNER, J. C. (1978a) *O Amor da Língua*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

_____ (1978b) *De la syntaxe à l'interprétation*. Paris: Éditions du Seuil.

- _____ (1989) *Introduction à une Science du Language*. Paris: Éditions du Seuil.
- _____ (1995) *A Obra Clara - Lacan, a Ciência , a Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- MOTA, S.B.V. (1995) *O Quebra-Cabeça da Escrita: a instância da letra na aquisição*. Tese de Doutorado (inédita), PUC-SP.
- NASIO, J.-D.(1993) *Cinco Lições Sobre a Teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- NOVAES, M. (1996) *Os Dizere nas Esquizofrenias: uma cartola sem fundo*. São Paulo: Editora Escuta.
- OLGIVIE B. (1988) *Lacan: a formação do conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- ORLANDI, E. P. (1987) A incompletude do sujeito - e quando o outro somos nós? *Folha de São Paulo*, São Paulo, Folha da Manhã (27/11/1987). Folhetim (4-5).
- PALLADINO, R. R. R. (1992) *Linguagem e processos clínicos*. Comunicação apresentada no 1º Simpósio sobre Comunicação da DERDIC (inédito).

_____ (1997) O diagnóstico em linguagem. Texto apresentado nos seminários de reformulação curricular da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP. (inédito)

_____ Questões sobre o diagnóstico fonoaudiológico em crianças. *Revista de Distúrbios da Comunicação*, v. 11, n.1 (111: 124). São Paulo: Educ.

PELBART, P. P. (1989) *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura-loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense.

PIPER, D.W. (1973) *Medicina para profesiones paramédicas*. Colombia: Ed. Libros Mc. Graw-Hill de México.

QUINET, A. (1991) *As 4+1 Condições da Análise* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

QUIRÓS, J. B. e D'ELIA, N. (1974) *La audiometria del adulto e del niño*. Buenos Aires: Paidós.

ROUDINESCO, E. (1992-1994) *Foucault: Leituras da história da loucura* Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

RUBINO, R (1994) Entre ver e ler; o olhar do fonoaudiólogo em questão. M. F. Lier-De Vitto (org). *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez Editora.

- RUDGE, A. M. (1998) *Pulsão e Linguagem – esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- SAUSSURE, F. (1916-1989) – *Curso de Lingüística General*. C. Bally e A. Sechehaye (orgs.). São Paulo: Cultrix.
- SOBRINO, A. (1996) Dizer o dito: a questão da interpretação na Fonoaudiologia. *Revista de Distúrbios da Comunicação*, v. 8, n.1 (23: 39). São Paulo: Educ.
- SURÓS, J. (1953/1964) *Semiologia Medica y Tecnica Exploratoria*. Barcelona: Salvat Editores.
- TASSINARI, M. I. (1995) *Relação Terapêutica na Clinica de Linguagem: o país de Alice nas vizinhanças da clínica psicanalítica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.
- VASCONCELLOS, R. (1999) *Paralisia Cerebral: a fala na escrita*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC-SP.
- VIEIRA, C. H. (1992) - *Um Percurso pela História da Afasiologia: Estudos Neurológicos, Lingüísticos e Fonoaudiológicos*. Dissertação de Mestrado. Curitiba: UFPa.
- VORCARO, A. (1997) *A criança na clínica psicanalítica* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

_____(2000) O estatuto do dado lingüístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, v. 38 (131-137). Campinas: Editora da Unicamp.