

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA LINGUAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – TEORIAS DO TEXTO E DO DISCURSO**

**O DIZER NAS AFASIAS:
O TRATAMENTO RECRIANDO SENTIDOS**

RENATA MANCOPES

ORIENTADORA: PROF^a.DR^a MARIA CRISTINA LEANDRO FERREIRA

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção do
título de mestre em Estudos da
Linguagem.**

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 2001.

“Ele chega sozinho de pijamas e chinelos, apoiado numa bengala. Empurra a mesa várias vezes e formula um palavrão. Indócil, não fala. Inconformado, tenta falar. Não consegue. Esmurra a mesa. Outro palavrão. A memória fervilhando, histórias querendo ser contadas. A memória das coisas estava lá, suas histórias, passado e presente. A memória das palavras, onde buscá-la, como tornar as palavras presentes? Ele esmurra a mesa.

(Tubero.AL. a História do Alfaiate: processo terapêutico de um afásico In:Freire(1996))

*Ao Arthur, por suportar a minha ausência e
dar sentido a tudo que faço.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo.

A Vovó Elena e a Dinda Flavia por se fazerem mães quando não pude sê-lo.

Ao meu pai (in memoriam) pelo legado que me deixou: estudar.

A Evandra, pela parceria de interlocução, pela ajuda com o francês e por ter acreditado em mim.

Ao amigo Fernando por usar as palavras certas no momento exato.

A Fga. Simone pelo carinho com que me acolheu no HCPA e pela mão amiga nas horas difíceis.

À equipe do HCPA, aos estagiários do setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria , ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação bem como a chefia do Serviço de Fisiatria por acolher minha pesquisa nesta instituição.

Aos pacientes do Setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria do HCPA por participarem deste trabalho.

À prof.a Dra. Maria Cristina Leandro Ferreira pela orientação criteriosa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por legitimar esse trabalho e por ser uma instituição de ensino pública, gratuita e acima de tudo, de qualidade.

A CAPES pela bolsa concedida que viabilizou a realização deste trabalho.

E a todos que acreditaram que esse trabalho seria possível.

SUMÁRIO

RESUMO	07
RESUMÉ	08
INTRODUÇÃO	09
1. FONOAUDIOLOGIA E ANÁLISE DO DISCURSO	13
1.1. Breve Histórico das Afasias	19
1.2. Descrição dos Quadros Afásicos	23
1.3. A Terapêutica Fonoaudiológica e sua Eficácia	25
1.4. Por Onde Entra a Análise Do Discurso	27
2. A NOÇÃO DE LÍNGUA E O PATOLÓGICO	33
2.1. Discurso e Silêncio	45
2.2. Afinal, o Silêncio é Patológico?	51
2.3. O Silenciamento	54
3. QUEM É QUEM NO PROCESSO TERAPÊUTICO	58
3.1. Os Sujeitos e Suas Designações	61
3.1.1. Considerações Metodológicas	64
3.1.2. Análise das Designações Atribuídas ao Sujeito Afásico	65
3.1.2.1. Relações entre as Designações Atribuídas a SA	70
3.1.3. Análise das Designações Atribuídas ao Terapeuta	72
3.1.3.1. Relações entre as Designações Atribuídas a ST	75
3.1.4. Análise das Designações Atribuídas ao Processo Terapêutico	76

3.1.4.1. Relações entre as Designações Atribuídas ao Processo Terapêutico	79
3.2. O Funcionamento Discursivo na Interlocução de SA e ST	81
3.2.1. Analisando as Determinações	84
3.2.1.1. Os Esquecimentos	87
3.2.1.2. As Imagens e Antecipações	88
3.2.2. Os Sujeitos e a Formação Discursiva	91
3.2.2.1. Relações entre as Posições-Sujeito	102
4. INTERPRETAÇÃO E TERAPIA	105
4.1. Uma Mudança: do Dado ao Fato	107
4.2. A Questão da Autoria na Afasia	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
BIBLIOGRAFIA	119

RESUMO

Este trabalho apresenta uma abordagem discursiva da afasia com o objetivo de refletir sobre o processo terapêutico fonoaudiológico à luz da Análise do Discurso, promovendo um redimensionamento dos lugares do terapeuta e do paciente, reorientando também as diretrizes do tratamento.

Realizamos um gesto de leitura que discute a noção de língua e a noção de patológico, considerando o erro como um elemento que é próprio da língua. Assim, o erro afásico pode transcender o lugar da doença e ser incluído como uma possibilidade na linguagem, apesar da afasia.

Nesses termos, propomos que seja incorporada aos estudos da fonoaudiologia a noção de real da afasia, concebendo-o como o limite do corpo que se impõe ao sujeito e com o qual há que se lidar, buscando re-significá-lo.

Ao real da afasia, somam-se, como determinantes do dizer afásico, o real da língua (o equívoco) e o real do discurso (o silêncio). Trabalhar no âmbito do discurso supõe essas dimensões e desloca o terapeuta para a posição de analista, já que propomos que ele atravesse a opacidade da língua para buscar os sentidos da produção afásica.

Fazemos uma reflexão sobre a questão da autoria na afasia, procurando legitimar o lugar de sujeito do discurso do sujeito afásico, garantindo-lhe a assunção da posição de autor no discurso.

Finalmente, discutimos o estatuto da interpretação na terapia, propondo incorporá-la ao aparato teórico da fonoaudiologia, visto que, diante dos fatos de linguagem, somos irremediavelmente convocados a interpretá-los, dar-lhes sentidos.

A interpretação emerge, então, como ferramenta de trabalho na fonoaudiologia, adquirindo uma nova especificidade: o que era descrição e decodificação, abre espaço para um gesto clínico que desloca sentidos e vai além da materialidade da língua.

RÉSUMÉ

Ce travail présente une approche discursive de l'aphasie en vue de réfléchir sur le procès thérapeutique phonoaudiologique sous la théorie de l'Analyse du Discours, en promouvant une redimensionnement des places du thérapeute et du patient, en réorientant aussi les directrices du traitement.

On réalise un geste de lecture qui discute la notion de langue et la notion de pathologique, en considérant l'erreur comme un élément qui est propre de la langue. Ainsi, l'erreur aphasique peut transcender la place de la maladie et être inclus comme une possibilité dans la langue, malgré de l'aphasie.

Dans ces termes, on propose qu'il soit incorporée dans l'études de la phonoaudiologie la notion de réel de l'aphasie, en le concevant comme le limite du corps qui se impose au sujet et avec lequel on devons lutter, en cherchant le resignifie.

Au réel de l'aphasie, s'ajoutent, comme déterminants du dire aphasique, le réel de la langue (l'équivoque) et le réel du discours (le silence). Travailler dans le sphère du discours suppose ces dimensions et déplace le thérapeute pour la position de analyste, puisque nous proposons qu'il soit traversé pour l'atonie de la langue pour chercher les sens de la production aphasique.

Nous faisons une réflexion sur la question de l'auteur dans l'aphasie, en recherchant légitimer la place du sujet du discours du sujet aphasique, en lui garantis l'assomption de la position d'auteur dans le discours.

Finalement, on discutons le statut de l'interprétation dans le thérapie, en proposant l'incorpore a l'appareil théorique de la phonoaudiologie, vu que, vis-à-vis de les faits de langage, nous sommes incurablement appelés à les interprète, lui donner sens.

L'interprétation émerge, alors, comme outil de travail dans la phonoaudiologie, en acquiris une nouvelle spécificité: ce qui était description et décodage, ouvre espace pour un geste clinique qui déplace sens et va au delà de la materialité de la langue.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa discutir questões da afasia sob um ponto de vista do funcionamento da linguagem. A escolha por esse objeto se deve ao fato de que muitas indagações a respeito do sujeito afásico e suas produções foram surgindo ao longo da prática clínica, quando percebíamos que os modelos técnicos disponíveis em Fonoaudiologia não pareciam responder integralmente ao que observávamos.

Através das experiências clínicas escutávamos uma história que marcava fronteira na vida do sujeito e influenciava de modo decisivo sua possibilidade de recuperação. Ao sofrer um acidente vascular cerebral, de uma hora para outra, o sujeito via mudar toda a sua história vivida até então, história esta que lhe dava nome e identidade. É como se ficasse reduzido a uma lesão cerebral. Ao verificarmos a tomografia e a ressonância magnética confirmava-se: lá estava a lesão, rompendo e definindo novos limites, mudando a história. Percebíamos que uma outra história estava sendo imposta ao sujeito a partir de então, uma história sem final feliz. Perguntávamo-nos sobre nosso papel nessa história, à medida que nos integrávamos nela justamente no ponto de uma ruptura.

Na abordagem tradicional de tratamento, a situação das testagens, utilizadas para avaliação, preconiza o trabalho com escores e resultados que se limitam muito mais a quantificar do que qualificar o *erro* afásico. Percebíamos também que as respostas dos pacientes, durante o processo de avaliação, eram muito reduzidas em termos de expressão e que suas construções apresentavam-se, quase sempre, mais entrecortadas e *desconexas* do que realmente podiam ser, conforme verificávamos na fala espontânea dos pacientes.

Na terapia, durante a realização dos exercícios, o que observávamos se repetir era uma submissão do paciente ao terapeuta, onde o primeiro limitava-se a seguir as instruções dadas pelo segundo. Seguiam-se a isso comentários por parte do paciente a respeito de sua incapacidade para falar, sobre não saber mais falar, não ter mais nada a dizer e sobre não se reconhecer mais no

que dizia. Em relação a isso, notávamos nos terapeutas uma tendência a responder com a clássica explicação sobre o que havia acontecido em termos da doença, sem avançar sobre as possibilidades que se poderia construir, apesar do impedimento orgânico. O tratamento conduzido por esses caminhos parecia ficar colocado mais como algo que, ao invés de distanciar o paciente do problema, reforçava sua patologia todo tempo.

Dessa forma, observávamos um paciente sem um *discurso* próprio, legitimando-se a partir do próprio tratamento fonoaudiológico como um sujeito marginal. Alguém que parecia ficar à margem dos sentidos. Alguns pareciam ir deixando de ser quem eram e, como uma fotografia antiga, perdiam os traços e os contornos, as cores iam desaparecendo até se apagarem. E sobre isso a Fonoaudiologia não tinha nada a dizer.

Os modelos técnicos foram se perpetuando ao longo dos anos e acreditamos que não tenha havido discussões mais profundas, em termos teóricos, sobre a linguagem e seu funcionamento fora do eixo lesão-sintoma. Assim, numa primeira leitura, as falhas dos pacientes afásicos foram sempre quantificadas e descritas, mas não foram pensadas em termos de seu funcionamento na produção dos sentidos na linguagem desses sujeitos. A partir do que acompanhávamos, tais questões nos pareciam importantes.

À luz da Análise do Discurso, este trabalho apresenta reflexões a respeito deste sujeito, que se torna afásico, em relação ao sujeito terapeuta que passa a integrar sua nova história e algumas implicações resultantes dessa relação. Muito há que se pensar e fazer na Fonoaudiologia e o trabalho que pretendemos empreender daqui em diante, analisando discursivamente a intervenção fonoaudiológica na afasia, talvez possa anunciar pontos principais a serem aprofundados.

Para discutir a afasia a partir do ponto de vista do funcionamento da linguagem, acreditamos ser necessário aproximarmo-nos de teorias que possam acolher e iluminar questionamentos da clínica. Pensamos que a interlocução com a Análise do Discurso (AD) permite nossa reflexão, na medida em que é uma disciplina que trata da linguagem e que não se esquivada de questões idiossincráticas. Ela se ocupa do sujeito e não promove seu

apagamento diante da língua. Através da AD, é possível trazer à cena a dimensão social do discurso; um ato lingüístico é uma ação sobre a língua que tem efeito no social. Tal teoria permite vislumbrar que o dizer é sempre determinado por uma exterioridade que lhe é constitutiva, que incorpora o ideológico e o inconsciente, mostrando a opacidade do discurso. Ou seja, através da AD é possível compreender que o ideal de uma língua transparente não passa de uma ilusão e que é preciso incorporar uma natureza mais profunda no trabalho fonoaudiológico, que transcenda os limites da palavra e alcance o trabalho com os sentidos.

Quanto à produção de sentidos, a AD considera-a vinculada à noção de sujeito, já que ambos constituem-se mutuamente. O sujeito é visto em sua dispersão e não como fonte de sentidos. Desse modo, ele não é o *senhor da língua*. Sujeito e sentido são determinados historicamente e não são naturais e nem transparentes. A AD vai promover o entendimento sobre a produção do sentido não apenas como um gesto de decodificação, mas como um processo mais amplo. Os sentidos são matéria prima de investigação e, dessa forma, é possível vincular a análise do *patológico* na linguagem com o que seria *sem sentido*.

Ao trabalhar com a noção de língua afetada pelo real, a AD possibilita a reflexão sobre a natureza do que seria o normal e o patológico na língua. Trabalha-se com a dimensão do impossível, do equívoco, daquilo que não se pode dizer. O sentido não é unívoco porque a língua não é completa, ela é constitutivamente falha, pois é atravessada pela dimensão do inconsciente. Acreditamos que essa seja uma possibilidade de reflexão para a afasia onde se rompe a ilusão do saber falar e onde vemos emergir falhas na produção do afásico. Pretendemos, neste trabalho, redimensionar o estatuto dessas falhas.

Nossa proposta é iniciar um novo gesto de leitura a respeito da afasia. Os aspectos levantados aqui buscam desdobrar os lugares das principais personagens do processo terapêutico, a fim de dinamizá-lo e ir além da topologia de uma lesão cerebral. Para empreender este trabalho organizamos nossa reflexão em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, apresentamos a relação de interlocução que estabelecemos entre a *Fonoaudiologia e a Análise do Discurso*, considerando esta última como ancoragem para o trabalho fonoaudiológico. Apresentamos também um breve histórico das afasias, a fim de entender o percurso histórico e as construções teóricas que foram definindo a afasia. Além disso, realizamos algumas reflexões sobre as intervenções tradicionais para relacioná-las com a nossa proposta. Cotejamos definições teóricas de conceitos fronteira para a Fonoaudiologia e a Análise do Discurso, como *língua, linguagem e sujeito*, propondo um redimensionamento dos mesmos. Propomos também a incorporação da posição de analista como uma atribuição do sujeito terapeuta.

No segundo capítulo, discutimos a *noção de língua e o patológico*, fazendo uma reflexão acerca do que possa pertencer a língua ou não. Buscamos, através da concepção de uma língua afetada pelo real, entender o erro afásico como um possível de língua que não deixa de ser linguagem enquanto tal. Relacionamos também a dimensão do funcionamento do silêncio e suas formas, como elemento para uma compreensão discursiva do silenciamento do sujeito afásico.

No capítulo três analisamos *o funcionamento discursivo do processo terapêutico* através da análise das designações atribuídas ao paciente, ao terapeuta e ao processo terapêutico; da análise das determinações e das imagens; e, finalmente, da análise dos sujeitos e suas relações com a Formação Discursiva. Propomos também, a partir das análises, a entrada do conceito de interpretação como fundamental para o trabalho fonoaudiológico.

Por fim, no capítulo quatro, discutimos *o estatuto da interpretação na abordagem terapêutica da afasia*, enquanto uma abordagem discursiva e suas implicações na questão da autoria do sujeito afásico.

Eis, portanto, de forma sintetizada, o que nos propomos a refletir neste trabalho a partir desse momento.

1. FONOAUDIOLOGIA E ANÁLISE DO DISCURSO

A Fonoaudiologia *diz-se* uma ciência cujo objeto de estudo é a linguagem. Entretanto, o modo como a linguagem é tomada no seio de uma abordagem tradicional não parece responder a alguns eventos que a prática clínica demonstra. Muitas vezes, na clínica fonoaudiológica, as palavras *não estão* ou *as que estão não bastam*. Há um algo mais que escapa ao toque da terapêutica tradicional e que aponta para um movimento maior no que diz respeito ao sentido do que se diz. A linguagem é um dos pontos em comum entre a Fonoaudiologia e a Análise do Discurso (AD), embora o objeto da AD seja o discurso.

O objeto da AD é o discurso e este se coloca como um lugar de reflexão; efeito de sentido entre interlocutores (Pêcheux,1975). O discurso envolve o processo de significação onde língua e história possuem uma materialidade e onde o sujeito é interpelado pela ideologia. No confronto entre o lingüístico e o ideológico é que a AD observa as relações de sentido.

O discurso é construído a cada reflexão. A AD não se coloca como um nível a mais de análise, mas instaura um ponto de vista diferente. O objeto da AD considera o funcionamento lingüístico (enquanto ordem interna) e as condições de produção (enquanto exterioridade). Mas, em AD, o externo é parte integrante do interno e ambos mantêm entre si tensões e contradições. Sob o ponto de vista do discurso, *“todo enunciado, toda seqüência de enunciados é lingüisticamente descritível como uma série de pontos de deriva, possíveis, oferecendo lugar à interpretação (Pêcheux, 1990:53)”*.

A partir disso, acreditamos que a AD pode funcionar como ancoragem para o trabalho da Fonoaudiologia, por pensar as relações entre linguagem e sujeito dentro de um funcionamento dinâmico e complexo. Essas relações vão além de uma superfície de significantes ou um eixo de comunicação, considerando o processo sócio-histórico e ideológico de constituição do discurso.

Pretendemos realizar um gesto de leitura crítico sobre a interlocução entre terapeutas e sujeitos afásicos. Para tal, cotejamos conceitos fronteira

que envolvem o trabalho com o referencial teórico adotado, tentando, desde já, posicionarmo-nos como analistas destes fatos.

Para a Fonoaudiologia, a linguagem em geral tem sido considerada sinônimo de comunicação. Assim, uma de suas bases teóricas assume que a comunicação é um objetivo fundamental do trabalho e um aspecto específico da espécie humana, pois só o homem *teria* linguagem.

Surreaux (2000) ao analisar o Discurso Fonoaudiológico, discute o objeto da Fonoaudiologia em sua relação com a história de constituição da profissão de fonoaudiólogo. A autora afirma que frente à necessidade de unificar um discurso para parecer uma profissão, fez-se uma costura discursiva fortemente heterogênea, com nuances que passam pelos discursos da pedagogia, da lingüística, da medicina, da psicologia cognitivista, do discurso técnico-mecanicista e do discurso científico.

Palladino (1996) comenta que a comunicação tem sido tomada como objeto da Fonoaudiologia, mas afirma, no entanto, que há necessidade de buscar um objeto específico, com uma ordem própria capaz de conferir a Fonoaudiologia um espaço também próprio.

O trabalho de Surreaux demonstra, através de suas análises, o quanto a comunicação limita a abrangência do que pode ser o espaço disciplinar da Fonoaudiologia, já que através desse enfoque a comunicação fica concebida como um instrumento de adaptação social. A autora destaca ainda, através do trabalho de Palladino, que tal objeto articula múltiplas ordens como a social, a psíquica e a somática, tentando conferir ao objeto um certo grau de completude por tomá-lo por vários ângulos, quase que por inteiro. A autora destaca também a necessidade de uma teorização maior na área.

Enfim, entende-se através do trabalho da autora, que a heterogeneidade constitutiva do Discurso Fonoaudiológico faz também heterogêneo o objeto da Fonoaudiologia, já que conforme a posição assumida dentro deste discurso (escolha essa determinada por escolhas inconscientes e ideológicas), será delineado o objeto. Surreaux destaca que esta é uma discussão polêmica e atual no campo da Fonoaudiologia e que as posições mais recentes têm provocado deslizamentos na tomada da comunicação como objeto. Pergunta

ainda se realmente “*seria a linguagem o objeto de estudo da Fonoaudiologia ou a linguagem numa concepção patológica (op.cit:36)*”. A autora afirma que há tendência em considerar como objeto a linguagem com alterações.

Pretendemos vislumbrar novos horizontes para a Fonoaudiologia e discutir questões da afasia sob um ponto de vista do funcionamento da linguagem, abrindo uma janela para refletir sobre o modo como são concebidas as noções de sujeito, língua e linguagem, já que da concepção adotada sobre essas noções decorrem a posição terapêutica e o lugar destinado ao paciente. Na Fonoaudiologia, normalmente, o que se vê é uma concepção de sujeito biológico ou psicológico. O sujeito biológico é aquele ao mesmo tempo universal e individual, equivalente a indivíduo. Ele tem relação com a dotação genética e com o orgânico; é o sujeito das visões médico-organicistas que garantem a integridade do orgânico e onde a linguagem deve se dar naturalmente. O sujeito psicológico, por sua vez, é aquele senhor de suas ações e de seu dizer. É senhor de um saber consciente que, a partir de suas capacidades perceptuais, apropria-se dos objetos; e são essas capacidades que devem dar conta da linguagem.

Em AD, entretanto, percebemos que a noção de sujeito vai mais além. O sujeito não é indivíduo, é uma noção a construir, não é dado a priori. Ou seja, não se pressupõe a existência do sujeito, ele é chamado à existência. Ele passa a sê-lo na medida em que o indivíduo é interpelado pela ideologia. Não resulta de uma coletividade pré-existente sob a forma de socialização dos indivíduos. O sujeito para a AD sofre uma dupla interpelação: inconsciente e ideológica. A marca do inconsciente toma o sujeito e faz com que ele funcione em liberdade como se fosse responsável pelos seus atos. Ser sujeito é um efeito ideológico. Para Pêcheux (1975), a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos: “...o indivíduo é interpelado como sujeito (livre) para livremente submeter-se às ordens do Sujeito¹, para aceitar, portanto (livremente) sua submissão...(op.cit.133)”. E ainda, é através dessa interpelação que se constituem mutuamente o sujeito e o sentido.

¹ S maiúsculo – sujeito absoluto e universal - . Lacan designa-o como o Outro e o inconsciente como o discurso do Outro (remete-nos para a constituição subjetiva concebida a partir da Psicálalise).

O sujeito do discurso é sobredeterminado, pois através dele fala a história. Na verdade, se fala do sujeito, se fala ao sujeito, antes que o sujeito possa dizer: eu falo.² Dentro dos pressupostos da AD podemos ainda afirmar que o sujeito não é a fonte do sentido, nem o senhor da língua e que sujeito e sentido são determinados historicamente.

Quanto à questão da língua, parece-nos que também não há uma discussão efetiva sobre o tema e talvez a concepção mais aproximada seja aquela do ideal da Lingüística, ou seja, uma língua transparente, autônoma que independe do sujeito. A língua sistêmica regida por leis próprias como a definiu Saussure (1995). Ou ainda a língua inata, meio automática proposta por Chomsky, que pode responder objetivamente entre o que é aceitável ou não, ou ao que está fora ou dentro dela.

Na AD, a língua é dotada de formas materiais opacas que oferecem resistência ao sentido. A língua funciona como a base material do discurso, através da qual é possível analisá-lo. A língua, então, se coloca como um *espaço de jogo* que permite a falha e o equívoco e não como um objeto homogêneo, fechado em si mesmo (Leandro Ferreira, 1998).

Ao trabalhar com a noção de língua na AD e a resistência que ela oferece na produção dos sentidos, entende-se não ser possível concebê-la enquanto um sistema dotado de transparência, univocidade e regularidade.

Para Leandro Ferreira, o princípio de transparência concebe a língua como veículo do pensamento, ajustando-se a ele. Contudo, essa concepção excluiria a história e a ideologia do âmbito da própria língua, estabelecendo uma relação termo a termo entre o mundo e a linguagem. Relação esta isenta de contradições.

Já, o princípio de univocidade concebe uma sintonia entre formas e sentidos como se pudesse haver interpretações unívocas para determinadas estruturas. Novamente aqui não existiria lugar para o ambíguo, o equívoco e o duplo sentido. Segundo esse princípio, este seria o lugar da completude.

² A noção de sujeito em AD será discutida com mais vagar por ocasião da análise dos sujeitos deste trabalho.

Segundo o princípio de regularidade a língua é homogênea e a relação entre os seus elementos é ordenada e regular. Desse modo, fecha-se o sistema que não recebe elementos indesejáveis.

Ao refletir sobre o impacto desses princípios na noção de língua, passamos a entender a impossibilidade de trabalhar com essa língua esterilizada e ideal. Parece-nos que há algo do sintoma afásico que por este viés soaria apenas como *impureza*. Através da interface com a AD, passa a ser necessário reconhecer os pontos de deriva no discurso que são constituintes da multiplicidade de sentidos. E, assim, talvez o dizer do afásico possa ir além de uma descrição de sintomas ou ainda da classificação *sem sentido*.

A AD pretende construir procedimentos que exponham ao analista essa opacidade do discurso e as ações estratégicas dos sujeitos. Ao fonoaudiólogo caberá posicionar-se como analista para que possa transcender a dimensão do sintoma e aproximar-se do real da língua e de seu impossível.

Ao contrário do que prega o princípio da expressabilidade, não se pode dizer tudo na língua. Isso mostra uma indeterminação própria das línguas onde a ambigüidade deve ser vista como lugar de resistência. Uma língua sem ambigüidades não é garantia de uma (*tão almejada*) comunicação eficaz.

Pêcheux (1990) afirma o espaço do equívoco e da falha como próprios da língua, não é um problema, ao contrário torna-se uma via de acesso à dimensão do real da língua. E a partir desse fato, segundo Leandro Ferreira (1998), é possível percorrer dois caminhos que acreditamos constituírem duas possibilidades de escolha também para o fonoaudiólogo:

- Terapêutica da linguagem: busca fixar o sentido legítimo das palavras; não aceita transgressões ao sistema, brechas, mal-entendidos;
- Subversão da linguagem: considera o espaço de jogo da língua, convivendo com a tensão entre a liberdade e a coação, a qual tanto abre caminhos quanto necessita de ordenamento. A língua significa justamente porque tem uma espessura e é atravessada pelo histórico. (op.cit:207)

Ao escolher um desses caminhos o fonoaudiólogo estará definindo seu objeto e sua prática. É certo que ao mobilizar possibilidades de efeitos de sentido e considerar a ambigüidade do discurso não é possível pensá-los em posições extremas. Ou seja, não é possível pensá-los apenas em termos de uma univocidade e transparência e nem a partir de uma plurivocidade absoluta. Deste modo, o sentido do dizer vai sendo descoberto a partir do ponto de vista dos sujeitos (determinados sócio-historicamente) envolvidos no processo de interlocução (essencialmente discursivo) e que, apesar de plural e ambíguo, não poderá ser qualquer um. Neste ponto, tal fato será visível ao fonoaudiólogo à medida em que se posiciona como analista do discurso do paciente e de seu próprio discurso.

Quanto ao conceito de linguagem, este tem dado mais trabalho ainda, porque alguns entendem-na como fala, como função mental superior (Luria), como manifestação do conhecimento cognitivo (Piaget), como função social (Vigotsky), entre outras muitas definições. Luria assume uma concepção de linguagem como manifestação do funcionamento cerebral, o que afirma a polarização lesão/sintoma, interno/externo, corrente nos estudos de afasia. Em Piaget, a linguagem é um desenvolvimento determinado pelo funcionamento cognitivo. Em Vigotsky, a linguagem não ultrapassa o estatuto de instrumento, assume uma função social-comunicativa ou psicológica-cognitiva (Vieira, 1992).

Assim, numa primeira leitura, parece que no interior da Fonoaudiologia, a ciência que tem como objeto de estudo a linguagem, ou mesmo a linguagem e suas alterações, esta não faz problema. Seja pela determinação biológica, seja pela sua exclusão do campo de questões, torna-se um objeto secundário e acessório. Dessa forma, percebemos que ao tratar dos termos sujeito, língua e linguagem como entidades distintas, a Fonoaudiologia promove o apagamento de um em benefício do outro e não há compatibilização teórica entre os conceitos. E a problematização desses conceitos constitui-se num primeiro passo para fazer avançar a Fonoaudiologia.

Na afasia percebemos, ao longo de nossa prática clínica, os riscos que o sentido ou o não-sentido acarretavam no processo de interlocução. Ao mesmo tempo, não encontrávamos no interior mesmo da Fonoaudiologia um campo

que acolhesse tais questões. Percebíamos o sujeito afásico distanciando-se da língua como algo que não mais lhe pertencesse. E sobre isso os manuais não tratavam nada. As questões da afasia pareciam restringir-se aos efeitos do discurso médico e técnico-científico. As questões da dinâmica cerebral e da topologia da lesão pareciam ser efeitos de sentido dominantes no discurso sobre a afasia.

Por isso, ao propormos uma reflexão sobre a afasia sob a ótica do funcionamento da linguagem, pretendemos retomar historicamente algumas questões sobre a mesma, a fim de dimensionar, ou não, nossas questões dentro deste contexto de estudos.

1.1. BREVE HISTÓRICO DAS AFASIAS

A partir do século XIX iniciaram as primeiras experimentações e estudos em afasiologia. A importância de conhecer o percurso histórico desses estudos dá-se em função do entendimento das condições de produção que os constituíram e que determinaram, e ainda hoje determinam, a abordagem da afasia.

Naquela época, o cérebro era um grande mistério e os anatomistas e fisiologistas, empenharam-se em decifrar suas funções. Data desse período os estudos que delimitaram o cérebro em lobos, em giros e a descoberta de sua uniformidade na espécie humana. Com Boilland em 1825, Broca em 1861 e Wernicke em 1874 entre outros autores, marcou-se o início da delimitação de centros específicos para a linguagem (Vieira,1992). Essas descobertas provocaram grandes debates, dada a diversidade das alterações de linguagem decorrentes de lesão em uma mesma área cerebral. Por outro lado, quando havia concordância de que uma determinada área era responsável por manifestações específicas, era a concepção de organização cerebral ou a de linguagem que diferia entre os autores. Foi o que ocorreu entre Broca e Wernicke (Vieira,1992). Ou então, a oposição era mais acirrada, com divergência em relação ao pressuposto inicial, isto é, negando-se a

possibilidade de localização de funções complexas como a linguagem, controvérsia esta entre Broca e Jackson. Este último afirmava que o máximo que os neuroanatomistas podiam fazer era localizar a lesão e os sintomas e jamais postular que a função normal estaria nesse determinado local se a lesão não estivesse, pois localizar sintomas é diferente de localizar função.

Freud, em 1891, também foi um crítico importante dessa época. Enfrentou o discurso organicista da medicina e se posicionou contrário às idéias localizacionistas. Com suas críticas, abriu espaço para a discussão da relação causal lesão/sintoma, uma vez que pontua a presença de sintomas afásicos como a anomia (incapacidade para nomear coisas e pessoas) e as parafasias (palavra inadequada ao contexto) como acontecimentos possíveis na fala de indivíduos normais, o que de certa maneira foi uma atitude despatologizante em relação ao tema.

Percebemos que desde o início a linguagem serviu como instrumento de evidência para os autores. Broca, em torno de 1861, afirmou que sua preocupação central se relacionava com a organização cerebral e o estudo da faculdade da linguagem articulada se justificava porque era a faculdade que melhor se prestava para ajudá-lo a desvendar a organização cerebral, por ser independente da inteligência e suas alterações serem facilmente constatadas. Broca avaliava a linguagem, pedindo para o paciente repetir, nomear coisas, contar fatos, além de verificar a integridade dos órgãos fonoarticulatórios. Já, nessa época, lamentava-se não haver estudos específicos sobre alterações lingüísticas e tratamentos para os pacientes, pois se acreditava que isso poderia esclarecer pontos obscuros sobre o cérebro. A partir da concepção de Broca temos até hoje a aceitação da área de Broca (parte inferior da terceira circunvolução frontal esquerda do cérebro) como área da linguagem. Havendo uma lesão nessa região ou próximo a ela, acredita-se que se instalará a Afasia de Broca.

Já Wernicke, interessava-se pelas alterações ditas de compreensão da linguagem. Essa dicotomia, compreensão versus expressão, se inaugura e perdura até hoje. Na verdade, esse autor estava interessado em distinguir doenças mentais (psiquiátricas) das alterações de compreensão da linguagem.

Declarou-se filiado à psicologia associacionista (origem do Behaviorismo) e acreditava que a linguagem era adquirida pela repetição. Postulava que a afasia sensorial (ou afasia de Wernicke) era decorrente de lesão no primeiro giro temporal esquerdo no cérebro (centro da imagem acústica – área de Wernicke), afetando a compreensão da linguagem oral. É como se o paciente passasse a ouvir uma língua estrangeira. O problema não é auditivo, pois ouve, mas não entende quase nada. Entretanto, é um paciente que fala e fala muito, mas sua fala apresenta alterações de sentido, por isso foi confundido com loucura por tantos anos. Wernicke dizia que o tratamento, nesses casos, deve ser por meio de muita repetição, para que a pessoa faça o pareamento daquilo que ouve distorcido, como o sentido que possui. É um re-aprender a linguagem, como se fosse uma segunda língua. E até hoje, a repetição como estratégia terapêutica faz presença nos manuais de reabilitação.

Já aqui destacamos um ponto. Sabemos que uma mesma palavra pode ora ser produzida ora não, dependendo do contexto. Isso põe em questão a situação artificial das testagens e mostra a importância das situações de uso produtivo. Desse modo, o que se chama de redução do vocabulário deve ser relativizado, visto que se fosse assim o vocábulo não seria dito em nenhuma situação. Sintomaticamente, os autores que levantam questões polêmicas, que trazem a linguagem para o centro da discussão, como Freud, foram autores para quem a Fonoaudiologia se tornou indiferente e, então, priorizou ser conduzida pelas mãos da neurologia.

Inúmeros autores, médicos e neurologistas, desenvolveram trabalhos na primeira metade deste século, período das guerras mundiais, em que a incidência da afasia aumentou muito em função das lesões focais por traumatismos. É interessante notar também, que a própria profissão do fonoaudiólogo já vem carregada dessa história, que envolve uma herança médica, ou seja, de um saber que se absolutiza e reflete uma certa hierarquia em relação aos pacientes desvalidos de guerra, a quem se deve ensinar. Entre os autores desta época, cabe destacar Goldstein e Luria que realizaram uma aproximação com a Lingüística. O resultado desse movimento foi o de aplicação do instrumental da área com intuito de descrição dos sintomas

observados. Não houve mudança no que se refere à relação de causalidade lesão/sintoma, relação essa que obscurece a linguagem. Jakobson, em 1953, comparece como um dos poucos lingüistas a reivindicar que a afasia seja tratada antes como um problema de linguagem e, portanto, concernente à Lingüística (Fonseca, 1995).

O que se vê até os dias de hoje na Fonoaudiologia é a concepção de linguagem como sinônimo de comunicação e a atitude descritiva frente aos dados lingüísticos, visando à classificação dos sintomas. Os parâmetros relativos à lesão e aos sintomas são compatíveis com a descrição neurofisiológica da patologia e como tais devem ser considerados. Mas, nada se fala da posição do sujeito em relação à língua e nada se diz sobre a clínica que permanece funcionando no estilo ensino-aprendizagem. Parece-nos que o deslocamento do eixo de causalidade lesão/sintoma é uma necessidade que pode dar lugar também para reflexões a respeito do funcionamento discursivo e a posição do sujeito paciente diante da língua e da linguagem.

Ao descentrar o olhar para além da relação lesão/sintoma, o fonoaudiólogo poderá permitir-se ver outros determinantes do dizer afásico. Ou seja, relacionar as questões orgânicas envolvidas na afasia nos parece apenas uma parte do processo terapêutico e aponta para o quê do corpo está comprometido. Tal aspecto guarda sua importância e relevância, já que diz também de um limite que determina a produção do sujeito afásico. Porém, se o fonoaudiólogo puder passar a enxergar essa outra dimensão do dizer, a dimensão do discurso, tal qual vimos propondo neste trabalho, acreditamos que poderiam surgir tanto novas possibilidades de entendimento do funcionamento do processo terapêutico quanto novas estratégias terapêuticas para promoção, re-criação e legitimação de sentidos no dizer do afásico.

Para um melhor entendimento do objeto deste trabalho, passamos a especificar, a seguir, os quadros afásicos conforme se classificam na prática clínica, já que este delineamento tem sido o mais aproximado em organizar os fenômenos fisiopatológicos presentes na afasia conforme Geschind & Benson (1984), Goodglass & Kaplan (1986), Damasio (1992), Chapey (1994), Helm-Estabrooks & Albert (1994) e Jakubovicz (1996). Pretendemos vislumbrar

brevemente, de modo mais explícito, as limitações decorrentes da síndrome afásica.

1.2. DESCRIÇÃO DOS QUADROS AFÁSICOS

A afasia é uma alteração nos processos de linguagem adquirida subsequente a um dano neurológico. As funções lingüísticas determinadas pela compreensão auditiva e visual e/ou expressão oral e escrita ficam desorganizadas ou severamente limitadas de acordo com o nível de lesão do Sistema Nervoso Central (SNC). Goodglass (1993) acrescenta que o princípio que acompanha o desenvolvimento do conceito de afasia é determinado por serem os sistemas motor e sensorial envolvidos com percepção, interpretação e execução de atos lingüísticos ou símbolos controlados, ao menos, por dois sistemas cerebrais independentes organizados. Um dos sistemas controla o uso dos órgãos da linguagem e o outro controla a não-linguagem sensorial e a atividade motora. As regiões atingidas que comprometem a linguagem prejudicam grandemente a capacidade para a interlocução. Estas lesões são causadas principalmente por acidentes vasculares cerebrais (Legh-Smith et al., 1987), podendo também ser subsequentes a traumatismo crânio-encefálico, tumores e processos infecciosos do SNC.

Para Damasio (1992), os pacientes que apresentam afasia não conseguem converter adequadamente as seqüências de representações mentais não verbais que compõem o pensamento em símbolos que constituem a linguagem. O mesmo ocorre com a organização gramatical. Tais comprometimentos específicos podem variar de função lingüística e em grau de severidade o que, segundo o autor, é causado pela disfunção em regiões cerebrais específicas. O indivíduo fica impossibilitado de usar a linguagem proposicional, que é adquirida quando da elaboração de atitudes abstratas através e em relação às situações de interlocução que surgem no ambiente (Chapey, 1994).

Há casos onde ocorre uma incapacidade para verbalizar sem o auxílio do ouvinte. Desordens sintático-semânticas com redução qualitativa e

quantitativa do discurso tornam a expressão oral bastante incoerente, embora fluente. Nos quadros não fluentes, há comprometimento da velocidade e qualidade articulatória. Associado a isso, em maior ou menor grau, aparece uma dificuldade para interpretar o que é ouvido ou lido. Globalmente, os aspectos da expressão oral, compreensão auditiva, nomeação, repetição, leitura e escrita ficam comprometidos em graus variados. Essas alterações lingüísticas dificultam as relações do sujeito, incapacitando-o para exercer suas atividades profissionais, dependendo de sua ocupação, até mesmo impossibilitando o contato mais simples no ambiente familiar. Essa limitação da linguagem gera muita ansiedade, tanto por parte do indivíduo portador do problema quanto por parte de sua família. Em decorrência desse quadro, o sujeito pode perder a motivação para a interação, principalmente nos casos de déficit severo.

Devido às diferenciações do comportamento lingüístico, existem vários diagnósticos que classificam as síndromes afásicas. Tais diagnósticos tradicionalmente são determinados pelo fonoaudiólogo através de provas clínicas e testes estandardizados. Uma avaliação tradicional da linguagem para estabelecer a tipologia afásica contempla os seguintes aspectos: compreensão e expressão da linguagem oral; compreensão e expressão da linguagem escrita; nomeação; repetição; leitura oral; linguagem automática (dias da semana, meses do ano) e fluência da fala.

A partir da avaliação são, então, determinados os quadros afásicos e conforme suas características a terapia tradicional enfoca aspectos determinados. Pelo exposto, é possível perceber que os portadores deste distúrbio, dependendo de seu nível de desorganização na linguagem, podem restringir seu contato nas interações familiares e em âmbito social. Essa limitação na exposição às situações de interlocução reserva ao sujeito uma condição ainda mais incapacitante, que não é apenas física e sim emocional e social. Corroborando, desta forma, a necessidade de mais pesquisas que busquem trabalhar a dimensão discursiva da afasia para que possamos avançar quanto à abordagem na intervenção fonoaudiológica devolvendo ao sujeito afásico a posição *falante* – interlocutor em um processo discursivo.

Para um melhor entendimento também dos rumos terapêuticos construídos até hoje dentro da Fonoaudiologia, pretendemos expor brevemente percursos que buscaram levar em consideração questões mais da ordem do contexto, ensaiando uma tentativa de saída dos limites da palavra isolada, unívoca e supostamente transparente.

1.3. A TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA E SUA EFICÁCIA

A terapêutica fonoaudiológica tradicional aborda os diferentes sintomas visando suprimi-los. Os modelos de tratamento, em geral, propõem para cada quadro específico³, atividades de *estimulação de linguagem* que se constituem em *exercícios* que o paciente deve realizar durante as sessões de atendimento e que visam à facilitação e retomada do funcionamento das habilidades motoras e neurológicas para a fala. A terapêutica da afasia é baseada na neuroplasticidade cerebral.

Contudo, observamos que há um centramento na supressão dos sintomas imediatos, sem a observância dos fatores que levam ao encadeamento da produção do paciente e do sentido envolvido nela como um todo. Assim, atividades como nomeação de figuras e repetições de palavras e frases são facilitadas pela percepção sensorial do *paciente*, onde muitas vezes ele obtém êxito. Mas as palavras ficam totalmente descontextualizadas e sem aplicação na vida social do sujeito.

Outras abordagens dedicam-se a uma certa *funcionalidade* da comunicação, onde o objetivo a ser atingido corresponde a que os pacientes consigam interações eficazes para atividades de vida diária como alimentação, vestuário e necessidades básicas.

³ O corpus desta pesquisa foi constituído pelo acompanhamento de tratamentos fonoaudiológicos realizados no Setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através de filmagens e posterior seleção e transcrição das fitas. Neste serviço utilizamos a classificação Bostoniana para caracterizar os quadros de afasia conforme segue: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Condução, Afasia Transcortical Motora, Afasia Transcortical Sensorial, Afasia Amnésica, Afasia Global, Alexia e Agrafia e Agnosia Auditiva. Ver Murdoch (1997:61-73)

Os trabalhos de Vignolo (1962) Sands & Sarno (1969) já faziam análise da eficácia do tratamento fonoaudiológico para pacientes afásicos e ambos descreviam evidências ligando o grau de recuperação à intensidade do tratamento e não especificamente à metodologia utilizada. Já Marshall (1982) descreveu que os pacientes afásicos reavaliados após tratamento fonoaudiológico que obtiveram maior evolução foram os mais jovens, os que tinham melhor saúde geral e que iniciaram o tratamento precocemente. Os pacientes que responderam menos favoravelmente foram os mais velhos, os que tinham sofrido acidente vascular tromboembólico, que tinham a compreensão pobre e estavam mais severamente limitados no início da avaliação. Este trabalho também não fez referência à metodologia utilizada.

Wertz et al. (1986) fazem considerações sobre a influência de fatores específicos para a evolução da afasia. Os autores novamente salientam a idade e a severidade da lesão como aspectos importantes e que também devem ser considerados o grau de inteligência, o nível educacional, o tipo de afasia e a etiologia do quadro como fatores de influência no prognóstico desta patologia.

A eficácia da terapia fonoaudiológica na recuperação da afasia mantém-se incerta, conforme descrito no estudo de Legh-Smith et al. (1987), por serem aplicados vários métodos em diferentes níveis de intensidade ou pela falta de grupos de controle nas pesquisas. Os autores referem que estes aspectos impedem critérios de comparação. Isto também é percebido nas conclusões bastante ímpares tanto do trabalho de Enderby (1996), que acredita que a terapia fonoaudiológica será efetiva apenas para pacientes com problemas específicos, quanto no trabalho de Allen (1990) que não determina qual método terapêutico influencia na recuperação da afasia, embora este último também afirme que devam ser feitas mais pesquisas para tal comprovação. Suas conclusões mais específicas referem à necessidade de mais terapeutas que realizem tratamento adequado e eficaz. Percebemos, através desses estudos, o quanto a área necessita de uma ancoragem teórica maior em nível qualitativo e que aponte para além da técnica. Parece-nos que além de metodológica, a questão da eficácia da terapia é também ética.

Alguns autores não acreditavam que terapias, consideradas convencionais, como a Técnica de Schuell descrita por Sies (1974), determinassem maior benefício que as orientações de apoio ou manutenção. Isto foi contraposto por Richardson et al. (1989) que, apesar de não descreverem sua terapia e concordarem com aqueles pesquisadores quanto à técnica referida ser muito antiga, acreditavam que um método, quando não efetivo, se devia ao fato de não focar as necessidades específicas de cada paciente. Acrescentam, ainda, que um programa de aconselhamento seria parte integrante do tratamento e não técnica exclusiva para *reabilitação* da linguagem.

Após analisar as pesquisas descritas e sua multiplicidade de conclusões, citando aqui apenas alguns dos trabalhos sobre o tema, entendemos a necessidade de refletir sobre a afasia para que sua terapêutica contribua para um máximo de reabilitação possível e que faça sentido para o sujeito paciente. Embora alguns autores destaquem que, sob o aspecto neurofisiológico, o importante é o estímulo e não necessariamente a metodologia utilizada, há outros que descrevem a pertinência de focar as necessidades específicas do paciente, ou seja, remetem para a idéia de uma contextualização maior das atividades terapêuticas.

Este trabalho não tem a intenção de criar novos métodos terapêuticos de imediato, mas analisar as produções do sujeito afásico numa interface entre a Teoria da Análise do Discurso e a Fonoaudiologia. O enfoque quer resgatar aquilo que é sentido de linguagem para o sujeito, não limitando sua produção ainda que falha, retomando a interpretação dos significantes alterados. A proposta difere, com isso, das intervenções tradicionais que criam uma abordagem supostamente artificial em sua aplicação e não retomam ou, se retomam, não de forma efetiva, a vivência discursiva do sujeito.

1.4. POR ONDE ENTRA A ANÁLISE DO DISCURSO

Desde o início deste capítulo vimos que a Fonoaudiologia priorizou, no caso do tratamento das afasias, ser conduzida pelas mãos da neurologia e parece-nos que não houve avanço para a reflexão sobre o que seria realmente o papel do fonoaudiólogo diante do sujeito afásico em sua relação com a *língua perdida*.

O terapeuta da linguagem não pode ser aquele que *ensina* a língua, assim como o paciente não é alguém que *aprende*. Não é mostrando ou apontando que a língua tornar-se-á evidente a ele. Tfouni prefaciando Freire (1996b) diz que é impossível ver a língua *de fora* quando estamos sempre *dentro* dela. Acrescenta ainda, que a linguagem não é um objeto contemplado ou compartilhado e que é por meio de práticas discursivas que a prática terapêutica deve se instalar. A autora afirma que o terapeuta pode, a partir de um modelo teórico, sair das concepções tradicionalmente vigentes e propor usos clínicos a partir da teoria. No dizer de Tfouni, assim é possível que o terapeuta da linguagem deixe de ser uma espécie de *professor particular* – como acaba sendo concebido nas terapias tradicionais – e assuma uma posição de interlocutor privilegiado porque, a partir de sua especialização e fundamentação teórica, vai permitir o acesso ao simbólico/discurso para um parceiro que, por razões patológicas, foi excluído deste simbólico/discurso.

Para teorizar sobre a transformação de alguém em falante é necessário conceber uma relação entre o sujeito e a língua, pois essa transformação trata de uma mudança de posição do sujeito em relação à língua e não de um aumento de conhecimento pura e simplesmente.

No caso da afasia não se trata de um conhecimento perdido e reorganizado. Sob este ponto de vista, o que ocorre na afasia, em função do dano cerebral, é justamente um *estremecimento* na relação do sujeito com a língua. Por isso para a eficácia do trabalho terapêutico é necessário ir além dos dados topológicos da lesão e da determinação dos sintomas.

Através da Análise do Discurso é possível diferenciar o olhar sobre a afasia e a relação do sujeito afásico com a língua. As situações terapêuticas

encontradas até então na prática clínica, mostravam uma forte tendência a bloquear as tentativas produtivas do sujeito afásico através, principalmente, da categorização do erro.

Dentro de um referencial de AD há espaço para pensar a partir da relação sujeito-língua e há também espaço para pensar o erro afásico para além de uma expressão de um não-saber, como resultante desse estremecimento da relação do afásico com sua língua. *Erro* então, como um possível de língua, como algo não estranho ao seu funcionamento. Erro que diz também da posição do sujeito na língua e na linguagem. Assim, a reflexão sobre o patológico ganha uma nova possibilidade. Esse caminho só se faz, segundo Tfouni (In Freire ,1996b:6): *“dentro da linguagem e não mostrando-a, apontando-a, treinando-a, definindo-lhe as regras gramaticais, mas nos seus usos que são sociais por natureza.”*

Este trabalho posiciona-se na perspectiva teórica da Análise do Discurso porque não concebe uma evidência na língua enquanto transparência de sentidos e sim uma opacidade que oferece resistência na língua. A afasia é uma patologia de linguagem onde a ordem da/na língua e os sentidos estão em risco. Portanto, é preciso investigá-la a fim de entender o que pode ser possível e impossível nela, para que se possa, então, discutir esse *risco*.

Milner (1987) afirma que na língua tudo não se diz. Existe nela constitutivamente o domínio do que pode ser dito – o possível, e o do que não pode ser dito – o impossível; falar de língua é falar da falta já que tudo não se pode dizer. Para Milner sempre faltam palavras para expressar algo e existe o impossível a dizer que é entendido como agramatical. Dessa forma, a incompletude se inscreve na língua dando lugar às falhas e aos equívocos, como elementos que lhe são próprios.

Para a AD a existência de falhas e equívocos na língua não significa um ponto negativo, já que os considera essenciais no trabalho com os sentidos. Para a AD, na constituição do sentido, entram em jogo as condições de produção e as posições ideológicas, não há um sentido em si mesmo. Pêcheux (1975) afirma isso dizendo que o sentido é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras

são produzidas. A situação terapêutica é uma situação discursiva que vai envolver posições específicas para os sujeitos em questão: paciente e terapeuta.

No trabalho com as patologias de linguagem há questões importantes a discutir e é necessário aproximar-se de teorias que possam acolher e iluminar questionamentos da clínica. A interlocução com a AD deve ser mantida com esse fim. Freire (1996a) destaca que a AD configura-se como um instrumental teórico de análise que, ao incorporar o ideológico e o político, permite o estudo da relação entre as representações sociais do patológico enquanto desvio de norma e a estrutura do processo terapêutico fonoaudiológico. É ainda essa teoria que, ao submeter o discurso à descrição lingüística, aponta para a impossibilidade de separá-lo da interpretação, ou seja, da sua relação com o outro. Tais aspectos permitem pensar a relação dos discursos – do fonoaudiólogo e do paciente – como estruturados e estruturadores da própria terapia de linguagem (op.cit:140).

Freire (1996a) afirma que conforme a postura assumida na terapia pode-se dizer que esta constituiria o confronto de dois discursos: o do *bom falante* e do *mau falante*. E novamente seria possível localizar o sujeito afásico colocado como incapacitado justamente por aquele que deveria ter a estratégia discursiva de aproximá-lo de uma fala não patológica.

Para que o fonoaudiólogo não se constitua como um interlocutor qualquer, ou seja, para que ele possa ocupar o papel de terapeuta, será preciso, inicialmente, o seu deslocamento para o papel de analista de seu próprio discurso, do discurso do sujeito paciente e da situação discursiva instaurada. Esse trabalho é possível através do que Orlandi (1999) chamou de escuta discursiva. A análise discursiva deve explicitar os gestos de interpretação que se ligam aos processos de identificação dos sujeitos, suas filiações de sentidos, no dizer da autora: descrever a relação do sujeito com sua memória. Nesse trabalho há uma inter-relação importante entre descrição e interpretação. Será tarefa do analista fazer a distinção entre ambas a fim de compreender o processo em análise.

Orlandi destaca que interpretação pode aparecer em dois momentos da análise. Num primeiro momento, a interpretação faz parte do objeto de análise, ou seja, o sujeito que fala interpreta e o analista vai procurar descrever o gesto de interpretação do sujeito que constitui o sentido submetido à análise. Já, em um segundo momento, não pode haver descrição sem interpretação. Aí se torna necessário que haja uma mediação teórica, através de um dispositivo de análise, que intervenha na relação do analista com os objetos simbólicos que analisa.

Tal dispositivo deve produzir, no analista, um deslocamento na sua relação de sujeito com a interpretação. Só assim, ele poderá trabalhar no entremeio da descrição com a interpretação. A posição do analista não é neutra, mas deve ser relativizada. Por isso, dissemos que o fonoaudiólogo deve primeiramente deslocar-se para o papel de analista de seu próprio discurso⁴.

Além disso, a AD dispõe de reflexões importantes que podem contemplar outra questão interessante e que diz respeito ao sujeito fonoaudiólogo em particular. Parece que, historicamente, ele é concebido como o *bom falante*, o doutor, dono do saber, aquele que deve ensinar o *como* e o *que* falar. Diante de um paciente, o fonoaudiólogo normalmente põe-se a falar, dando significado com suas palavras a tudo o que o paciente diz. Faz isso diante do que o paciente diz mal, ou pior do que isso, diante do que ele não diz. Enquanto fala, o fonoaudiólogo parece querer *controlar* o *processo comunicativo* tentando buscar a transparência da língua. De seu lugar de saber tenta determinar os sentidos absolutos das palavras, não restando muito lugar para o que não lhe soe inteligível e bem articulado.

O efeito mais imediato desse funcionamento do fonoaudiólogo é o silenciamento do paciente. E aí, aquele que deveria ter a função de aproximá-lo das palavras, acaba por distanciá-lo ainda mais delas. Dessa forma determina um lugar de marginalidade ao paciente, já que ele não dispõe das palavras que o fonoaudiólogo quer ouvir.

⁴ O papel da interpretação e suas possibilidades na intervenção do processo terapêutico será discutido no capítulo 4 deste trabalho, bem como a explicitação da proposta do deslocamento do fonoaudiólogo para a sua posição de analista.

Passaremos a discutir doravante o estatuto dessas palavras: as que estão e as que não estão. O que pode estar dentro e o que pode estar fora da língua.

2. A NOÇÃO DE LÍNGUA E O PATOLÓGICO

A linguagem determina a nossa condição humana, é ela que nos distingue dos demais animais. Vários campos do conhecimento têm se ocupado da linguagem e as posições que resultam desses estudos têm determinado o modo de apreensão da realidade. Na Fonoaudiologia, especialmente, o modo como se concebe a linguagem e a língua traz conseqüências definitivas para o sujeito paciente, visto que a abordagem do tratamento resulta justamente disso.

Assim, a discussão da noção de língua é extremamente importante, já que pensar um *normal* ou um *patológico* de língua pode remeter à reflexão do que estaria dentro e fora dela. Desde o início dos estudos sobre a língua, entender o que pertence ou não pertence aos seus domínios, questionou os estudiosos da língua e delimitou campos de saber e atuação sobre ela até hoje. Pretendemos retomar algumas dessas questões, a fim de explicitar o campo no qual inserimos nosso trabalho e por onde encaminharemos nossa discussão.

Gadet (1978) discute essa questão do dentro e fora da língua comentando a representação que os gerativistas fazem da língua. Segundo eles, a língua poderia ser representada por círculos concêntricos, partindo de um núcleo central, passando pelas margens ou bordas e chegando ao exterior. A investigação que interessa aos sintaticistas gerativistas, dentro dessa configuração, está no interior do círculo. Enquanto que, na periferia, ficariam colocados os fatos que apresentam problemas e resistem à descrição sintática. O que ficaria fora do círculo seria do domínio extra-lingüístico, seria o discurso.

A autora critica essa representação, na medida em que ela limita o entendimento sobre a língua, assim como condena a concepção de discurso, decorrente dessa representação, como um prolongamento da língua, isto é, como um nível a mais de análise. Para ela, não é possível analisar a sistematicidade lingüística como uma sucessão de níveis. Na perspectiva teórica do discurso, a língua e o discurso não podem ser representados por círculos. O discurso não seria um nível a mais de análise que complementaria a língua.

É Gadet (1987) que contribui novamente para essa discussão ao apontar em Saussure a possibilidade de enxergar as fronteiras entre o lingüístico e o discursivo. Segundo Gadet, Saussure posiciona-se na direção oposta à Lingüística de sua época, que se preocupava com a Lingüística externa, quando delimita a língua como seu objeto único e exclusivo. Sua preocupação com a língua em si mesma aponta para uma abordagem interna e não mais externa. A autora também destaca a afirmação de Saussure de que o ponto de vista cria o objeto, o que abre espaço para outros pontos de vista sobre a linguagem, além do lingüístico.

Quando define o conceito de língua, Saussure determina seus elementos externos e internos. Ele afasta da língua tudo o que é estranho ao sistema. Faz uma comparação com o jogo de xadrez, considerando que os elementos externos seriam a origem do jogo, a matéria ou a forma das peças; e os internos, aqueles elementos relacionados com as regras mesmas do jogo, isto é, sua ordem. Portanto, em Saussure, o que está dentro e fora da língua aponta para as duas noções presentes no conceito de língua forjado por ele: a língua como sistema de signos (nível interno) e a língua como instituição social (nível externo)

Dessa forma, segundo Gadet (1987), distinguindo entre o semiológico e o sociológico, Saussure avança no sentido de apontar que o semiológico permite a emergência do estudo abstrato da língua. A autora lembra ainda que, ao encarar a língua como sistema, ele produz um efeito de desconstrução do sujeito psicológico, livre e consciente. Talvez aí pudéssemos considerar o rudimento da formulação atual, em AD, de que o homem não é o senhor da língua.

Percorrendo esses autores, vislumbramos que, no terreno dos estudos da linguagem, já se torna complexa a definição de seu campo, de seu dentro e fora. Interrogamo-nos, então, quanto ao específico do dentro e fora da língua. Estaria o patológico fora dela? Para esboçar uma resposta a essa questão precisaremos perseguir a noção de língua assumida pela AD.

Insistindo nesse campo de questões, Leandro Ferreira (1999) discute o que chamou de a metáfora geométrica do dentro e fora da língua trazendo à cena de discussões as posições de Milner e Pêcheux.

A autora destaca que Milner trabalha em aproximação com a Psicanálise e re-elabora o conceito de real da língua de Lacan. Segundo ele, o real seria o lugar do vazio, da emergência do outro, da possibilidade de trabalhar a língua em sua incompletude, admitindo os furos da estrutura. Já em Pêcheux, a autora destaca que sua leitura atenta das noções saussureanas entende que o deslocamento operado na passagem do conceito de função para funcionamento das línguas, ultrapassa os limites estritos do lingüístico e permite a descrição da materialidade específica da língua. A noção de sistema também foi uma contribuição importante para a concepção discursiva de língua, visto que *“desvinculou a reflexão sobre a linguagem das evidências empíricas , afastando-a também do poderoso sujeito psicológico (op. cit.: 5).”*

Em AD, a sistematicidade da língua é um dos elementos que constituem a abordagem de um objeto discursivo, juntamente com a historicidade e a interdiscursividade. Por isso a concepção saussureana de língua, enquanto estrutura, parece funcionar num sentido redutor na abordagem dos estudos da linguagem. A partir da AD, poderíamos pensar a língua como estrutura. Entretanto, não se trata de pensá-la enquanto forma abstrata, mas em sua materialidade. A língua enquanto estrutura material, é uma estrutura mais ampla e dinâmica que comporta um espaço de jogo, que relaciona a liberdade e a coação das regras como elementos de um mesmo sistema, o discurso.

Leandro Ferreira (1999) analisa também a metáfora do dentro e fora da língua na ótica Chomskyana; e as noções que decorrem dessa análise são importantes para as reflexões deste trabalho. Para a autora, uma primeira aproximação a ser feita quanto à questão do dentro e fora sob esta ótica tem a ver com o que Chomsky chama de gramatical e agramatical. Assim como Saussure fala de filtros internos e externos que operam na língua, Chomsky vai mencionar formações de língua bem estruturadas (gramaticais) e formações de língua mal formadas que rompem com a estrutura (agramaticais). A gramaticalidade, para Chomsky, é a noção mais importante e que tem a ver

com as regras de estruturação da língua. Assim, estariam dentro da língua, aquelas sentenças formadas pelas regras da gramática da língua. A agramaticalidade seria, por sua vez, o fenômeno inverso do gramatical, indicando as seqüências que não fazem parte da estrutura aceita e legitimada pelas regras de determinada língua natural, ou seja, estariam fora da língua.

Por se tratar de um fenômeno resultante de uma construção teórica do lingüista, a gramaticalidade, ao testar determinada formação, só irá apontar para uma alternativa: ou a estrutura é gramatical, e está dentro da língua, ou não é e portanto está fora. Segundo Leandro Ferreira (1999), nessa metáfora geométrica só há espaço para dois círculos concêntricos: o núcleo e a periferia, espaços esses devidamente demarcados. O enfoque da constituição da língua como rede de julgamentos trazidos pela gramática gerativa representa uma contribuição decisiva para a análise dos modos de organização da língua.

Acreditamos que não se pode negar a evidência da língua porque ela existe enquanto tal e é dotada de uma materialidade. Contudo, a questão da produção de sentidos na língua não parece ser uma questão simples. Mais do que aceitar a evidência da língua, é necessário pensá-la e investigá-la, a fim de entender o que pode ser possível e impossível nela.

Ao trabalhar com a perspectiva teórica da Análise do discurso não é possível conceber uma evidência na/da língua enquanto transparência de sentidos, e sim, uma opacidade que oferece resistência na língua.

A partir da concepção de língua como uma evidência decorre a concepção de que o sentido é dado a priori, ou seja, de que uma palavra diz o que realmente diz, num sentido unívoco. E que cabe ao sujeito usá-la adequadamente. No entanto, se assim o fosse, onde poderíamos colocar o jogo de palavras, a ironia e os *mal-entendidos* tão freqüentes na língua?

Milner (1987) afirma que na língua tudo não se diz. Existe nela constitutivamente o domínio do que pode ser dito – o possível, e o do que não pode ser dito – o impossível; falar de língua é falar da falta, já que tudo não se pode dizer. Para Milner, sempre faltam palavras para expressar algo e existe o impossível a dizer, que é entendido como agramatical. Dessa forma, a incompletude se inscreve na língua dando lugar às falhas e aos equívocos

como elementos que lhe são próprios. Faz-se necessário, portanto, considerar o que seria o *próprio da língua*.

Milner (1987), em *O Amor da Língua*, tem como objetivo examinar a Lingüística atravessada pela Psicanálise, trabalhando com a junção entre o sujeito e o desejo do sujeito na língua. Aborda a noção de falta na língua, refletindo sobre as diferentes formas de incompletude na gramática, contrapondo-se basicamente à noção de completude enquanto exigência imaginária da gramática (o domínio que o sujeito falante tem da língua como um sistema formal).

Milner (1987) apóia-se principalmente na Psicanálise Lacaniana que afirma que o dizer é da ordem do não-todo, desenvolvendo na Lingüística a noção de real da língua. Milner, como Lacan, chama de alíngua a esse real da língua. Ou seja, a alíngua como um não-todo onde se encontram uma série de pontos de impossível; é da ordem do inconsciente e onde, então, seria possível falar do que não se pode falar.

Tal fato tem relação com aquela idéia de que as palavras muitas vezes não são suficientes para dizer algo. Por isso, dizemos que há um impossível inscrito na língua, um impossível de dizer. Assim, a falha aparece como constitutiva da língua trazendo já associada a idéia de imperfeição e falta.

A concepção de língua envolvida na teoria da Análise do Discurso é a de língua afetada pelo real. E é a partir dessa concepção que é possível pensar o equívoco como um elemento da ordem simbólica que perpassa a língua. Seria possível pensar em uma relação onde fios da ordem do real e da ordem simbólica se entremeassem formando uma rede complexa. O equívoco aponta para o real da língua. Pêcheux (1990) afirma que todo enunciado é passível de tornar-se outro, de deslocar seu sentido discursivamente. A AD concebe a língua desse modo, porque busca perceber através da análise do funcionamento discursivo, os sentidos construídos no discurso, os quais são marcados pelas determinações históricas e pelos mecanismos imaginários contidos na linguagem. O discurso funciona sobre essa materialidade lingüística, que é opaca e que oferece resistência ao sentido. No confronto

entre essa materialidade lingüística e a materialidade histórica é que a AD observa as relações de sentido.

Portanto, ao olhar para os fatos de linguagem e, por conseguinte, para a língua, o analista deve ir além do que as coisas parecem ser, atravessar essa aparente transparência e investigar a construção dos sentidos envolvidos ali. O dizer não é único e uniforme. Aquilo que parece problema na/para língua não pode ser concebido apenas como um desvio da norma, erro ou má interpretação.

Pode-se, a partir disso, problematizar a questão do *erro*. Há espaço para pensá-lo não só como expressão de um não-saber, mas como um possível de língua, como algo não estranho ao seu funcionamento. Erro que diz, também, da posição do sujeito na língua/linguagem. O patológico ganha, assim, nova possibilidade de ser pensado.

Para privilegiar o erro, como ponto de discussão, como deveria fazer o fonoaudiólogo, deve-se abrir mão de todo instrumental teórico que tenda à normalização, bem como toda a tentativa de explicar a aquisição de linguagem, a partir do sistema lingüístico do adulto e da língua constituída. O que vemos nas posições teóricas tradicionais é que, para que se possa realizar a aplicação de uma teoria lingüística aos dados do paciente, o que não é passível de descrição, é considerado espúrio. E o que fica de fora é justamente o material que os torna particular. Além disso, como explicar as produções *corretas* e *incorretas* num mesmo período ou numa mesma sessão de gravação? Essa oscilação é facilmente observada no *desenvolvimento normal*, nas patologias de linguagem infantis e patologias de adultos como a afasia. Que explicação poderia ser atribuída a essa convivência entre um saber e um não saber? Parece que tal acontecimento é concebido como um saber que o sujeito apenas esquece. Mas, a questão relativa ao estatuto desse esquecimento permanece em aberto para os pesquisadores.

Em se tratando de afasia, propomos redimensionar a questão do erro. Para tal, talvez fosse necessário conjugar a noção de real da língua a de *real da afasia*. Acreditamos que o real da língua é o equívoco, o real da história é a contradição e que o real da afasia seja o corpo, o corpo como limite; o limite

corporal, o limite causado pela lesão. Voltaremos mais tarde à essa idéia em sua relação com a noção de língua.

Milner (1989), ao discutir a noção de real da língua, apresenta duas ordens relativas ao impossível: o impossível material e o impossível da língua. Assim, no sentido do impossível material tem-se a idéia do fato atestado, ou seja, aquilo que é dito de uma determinada forma e não de outra. E no tocante ao impossível da língua, a idéia é a de que a rigor tem-se potencialidade para dizer tudo, mas não se diz tudo. Essas duas ordens de impossível são disjuntas em relação ao que seria o todo da língua. Contudo, a relação com o todo é sempre contraditória e envolve dois sistemas: o representável – a língua, e o não representável – a alíngua.

Em relação às duas ordens do impossível seria interessante para o lingüista analisar a não coincidência entre as duas. Normalmente, o lingüista trabalha com dados materialmente possíveis e gramaticalmente possíveis. Mas, pode haver o que seja materialmente possível e gramaticalmente impossível (e talvez aí se encontre o trabalho da Fonoaudiologia), sendo que o inverso também é verdadeiro, segundo Milner (1989:57), embora não dê nenhum exemplo deste último. Além disso, é importante acrescentar que, ao conceber a língua como uma realidade opaca e não transparente, o fonoaudiólogo trabalhará sempre com o representável e os fatos atestados, mas ciente da existência de sua face não representável.

Consideramos ainda outros aspectos importantes para o julgamento do que pode ou não pertencer à língua. Tais aspectos referem-se às noções de aceitabilidade e da gramaticalidade. Os lingüístas quase sempre relacionam o gramatical ao possível e não se referem ao impossível, no que ele poderia supor de negativo.

Gadet e Pêcheux (1984) reconhecem o mérito histórico da Gramática Gerativa Transformacional (GGT) em ter designado o lugar onde, na língua, o gramatical não cessa de negociar com o não-gramatical. A diferença fundamental para esses autores é que a existência do impossível, do proibido, do não-gramatical está inscrita na ordem própria da língua. Acreditamos que o gramatical e o não-gramatical são de mesma natureza. Os autores chamam

este momento de homogeneidade material. Isto é, toda língua contém uma partição que se sustenta pela existência dessa possibilidade disjuntiva. Desse modo, seguindo a ótica discursiva, falar da língua é falar da falta, é admitir que o todo da língua não pode ser dito em nenhuma língua. Sempre faltarão palavras para expressar algo, já que existe o impossível a dizer.

Para os autores o momento da homogeneidade material consiste em fazer funcionar um espaço homogêneo onde o gramatical e o agramatical estão reunidos, sem que isto represente nenhum tipo de totalidade. Assim, para eles, do ponto de vista formal, nada permite distinguir a seqüência gramatical da seqüência agramatical, porque ambas têm fundamentalmente a mesma natureza. Segundo Gadet e Pêcheux, essa homogeneidade fundamenta-se nos procedimentos de investigação, onde há uma exaustiva produção de exemplos e contra-exemplos, cujo raciocínio faz-se sempre sobre o agramatical. Tal investigação funcionaria sempre como uma exploração sistemática do impossível na língua. *“O impossível aparece assim como condição homogênea do que o faz possível: o gramatical (op.cit.:162)”*.

A GGT acena com uma nova possibilidade de pensar a língua, entretanto, ao fixar-se posteriormente na análise dos dados, na linguagem enquanto órgão mental, privilegiando um funcionamento não contraditório da língua dentro de uma normalidade biológica, deixa essa concepção em segundo plano.

Gadet e Pêcheux (1984) apontam para essa continuidade entre o gramatical e o agramatical como índice do laço entre a língua e o absurdo. Eles acreditam que existe um saber prático que guia os procedimentos de construção dos objetos de reflexão gramatical antes de qualquer decisão sobre sua gramaticalidade, e não uma máquina produzindo mecanicamente todas as possibilidades formais. Dessa forma, esse saber prático supõe o absurdo, já que *“qualquer sujeito falante pode construir o que eventualmente se revelará impossível (op.cit:163).”*

Os lingüistas fazem o julgamento quanto à gramaticalidade dos enunciados baseados no modelo de regras que suas teorias postulam. Ao mesmo tempo, tais julgamentos servem como instrumento de validação das

próprias teorias e limitam-se a atender a questões sobre a pertinência ou não de um enunciado na língua. Papel similar tem desempenhado os fonoaudiólogos na busca da *normalização* da produção dos pacientes. O patológico fica como o que está de fora absolutamente.

A noção de aceitabilidade torna-se igualmente importante para a reflexão proposta por este trabalho. A aceitabilidade diz respeito ao julgamento que se faz dos enunciados, mas que está ligada à intuição que os falantes têm sobre a língua. Na teoria de Chomsky a noção da gramaticalidade e da aceitabilidade constitui uma questão de grau que nem sempre é coincidente. Para Chomsky as frases mais aceitáveis são as que têm maior probabilidade de serem produzidas, as que são mais compreensíveis e, portanto, mais naturais. Pode existir, segundo ele, frases pouco aceitáveis mas com alto grau de gramaticalidade; e se porventura estas não são usuais, não têm relação com a gramática, mas com fatores de estilo ou limitações de memória.

O ponto nodal dessa questão refere-se ao ideal dos lingüistas de que a gramática desse conta da produção de seqüências gramaticais e que estas fossem também aceitáveis. Mas, as *incolores idéias verdes* do exemplo de Chomsky estão aí para frustrar tal objetivo. No entanto, segundo os lingüistas, embora ela não atenda a regras de seleção, há a possibilidade de uma interpretação mais metafórica, se houver um contexto apropriado. De qualquer forma, sob este ponto de vista a prioridade é da gramaticalidade.

A proposição de Milner (1989), entretanto, é diferente a esse respeito ao discutir o julgamento diferencial para análise dos fatos da língua. Partindo da existência dos dois sistemas de possibilidade (o possível de língua e o possível material), ele retoma a relação entre eles para propor uma hipótese gramatical mínima. Vimos que um impossível de língua não é um impossível material e que o dado de língua pode ser materialmente possível/atestado e impossível na língua. Desse modo, temos dois conjuntos quanto aos fatos de língua: os dados material e lingüisticamente possíveis e os dados materialmente possíveis e lingüisticamente impossíveis.

A hipótese mínima que dá suporte ao fato gramatical relaciona dois aspectos, quais sejam: *“uma língua distingue entre formas possíveis e*

impossíveis e o possível material e o possível de língua são disjuntos (Milner, 1989:57)”.

A não coincidência dos dois sistemas é que justifica a intervenção gramatical, ou seja, quando se tem um dado materialmente atestado julgado lingüisticamente impossível. O julgamento diferencial proposto por Milner articula quatro constatações importantes que estariam na base de todo processo gramatical:

1. Todo sujeito falante é capaz de julgar os dados da língua e de fazê-lo diferentemente.
2. Esta diversidade se situa entre dois pólos: um deles consiste apenas em julgar se um dado de língua é possível (“isso se diz”); o outro, em julgar se um dado de língua é impossível (“isso não se diz”);
3. No seio de uma comunidade de falantes é possível encontrar um sujeito que julgue impossível o uso de uma dada forma, e outro que a julgará possível;
4. O uso, por um sujeito, de uma forma julgada impossível na língua é sempre materialmente possível, nada (físico nem moral) impede alguém de proferir um determinado enunciado como bem lhe aprouver (não há interdição) (Milner, 1989:58).

Os enunciados que escapam à organização da língua estão à mercê deste julgamento diferencial mas também estão estruturalmente vinculados à possibilidade de falhas inscritas na própria língua. Como se viu, a partir dessa concepção de língua, ao analisar-se um enunciado que escapa à *organização* tradicional da língua não é possível concebê-lo como uma falha de desempenho do falante ou um simples engano. As falhas e os equívocos são constitutivos da estrutura da língua.

A questão do julgamento também dimensiona a noção do que é ser ou não patológico. Nos estudos lingüísticos a questão de quem faz o julgamento é definida de acordo com a visão teórica que se tenha. Na GGT, o falante nativo da língua é quem é capaz de julgar o que *se diz* e o que *não se diz* numa determinada língua. Parece que Milner (1989) não explicita este ponto e talvez

compartilhe o ponto de vista da GGT. Leandro Ferreira (2000) destaca um depoimento pessoal de Marandin que diz que o julgamento é partilhado entre o lingüista e os demais falantes. A autora comenta que esta partilha seria um tanto desigual já que o lingüista detém um saber sobre a língua que diferencia sua capacidade de julgamento. Poderíamos acrescentar aí, a posição do fonoaudiólogo, que, detentor de um saber específico, vai definir seu julgamento atravessado por esse saber. A natureza da concepção de língua deste fonoaudiólogo é que vai definir o que é patológico.

A reflexão, sob este aspecto da língua, sobre a produção do sujeito afásico torna-a um material singular para análise. Na afasia o que se encontra são justamente enunciados crivados de falhas e equívocos, acompanhados de hesitações e silenciamentos. Com efeito, eles ocorrem em função de um dano cerebral que limita em maior ou menor grau a expressão do sujeito. Mas vimos também que o próprio da língua nos deixa suscetíveis às falhas; e a lesão cerebral vem somar-se a esse aspecto. Por isso tomar as falhas somente pela dificuldade neurológica pode não ser o único caminho.

Na proposta de um olhar diferenciado para a questão da afasia acreditamos que seja possível propor o que seja o *real da afasia*. Acreditamos que neste sentido, o sujeito afásico lida com duas instâncias de impossíveis. Irremediavelmente ele lida com o impossível da língua e o impossível material, visto que sua produção vem carregada de jargões e sintomas que resultam formas muitas vezes inéditas para a língua. Pode-se mesmo dizer que as produções afásicas são em geral possíveis materialmente e impossíveis lingüisticamente, já que *“o uso por um sujeito de uma forma julgada impossível na língua é sempre materialmente possível; nada físico e nem moral impede alguém de proferir um determinado enunciado como bem lhe aprouver (Milner, 1989:58)”*.

E, além disso, há outro sistema de impossibilidade que lhe é próprio e estrutural: *o impossível do corpo*. Os modernos estudos em neurologia cada vez mais têm acrescentado bases importantes que levam ao conhecimento mais profundo do cérebro e suas possibilidades. Entretanto, embora haja possibilidade de recuperação através da estimulação/interação, esta não é

total. Pelo menos, não no sentido de que o sujeito volte à idêntica possibilidade de expressão que tinha antes da doença. Acreditamos que sua recuperação estará fortemente vinculada à capacidade de transcender os limites da lesão e re-significar sua nova posição diante da língua e da linguagem.

Gadet (1980) no artigo intitulado *Tricher la Langue* reflete sobre a língua e a sintaxe propondo entendê-la como *corpo*. A autora comenta que a tensão entre a liberdade e a obrigação (coação), em relação às regras, é constitutiva da língua; constituindo um corpo sólido e inviolável. A sintaxe fica como algo que impiedosamente racionaliza a língua, limitando o espaço lúdico na mesma. A língua como corpo também pode ser vista como um limite à criatividade no sujeito falante/escrevente. Gadet comenta que entre a ilusão idealista de uma língua sem regras e o fantasma de uma língua regrada há um espaço de jogo, o jogo que a língua mesma permite. Por isso *tricher la langue*, ou seja, trapacear a língua. Somos atravessados por esse jogo da língua que faz com que possamos produzir sentidos múltiplos das mais variadas formas e formas, não necessariamente regradas. Na afasia vemos que o sentido se constrói a despeito das regras, pois a interlocução se mantém. O sentido está muito mais relacionado, neste caso, à interpretação do que às regras da sintaxe.

Na abordagem tradicional da afasia, o que parece ocorrer é justamente o trabalho com este corpo que limita o sujeito e produz sintomas. Ao mesmo tempo, partindo das reflexões de Gadet (1980) parece que a abordagem tradicional também se dá nesses limites da língua enquanto corpo, trabalhando com o respeito e obediência às regras: isto se diz ou isto não se diz. As técnicas de estimulação visam basicamente suprimir os sintomas e estabelecer uma comunicação considerada razoável. Não há uma reflexão mais extensa sobre a natureza da língua e as produções defeituosas são consideradas inadequadas, pertencentes ao próprio da patologia.

Ser patológico, a partir da reflexão sobre a língua afetada pelo real, pode adquirir um novo caráter. Retomando a metáfora do que está dentro e fora da língua, poder-se-ia pensar que o patológico não é aquilo que está fora. Ele pode ser pensado como um desdobramento ou uma outra face de uma

produção de língua afetada também pelo impossível do corpo. Neste sentido, ele não deixa de ser linguagem.

O terapeuta de linguagem posicionado como um interlocutor privilegiado, especializado e fundamentado deve ampliar seu olhar sobre a língua e a linguagem enquanto elementos do universo simbólico. Assim, a partir desta compreensão ele poderá oportunizar o acesso ao simbólico para um interlocutor que por razões específicas está sendo excluído deste universo simbólico/discursivo. Tfouni (Freire, 1996b) afirma que esse é um caminho que se faz dentro da linguagem, em seus usos que são sempre interacionais e sociais, visto que é impossível vê-la de fora porque estamos sempre dentro dela.

Ao abordar discursivamente a afasia deve-se distinguir, ainda, entre a materialidade empírica e a materialidade histórica que determina os processos de produção dos fatos de linguagem. Ou seja, os dados considerados, a partir de uma visão discursiva, não são os dados empíricos pura e simplesmente, mas sim aqueles repletos de sentidos; que então, tornam-se fatos de linguagem. Dessa forma, tais fatos ao fazerem sentido significarão de formas diferentes em função da materialidade histórica (Orlandi, 1990).

Nesses termos, diante da afasia, a história da doença determina fortemente o dizer do afásico. O sujeito afásico incorpora a imagem que tem da doença e passa a produzir enunciados que respondem também a essa determinação, conforme veremos nas análises. A história da doença funciona como a exterioridade nesse processo discursivo e é interiorizada na produção de sentidos pelo sujeito.

2.1. Discurso e Silêncio

A reflexão sobre o patológico na linguagem remete para a questão do silêncio. Muitas vezes, o que se vê como *sintoma* é a ausência de palavras tomadas como silêncio, vazio, falta de sentidos. O sujeito portador da limitação afásica pode apresentar diversos tipos de expressão, desde o silêncio até a

logorréia⁵. Acreditamos que há uma relação importante entre o silêncio e as palavras, que pode apontar para uma outra face do silêncio. Através da AD, vemos o silêncio não como vazio ou ausência, nem como complemento da linguagem mas, sim como significante.

Orlandi (1995:14) discute a noção de silêncio afirmando que ele é fundante. Segundo a autora, *“há silêncio nas palavras, elas estão atravessadas de silêncio, elas produzem silêncio, o silêncio fala por elas, elas silenciam.”* Através do estudo do silêncio Orlandi (1995:15) afirma que a compreensão da sua relação com as palavras foi alargada; *“não estamos nas palavras para falar delas, ou de seus conteúdos mas para falar com elas”*.

Para melhor compreender como o silêncio entra em questão nos estudos da linguagem pelo viés do discurso, retomaremos um percurso teórico. A reflexão sobre o silêncio parte das questões relativas ao *não-dito*. Dentro de uma abordagem discursiva e para que os efeitos desse não-dito apareçam é preciso mobilizar conceitos que mostrem o funcionamento do discurso.

Para a AD, conforme vimos apresentando, há um jogo complexo de relações entre os campos real, simbólico e imaginário. A articulação destes campos trabalha a questão do significar. Contudo, em AD, esses conceitos não são definidos como na Psicanálise. Em AD, a articulação destes campos se dá em função da ideologia e da determinação histórica. Assim, as questões relativas ao domínio do imaginário e dos efeitos de evidência apontam para mecanismos ideológicos. É na relação do imaginário com o real que é possível apreender a especificidade da materialidade do silêncio, sua opacidade e seu trabalho no processo de significação (Orlandi, 1995).

Para entender o discursivo concebido por Pêcheux é necessário conhecer o lugar que ele dá à língua e, por conseguinte, o lugar que o silêncio vai ocupar dentro deste campo. Pêcheux a coloca em relação à ideologia e ao inconsciente. Do lado da ideologia, ele a trata no domínio do interdiscurso e do lado do inconsciente na relação com a alíngua (conforme Lacan). Mas, o enfoque de sua proposta é tomar o discurso como lugar de encontro entre a

⁵ A logorréia é a denominação dada para a expressão afásica em que o sujeito afásico põe-se a falar intermitentemente, sem contudo, perceber tal fato e sem “atribuir sentidos” ao que está dizendo.

língua e a ideologia. Dessa forma, Pêcheux (1975) propõe um funcionamento diverso para a ideologia daquele que as ciências sociais postulam. Ele considera a ideologia em relação à não transparência da linguagem, isto é, considera a materialidade lingüística. E diversa fica também sua concepção de língua em relação com a Lingüística, visto que ele lhe dá uma autonomia relativa por causa da relação com a materialidade histórica. Vemos, deste modo que o funcionamento do discurso põe em questão variáveis importantes; que fazem dele um território altamente complexo, de relações heterogêneas e muitas vezes contraditórias.

Pois o funcionamento do silêncio aponta para este movimento do discurso que ocorre na contradição do um e do múltiplo no que toca aos sentidos. Sentido e sujeito constituem-se na ilusão de um só sentido, como efeito da relação com o interdiscurso, e o equívoco de todos os sentidos, como efeito da relação com a alíngua (Orlandi, 1995).

Essa ilusão de unidade que ocorre com o sentido e o sujeito é constitutiva. A unidade não é dada e sim construída imaginariamente. Assim, ao buscar os sentidos em um discurso pelo viés da AD será possível (e necessário) observar as construções imaginárias que produzem aqueles sentidos.

A AD torna visível o processo de construção da unidade, mesmo que imaginária, já que é necessária e indica a relação com o múltiplo. Pêcheux (1975) afirma que a forma unitária é o meio essencial da divisão e da contradição. Portanto, como se vê, a relação com o imaginário no discurso não pode ser reduzida a um efeito psicológico.

A condição de existência do discurso é a dispersão dos sentidos e do sujeito, mas ele funciona sob a aparência da unidade. A ilusão da unidade é também efeito ideológico, é uma construção necessária do imaginário discursivo. A dispersão e a ilusão de unidade são constitutivas do discurso (Pêcheux, 1975).

O funcionamento do discurso tem na língua sua base. Mas, não a língua como forma abstrata e sim a língua enquanto estrutura atravessada pelo real e

pela ideologia. Esse atravessamento é o que a torna dotada de materialidade, opaca e não-transparente.

Pêcheux (1975) considera que a ideologia não funciona como um mecanismo fechado e nem a língua como um sistema homogêneo. Orlandi (1995:19) afirma que *“a relação entre a língua e o discurso se faz por recobrimentos e suas fronteiras são colocadas em causa constantemente.”* Para Pêcheux (1975) a língua não existe sob a forma de um bloco homogêneo de regras organizado à maneira de uma máquina lógica. Tais considerações levam ao entendimento de que há relação entre a ordem do mundo, a do pensamento e a do discurso. Mostram que há uma distância entre pensamento e a forma gramatical que constitui os referentes. Portanto, há uma separação inevitável entre a ordem do mundo e a ordem do discurso.

É nesse ponto que a teoria dá entrada para a ideologia na relação com os sentidos.

A ideologia se produz justamente no encontro da materialidade da língua e da materialidade da história. Através do discurso, que é a materialidade específica da ideologia, que se pode observar esta articulação. Para bem compreender o discurso, é preciso entendê-lo vinculado à Formação Discursiva (FD). As FDs são regiões do dizer, historicamente determinadas e que determinam o que pode e deve ser dito (ou o que não pode e não deve ser dito) em uma conjuntura dada (Pêcheux, 1975). Elas agrupam as diferentes formulações de enunciados.

Para Pêcheux (op.cit.) o discurso é efeito de sentido entre interlocutores. Ou seja, se é efeito, significa dizer que o sentido não está fixado em lugar nenhum, que ele se dá nas relações dos sujeitos e dos próprios sentidos. Isto ocorre, justamente porque em AD diz-se que o sujeito e o sentido constituem-se mutuamente sob a inscrição em uma determinada FD.

As FDs são diferentes regiões que recortam o interdiscurso (o dizível), que mostram as diferenças ideológicas e o modo como as diferentes posições de sujeito constituem os sentidos. O dizível se parte em regiões diferentes que são acessíveis de modos diversos aos sujeitos (Pêcheux, 1975).

Por isso, quando concebemos a língua como materialidade é possível entendê-la como um lugar de manifestação das relações de forças e de sentidos que refletem os confrontos ideológicos (Orlandi, 1995).

Dessa forma, observamos que uma concepção discursiva do dizer afasta-se cada vez mais das concepções tradicionais adotadas na Fonoaudiologia. Ela vai muito além dos conceitos de comunicação onde emissor e receptor são posições mais ou menos fixas e que se determinam pelos turnos comunicativos.

Se o dizer é constitutivamente atravessado por um conjunto de determinações que o especificam, o que se esperará de um dizer patológico que vem também determinado por um limite corporal e que nem por isso deixa de estar na linguagem. Ou seja, ainda assim é preciso concebê-lo como um discurso. Senão o fonoaudiólogo – *terapeuta da linguagem* – corre o risco de aniquilar o sujeito que o produz, trabalhando no sentido contrário ao que deveria ser o de sua formação.

Compreender o que é efeito de sentidos é ir de encontro à repetição de palavras isoladas, como se vê em determinados modelos teóricos para o tratamento da afasia. Uma palavra repetida isoladamente leva o sujeito a reiterar sua incapacidade para falar. Se ao menos essa repetição fosse encaminhada por um viés que considerasse o parafrástico, talvez pudéssemos estar acessando com o sujeito afásico a possibilidade da diversidade dos sentidos. Esta seria uma possibilidade clínica decorrente de uma visão discursiva da afasia.

Trabalhar com a noção de efeito de sentidos é compreender que a ideologia está necessariamente presente na constituição dos sentidos e dos sujeitos. Da relação entre as diversas FDs é que se constituem os diferentes efeitos de sentidos entre locutores, já que em cada FD encontra-se a possibilidade de muitos sentidos e seus limites. Os locutores, juntamente com os sentidos, vão sendo determinados e vão ocupando diferentes posições dentro da FD.

É importante destacar em relação à FD que seu limite é o que a distingue de uma outra FD. E é o que a faz heterogênea em relação a ela

mesma. Pois assim, aquilo que a distingue é justamente o que evoca para junto dela o *outro* sentido que ela não significa (Courtine, 1982).

Novamente, é possível perceber através da relação entre as várias FDs que não há coincidência entre a ordem do discurso e a ordem do mundo. Desse modo, pode-se dizer que uma mesma coisa do mundo pode significar diferentemente para os sujeitos. Aí está a contradição entre a materialidade da língua e da história.

Trabalhar com a noção de efeitos de sentido é também aceitar o jogo entre as diferentes FDs e, conseqüentemente, a relação entre os diferentes sentidos. Segundo Orlandi (1995) é daí que surge a necessidade do equívoco, do sentido *outro* e do investimento em *um sentido*. Para ela, é aí que se situa o trabalho do silêncio.

Por esse caminho, é possível “*compreender o silêncio fundador como o não dito que é a história e que dada a necessária relação do sentido com o imaginário, é também função (necessária) de língua e ideologia. O silêncio trabalha essa necessidade (Orlandi, 1995:22-23)*”.

O trabalho da autora coloca o silêncio como significante. Ele vai ser o não-dito visto do interior mesmo da linguagem com sua significância própria.

Ao conceitualizar o silêncio fundador, Orlandi não o coloca como originário nem como lugar do sentido absoluto. Ao contrário, enquanto fundador ele tem um caráter próprio que dá garantia ao movimento dos sentidos, pois sempre se diz a partir do silêncio.

Nessa perspectiva, o silêncio não é o *tudo* na linguagem, nem o vazio. Ele vai dar a possibilidade para o sujeito trabalhar a contradição do *um* com o *múltiplo* e com a noção de que todo o discurso sempre remete a outro discurso que tem relação com a sua significação.

A autora ainda distingue entre o silêncio fundador e a política do silêncio. O silêncio fundador seria aquele que já existe nas palavras, que tem relação com o não-dito e que produz as condições para significar. A política do silêncio teria uma subdivisão: o silêncio constitutivo, que indica que para dizer é preciso não dizer; e o silêncio local, que seria a censura.

Por isso, para Orlandi (1995:24) *“estar no silêncio com palavras e estar no sentido em silêncio, são modos absolutamente diferentes entre si”*. Tal fato aponta para o modo de relação com o mundo – a forma de significar as coisas.

2.2. Afinal, o silêncio é patológico?

Conforme foi apresentado na sessão anterior parece que o dizer e o silenciar andam juntos. Sob este ponto de vista, então, pode-se dizer que o silêncio não pode ser reduzido ao patológico quando tratamos de afasia. Propomos um olhar particular no que se refere ao silenciamento que acompanha a produção do sujeito afásico, ao longo do processo de tratamento, visto aqui como um processo discursivo. Retomando a metáfora do dentro e fora da língua, acreditamos que as palavras e o silêncio são elementos de mesma natureza que fazem parte da língua, o silêncio não está fora.

Para melhor compreender a relação entre o silêncio e o patológico nos apoiaremos nos estudos de Orlandi (1995) que afirma que o homem criou a linguagem para reter o silêncio quando o percebeu como significação. Para ela, o ato de falar é um modo de evitar o silêncio. A linguagem recorta o silêncio e estabiliza o movimento dos sentidos. Se as palavras, como vimos, são múltiplas, pode-se dizer também que há diferentes silêncios. Por isso, ao estar em silêncio, o sujeito afásico deve ser como uma interrogação para o fonoaudiólogo.

Para entender o que seja silenciar, é preciso retomar a relação silêncio e linguagem.

A hipótese de Orlandi (1995) é a de que o silêncio é fundante; para ela o real da significação é o silêncio. E ao tomar o discurso como objeto de reflexão, promove uma extensão dessa hipótese: o silêncio é o real do discurso. Portanto, na afasia, encontramos várias dimensões de real: o real da língua – o equívoco; o real da afasia – o corpo e o real do discurso – o silêncio. Deste modo, percebemos o quanto uma abordagem discursiva da afasia torna mais

complexo o seu entendimento e redimensiona de forma importante o lugar do terapeuta e a função do tratamento.

Diante de qualquer coisa no mundo o homem tem necessariamente que significá-la, isto é, tem de dar-lhe sentido. Nesse caminho, parece que a cultura atribuiu ao silêncio sempre *a tradução em palavras*. É a primazia do verbal. Mas, ao invés de pensar o silêncio como falta, Orlandi (1995) propõe pensar a linguagem como excesso. Assim, o silêncio estaria num primeiro plano em relação às palavras. A autora propõe a metáfora do mar para explicar a perspectiva que assume: o silêncio significa, a linguagem já é caracterização do silêncio. Assim como o mar o silêncio é incalculável, disperso e profundo, as ondas são apenas os ruídos (palavras), as frestas que o tornam visível.

Portanto, um sujeito em silêncio não é um sujeito sem sentido. Há uma diferença importantíssima entre o falar e significar. Muitas vezes o excesso de palavras ocorre em função do apagamento de outras tantas. Nesses termos, pensar a logorréia de um sujeito afásico aponta muito mais para um patológico do que o silêncio. E, então, a palavra buscada de modo tão exaustivo pelo fonoaudiólogo como um troféu de reconhecimento fica destituída desse valor. Acreditamos que na abordagem da afasia, mais que buscar palavras, o fonoaudiólogo deveria buscar sentidos.

A cultura atual é a cultura do verbal, da *comunicação*, que faz funcionar a ilusão de manter um controle sobre o que se diz. Talvez aí resida um dos problemas da Fonoaudiologia: desejam-se palavras pura e simplesmente ou desejam-se discursos dotados de sentidos e significações?

Há, ainda, três aspectos discutidos por Orlandi (1995:48-52) que tocam muito próximo a reflexão sobre o patológico:

- Pensar o silêncio é problematizar as noções de linearidade, literalidade e completude;
- Pensar o silêncio é colocar questões a propósito dos limites da dialogia, é pensar a relação com o Outro como sendo uma relação contraditória;
- Pensar o silêncio em sua especificidade significativa é problematizar palavras como representação e interpretação.

Já se viu que os sentidos são dispersos e que a significação não funciona de maneira linear. Existem efeitos de sentido e não sentidos absolutos. A incompletude é constitutiva do dizer. O silêncio se instala quanto mais a falta se apresenta na língua. O sujeito portador da limitação afásica está determinado também por todos estes aspectos. Não parece eficaz buscar que ele nomeie figuras e objetos (atividades que pertencem a métodos tradicionais em Fonoaudiologia para o tratamento da afasia), porque mesmo o nome e as designações não são literais e lineares, sempre há atravessamentos e recobrimentos que singularizam seus sentidos de acordo com a história do sujeito. As hesitações rompem com a linearidade dos enunciados e apontam para sentidos não ditos ou suspensos. Qual a eficácia de descrevê-las apenas em termos fisiopatológicos? Conhecer a fisiopatologia da doença é de suma importância para o fonoaudiólogo. Porém, apenas este aspecto da doença não é capaz de abranger a extensão de um programa de tratamento.

O silêncio questiona a dialogia porque coloca o sujeito sozinho diante dos sentidos. Orlandi (1995) comenta que o Outro⁶ está presente no discurso de modo ambíguo (presente e ausente) e que os modos de existência das personagens do discurso são significativos. Assim, o esquema informacional de comunicação que prevê turnos de fala para os interlocutores fica limitado diante da intervenção do silêncio no plano do discurso.

Através da noção de silêncio também é possível discutir a questão do que seja representável, interpretável e compreensível. O silêncio não é representável, como vimos, podemos percebê-lo através das falhas e equívocos que ocorrem no discurso. Igualmente não é interpretável mas, ele é compreensível. Ou seja, não é possível atribuir um sentido ao silêncio em si, mas é possível apreender os processos de significação que ele põe em jogo. Compreendê-lo é explicitar o modo pelo qual ele significa (op.cit.).

⁶ Referência ao grande Outro da Psicanálise. Segundo Chemama (1993) o que se tenta indicar como esta convenção de escrita (maiúscula) é que, além das representações de eu e também além das identificações imaginárias, especulares (representadas pelo outro em minúsculo), o sujeito é tomado por uma ordem radicalmente anterior e exterior a ele, da qual depende, mesmo que pretenda dominá-la. O Outro tem relação com a ordem da linguagem, enquanto lugar da lei. Tem relação com a cultura e o social.

Cabe considerar, ainda, que é preciso fazer intervir a interdiscursividade e a historicidade para trabalhar com os reflexos e efeitos do silêncio no discurso. Pois a partir daí outros discursos entram em relação para a compreensão da produção dos sentidos envolvidos em uma análise. Assim, na análise deste trabalho, os sentidos possíveis passam pela intervenção do discurso-terapeuta e do discurso-paciente, considerando que eles vêm de conjunturas diferentes. As atribuições referidas a um e a outro são determinadas historicamente e vão determinar seus discursos; bem como, vão determinar os efeitos de sentidos (bem ou mal entendidos) decorrentes desse encontro (às vezes desencontro) no processo terapêutico.

O silêncio não é visível imediatamente e a inscrição histórica é que poderá torná-lo apreensível. Neste sentido, parece que algo da dimensão do que seja *patológico* para o sujeito afásico passa pela história do que significa ser doente – aquele que não pode; e doente afásico – aquele que não fala. O sujeito afásico fica então em silêncio.

2.3. O Silenciamento

O silenciamento se refere à política do silêncio e distingue-se do silêncio fundador. Divide-se em silêncio constitutivo e silêncio local (Orlandi, 1995).

O aspecto importante a destacar no silenciamento se refere à questão do *poder dizer*, até porque ao se dizer algo apagam-se necessariamente outros sentidos possíveis. Os sentidos apagados fazem parte do silêncio constitutivo mas, quando os sentidos que são apagados são os sentidos indesejáveis para determinadas situações, estes são da ordem do silêncio local. Sob esta política do silêncio o recorte que ocorre no dizer é bem específico: ela recorta o que diz e o que não se diz, “*funciona como uma interdição do dizer (Orlandi, 1995:76).*”

A autora trabalha a noção de silêncio local através de questões da censura referidas ao campo político. No entanto, parece que as relações que estabelece entre a censura, a autoria e a identidade, interessam para reflexão

sobre o silenciamento do sujeito afásico, sua identidade e o lugar que ocupa no processo terapêutico.

Sujeito e sentido constituem-se simultaneamente no discurso (Pêcheux, 1975). Contudo, quando há censura de certos sentidos há também proibição de certos posicionamentos por parte do sujeito. Desse modo, a censura tem efeitos no processo de identidade (Orlandi, 1995).

A incompletude que é constitutiva da linguagem faz parte também da constituição do sujeito. O sujeito tem um desejo de completude que é o que lhe permite um sentimento de identidade. Ainda que ilusório esse sentimento permite também que o sujeito invista nos sentidos produzidos por ele como se fossem também únicos. Essa é a ilusão do sujeito referida por Pêcheux (1975) de estar na fonte do sentido – o esquecimento nº1.

Orlandi (1995) afirma que se o sentimento de unidade permite ao sujeito identificar-se, por outro lado, sem a incompletude e o conseqüente movimento dos sentidos haveria uma asfixia do sujeito e do sentido. Desta forma, o sujeito não estaria submetido ao atravessamento dos diferentes discursos e nem poderia atravessá-los. Não existiram deslocamentos. Esta seria, segundo a autora, a situação típica da censura – a asfixia do sujeito e do sentido. No dizer de Orlandi (1995:81) *“ela é a interdição manifesta da circulação do sujeito, pela decisão de um poder de palavra fortemente regulado”*.

Diante destes aspectos do silenciamento, parece possível estabelecer uma relação muito próxima entre o funcionamento discursivo autoritário (do lado de determinada posição do discurso-terapeuta) e o silenciamento do sujeito afásico. O discurso-terapeuta tradicional parece ter um funcionamento autoritário onde pode haver uma dissimetria em relação às posições do sujeito terapeuta e do sujeito afásico⁷. O discurso autoritário, classificado por Orlandi (1996a), é aquele cuja possibilidade de reversibilidade é nula. Ao sujeito fica destinado um único lugar de onde ele poderá produzir apenas os sentidos permitidos. Desse modo, vê-se que a censura pode intervir diretamente na identidade do sujeito.

⁷ Conforme veremos na análise dos sujeitos no capítulo seguinte.

A função da autoria é um dos meios de perceber o modo de significar do silêncio. Orlandi (1995) comenta Foucault que refere o autor como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações. O autor deve ser responsável pelos sentidos que sustenta. Mas, se a censura impede o sujeito de circular por determinadas regiões do dizível, também vai limitar sua relação de identificação com certas regiões pelas quais ele se representa como socialmente responsável, ou seja, como autor. Algo da autoria na afasia parece ficar limitado e discutiremos essa idéia com mais vagar no capítulo quatro, destinado ao estatuto da interpretação na terapia.

A censura é vista pelo viés do discurso como um fato discursivo que ocorre nos limites das FDs em relação. Ela sempre coloca em relação o dizer de um e de outro, traçando limites para aquilo que se pode ou não dizer. Mas é preciso compreender a censura não apenas como uma interdição-proibição. Segundo Orlandi ela é um processo que mobiliza o sujeito e a circulação do sentido, impedindo o movimento da história e dos sentidos.

Parece que uma espécie de censura habita o discurso-terapeuta quando este é aquele da posição mais autoritária. No entanto, à diferença da censura política não parece que ela ocorra como um processo consciente. Acreditamos que há a intervenção do inconsciente através do funcionamento dos esquecimentos nº1 e nº2 e que o sujeito terapeuta sofra esse atravessamento, assim como seja determinado pelo lugar designado a ele no processo terapêutico.

Orlandi (1995) mobiliza o conceito de *língua de espuma* para falar de uma língua vazia e prática, de uso imediato, onde os sentidos não ecoam. A autora afirma que o sentido não vai longe, tem um fôlego curto. Não há ressonâncias e desdobramentos. Os sentidos, ao invés de circularem se calam. Os sentidos não repercutem, são simplesmente absorvidos. *“Se de um lado, não se comprometem com nenhuma realidade, de outro, impedem que vários sentidos se coloquem para esta mesma realidade (op.cit.:102)”*.

Tememos que a Fonoaudiologia esteja trabalhando com a língua de espuma. A concepção de língua do fonoaudiólogo não deveria ser a da língua de espuma. Mas, sim aquela em que há lugar para a falha e o equívoco. As

palavras na perspectiva da AD já são discursos porque para significar elas emprestam sentido de formulações já ditas historicamente. A palavra sempre refere o discurso no qual significa ou significou (Orlandi, 1995).

Por fim, parece que esse processo de constituição da palavra – dentro de uma noção de língua afetada pelo real e pela ideologia – extrapola os limites do patológico, permitindo redimensioná-lo. Trabalhar com essas noções pode levar a desdobramentos interessantes nos estudos sobre a afasia.

3. QUEM É QUEM NO PROCESSO TERAPÊUTICO

A situação terapêutica é uma situação discursiva onde inicialmente dois sujeitos estão em cena: o terapeuta e o *paciente*⁸. Contudo, observa-se que ambos parecem apresentar um funcionamento discursivo onde emergem posições distintas que marcam o seu dizer de modo específico.

O sujeito na AD não é concebido como indivíduo e mantém características particulares em sua relação com o enunciado. Orlandi (1990) destaca que a concepção de sujeito relaciona-se à forma de interação entre o homem e a realidade natural e social. Para a autora, o texto seja escrito ou oral, é apreendido no processo de interlocução, sendo o centro da interação ouvinte-falante. Desta forma, o domínio dos interlocutores é parcial e só adquire unidade no texto. Orlandi (1990) acrescenta que *“essa natureza intervalar da constituição da unidade textual e dos sentidos corresponde ao domínio de incompletude que existe necessariamente na constituição dos sujeitos”*. Assim, o que se diz não é mera soma de palavras ou frases, ou mesmo de interlocutores. O que se diz tem relação com a exterioridade e com as condições em que se produz o dizer.

Para compreender a categoria sujeito faz-se necessário considerá-lo em relação ao discurso. Pêcheux (1975) considera o discurso *efeito de sentidos entre interlocutores*, observando que as posições destes interlocutores são entendidas como posições dentro de uma formação social e uma formação discursiva. A partir disto é que ele formula o que chamou uma teoria não-subjetiva da subjetividade, porque articula inconsciente e ideologia. Tal articulação se dá porque a noção de sujeito é fundamental; e este sujeito é o sujeito da Psicanálise que é dotado de inconsciente; mas também porque aliado a isto o discurso despossui o sujeito de seu papel central e integra-o no funcionamento dos enunciados e nos textos, cujas condições de existência são sistematicamente articuladas sobre formações ideológicas.

⁸ O termo paciente será utilizado em destaque visto que será alvo de discussão na análise deste trabalho.

Para Pêcheux, os processos de imposição/dissimulação que constituem o sujeito situam-no (significando para ele o que ele é) e, ao mesmo tempo, dissimulam para ele essa *situação* (esse assujeitamento) pela ilusão de autonomia constitutiva do sujeito.

A ideologia, portanto, interpela os indivíduos em sujeitos embora este não seja um processo consciente para o sujeito. “*O indivíduo é interpelado como sujeito (livre) para livremente submeter-se às ordens do sujeito, para aceitar portanto (livremente) sua submissão, (Pêcheux, 1975:133).*” Essa submissão relaciona o que Pêcheux denominou Forma Sujeito (FS), e que diz respeito à existência histórica do sujeito. Assim, a partir dessa proposição, entende-se que o sujeito é social e histórico, ou seja, ideológico; e ainda, dotado de inconsciente.

Para a AD, na constituição do sujeito há uma articulação do social (relação com a ideologia) com o inconsciente (relação com o desejo). É por essa razão, que em AD há interesse em analisar as diferentes formas de representação do sujeito.

A análise dos sujeitos no processo terapêutico deste trabalho demonstra como a AD pode operar com estas diferentes formas de representação permitindo novas possibilidades para a Fonoaudiologia.

É importante acrescentar que há em todo processo discursivo relações com Formações Imaginárias (Pêcheux, 1969). Assim, as imagens que os interlocutores farão de si e do outro, no processo de interlocução, também vão determinar sua forma de dizer.

As Formações Imaginárias atravessam a relação entre as posições e as situações discursivas. Por isso é possível ter diferenças de situação com as mesmas posições e várias posições em uma mesma situação. Essas formações fazem supor a presença de antecipações que vão direcionar as respostas de um interlocutor em relação a outro, constituindo-se assim como uma estratégia de discurso. Este fato tem relação com o que Pêcheux (1969) chamou de distância entre os interlocutores e que remete para a questão da Formação Discursiva.

Ainda sobre as Formações Imaginárias, destacamos sua relação com processos discursivos anteriores, isto é, a percepção das posições já tomadas anteriormente atravessadas pelo já dito.

Assim, os lugares do terapeuta e do *paciente* podem ser entendidos como resultado de processos sociais e discursivos que os situam de modo distinto na situação terapêutica. Isso pode ser entendido a partir da relação entre ideologia e Formação Discursiva. A ideologia, conforme já dissemos, interpela os indivíduos em sujeitos atravessando seu dizer. Portanto, quando o sujeito diz alguma coisa, ele o faz desde um determinado lugar, que é altamente ideológico. Orlandi (1996b) diz que a AD trabalha no entremeio das ciências, ela faz uma ligação e mostra que não há separação estanque entre a linguagem e sua exterioridade constitutiva. A Formação Discursiva, por sua vez, reúne tudo aquilo que pode e deve ser dito (ou o que não pode e não deve ser dito) em uma determinada conjuntura. O processo terapêutico vai constituir-se em uma dada conjuntura que reúne sujeitos vindos de lugares diferentes, onde as imagens que um e outro fazem de si e do interlocutor vão determinar sua produção.

A relação entre Formação Ideológica e Formação Discursiva também promove a ilusão do sujeito. Essa ilusão pode ser observada em duas formas de esquecimento denominadas nº1 e nº2, segundo Pêcheux (1969). Esses esquecimentos são constitutivos do discurso. No esquecimento nº1, a ilusão tem origem em um apagamento. O sujeito apaga o processo pelo qual uma seqüência discursiva concreta é produzida ou reconhecida como tendo um sentido. Segundo Orlandi (1988) funciona como uma recusa à inclusão necessária de toda seqüência em uma Formação Discursiva (e não em outra) para que a seqüência tenha um determinado sentido e não outro. A partir disso, o sujeito tem a ilusão de que ele próprio é a fonte do sentido, ou seja, ele se representa como origem de seu discurso. Esse apagamento é de ordem inconsciente e ideológica. Já o esquecimento nº2 é semiconsciente. O falante faz uma seleção em relação aos processos de produção da língua e vai delimitando o que diz e exclui o que seria possível dizer na mesma situação.

Assim, o sujeito tem a ilusão de realidade do pensamento como se o discurso fosse reflexo do seu conhecimento objetivo da realidade (op.cit.).

Mais uma vez se vê que o dizer não é apenas domínio de um locutor, ele tem relação com as condições em que é produzido e com outros dizeres, tem uma história.

A autora afirma que na história do dizer os protagonistas do discurso inserem-se como parte de uma ordem social e cultural porque tem um lugar determinado no interior de uma formação social. São, segundo Orlandi, ao mesmo tempo protagonistas do discurso e protagonistas no discurso. Eles produzem e estão reproduzidos naquilo que produzem.

Deste modo, o sujeito não pode ser concebido nem como sujeito totalmente autônomo, nem como completamente determinado pela exterioridade. Para Orlandi, o espaço da subjetividade na linguagem é tenso.

A partir destas considerações passamos a seguir a operar com a análise das designações que apontam para os lugares ocupados pelos sujeitos terapeuta e *paciente* neste processo discursivo.

3.1. OS SUJEITOS E SUAS DESIGNAÇÕES

A análise das designações remete para a reflexão de como os sujeitos são significados e se significam no processo de tratamento. É importante observar que discursividade está significando o espaço terapêutico, o terapeuta e o sujeito afásico.

A partir da análise dos processos de designação é possível colocar em questão a construção de uma referência, ou seja, como é que os *nomes* vão construindo objetos discursivos.

Por isso aqui faremos uma breve digressão sobre a relação nome-coisa.

Henry (1990) discute a partir da análise de sentenças relativas restritivas e explicativas a questão da referência e da referencialidade. O autor questiona a relação sinonímia-referência. Pode-se dizer que ele trabalha duas grandes questões:

1. É porque há referencialidade que há (ou é possível) a substituição?

Ou

2. É porque há possibilidade de substituição que é possível a referência?

Henry afirma que as implicações da primeira questão remetem para uma garantia de separação entre o que é da ordem da linguagem e o que é da ordem do mundo. Assim, os objetos e sua ordem no mundo baseariam a ordem da linguagem. A relação falante-mundo, nesta perspectiva, não seria uma relação mediada pela linguagem.

Entretanto, a segunda questão parte de outro ponto de vista que não é o da ordem do mundo e nem o da percepção do falante. O autor destaca que sob a perspectiva desta segunda questão é porque há possibilidade de substituir nomes que há referência. Desse modo, as relações de linguagem e sentido são determinantes das questões de referência.

Do ponto de vista da AD, a mera repetição já significa diferente porque mostra uma mudança no processo discursivo. Ao dizer a mesma coisa duas vezes , produzem-se efeitos de sentidos diferentes, segundo Orlandi (1996a) são dois acontecimentos diferentes. E Pêcheux (1975) diz que uma palavra pode mudar o sentido por pertencer a uma ou outra Formação Discursiva. Ao considerar que a metáfora está na base da significação, ele afirma que uma palavra ou proposição não tem um sentido próprio ou preso à literalidade e nem sentidos deriváveis a partir dessa literalidade. Desse modo, o sentido é sempre uma palavra por outra e essa superposição, essa transferência pela qual elementos significantes passam a se confrontar, de modo que se revestem de um sentido, não poderia ser predeterminada por propriedades da língua. (Orlandi, 1996b). Os sentidos, então, só existem nas relações de metáfora dos quais certa Formação Discursiva vem a ser o lugar mais ou menos provisório, já que as palavras ou proposições recebem seu sentido das formações discursivas nas quais se inscrevem. A Formação Discursiva se constitui na relação com o interdiscurso (a memória do dizer), representando no dizer as

formações ideológicas. Para Orlandi (1996b:21) “o lugar dos sentido é o lugar da metáfora e é também função da interpretação.”

Portanto, ao refletir sobre as designações é preciso apoiar-se em uma teoria semântica que considere a relação falante-mundo-objetos como uma relação opaca e não-transparente.

Orlandi (1996b) também afirma que não há relação direta entre o mundo e a linguagem, entre a palavra e a coisa. A autora refere que é por causa do imaginário que essa relação não é direta, mas funciona como se fosse. Funciona como um efeito de evidência, uma ilusão referencial.

Desta forma, é possível perceber quanto o trabalho tradicional na terapêutica da afasia é limitado. Ao trabalhar palavras isoladas, o terapeuta tenta mobilizar um único sentido, arbitrário e *descontextualizado*. Mesmo uma palavra *isolada* deve ser pensada como produto dito por alguém, como resultado de uma determinada história que se engata numa rede de significantes. O nome de um objeto não corresponde ao objeto empírico do mundo real, mas sim o que ele significa. Orlandi (1996a:125) exemplifica este fato analisando a diferença que há no uso da palavra *necessidade* no discurso do patrão e do empregado. Para cada um a palavra *necessidade* refere coisas diferentes e esta diferença é a marca da intervenção da ideologia na linguagem.

Por isso também as substituições de *nomes* não podem ser entendidas como sinonímia, elas se dão dentro de uma família parafrástica, em uma determinada Formação Discursiva (FD). Deste modo, a FD funciona como uma matriz para produção de sentidos, de onde eles se geram. A família parafrástica corresponde a séries de substituições possíveis que formam outras séries e que podem ser diferentes ou reformuladas.

O sentido de uma designação vai ser dado por essas relações de substituições possíveis de reformulações, isto é, famílias parafrásticas que delimitam uma FD.

Nesse trabalho vamos analisar as designações atribuídas ao sujeito afásico, ao sujeito terapeuta e ao processo terapêutico. Analisaremos também o funcionamento discursivo da interlocução entre terapeuta e afásico através

do jogo de imagens que ocorre a partir da interlocução entre ambos; da análise dos sujeitos e suas posições e em sua relação com a Formação Discursiva .

3.1.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para o entendimento e discussão das análises consideramos importante descrever alguns aspectos metodológicos da constituição do corpus deste trabalho bem como seu ordenamento metodológico.

O corpus dessa pesquisa foi coletado no setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Iniciado o processo de pesquisa passamos a registrar através de filmagens os atendimentos realizados no referido setor. Esses atendimentos ocorriam sistematicamente uma vez por semana para cada paciente, em sessões de 40 minutos. Os pacientes foram atendidos em sua maioria por estagiárias que trabalham no setor sendo supervisionadas pela fonoaudióloga responsável pelo trabalho. Após a filmagem dos atendimentos, estas fitas foram assistidas e discutidas por nós e a fonoaudióloga do serviço. Tais discussões direcionavam alguns aspectos para supervisão dos atendimentos e também apontavam as pistas para o recorte dos trechos que constituíram o corpus do trabalho.

Inicialmente realizamos a coleta do corpus juntando as fitas VHS contendo a filmagem dos atendimentos realizados no setor de Fonoaudiologia, considerando aquilo que para nós pareciam ser fatos discursivos importantes. Após a etapa de recorte dos trechos os mesmos foram transcritos. Além das filmagens dos atendimentos, foram gravadas falas das pessoas envolvidas no serviço que ocorriam muitas vezes na passagem dos pacientes ao atendimento ou na saída. Utilizamos esses enunciados pois apontavam também para fatos importantes e determinantes do dizer afásico. Todos esses enunciados foram transcritos. Além disso consideramos como elemento constitutivo desse corpus o Guia de Orientações à família do paciente afásico produzido e utilizado na rotina do setor. Esse guia propunha-se como um dos meios de contato com a família dos pacientes e constituía-se de uma série de explicações sobre a patologia afásica e orientações quanto ao *manejo* com o paciente.

Gostaríamos de observar que à medida que se estabeleceu uma interlocução com alguns referenciais da AD houve uma maior possibilidade de inserção de uma abordagem discursiva no atendimento desses pacientes.

A análise foi operacionalizada a partir de blocos discursivos que contem grupos discursivos, que por sua vez se constituem de seqüências discursivas. As seqüências foram selecionadas por sua representatividade.

A **análise das designações** distribuiu-se em três grandes blocos discursivos. O **Bloco Discursivo 1** corresponde à análise das designações atribuídas ao **sujeito afásico**; o **Bloco Discursivo 2** corresponde a análise das designações atribuídas ao **sujeito terapeuta**, e o **Bloco Discursivo 3** corresponde a análise das designações atribuídas ao **processo terapêutico**. Esses blocos discursivos subdividiram-se em **grupos discursivos** relativos a cada designação analisada através das **seqüências discursivas** correspondentes. Ao final das análises das designações buscamos estabelecer as relações entre as mesmas e os efeitos de sentidos mobilizados nelas.

Para análise das **determinações** presentes no **funcionamento discursivo** do processo terapêutico organizamos um único **Bloco Discursivo de Referência** contendo **seqüências discursivas de interlocução** entre terapeuta e afásico. Através deste Bloco Discursivo de Referência analisamos os **esquecimentos**, as **imagens** e **antecipações**.

A análise dos **sujeitos** e da **Formação Discursiva** foi feita através de um **Bloco Discursivo** dividido em dois **grupos discursivos** que caracterizaram as diferentes **posições sujeito** através de diferentes tipos de **seqüências discursivas de interlocução**.

Passemos então às análises:

3.1.2. ANÁLISE DAS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS AO SUJEITO AFÁSICO (SA)

A análise das designações atribuídas ao sujeito afásico (SA) se constitui de um Bloco Discursivo (**Bloco Discursivo 1**), composto por quatro Grupos

Discursivos (**GD**). Cada grupo discursivo é apresentado através de três seqüências discursivas (**sd**).

Desse modo temos para o Bloco Discursivo 1 a seguinte notação:

GD1 – analisa a designação *paciente*, através de [**sd1,sd2,sd3**]

GD2 – analisa a designação *pacientinho*, através de [**sd1,sd2,sd3**]

GD3 – analisa a designação *afásico*, através de [**sd1,sd2,sd3**]

GD4 – analisa a designação *uso do nome*, através de [**sd1,sd2,sd3**]

Passemos à análise:

BLOCO DISCURSIVO 1 – SUJEITO AFÁSICO (SA)

Grupo Discursivo 1 (GD1)

Designação: paciente

sd1: *Eu tenho um paciente (para referir-se ao paciente atendido por si)*

sd2: *É paciente dela. (para referir o terapeuta que atendia determinado paciente)*

sd3: *Sô paciente duas (para: “sou o paciente das 14h.”)*

O sujeito afásico (SA) é socialmente concebido a partir do discurso médico-fonoaudiológico como *paciente*. Essa primeira designação aponta para um lugar de passividade e submissão em relação ao outro. Esse outro – o fonoaudiólogo – tem seu surgimento histórico vinculado ao discurso médico, ao discurso pedagógico e ao momento histórico do pós-guerra da 2ª Guerra Mundial, que de modo similar às ciências da fisioterapia e da terapia ocupacional, surgiram para atender os feridos em combate e que tinham sido considerados inválidos. No Brasil, o fonoaudiólogo surgiu derivando-se da área da educação a partir de treinamento de professores que buscavam ajudar alunos com problemas articulatórios (Lagrotta e César,1997). Desde aí percebemos uma assimetria de posições entre terapeutas e pacientes, que tem

relação com uma certa hierarquia ou poder. E deste modo, como paciente, ele fica submetido às ordens e diretrizes de um tratamento ou de um terapeuta⁹.

Nota-se nas seqüências apresentadas que o efeito de sentido que constroem é de uma objetualização da designação *paciente*, no sentido de pertencer a algo ou alguém. Efeito de sentido porque é o sentido que se constrói na interlocução. Ou seja, seguindo Pêcheux (1975) o sentido não está alocado em nenhum lugar ele se dá como efeito da/na interlocução. O sujeito afásico enquanto *paciente* fica colocado como um objeto, despossuindo SA de qualquer oportunidade de vez e voz, já que essa designação aponta para uma passividade maior do sujeito.

O que se vê repetir, neste caso, é a estrutura:

Paciente de (o) (a)	alguém
	lugar
	horário
	setor

Daí decorre o lugar de passividade que poderá ser evidenciado posteriormente na própria produção do sujeito afásico. Além disso, o dano cerebral pode provocar comprometimentos motores que limitam o SA e que podem deixá-lo extremamente dependente até mesmo para as atividades de vida diária mais comuns. Tal fato somado ao transtorno de linguagem pode reforçar seu lugar de incapacidade.

Grupo Discursivo 2 (GD2)

Designação: pacientinho

A dificuldade de organização verbal parece remeter o interlocutor para uma imagem infantilizada do SA. Esse aspecto relaciona-se à noção de que, em geral, as crianças é que não sabem falar. Observem-se as seqüências seguintes:

⁹ Estudos atuais como o de Surreaux (2000) analisam a constituição do discurso

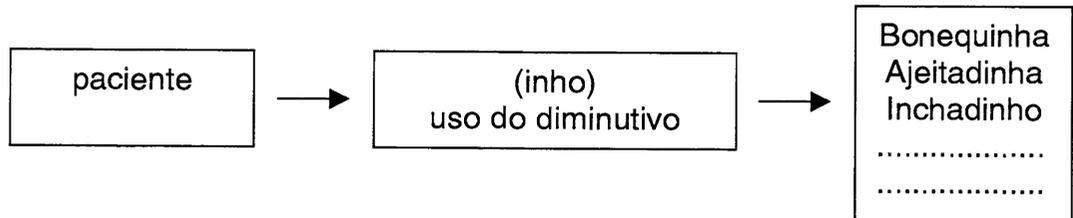
sd1: *O sr. V. é o pacientinho de quarta. (para referir-se a quarta-feira)*

sd2: *Tá sempre uma bonequinha...¹⁰perfumada...ajeitadinha...*

sd3: *É que a senhora ficou de pé muito tempo, aí fica inchadinho, né?*

A designação *pacientinho* aqui surge como resultado de um modo de se relacionar e dirigir a SA como se ele fosse uma criança. Note-se que nas seqüências discursivas 2 e 3, embora a expressão *pacientinho* não apareça explicitamente, é possível lê-la através do uso do diminutivo nas expressões *bonequinha*, *ajeitadinha* e *inchadinho*.

Assim, *pacientinho* também pode ser entendido como uma derivação da designação *paciente* visto que a significação da passividade se mantém, mas soma-se a ela o efeito de sentido de infantilização. Deste modo:



O atravessamento desse aspecto na produção do SA pode resultar em sua produção também no uso de expressões infantilizadas e no uso do diminutivo.

Grupo Discursivo 3 (GD3)

Designação: afásico

Encontramos ainda uma terceira designação referida a SA, conforme as seqüências a seguir:

sd1: *O afásico da internação já se organiza melhor. (comentário sobre pacientes).*

fonaaudiológico e suas origens.

¹⁰ As reticências serão utilizadas nas transcrições para representar os silenciamentos e pausas feitos na enunciação.

sd2: *À medida que você perceber progressos na reabilitação, diminua o seu auxílio para que seu afásico torne-se cada vez mais independente.*

sd3: *São breves técnicas de estimulação que só tem a beneficiar o tratamento ou no mínimo, efetivar a interação da família o mais precocemente possível com seu afásico.*

Na primeira seqüência discursiva, o uso da designação afásico aponta para a prevalência da entidade doença e um conseqüente apagamento do nome. Pode-se entendê-la como uma generalização. Inclusive, este é um uso freqüente nos manuais médicos e rotinas de serviço médico, designar o paciente pela patologia que o acomete. Por exemplo: *A gastrite do quarto-sul* (para referir-se ao paciente que tem gastrite e está alojado no quarto andar, ala sul do hospital). Através da análise deste tipo de seqüência observa-se um distanciamento que fica estabelecido entre o profissional e o *paciente*.

Mas, além disso, esta seqüência soma-se às outras subseqüentes dando um efeito de sentido de objetualização, que ocorre também em relação à designação *paciente*.

Observa-se a repetição da estrutura:

Pronome possessivo	afásico
Meu	
Seu	

Através dessa estrutura percebemos que o que se mantém é uma relação de posse, de pertencimento e coisificação do sujeito afásico. Fica impossível a esse sujeito posicionar-se como um interlocutor, na medida em que não há possibilidade de um lugar tal para ele. Se ao sujeito afásico fica imputado o lugar de coisa e essa coisa pertence a alguém, o que lhe resta é responder desse lugar com aquilo que passa a se esperar de uma coisa e não de alguém.

Grupo Discursivo 4 (GD4)

Designação: uso do nome

Percebe-se o uso do nome como uma designação possível que parece apontar para uma *atividade* maior de SA, ou pelo menos um lugar designado a ele de onde parece se esperar uma resposta.

sd1: *Sr. F ... não entendi pode me explicar de novo?*

sd2: *Aí a dona S. conseguiu contar direitinho onde tinha ido com a família.*

sd3: *R. respondeu ... eu respondi. (SA referindo-se ao fato de ter respondido algo a alguém)*

Os nomes podem ser vistos como interpelações muito particulares constituindo existências únicas ao sujeito. Acreditamos que o uso do nome resgata, na interlocução entre terapeutas e afásicos, algo que está fora da história da doença. Dessa forma percebemos que esta designação vai de encontro à designação afásico que promove justamente um apagamento do nome, uma generalização.

Mas a análise desta designação não parece romper totalmente com os sentidos veiculados pelas designações vistas anteriormente. Percebemos que *direitinho* pode apontar para o uso do diminutivo que infantiliza mais uma vez a posição de SA. Logo, haveria uma espécie de recaída quando se atravessam no dizer elementos característicos das designações anteriores.

3.1.2.1. RELAÇÕES ENTRE AS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS A SA

A partir da análise das designações referidas a SA percebe-se que é possível agrupá-las numa mesma série dentro de uma família parafrástica (Orlandi, 1996a).

Através das designações *paciente*, *pacientinho* e *afásico* é possível observar o lugar destinados a SA desde o discurso do terapeuta. Esse mesmo discurso vai sendo constitutivo da interlocução entre terapeuta e sujeito afásico e pode ser repassado para o grupo familiar que também ao incorporá-lo (vide seqüências 2, 3 e 4 retiradas do Manual de Orientações à família do paciente afásico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) pode repetir o estatuto de incapacidade contido nele.

Observa-se em GD4 uma possibilidade de certa atividade (em oposição à passividade) que pode diferenciar esse grupo discursivo dos anteriores. Contudo, não percebemos um rompimento com os efeitos de sentidos mobilizados pelas demais designações. Elas parecem silenciar no momento em que algo de fora do contexto doença surge, mas mantêm-se presentes já que parecem ser dominantes na interlocução entre terapeutas e afásicos.

Esquemáticamente teríamos:

BLOCO DISCURSIVO 1 - SUJEITO AFÁSICO -				
Efeito de sentido que mobiliza	GD1 Paciente	GD2 Pacientinho	GD3 Afásico	GD4 Uso do nome
Objetalização	X	X	X	
Passividade	X	X		
Infantilização		X		
Generalização da doença			X	
Participação				X

O que se repete nestas designações (o mesmo) remete para o lugar de passividade e doença/incapacidade atribuído ao SA.

3.1.3. ANÁLISE DAS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS AO TERAPEUTA

A análise das designações atribuídas ao sujeito terapeuta (**ST**) dá-se também através de um Bloco Discursivo (**Bloco Discursivo 2**). Este bloco discursivo apresenta-se composto por três Grupos Discursivos (**GD**) que correspondem à análise das seguintes designações:

GD1 – analisa a designação *doutor (a)*.

GD2 – analisa a designação *professor (a) / professorinha*.

GD3 – analisa a designação *fono / uso do nome*.

Cada grupo discursivo é representado por um conjunto de três ou quatro seqüências discursivas (sd).

Passemos às análises:

BLOCO DISCURSIVO 2 – SUJEITO TERAPEUTA (ST)

Grupo Discursivo 1 (GD1)

Designação: Doutor (a)

O terapeuta é concebido no meio social em relação ao paciente a partir de um lugar diferenciado, um lugar de saber.

Herança do parentesco com as ciências médicas, a designação que mais lhe é atribuída é a de doutor. Junto a ela somam-se imagens de poder sobre a vida e morte e a questão da cura. Do seu lugar ele sempre terá algo a dizer, já que aqueles que o procuram demandam pelo seu saber.

Socialmente, parece, que tal aspecto apresenta duas faces. Positivamente o terapeuta é alguém que dispõe de um saber específico. Este saber é seu instrumento de trabalho e é o que o particulariza e situa como fonoaudiólogo. Essa posição de algum modo deve ser assegurada em relação ao outro, na medida em que é ela que sustenta o vínculo entre ambos. O paciente procura o terapeuta justamente por isso.

Desta forma, vão sendo delineados alguns aspectos sociais e discursivos do lugar do sujeito terapeuta (ST).

Observem-se as seqüências a seguir:

sd1: *Ele conseguiu dizer que hoje vinha na dôtora.*

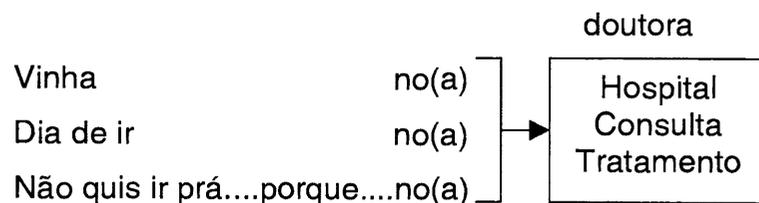
sd2: *Dia de ir na dotôra é sagrado.*

sd3: *Eu uhñ na sei. A dotôra é uhñ ... sabe. (Para dizer: Eu não sei a doutora é que sabe.)*

sd4: *Não quis ir pra praia porque tinha dotôra.*

Na estrutura das seqüências discursivas 1, 2 e 4 percebe-se que a designação *doutora* aparece no próprio lugar do tratamento e/ou da instituição.

Poderíamos pensar na seguinte rede de substituições dentro de uma família parafrástica:



A análise desta designação parece indicar que o processo terapêutico parece ficar investido em apenas um dos sujeitos envolvidos no processo, neste caso ST. Como se este processo fosse unilateral e prescindisse do outro interlocutor. Acreditamos que um novo olhar sobre o tratamento deva ter como um dos objetivos o redimensionamento dos lugares de ST e SA.

Já a seqüência 3, remete para a imagem do saber já referida. Cabe ressaltar que este enunciado parece ser básico e repete-se em diferentes momentos terapêuticos, em diferentes *pacientes* e com diferentes terapeutas. Ele também aponta para uma assimetria de posições onde a posição do ST parece ser privilegiada. Assim poderíamos dizer que os enunciados do quadro são antecipatórios aos de SA .



Eu não sei.....	A doutora é que sabe.
Eu não posso.....	A doutora é que pode.
Eu não consigo.....	A doutora é que consegue.

O saber fica colocado do lado de ST. É como se SA antecipasse os enunciados do quadro e essa antecipação pode levá-lo as enunciações do tipo: *Eu não sei*, *Eu não posso* e *Eu não consigo*. Só através da análise discursiva poderíamos chegar a tal ponto. Os enunciados de SA que poderiam apontar para a expressão de uma limitação afásica (ou seja, específica da doença), mostram que ela não é apenas física, mas também discursiva. A antecipação que SA faz é de ordem simbólica, legitimada pelo funcionamento discursivo que coloca em posição legítima, através da designação *doutor(a)* o saber do lado de ST.

Grupo Discursivo 2 (GD2)

Designação: professor (a)/ professorinha

A designação *professora/professorinha* retoma a noção de que o saber está do lado do ST e que a posição do fonoaudiólogo vem historicamente deste lugar escolar. Através desta designação o terapeuta é alguém que ensina algo. Contudo, também a questão da infantilização de SA migra para o lado de ST influenciando-o, também designando-o no diminutivo. Percebe-se ao longo das seqüências uma menção a época escolar quando utilizam esta designação. Por isso também aparece o uso diminutivo.

sd1: *É ... igual nuuu ... minha aprende fo fé fo fes...sora.*

sd2: *Fiz ... professorinha. Te..Te..ma..meu tra...ba...lho.*

sd3: *Não to bom...bem...bem...hoje...pó...pó...pro...fre...pro...fé...so...ra.*

Grupo Discursivo 3 (GD3)

Designação: Fono/ uso do nome

Esse grupo discursivo parece marcar uma diferença que emerge, às vezes, na interlocução entre terapeutas e afásicos. Ao utilizar a designação *fono* tanto ST quanto SA tentam imprimir uma especificidade ao processo, no que parece ser uma tentativa de saída das posições de saber pedagogizantes.

Observamos, no entanto, que esse uso vem seguido do *uso do nome* também do lado do terapeuta, especializando a situação da mesma forma que percebemos quando do *uso do nome* do lado de SA. Até porque o simples uso designação *fono* poderia estar colocada ao lado da designação *doutor(a)* servindo como empréstimo para um mesmo lugar de saber estabelecido por esta, fato que não foi observado por nós.

sd1: *Ela é minha fono.*

sd2: *A fono ... C. disse prá com ... contá ... conversá.*

sd3: *Eu não entendi ... eu sô só sua fono ...*

Percebe-se que até o elemento de objetualização aqui funciona do lado de ST, pois esse passa a pertencer ao paciente - *minha fono* -. Em sd3 parece que o enunciado circunscreve a função do profissional fonoaudiólogo, estabelecendo que não é possível *dar conta de tudo*, marcando uma diferença importante em relação à designação *doutor(a)*. A partir dessa seqüência é possível perceber que a questão do saber parece oscilar no sentido de não se constituir como um saber totalitário.

3.1.3.1. RELAÇÕES ENTRE AS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS A ST

Face ao exposto poderíamos esquematizar as designações atribuídas a ST deste modo:

BLOCO DISCURSIVO 2 – SUJEITO TERAPEUTA			
Efeito de sentido que mobiliza	GD1 Doutor (a)	GD2 Professor (a) / professorinha	GD3 Fono / Uso do nome
Saber efetivo	X	X	
Saber instituição	X	X	
Ensino		X	
Saber oscilante			X

A partir das seqüências analisadas, percebe-se que ao designar ST como *doutora* ou *professora* é mobilizada a questão do saber, que fica posta do lado de ST. Contudo, entre ambas há uma diferença que remete para uma questão que é fundamental em relação ao modo de significar o tratamento. Ao designar ST como *professora* o processo terapêutico fica implicado como uma atividade de ensino. Acredita-se que as análises posteriores deverão esclarecer o estatuto desse *ensinar* versus *reabilitar*.

3.1.4. ANÁLISE DAS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS AO PROCESSO TERAPÊUTICO

A análise das designações atribuídas ao processo terapêutico constitui o **Bloco Discursivo 3** que está composto por três Grupos Discursivos (**GD**) representados por seqüências discursivas (**sd**). Neste bloco discursivo, os grupos discursivos estão distribuídos da seguinte forma:

GD1 – analisa a designação *aula/aulinha*.

GD2 – analisa a designação *consulta/consultá*. Este grupo subdivide-se em dois sub-grupos, pois através da mesma designação percebemos diferenças em relação ao efeito de sentido veiculado por ela. Temos portanto derivando de GD2: GD2(A) e GD2(B)

GD3 – analisa a designação *fono*.

Observem-se as análises:

BLOCO DISCURSIVO 3 – O PROCESSO TERAPÊUTICO –

Grupo Discursivo 1 (GD1)

Designação: aula/aulinha

sd1: *Porque semana que vem não tem aulinha?*

sd2: *Casa é casa ... te ... aula..aula.*

sd3: *Preciso ... aula tem que.*

Ao designar o processo terapêutico como *aula*, SA está retomando a noção de que ele tem um lugar de quem aprende e ST a posição de quem ensina. Esta designação remete para a de professor adotada para ST por SA. Conforme referimos anteriormente, esta designação mobiliza do lado do processo terapêutico o efeito de sentido de atividade de ensino e a questão da infantilização.

Grupo Discursivo 2 (GD2)

Designação: consulta/consultá

Essa designação aponta para um diferencial em relação à concepção sobre o tratamento. Há dois tipos distintos de uso da mesma. No primeiro deles encontra-se a idéia da instituição e no segundo percebe-se algo diferente, mas que parece manter os sujeitos posicionados assimetricamente entre si.

GD2 (A)

sd1: *Hoje tinha consulta da fonodíloga e da fisio.*

sd2: *Não vim na ôtra semana consulta.*

sd3: *Quando tem que vim de novo na consulta?*

GD2(B)

sd1: *Viemo consultá prá sabe do poblema dele.*

sd2: *Vim me consulta. É às quin...zé...quinze pras três.*

sd3: *Cada consulta aprende um poco mais.*

O uso *consulta* aponta para o modo de significar o que acontece no processo terapêutico

No primeiro sub-grupo GD2(A) observamos que a designação *consulta/consultá* aparece como um modo de nomeação do atendimento ou mesmo da instituição. Aparece também ligado a questão de ir e vir à consulta.

Já no segundo sub-grupo GD2(B), percebemos que a consulta remete para um modo de relação com o processo que não é meramente do lugar ou de nomeação, mas sim remete para uma idéia informacional. Isto é, acontece algo no processo terapêutico que faz com que haja uma circulação de informação. O efeito de sentido relacionado à efetividade do saber de ST retorna, mas há agregado a ele uma idéia de circulação, embora seja ST quem dispõe desse saber para informar.

Grupo Discursivo 3 (GD3)**Designação: fono**

A designação *fono* aparece também no lugar do processo de tratamento, como se vê nas seqüências a seguir:

sd1: *Quinta-feira aqui a reunião ... A fono ... a re ... a reunião da fono. Prá falar.*

sd2: *Esta agenda só da fono só da fono.(referindo-se ao material de trabalho utilizado no tratamento)*

sd3: *Gosto terça porque é fono, quinta não.*

Através desta designação parece haver também uma busca de circunscrever a atuação específica do tratamento fonoaudiológico que vai num

sentido diferente de lugar ou instituição. Aparece o significante reunião como elemento constitutivo desse efeito de sentido. Uma reunião supõe algo que acontece entre pessoas, e há também a especificação dos dias específicos desse atendimento em oposição aos demais (fisioterapia, terapia ocupacional, consulta médica, atendimento psicológico). Ao designar o tratamento como *fono*, SA situa a especificidade da intervenção neste processo. É possível entender este efeito de sentido relacionado à designação *fono* atribuída a ST e conseqüentemente à idéia de circulação de saber.

3.1.4.1. RELAÇÕES ENTRE AS DESIGNAÇÕES ATRIBUÍDAS AO PROCESSO TERAPÊUTICO

Acreditamos que a análise das designações atribuídas ao processo terapêutico sirva como um primeiro passo para a discussão de seus objetivos.

A partir das seqüências analisadas aparecem dois efeitos de sentido: ensino e circulação de saber; embora ambos reiterem a noção de saber atribuída a ST.

Como se viu, ao designar o tratamento como *aula/aulinha*, parece que esse saber polariza o processo e infantiliza SA, funcionando de um modo mais aos moldes do discurso autoritário, já que nos remete ao funcionamento do discurso pedagógico⁷.

Quanto ao aspecto informacional, este parece relativizar a questão do saber, fazendo com que este aspecto de autoridade não seja tão absoluto. Por esta via pode haver uma possibilidade de novas posições para os interlocutores do processo.

De modo esquemático teríamos:

⁷ O discurso pedagógico (DP) foi analisado, entre outros trabalhos, por Orlandi (1996) e caracterizado como um discurso autoritário. O professor representa-se e é representado como autoridade e o aluno como tutelado. Assim, o DP dissimula-se como transmissor de informação e o faz sob uma representação de cientificidade. Ver Orlandi (1996a: 25-38): Para quem é o discurso pedagógico.

BLOCO DISCURSIVO 3 – PROCESSO TERAPÊUTICO				
Efeito de sentido		GD2		
		Consulta/ consultá		
Que mobiliza	GD1 Aula/aulinha	GD2(A)	GD2(B)	GD3 Fono
Ensino	X			
Infantilização	X			
Nomeação/instituição		X		
Circulação do saber/ Informação			X	X

Acreditamos porém, que informar e ensinar sejam apenas duas faces de um processo que nos parece muito mais complexo. Tal processo deve levar o sujeito afásico à reintegração no meio social com o máximo de efetividade possível, apesar da sua limitação. Este processo deve contemplar o percurso histórico do sujeito e o entendimento do que a doença muda nele. Isto deve ocorrer através de uma abordagem em que a linguagem vá além dos limites de um instrumento de comunicação, para que ela possa ser local privilegiado de reflexão onde sentido e sujeito se constituam mutuamente.

A análise das designações atribuídas aos sujeitos e ao processo terapêutico mostra que elas não referem um domínio de objetos empíricos. A sua compreensão está ligada à noção de interpretação. Seguindo Orlandi (1996b), entendemos a interpretação como a relação constitutiva e necessária que se estabelece entre o sujeito e *sua realidade*, a partir do funcionamento da linguagem enquanto sistema simbólico afetado pelo real da história e do inconsciente. A partir da interpretação é que o sujeito afásico e terapeuta vão se situar no processo de tratamento. Mas o efeito dessa interpretação é um efeito de evidência pela intervenção do inconsciente e da ideologia no discurso.

Assim, as designações acima analisadas são resultado de um processo também de determinação discursiva. Indursky (1997) refere que a operação de determinação lingüística é insuficiente para saturar um nome qualificando-o

para ocupar um lugar em uma seqüência discursiva, pois os determinantes lingüísticos identificam uma referência atual com funções semânticas e sintáticas strictu sensu. Mas, segundo a autora, a determinação discursiva de um nome consiste em saturar-lhe o significado para qualificá-lo em seqüências discursivas afetadas por determinadas formações discursivas.

Cabe-nos agora, então, analisar desde onde falam esses sujeitos, o que podem ou não dizer e como dizem.

3.2. O FUNCIONAMENTO DISCURSIVO NA INTERLOCUÇÃO DE SA E ST

A AD, através de Pêcheux (1975), afirma que o discurso é efeito de sentidos entre interlocutores. Desta forma ao propormos uma interface entre a AD e a Fonoaudiologia há sempre que se pensar na interlocução e não somente no que diz o *paciente*.

Na interlocução será possível observar o funcionamento discursivo. Orlandi (1996a) destaca que esta noção de funcionamento é fundamental. Uma vez que ele não é integralmente lingüístico e resulta de condições de produção que representam o mecanismo de situar os sujeitos e o objeto do discurso.

Orlandi (1996a:117) refere Guespin: *"um olhar lançado sobre um texto do ponto de vista de sua estruturação em língua faz dele um enunciado. Um estudo lingüístico das condições de produção desse texto fará dele um discurso"*. O fonoaudiólogo precisa redimensionar seu olhar e alcançar essa amplitude do discurso.

A Fonoaudiologia tem trabalhado ainda no âmbito do conceito de comunicação, considerando que a linguagem serve para comunicar. Não há conforme já dissemos discussões mais profundas sobre a natureza da linguagem. O olhar do fonoaudiólogo além disso encontra-se voltado para o dizer do paciente e mais especificamente para o seu *mau-dizer*. Quando falamos em *mau-dizer* tentamos referir não só o *desvio* propriamente dito, mas

também o incômodo que ele gera, já que muitas vezes ele não *representa as palavras que o fonoaudiólogo quer ouvir*.

A noção de discurso distancia-se do esquema elementar da comunicação. O esquema da comunicação constitui-se basicamente de: emissor, receptor, código, referente e mensagem. Assim o fluxo da comunicação se encaminharia desde um pólo emissor quando este transmitiria uma mensagem (informação) até um pólo receptor. A mensagem seria organizada sob um código e referiria a um elemento x da realidade (Berger,1989). Numa suposta linearidade e transparência. O fonoaudiólogo poderia intervir em um dos pólos solucionando hipoteticamente algum *ruído* que perturbasse a adequada transmissão da mensagem.

Em AD, não se pode falar apenas em transmissão de informação, se entende que não há linearidade nessa disposição de elementos e não há essa seqüencialização de etapas e modos para que se *transmita uma mensagem*.

Outro olhar que circula pela Fonoaudiologia fica fixado no orgânico, no funcionamento neuro-anatômico da comunicação. Na verdade, nos parece que ao tomar de empréstimo pressupostos de diferentes áreas da ciência, a Fonoaudiologia recortou tantos pedaços que não discutiu mais profundamente sua procedência e coerência. Que há um substrato orgânico sob o qual trabalhamos, é fato; que há implicações psíquicas na terapêutica de um sujeito, há;mas onde está a especificidade da linguagem? O trabalho de Surreaux (2000) discute essa questão através da análise do discurso fonoaudiológico, mostrando o extenso percurso histórico de constituição da disciplina bem como seus reveses. A Fonoaudiologia ouviu e ouve muitas vozes, no dizer da autora, que resultam em diferentes posições sujeitos. Conforme a posição assumida, decorrerão tanto a concepção do objeto como o fazer fonoaudiológico. Concordamos com Surreaux, que este é um terreno polêmico de discussão. Segundo ela, as discussões recentes tem provocado um deslizamento na tomada da comunicação como objeto; acrescenta ainda que existem muitos questionamentos acerca do objeto da Fonoaudiologia. "*Seria a linguagem, ou a linguagem patológica o objeto de estudo da Fonoaudiologia?* (Surreaux,2000.:35-36)"

Orlandi (1999) destaca que na realidade na língua não há um só código entre outros, que não há essa separação estanque entre emissor e receptor e que nem tampouco sua atuação dá-se em seqüência, onde um fala e o outro decodifica. O processo de significação dá-se ao mesmo tempo. O discurso está colocado justamente no ponto *mensagem*, porém tratá-lo deste modo é reducionismo. Assim, não se trata apenas de transmissão de informação, pois o funcionamento da linguagem põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história. Sua constituição é complexa e dá-se conjuntamente à produção de sentidos, envolve processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação e de construção da realidade. A idéia de comunicação é limitada já que a linguagem serve tanto para comunicar como para não-comunicar. Para Orlandi (1999) as relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados.

O discurso então vai além da noção de transmissão de informação, ele faz parte do funcionamento social e possui uma dimensão histórica que cria, recria e repete sentidos. Portanto ao dizer alguma coisa, alguém diz de um determinado lugar da sociedade para outro alguém que também tem um lugar nessa sociedade. O interlocutor, a situação, o contexto histórico-social, as condições de produção fazem parte do sentido de uma seqüência verbal produzida. Os lugares de onde falam os interlocutores fazem parte da significação. A Fonoaudiologia não pode fazer-se de surda a estes fatos, já que visa, entre outras coisas e, fundamentalmente *reabilitar* um sujeito de linguagem na linguagem.

Pêcheux (1975) apresenta que há, em toda formação social, regras de projeção que relacionam as situações concretas e as representações dessas situações no interior do discurso. Esse espaço de representações sociais também é constitutivo da significação do discurso.

No processo discursivo terapêutico, os lugares de representação dos sujeitos determinam o dizer a partir da assimetria das posições, já apontadas pela análise das designações.

As antecipações também são constitutivas do dizer. Os interlocutores alternam-se nas posições falante-ouvinte antecipando representações. Esse

mecanismo vai regular as respostas de um e de outro e definir o escopo do discurso. Acreditamos que esse mecanismo também é determinante na produção do sujeito afásico, que pode antecipar ao seu dizer sua incapacidade para tal.

Falar, a partir destas considerações vai muito além da produção de enunciados *corretos*. As palavras podem mudar de sentido dependendo dos lugares de onde vêm. As intenções não bastam para determinar um dizer, elas articulam-se a uma série de convenções e sobre-determinações histórico-sociais.

O falante vai delimitando seu dizer fazendo uma seleção na língua a partir dos meios que ela oferece. Mas esta apropriação não é individual, visto que o sujeito é interpelado pela ideologia e pelo inconsciente. Sua produção conseqüentemente vai refletir essa interpelação.

A afasia faz uma ruptura na história do sujeito e no seu modo de relacionar-se com a língua. De uma hora para outra, a história que lhe dava nome e identificava fica reduzida a uma lesão cerebral. Parece que a lesão rompe a história do sujeito e define-lhe novos limites, muda a história. É como se o sujeito passasse a assumir uma nova posição no meio social e uma nova história passa a determinar seu dizer.

O discurso sobre a doença juntamente com a imagem que se faz dela são elementos que constituem a exterioridade que atravessa o dizer do afásico e também o do terapeuta.

3.2.1. ANALISANDO AS DETERMINAÇÕES

As seqüências a seguir constituem um bloco discursivo único, denominado **Bloco Discursivo de Referência**, composto por seis seqüências discursivas (**sd**), recortadas da interlocução entre ST e SA que permitem observar o atravessamento da exterioridade e das imagens que se colocam junto a ela.

BLOCO DISCURSIVO DE REFERÊNCIA

sd1

ST: Agora vâmo vê se o senhor sabe. Cadê o carro? (mostrando revista)

SA: ... ¹¹ (aponta)

ST: Queria ver se o senhor consegue falar.

SA: ...

sd2

ST: Vê se o senhor sabe o que ta escrito aqui no papel

SA: Ih!

ST: Lê. O que ta escrito?

SA: É...se...se...se...se...se..e...e...lê...lê.

ST: Lê pró senhor, sem lê em voz alta.

SA: É...é...um...

ST: O senhor entendeu?

SA: ... (nega com gesto de cabeça)

ST: Entendeu ou não?

SA : ...é...um...na entendeu nada.

sd3

ST: Vamos ver o que tem aqui (mostrando propaganda natalina do jornal)

SA: ...

ST: (não espera e prossegue) Vâmo vê o que tem aqui que a senhora gostaria de ganhar.

SA: Aqui ... (aponta para figuras de pacotes fechados)

ST: (não espera e prossegue) São presentes, mas o que mais tem aí?

SA: ... O que será ... eu gostaria de saber o que tem nesses pacotinho.

¹¹ Novamente aqui as reticências serão utilizadas para representar o silenciamento dos interlocutores.

ST: *(não espera e prossegue) Esses tão embrulhados mas o que mais tem aqui que a senhora pode comprar prôs seus netinhos?*

SA: *Eu não posso.*

sd4

ST: *E aqui? O que que é? (mostrando encarte do jornal onde se vê afigura de Papai Noel)*

SA: ...

ST: *Aparece todo ano? Quando o senhor era pequeno não ficava esperando ... de noite ...*

SA : *É.*

ST: *Vâmo vê direitinho. É o Coelhoinho da Páscoa?*

SA: ... *Não. Circo. Fantasia.*

ST: *Não, não é palhaço. É o Pa...*

SA : ...

ST: *Papai Noel.*

sd5

ST: *Então a F. é parente de quem? É sua irmã ou do seu M.?*

SA: *É...é...é...minha irmã.*

ST: *Ta certo. Isso que eu queria.*

sd6

ST: *E o que a senhora fez lá em Santa Catarina? Pra onde é que a senhora foi em Santa Catarina?*

SA: *Ai ... Nós fomo ... ah ... eu, eu, não sei o no...no...no... nome (busca com o olhar o familiar que acompanha a sessão terapêutica)*

Familiar: *Restaurante da Lagoa.*

SA: *Restaurante. Mas e a a a a lagoa ... ah ... é ... a lagoa eu es...es...esqueci do mar.*

Observamos em ST, em algumas seqüências, o uso de temas infantilizados remetendo SA também para um lugar infantilizado, por isso o uso freqüente dos diminutivos. Observamos também que na maior parte das vezes SA responde com um silenciamento, gestos ou monossílabos, além de que há seqüências onde se evidencia a partir de ST o questionamento sobre sua capacidade para responder adequadamente ao que se pede, através do segmento: *Vâmo vê se*. Do lado de ST, percebemos que seus enunciados constituem-se basicamente por interrogações e enunciados fechados com poucas pausas à espera de resposta de SA. ST busca repostas coerentes para as questões que lança. No entanto, não dá tempo de resposta a SA. ST preenche o possível silenciamento do paciente com suas próprias palavras, com o sentido que ele quer. Quando ST dá o turno para que SA fale, o faz de um modo extremamente imperativo, quando também se observa um maior número de hesitações por parte de SA.

3.2.1.1. OS ESQUECIMENTOS

Observamos através das seqüências deste bloco discursivo que SA parece incorporar a imagem que tem da doença e fixa-se no papel de doente. É como se ele esquecesse o que ele próprio é capaz de construir e, então, fica fixado nesta posição.

Pêcheux (1975:173) apresenta a noção dos esquecimentos que atuam no dizer do sujeito. De acordo com o autor, o esquecimento nº1 é da ordem do inconsciente e é ele quem dá ao sujeito a impressão de ser a fonte do sentido. Nesse esquecimento há um apagamento de todo o processo que constitui a produção de uma seqüência discursiva e suas relações com o já-dito e com a FD. Assim, o que acreditamos ocorrer, num nível discursivo na afasia, é um abalo no funcionamento desse esquecimento para o sujeito. Esse abalo faz com que o esquecimento funcione ao revés: ao sujeito não parece possível julgar-se fonte de sentidos. Juntamente com este esquecimento há um outro que Pêcheux denominou esquecimento nº2. O esquecimento nº2 já funciona

num nível semiconsciente e diz respeito à seleção que o sujeito faz nos processos de produção de uma determinada língua, delimitando o que diz e excluindo o que seria possível dizer naquela mesma situação. Acreditamos que o sujeito afásico também sofre um abalo em relação a este esquecimento. O mau funcionamento de um dos esquecimentos retroalimenta o mau funcionamento do outro esquecimento. Ao perceber-se desorganizado para selecionar na língua os elementos necessários para seu dizer, o sujeito vai incorporando uma imagem de incapacidade. Parece que é na quebra do imaginário que o real da língua irrompe.

3.2.1.2. AS IMAGENS E ANTECIPAÇÕES

Ao mesmo tempo, na interlocução, percebe-se que o dizer de ST determina sobremaneira o dizer de SA reforçando este funcionamento. ST também tem um pressuposto da inabilidade para falar atribuída ao paciente, que faz parte da realidade da patologia. Contudo, percebemos nas seqüências apresentadas acima que tal aspecto atravessa seu dizer limitando a interlocução com SA, potencializando uma maximização da imagem de incompetência de SA. A análise do enunciado “*Vâmo vê se ...*” que se repete ao longo das seqüências apresentadas corrobora este aspecto como se vê a seguir:

Em sd1 tem-se: *Vâmo vê se o senhor sabe/ Vê se o senhor consegue*

Em sd2 tem-se: *Vê se o senhor sabe*

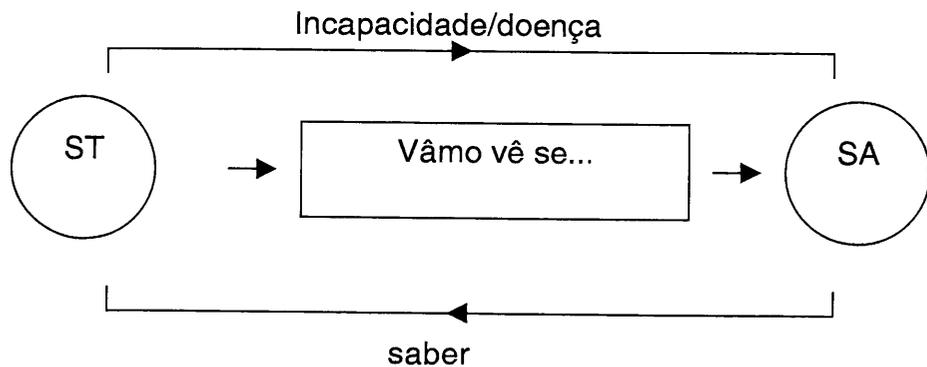
Em sd3 tem-se: *Vamos ver / Vâmo vê*

Em sd4 tem-se: *Vâmo vê*

Em todas estas seqüências os enunciados apresentados poderiam ser resumidos a forma: *Vâmo vê se...* Mesmo quando o clítico *se* não aparece explicitamente como elemento indicador do sentido condicional, o mesmo é

mantido pelo segmento *Vâmo vê*. O sentido veiculado por esta expressão remete para uma idéia de averiguação e verificação.

Ao dizer *Vâmo vê se...* ST mobiliza a imagem de incapacidade que tem de SA, que é antecipada por este, fixando-o no lugar da doença. Assim a idéia de verificação fica acrescida da idéia de dúvida quanto a possível resposta de SA. O fluxo desse jogo de imagens e sentidos poderia ser representado da seguinte forma:



No esquema acima, as setas que ligam ST e SA, indicam movimento em sentido horário, ao passo que as setas que dirigem o enunciado - *Vâmo vê se* - são unidirecionais. O enunciado *Vâmo vê se* mostrou-se extremamente freqüente, partindo sempre de ST em direção a SA. Percebemos que a idéia de incapacidade doença parte de ST mas fixa-se em SA e que a idéia de saber que fica colocada em ST parte de SA e fixa-se em ST. O fluxo é contínuo e faz a manutenção desse jogo de imagens.

Segundo Orlandi (1996a:127) é possível estabelecer um diagrama das imagens atribuídas aos interlocutores deste processo discursivo que vão determinar seu discurso através das antecipações feitas pelos mesmos. Seguiremos a fórmula geral apresentada pela autora que estabelece:

la (Ib (a)) = imagem que o locutor faz da imagem que o ouvinte faz do locutor

DIAGRAMA DAS IMAGENS ESTABELECIDAS PELOS SUJEITOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

IMAGEM DE INCAPACIDADE	IMAGEM DE SABER
I SA (ST (SA))	I ST (SA (ST))
I SA (SA)	I ST (ST)
I ST (SA)	I SA (ST)

Estas imagens atravessam fortemente a interlocução entre terapeutas e afásicos e antecipam seu dizer. Pêcheux (1969) afirma que é sobre o mecanismo das antecipações que se funda toda a estratégia do discurso, que segundo ele, é de natureza argumentativa. Orlandi (1996a) afirma que a dominância de um tipo de variável em termos de imagem é que vai determinar os usos argumentativos do locutor. Isso explica o funcionamento dos enunciados dirigidos a SA que, antecipando sua incapacidade, são construídos como uma verificação do que já se sabe que o outro não vai saber.

Orlandi (op.cit:126) diz que pela antecipação *“o locutor experimenta o lugar de seu ouvinte a partir de seu próprio lugar.”* Assim, é que ele representa as representações de seu interlocutor e vice-versa. A autora também destaca que as variações da interlocução são definidas pelo funcionamento da instituição que molda o discurso e faz com que eles se diferenciem entre si; como um sermão, uma conversa, uma exposição e , eu diria, um tratamento.

As respostas dos interlocutores são afetadas pelas antecipações. É, ainda, Orlandi que acrescenta que há decisões antecipatórias do locutor sancionadas pelos valores que precedem as eventuais respostas do interlocutor. O ouvinte pode inclusive apoiar ou bloquear o discurso por meio de ações verbais e não verbais.

Cabe destacar, ainda, que o mecanismo de antecipação é complexo e vai além da questão de concordância ou discordância entre os interlocutores, pois não se trata simplesmente de haver ou não identificação entre eles. A autora coloca que em termos discursivos, quando o locutor supõe o que o outro vai pensar, em verdade ele está buscando saber a relação que existe entre o

que o outro vai dizer e o seu lugar, que por sua vez constituirá o seu próprio dizer.

3.2.2. OS SUJEITOS E A FORMAÇÃO DISCURSIVA (FD)

A noção de Formação Discursiva (FD) foi introduzida por Foucault (1997) para designar conjuntos de enunciados relacionados a um mesmo sistema de regras, historicamente determinadas. Mas foi Pêcheux que cunhou essa noção em AD. Nesse quadro teórico marxista-althusseriano, ele afirmava que toda formação social possível de se caracterizar por certa relação entre classes, implica na existência de posições políticas e ideológicas, que não são feitos do indivíduo. Para Pêcheux, essas posições se organizam em formações que mantem entre si relações de antagonismo, de aliança ou de dominação. Essas formações ideológicas incluem uma ou várias FDs interligadas que determinam o que pode e deve ser dito (ou o que não pode e não deve ser dito) a partir de uma dada posição em uma conjuntura dada (Maldidier, 1990).

Deste modo a partir da concepção de FD há um redimensionamento em relação à semântica, já que as palavras mudam de sentido passando de uma FD à outra (ibi. idem).

A noção de FD designa o sistema de regras que funda a unidade de conjuntos de enunciados sócio-historicamente circunscrito. Assim numa determinada sociedade ou conjuntura definidas, apenas uma parte do dizível é acessível e, esse dizível, forma um sistema e delimita uma identidade (Mainguenu, 1998).

Ao longo do desenvolvimento teórico da AD pode-se evidenciar uma evolução no conceito de FD. Atualmente ao invés de considerar-se uma multiplicidade de FDs, tende-se a concebê-la enquanto única e heterogênea, podendo abarcar em seu interior posições fortemente antagônicas.

Courtine (1981), partindo dos conceitos de Foucault (1997) e Pêcheux e Fuchs (1975), reconfigura a noção de FD. Courtine retoma a relação entre ideologia e discurso e afirma que o discursivo será considerado como um dos

aspectos materiais da ideologia e a partir disso articula também a relação das FDs com as FI. Para o autor as FDs são componentes interligadas de FI e possuem entre elas relações contraditórias que se inscrevem necessariamente na mesma materialidade dessas FD.

Courtine (1981) afirma que é na relação com o interdiscurso que uma FD constitui o domínio do saber próprio dessa FD. O domínio de saber de uma FD funciona como um princípio de aceitabilidade discursiva para um conjunto de formulações (*o que pode e deve ser dito*) e ao mesmo tempo como princípio de exclusão (*o que não pode e não deve ser dito*). Ele constitui as fronteiras (os limites) de uma FD, delimitando o seu interior (o conjunto de elementos do saber) de seu exterior (conjunto de elementos que não pertencem a um FD). Estas fronteiras, no entanto, são fundamentalmente instáveis, elas não configuram um limite traçado de uma vez por todas, mas inscritos entre diversas FDs. Como uma fronteira que se desloca, em função do que se ganha ou perde na luta ideológica, nas transformações da conjuntura histórica de uma formação social dada. Para Courtine, a heterogeneidade e a instabilidade são elementos constitutivos de uma FD.

O interdiscurso de uma FD deve, assim, ser pensado como um processo incessante de reconfiguração, no qual o saber de uma FD é conduzido, em função das posições ideológicas que esta FD representa numa conjuntura determinada. O interdiscurso de uma FD é a instância de formação, repetição, transformação dos elementos do saber dessa FD, funcionando como agente regulador do deslocamento de suas fronteiras (Courtine, 1981).

Assim, a partir desse quadro teórico remodelado, propomos pensar as relações entre o funcionamento dos sujeitos no processo discursivo terapêutico e sua relação com a FD.

Vimos, portanto, que a FD pode ser entendida como o domínio de saber, como modo de relação com a ideologia e como reguladora daquilo que pode ou não pode ser dito. Na relação do sujeito com a FD é que se chega ao

funcionamento do sujeito do discurso, pois o indivíduo ao ser interpelado pela ideologia vai identificar-se com a FD através de uma Forma Sujeito(FS)¹².

Pêcheux apresenta a noção de interdiscurso e caracteriza-o como um todo complexo de FDs, onde uma delas é dominante. Portanto, pensando a partir da relação entre FS e FD pode-se dizer que também existiria uma FS dominante. E considerando as modalidades de tomada de posição ¹³ os efeitos de identificação, contra-identificação e desidentificação vão ocorrer em relação a uma FS dominante. É possível pensar também em um complexo de FSs e assim na operação de desidentificação o que ocorreria é a identificação com uma outra FS deste complexo (haveria uma FS dominante e as outras seriam secundárias) (Indursky,1999).

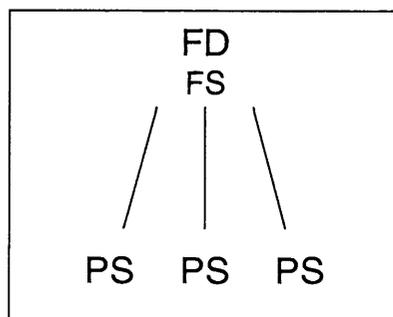
Pêcheux (1980) discutindo a questão da ideologia e a noção de FD considera a diferença e a divisão características da ideologia que vão afetar a relação da FD. O autor chega à conclusão de que a FD também se apresenta heterogênea e existe sob o signo da contradição. Uma FD heterogênea abriga em seu interior a igualdade, a diferença e a divergência resultando daí a contradição que impede a instauração da unicidade (Indursky,1999).

Logo a FS que organiza uma FD heterogênea também vai ser heterogênea e abrigar a diferença e ambigüidade em seu interior. Assim continua a existir um sujeito histórico que ordena a FD, mas que é dividido em diferentes posições de sujeito (PS), conforme Courtine (1981). A posição-sujeito resulta do modo de se relacionar com a FS.

A partir da heterogeneidade da FD e da FS teríamos:

¹² A Forma Sujeito é o elemento que organiza a FD a partir da identificação que o sujeito faz. Num primeiro momento da teoria a FS é dotada de bastante unicidade, é homogênea.

¹³ Modalidades de tomada de posição desenvolvidas por Pêcheux em 1975, e que remetem para relação do sujeito com o sujeito universal. Através da observação do funcionamento dessas modalidades percebe-se a não-unicidade do sujeito já que há possibilidade de diferentes formas de tomada de posição e isso mostra também que a desigualdade está inscrita no interior de uma FD. Ver Pêcheux (1975).



Uma FD heterogênea com uma FS igualmente heterogênea que abriga diferentes posições sujeito.

A FS continua a organizar o saber da FD determinando o que permanece dentro ou fora de suas fronteiras.

A propósito da análise deste trabalho, consideraremos o **Bloco Discursivo** a seguir, distribuído em dois **Grupos Discursivos (GD): GD1 e GD2**. Tais grupos contêm as **seqüências discursivas (sd)**. Essas seqüências discursivas correspondem à interlocução entre terapeuta e afásico, a fim de identificarmos as possibilidades de representação destes sujeitos bem como sua relação com a FD.

Bloco Discursivo

Grupo Discursivo 1 (GD1)

sd1:

ST: *Quanto tempo dura uma bateria?*

SA: *Até eu comprei duas agora.*

ST: *Ah! Acabou de comprar? Mas dura? Quanto tempo no carro?*

SA: *Ela, ela tem uma garantia prá um ano.*

ST: *Isso se o carro usado todos os dias?*

SA: *Não, quase a mesma coisa, porque quando tiver menos assim...menos usando...*

ST: *(não espera e prossegue) Mais tempo dura.*

SA: *Mas geralmente se a pessoa usar...*

ST: *Dura um ano?*

SA: *Dura um ano. Tem que...garantia assim. E se não cê veja até um ano, dois, três.*

ST: *Até três anos?*

SA: *É. Que nem no caso eu agora na camionete ali. Então...Ah...a camionete então tá parada.*

ST: *Tava parada.*

SA: *Entón...e...e...*

ST: *Ela não anda, durante semana. Mais prá viajar.(fala ao mesmo tempo que SA)*

SA: *Ah...e...e...e...Dois. Por isso...e...e..l ela a té pi fô porque tava parada.*

ST: *Ah... Daí ela estragou de ficar parada!*

SA: *É... é. Agora eu fui lá pegá lá tava es...pifada.*

ST: *Aí teve que trocar?*

SA: *Aí teve que trocar.*

Percebemos, a partir das seqüências apresentadas, que ST constrói enunciados fechados do tipo diretivos e autoritários. SA responde ou passa a ter hesitações e repetições em suas respostas, parecendo atribuir a si uma incapacidade. Vimos que as seqüências discursivas de ST funcionam como repetição do dizer de SA quase como uma constatação daquilo que já se sabia, ele iria dizer. Outra característica deste grupo discursivo é que ST fala continuamente não fazendo pausas, sem esperar pela resposta de SA, ou ainda, falando simultaneamente a este.

sd2:

ST: *E aqui? O que que é? (mostrando encarte do jornal onde se vê a figura do Papai Noel)*

SA:

ST: *Aparece todo ano? Quando o senhor era pequeno não ficava esperando ... de noite ...*

SA: *É.*

ST: *Vâmo vê direitinho. É o Coelhoinho da Páscoa?*

SA: *... Não. Circo. Fantasia.*

ST: *Não, não é palhaço. É o Pa...*

SA: ...

ST: *Papai Noel.*

Neste tipo de seqüência, observamos o uso de temas infantilizados, conforme já apresentamos anteriormente e dessa forma há uma infantilização de SA. Esse aspecto é também observado através do uso de diminutivos. Na maior parte das vezes, o afásico responde com um silenciamento, gestos ou monossílabos. Novamente do lado de ST, percebemos enunciados fechados onde se evidenciam poucas pausas à espera da respôsta de SA e há a presença da questão capacidade/incapacidade que acompanha esse processo.

sd3:

ST: *O que a senhora fez hoje?*

SA: *Tomei café.*

ST: *(não espera e prossegue) E depois do café?*

SA: *É...*

ST: *(não espera e prossegue) Depois do café o que a senhora fez?*

SA: *TV.*

ST: *Viu TV? O que a senhora viu na TV? O que a senhora gosta de ver na TV de manhã?*

SA: *É.*

ST: *(não espera e prossegue) É o quê? O que que dá na TV de manhã? Qual canal que a senhora viu?*

Neste tipo de seqüências, observamos que ST busca respostas coerentes para as questões que lança. No entanto, não dá tempo de respostas a SA. ST preenche o possível silenciamento do paciente com suas próprias palavras. Aqui também os enunciados de ST são, em sua maioria, perguntas e os de SA, quando conseguem entrar no seu turno na interlocução, são curtos e de uma palavra só. Novamente aparece um lugar de impossibilidade para o sujeito afásico.

Nesse grupo discursivo observamos que os enunciados de ST caracterizam-se fechados e diretivos, constituindo-se em sua maioria por perguntas. A repetição do lado de ST caracteriza-se por repetir o dizer de SA como constatação do que já se sabe ele não diria; há, também, presença do uso de diminutivos e infantilização de SA. ST não faz pausas, fala simultaneamente a SA e não dá tempo de respostas a este. Nos enunciados de SA, observamos hesitações e repetições, enunciados curtos ou de uma só palavra, bem como silenciamentos.

A partir dessas características, nesse grupo discursivo, observamos duas posições sujeito presentes na interlocução, chamaremos essas posições de P1(ST) e P1(SA).

Grupo Discursivo 2 (GD2)

sd1:

SA: *Ele vai jogá. Ele sai, ele vai jogá. Vâmo dizê, sai pifado.*

ST: *Pifado?... É um termo que se diz?*

SA: *É, se diz. Sai por uma carta e o outro às veiz três carta.*

ST: *Pára aí... Vâmo tentá... eu quero entendê direitinho, como é que... Por que o pife como é que ele funciona?*

SA: *O pife é... O pife é jogado assim com nove carta cada um.*

ST: *Eu tenho que tirá, então, carta do baralho, é isso?*

SA: *É nove carta. Por exemplo, se nós temo jogando, por exemplo dô nove carta prá ti e fico com nove prá mim.*

ST: *Ah! Não são três então?*

SA: *Não. Nove carta. Pife.*

sd2:

ST: *Como é que foi sua semana dona S.?*

SA: *Passei bem.*

ST: *Passou bem ...*

SA: *Quinta-feira aqui a reunião. A reu...a reunião da fono. Aí Sexta-feira a Regina me...me carregou eu prá...um..prá...Santa Catarina.*

ST: *Tá brincando que a senhora foi prá Santa Catarina?!!!*

SA: *(abre agenda onde tem anotado suas atividades diárias) Tem ali no livro.*

ST: *Legal. Deixa eu ver, a senhora escreveu...*

Familiar¹⁴: *(interrompe) Quarta-feira tu veio aqui e Quinta-feira foi prá Santa Catarina. Foi isso que ela disse.*

(ST e SA não dão atenção à interferência da familiar e prosseguem)

SA: *É. É. Quinta-feira.*

ST: *Foi quinta-feira (conferindo na agenda) que a senhora foi?*

SA: *Não foi.*

ST: *(lendo) "Botei roupa na máquina para lavar depois tomei banho"... prá vir prá fisioterapia. Dia 27/11 que foi dia... foi numa Sexta-feira.*

SA: *Foi o dia que eu fui prá Santa Catarina, né.*

ST: *(lendo) "Saímos de casa às 7h20".*

Familiar: *Não, dia 27 não, tu....dia...*

ST: *Não, olha, ó, ela tá certa hein Regina. Dia 27 foi uma Sexta-feira, ela botou: "saímos de casa às 7h20 da manhã e fomos prá Santa Catarina."*

Familiar: *Ah! Tá! 27.*

sd3:

ST: *Eu juro, eu não sei jogá direito. Um paciente tentou me ensiná só que ensinou diferente, de três cartas. Por isso que eu achei estranho.*

SA: *(não espera e prossegue) Mas três carta não é pife.*

A partir destas seqüências percebemos que surgem novas posições sujeito tanto para ST quanto para SA. Observamos que ST ao assumir uma posição de não-saber na interlocução, muda a sua forma de dizer. Sua

¹⁴ Na abordagem terapêutica com pacientes afásicos no Setor de Fonoaudiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os familiares participam freqüentemente das sessões conforme orienta Silva (2000) que prevê sua participação como *cuidador orientado*. Na verdade, é a oportunidade de convocar os familiares à proposta de integração discursiva do sujeito afásico no meio familiar e social.

construção enunciativa torna-se não-diretiva e menos autoritária, atribuindo ao interlocutor SA também um novo lugar enunciativo. Observa-se a presença de mais pausas no dizer de ST dando espaço para a intervenção de SA, onde então parece ser-lhe atribuído um dizer efetivo. Em SD2, ST assume posição de parceria com o dizer de SA, defendendo a posição deste diante das intervenções do familiar. Inclusive do lado de SA, em SD3, ele não dá tempo para ST e prossegue com sua afirmação. Em SA observamos a presença de enunciados mais fechados, sem pausas e poucas hesitações.

Chamaremos a estas posições de P2 (ST) e P2 (SA).

O surgimento destas novas posições pode ser atribuído ao efeito de outras intervenções teóricas que têm interseccionado a Fonoaudiologia; assim como os efeitos de contato com ciências como a Psicologia e a Psicanálise e os Estudos da Linguagem. Tais intervenções têm trazido para o interior da prática fonoaudiológica novas discussões a respeito da natureza da linguagem e do sujeito.

Surreaux (2000) propõe pensar a relação que a Fonoaudiologia estabeleceu, ao longo de sua constituição histórica, com as demais ciências de entorno. A autora apresenta três posições-sujeito assim caracterizadas no discurso fonoaudiológico:

- Colcha de retalhos: nesta posição observa-se a reprodução ou colagem dos discursos outros pura e simplesmente;
- Interdisciplinar: resulta numa fonoaudiologia de aderência que prima pelo compromisso com o discurso científico mas faz aproximações forçadas com os outros discursos e
- Disciplina de entremeio: reconhece as trocas com outras disciplinas como fundamental mas preocupa-se em especificar um objeto próprio. Leva em conta o idiossincrático, o heterogêneo e a incompletude da linguagem como constitutivos. Sob a óptica dessa posição, no discurso fonoaudiológico há espaço para a interlocução com outras disciplinas e este é afetado pelos efeitos dessa interlocução(op.cit.2000:30).

É nessa medida que, em parceria com a AD, proponho a entrada da concepção de sujeito, assim como ela é formulada no seio da AD. O sujeito vai além da noção de indivíduo e não é todo poderoso, nem detentor da língua e do seu dizer. Ele sofre determinações da exterioridade e é constitutivamente atravessado pela ideologia e pelo inconsciente. Assim, o seu dizer não lhe pertence mas pertence a um já-dito. Além disso, o sujeito é dividido, pode desdobrar-se em várias posições respondendo a condições de produção específicas e a determinações histórico-sociais. O sujeito passa a dizer aquilo que pode e deve ser dito numa conjuntura dada (Pêcheux,1975) que caracteriza a Formação Discursiva a que pertence. E do modo como ele vai dizer isso podem resultar diferentes posições e efeitos sujeito, conforme observamos em ST e SA.

A partir da observação do funcionamento do processo discursivo do tratamento de pacientes afásicos e suas diferentes posições sujeito percebemos que é possível considerar a heterogeneidade na FD. Desta forma:

O domínio de saber correspondente a *FD* é o do *processo terapêutico* que, neste caso, determina duas relações básicas:

saber/ não saber falar

poder/ não poder falar

Considerando a dimensão dessas relações observamos, portanto, quatro possíveis PS, referidas duas a ST e duas a SA:

P1(ST): sabe/ pode falar

P1(SA): não sabe/ não pode falar

P2(ST): sabe/ escuta

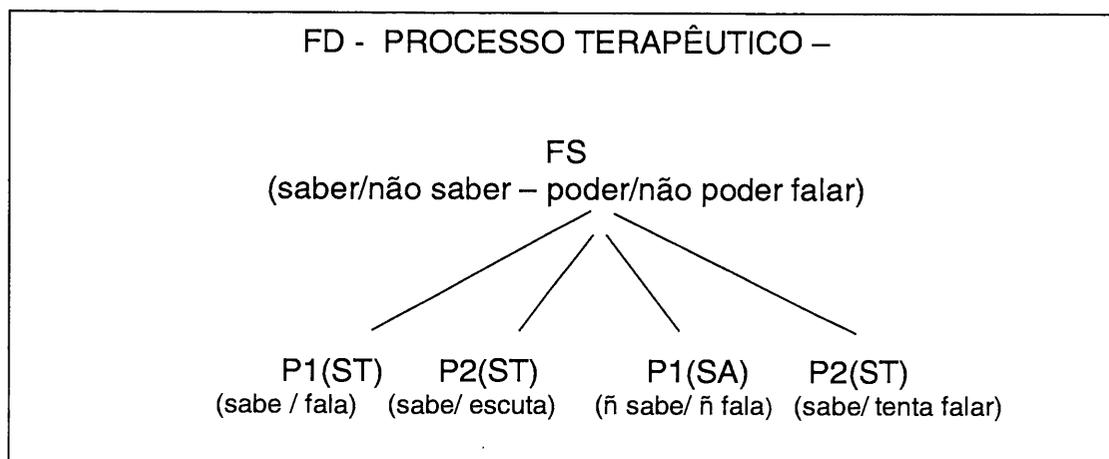
P2(SA): sabe/ tenta falar

Embora seqüências como as do tipo contidas em GD2 ocorram, observamos que elas ainda não constituem maioria no conjunto do funcionamento discursivo. Dentro do trabalho desenvolvido elas aparecem como possibilidades que vão emergindo na interlocução entre terapeuta e

sujeito afásico e muitas vezes são acompanhadas de recaídas que os fazem voltar às posições correspondentes ao que se vê em GD1. Acreditamos que há dominância de P1 em ST e SA. Ou seja, domina este processo discursivo aquela posição de ST que se coloca como quem sabe e pode falar e que corresponde, em SA, à posição de não saber e não poder falar.

Mas o fato de que tenhamos encontrado em nossas análises a condição para existência de P2 (ST) e P2 (SA) mostra que há possibilidade de um novo *contrato* de tratamento. À medida que o discurso fonoaudiológico for permeado pela interlocução com outras disciplinas, considerando a natureza de incompletude da linguagem e do sujeito e permitindo-se ver o idiossincrático como algo que lhe é próprio; será possível construir novos horizontes para o tratamento fonoaudiológico.

Graficamente a FD e as posições sujeito estariam organizadas deste modo:



Ao trabalhar com uma FD mais heterogênea vemos que antes o sujeito do discurso identificava-se, ou não, diretamente com a FS e agora é preciso identificar-se com a FS através de uma PS. Essa fragmentação só é visível mediante a análise do processo discursivo.

Da heterogeneidade dessa FD decorrem dois efeitos de sentido. Um efeito de um discurso autoritário e pedagogizante e um efeito de um discurso que tende para o que Surreaux (2000) chamou de entremeio no discurso Fonoaudiológico. As diferenças estão no modo de conduzir o processo terapêutico e acima disso no modo de concepção do objeto da Fonoaudiologia,

conforme abordamos no capítulo inicial deste trabalho. A análise das relações, entre as posições sujeito de ST e SA, complementa o entendimento desses efeitos.

Passaremos a seguir a observar as relações entre essas posições.

3.2.2.1. RELAÇÕES ENTRE AS POSIÇÕES - SUJEITO

A partir das análises é possível estabelecer algumas relações entre as posições assumidas em ST e SA.

A P1 de ST corresponde na interlocução a P1 de SA. Assim como a P2 de ST corresponde a P2 de SA. Isso se dá como um efeito dos modos de dizer de ambos.

É necessário destacar que ao submeter a produção dos sujeitos à análise discursiva, ela aponta para a impossibilidade de separá-la da interpretação, ou seja, da sua relação com o outro. Isso permite pensar a relação entre os discursos – do fonoaudiólogo e do paciente – como estruturados e estruturadores da própria terapia de linguagem. Conforme a postura assumida na terapia pode-se dizer que esta constituiria o confronto de dois discursos, o do *bom falante* e o do *mau falante*. O SA seria colocado como incapacitado justamente por aquele que deveria ter a estratégia discursiva de aproximá-lo de uma fala não patológica. Acreditamos que para que o fonoaudiólogo não se constitua como um interlocutor qualquer, ou seja, para que ele possa ocupar o papel de terapeuta, será preciso, inicialmente o seu deslocamento para o papel de analista: de seu próprio discurso, do discurso do sujeito afásico e da situação discursiva instaurada (Freire, 1996).

A partir da análise percebe-se que o dizer de SA será sempre determinado pelo dizer de ST, visto como detentor do saber. Em P1(ST) a interpretação funciona mais por um caminho da hermenêutica: interpreta o sentido das palavras em si como um a priori. Vê-se que a concepção de língua implicada aqui é a de língua transparente, instrumento de comunicação. Ou seja, a língua concebida por Saussure (1995), onde um elemento é o que o

outro não é. E assim determinados por essa oposição sua organização e combinatória são submetidos a regras fixas. Não há liberdade na língua, ela é um sistema homogêneo e definido. Ou pelo menos essa é a ilusão que permeia o desejo do terapeuta nessa posição.

Já em P2(ST) a determinação do dizer se dá numa via de mão dupla, como efeito de sentido entre interlocutores (Pêcheux, 1975), porque não há um saber totalitário em um dos pólos da interlocução, o saber oscila entre um e outro sem pertencer a nenhum dos dois lados exclusivamente. ST e SA sempre serão intérpretes do dizer entre ambos e é preciso analisar o estatuto dessa interpretação¹⁵.

Observa-se ainda que em P2(SA) há presença de enunciados onde SA se coloca como *fonte* produtora de um sentido através de enunciados afirmativos e negativos mais fechados e sem tantas hesitações, convidando-nos a refletir sobre a questão da autoria nesse processo discursivo.

Essa P2 de SA resulta de um novo gesto do terapeuta em relação ao sujeito afásico. Nessa posição ST coloca-se mais como analista e busca desvendar um sentido que não conhece, busca através da interpretação doar sentido à produção de SA sem um pré-concebido, já que não domina o assunto em questão. ST chega permitir-se aliar-se ao SA para legitimar o sentido veiculado por este. Deste modo é necessário explicitar que a partir dessa posição há uma alteração no jogo de imagens entre os interlocutores.

Se partirmos novamente da fórmula geral apresentada por Orlandi:

la (lb (a)) = imagem que o locutor faz da imagem que o ouvinte faz do locutor

Teremos a partir de P2 em ST e SA a seguinte relação:

Em I ST (SA (ST)); I ST (ST) e I SA (ST) mantém-se uma imagem de saber que sustenta a relação de interlocução, mas que não se caracteriza por um saber totalitário e sim por um saber oscilante. Esse saber corresponde, portanto, à P2 de ST onde se sabe, mas se escuta.

¹⁵ Conforme veremos no capítulo seguinte sobre interpretação e terapia.

E em I AS (ST (AS)); I SA (SA) E I ST (SA), a imagem passa a ser de uma possibilidade de falar, correspondendo a P2 de SA onde se sabe e tenta falar.

IMAGEM DE POSSIBILIDADE	IMAGEM DE SABER
I SA (ST (SA))	I ST (SA (ST))
I SA (SA)	I ST (ST)
I ST (SA)	I SA (ST)

Acreditamos que à medida que o processo terapêutico possa propiciar mais eventos como esse em seu percurso estaríamos a caminho de novos rumos para o tratamento fonoaudiológico de pacientes afásicos, onde ambos os sujeitos do processo recriariam os sentidos mutuamente.

Assim, também, a partir dessa posição, poderíamos identificar a Fonoaudiologia como disciplina de entremeio (Surreaux,2000), apoiando-se na AD, entendendo a fragmentação e a dispersão do sujeito, a heterogeneidade da linguagem e sua opacidade.

Após a análise de do funcionamento discursivo neste processo terapêutico passaremos a discutir o estatuto da interpretação na terapia fonoaudiológica e a questão da autoria na afasia.

4. INTERPRETAÇÃO E TERAPIA

O processo terapêutico na Fonoaudiologia, a partir do que temos visto até aqui, pode ocupar-se então de re-significar junto com o sujeito afásico um lugar de linguagem para ele. Isto é, que seja possível para ele se posicionar como sujeito de discurso apesar da afasia.

Assim, a interpretação surge como elemento constitutivo desse processo. Não é mais possível trabalhar com o discurso pré-estabelecido sobre a doença. Como se tudo já estivesse colocado, e então, esse *tudo* sobre a afasia identificasse o sujeito afásico exclusivamente, funcionando como uma suposta transparência que ao fonoaudiólogo só caberia constatar.

Orlandi (1996b) comenta Sobrino que fala de uma outra postura do clínico em que a interpretação passa a ser uma exigência. Sobrino propõe que a leitura da cena clínica se modifique a partir da concepção da opacidade e da incompletude da linguagem, onde não há um sentido em si. A partir da AD considera-se que todos os sentidos são possíveis e que se dão dentro de um sistema de relações de materialidade onde o sentido também não pode ser qualquer um. Ou seja, o papel do clínico para a autora é interpretar, trabalhando dentro de um sistema de possibilidades da língua que considere o possível e impossível de dizer, conforme Milner. A interpretação passa a ser um *“gesto clínico que desloca sentidos, que vai através da materialidade discursiva, desconstruindo os efeitos do já-dito, em direção a uma outra significação, ainda inédita ao olhar do clínico (Sobrino,1994 apud Orlandi,1996b:20).”*

Orlandi (1996b) afirma que sempre há interpretação mesmo que não estabilizada. Isto é, diante de qualquer significante há sempre um movimento de doação de sentido, nos vemos forçados a isso como uma necessidade. Tal fato é mediador da relação do sujeito com o mundo. Visto sob o ponto de vista discursivo, o mundo existe mas só é apreendido pela linguagem. A autora destaca ainda que a própria construção de um referente é discursiva, *“trata-se então do mundo para (e não do mundo em si) (op.cit.:28).”*

A noção de interpretação remete-nos para a reflexão de suas relações com o imaginário. Se não há uma relação direta entre a palavra e a coisa, ela funciona como se houvesse. É como um efeito de parecer evidente, embora não seja. Na língua existem mecanismos de projeção na constituição da relação entre situação e a posição dos sujeitos. No processo de tratamento igualmente estas imagens estão em contato e definem, como vimos, o dizer de ambas as partes.

Orlandi (1999) afirma que não há sentidos literais guardados em algum lugar, seja no cérebro ou na língua e que não há uma relação de aprendizagem no uso dos sentidos. Os sentidos e os sujeitos se constituem, segundo a autora, através de processos em que há transferências, jogos simbólicos dos quais não se tem controle e nos quais o equívoco está largamente presente.

Na posição de analista, o fonoaudiólogo deve promover uma escuta discursiva que possa explicitar os gestos de interpretação que se ligam aos processos de identificação dos sujeitos e suas filiações de sentidos. Orlandi (1999) destaca que o próprio analista está envolvido na interpretação, por isso ele deve ultrapassar os efeitos de evidência do objeto analisado por ele, já que não há descrição sem interpretação. Ele deve trabalhar numa posição que consiga relativizar tais aspectos a fim de que se coloque no entremeio da descrição com a interpretação.

Pêcheux (1990) distingue descrição e interpretação. Para ele, toda descrição está intrinsecamente exposta ao equívoco da língua, isto é, todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro; pode deslocar discursivamente os sentidos. O autor afirma que *"todo enunciado, toda seqüência de enunciados é, pois, linguisticamente descritível como uma série de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar à interpretação (op.cit:53)"*.

Além disso, a interpretação só se torna possível porque há outro na sociedade e na história. Esse outro referido por Pêcheux (1990) aponta para as filiações históricas e sociais ou à filiação a uma FD. E é esse outro, que constitui os objetos discursivos, que abre a possibilidade de interpretar.

Pêcheux (1990) destaca ainda que na relação entre descrição e interpretação, o problema mais importante é determinar o lugar e o momento

de cada uma. Elas não podem ser concebidas como fases sucessivas na análise de um processo discursivo, elas também não estão, segundo o autor, “*condenadas a se entremisturar no indiscernível (op.cit.:54)*”. Ao descrever um enunciado perceberemos o lugar da interpretação através das pistas que esse mesmo enunciado vai oferecer (como exemplifica Pêcheux: através da detecção de lugares vazios, de elipses, negações e interrogações entre outras) e assim será possível desvendar o discurso-outro como um espaço virtual de leitura desse enunciado.

Trabalhar no entremeio, conforme propõe Orlandi (1996b), é trabalhar de um modo não positivista, ou sobre um acúmulo de conhecimentos. Para a autora trabalhar no entremeio supõe uma discussão contínua dos pressupostos teóricos de uma disciplina. Para Orlandi a AD é uma disciplina de entremeio. Para Surreaux (2000), há essa possibilidade de trabalho dentro do discurso fonoaudiológico, já que a autora identificou em seu trabalho uma posição sujeito que refere essa perspectiva que reconhece como fundamental as trocas com outras disciplinas e preocupa-se em delinear um objeto próprio: “*esta perspectiva reconhece, no entanto, a necessidade de levar em consideração o idiossincrático, o heterogêneo e a incompletude da linguagem e do sujeito como constitutivos do seu olhar. Propomos chamar esta posição-sujeito de Disciplina de Entremeio. (op. cit.: 30)*”

Esse é um trabalho refinado e que pode ser extremamente valioso para o fonoaudiólogo porque permite que ele transcenda a posição de leitor e privilegie a posição de analista; o que, por sua vez, lhe permitiria contemplar o processo de produção dos sentidos em suas condições específicas.

4.1. UMA MUDANÇA: DO DADO AO FATO

A partir do encontro com a AD é possível promover uma mudança fundamental até mesmo na clínica fonoaudiológica: a apreensão do funcionamento do tratamento e seus resultados como fatos de linguagem e não apenas como dados.

É Orlandi (1996b) que discute claramente esta distinção. O dado está mais para algo quantificável, algo que é possível medir e que está à disposição na natureza, sendo possível simplesmente coletá-lo. Ele é um elemento de trabalho das ciências positivistas, é visto como um produto. Na Fonoaudiologia tradicional poderíamos exemplificar o trabalho com os dados através da quantificação dos erros e sintomas afásicos.

Entretanto, com a noção de fato desloca-se a visão do processo terapêutico porque se desloca igualmente a concepção de linguagem envolvida, conforme vimos trabalhando.

Diferentemente do dado, o fato não é visto como um produto. Ele permite o trabalho com o processo de produção da linguagem. Orlandi (1996b) acrescenta que na passagem do dado ao fato é possível colocarmo-nos no campo do acontecimento lingüístico e do funcionamento discursivo. Assim, o acontecimento lingüístico ficaria como a materialização em língua de um acontecimento discursivo. Isto pode parecer interessante para reflexão sobre o processo terapêutico fonoaudiológico. A análise discursiva da interlocução entre terapeutas e afásicos coloca à vista dois aspectos indissociáveis: o lingüístico e o histórico. Tais aspectos articulam-se no processo de produção do sujeito do discurso e também dos sentidos que o significam. Assim, *“a língua é concebida no processo histórico e social e o sujeito é um lugar de significação historicamente constituído (op.cit.:37).”*

Ao longo deste trabalho consideramos o tratamento fonoaudiológico como um processo discursivo onde estão em jogo aspectos discursivos relevantes que determinam o dizer de terapeutas e afásicos de modo específico. Como vimos através das designações atribuídas a cada um e suas determinações. Desta forma os dados foram além do empírico. São os próprios discursos do terapeuta e do afásico que atuam como indicadores dos fatos de linguagem, porque são concebidos como efeito de sentidos entre interlocutores (Pêcheux, 1975). Desde aí, já demarcamos um gesto interpretativo.

Acreditamos que a cada passo, fica impossível a Fonoaudiologia, desvincular-se da noção de interpretação. Ela surge por todas as bordas, convocando o fonoaudiólogo desde esse outro lugar, mostrando que é preciso

ir além daquilo que parece ser evidente. Por trás das supostas evidências há sempre um processo mais complexo que a produziu e é este processo que deve interessar ao fonoaudiólogo.

É nessa medida que propomos que a noção de interpretação, tal como a AD a concebe, deva ser incluída ao aparato teórico da Fonoaudiologia. Acreditamos que quantificar os sintomas, fazer *exercícios* e quantificá-los novamente não diz nada sobre o funcionamento discursivo da produção do sujeito afásico. Trabalhar desse modo, ou seja, trabalhar com os dados não promove recursos para a situação terapêutica vista como um processo de produção de significações. Somente através do trabalho da interpretação poderemos estar viabilizando a re-construção dos sentidos; tanto dos sentidos na interlocução, quanto os sentidos determinantes da relação terapeuta – afásico.

Ao incorporar a noção de interpretação o olhar do terapeuta deve modificar-se e sua visão sobre o material de linguagem passa a ser mais do que um resultado positivo ou negativo. Aí começa operar também outra mudança: a de que o terapeuta possa transformar-se em analista e questionar-se quanto à escuta que deve fazer para ir além das evidências, acolhendo a opacidade da linguagem, a determinação dos sentidos pela história, a constituição do sujeito pela ideologia e pelo inconsciente abrindo espaço para o possível, o singular, as rupturas e o idiossincrático.

Existe como vimos, um limite na afasia que é marcado no cérebro, constitui-se no corpo, e que propusemos chamar real da afasia. Como já dissemos, trata-se de um limite corporal que vem somar-se ao real da língua – o equívoco e ao real do discurso – o silêncio. Entretanto, apesar desse limite, acreditamos que haja possibilidade para que esse sujeito re-ocupe um lugar na linguagem e possa reconhecer-se e significar-se como um interlocutor eficaz. Isso é uma dimensão que a noção de fato pode agregar à terapêutica da afasia e que transcende os dados diagnósticos pura e simplesmente. O fonoaudiólogo pode voltar-se ao paciente e escutar o que ele diz e não apenas ouvi-lo na dimensão dos sintomas. Se há um processo de significação que subjaz à atividade de linguagem de um sujeito, o fonoaudiólogo terá que ativar

elementos da realidade para tocar o que seja possível na produção de sentidos veiculados no dizer do afásico.

Escutando o sujeito afásico, o terapeuta identificará fatos de linguagem. Esses fatos dotados de caráter material e histórico, não são transparentes e nem literais, são dotados de opacidade e por isso podem ocorrer equívocos e mal-entendidos na língua (são próprios do real da língua). E se o sujeito diz algo, ele sempre o faz de um lugar determinado considerando o interlocutor e a situação. Além disso, para que as palavras tenham sentido é preciso que já signifiquem antes e, em algum lugar, elas prescindem do já-dito. Pêcheux (1975) afirma que é isto que fornece a cada sujeito *sua realidade* enquanto sistema de evidências e de significações aceitas.

Por isso, o sentido do que se diz e que circula no tratamento fonoaudiológico não pode ser estranho ao sujeito, ou apenas o sentido dominado pelo terapeuta.

O fonoaudiólogo precisa considerar essa dimensão do fato de linguagem e trabalhar a historicidade da afasia na relação com a doença e a história do sujeito afásico, como um estremeamento em sua relação com a língua.

Historicamente, conforme apresentamos no capítulo destinado à análise dos sujeitos neste trabalho, o sujeito afásico tem seu lugar determinado pela designação doente/incapaz. Disso, como vimos, decorre a série de silenciamentos e hesitações de tipos diversos em suas produções e a dominância da posição sujeito (SA) não sabe/não pode falar. Sendo o seu dizer fortemente determinado pelo de ST, parece haver sempre uma maior possibilidade de que o sentido veiculado por este seja validado em detrimento do sentido do dizer de SA.

No entanto, também vimos que à medida que em ST surge uma segunda posição-sujeito, esta viabiliza uma maior produtividade em SA. Logo, percebe-se em SA uma autenticidade que é legitimada na interlocução. A partir disto propomos repensar o lugar da autoria nesse processo.

4.2. A QUESTÃO DA AUTORIA E A AFASIA

Orlandi (1996b) destaca que a noção de autor coloca-se como uma função da noção de sujeito, dada a sua descontinuidade como possibilidade de posição de sujeito.

Na AD, o autor seria o responsável pela organização do sentido resultando num *“efeito de continuidade do sujeito. A função autor se realiza toda vez que o produtor da linguagem se representa na origem produzindo um texto com unidade, coerência, progressão, não-contradição e fim (Orlandi, 1996b: 69)”*. O autor deve responder pelo que diz ou escreve, já que a ele fica imputada a origem do dizer.

No caso da afasia, parece-nos que há um apagamento desta função. Este apagamento pode ter relação com o fato de que o terapeuta fica limitado a escutar, na maioria das vezes, aquilo que ele quer ouvir. Ou seja, há uma relação com uma transparência de sentidos suposta por ele. Muitas vezes o que se observa a partir das seqüências apresentadas no capítulo anterior, é que a interlocução entre SA e ST é preenchida do lado de ST, em sua maioria, por perguntas e do lado de SA por respostas que nem sempre são aceitas. A não aceitabilidade destas respostas pode relacionar-se ao fato de que o terapeuta busca justamente respostas que contenham unidade e coerência para que a partir delas reconheça a autoria do discurso de SA.

Neste ponto nos interrogamos acerca da questão da autoria na afasia.

Se por um lado a autoria em AD implica disciplina, organização e unidade; por outro, Orlandi (1996b:70) apresenta que ao autor é atribuída uma função de produzir um lugar de interpretação no meio dos outros: *“o sujeito só se faz autor se o que ele produz for interpretável.”*

Orlandi (1999) complementa essa reflexão afirmando que o discurso não tem como função constituir a representação de uma realidade, ele funciona de modo a assegurar a permanência de uma certa representação. Por isso, afirma a autora: *“há na base de todo discurso um projeto totalizante do sujeito, que é o que pode convertê-lo em autor (op.cit.:73)”*.

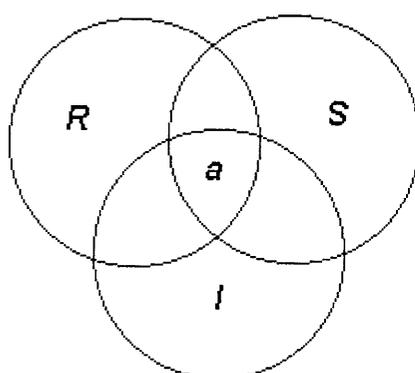
Eis aí a primeira pista para dimensionar a autoria na questão da afasia. Acreditamos que primeiro deva ser legitimado ao sujeito afásico o estatuto de sujeito de discurso para que possa constituir-se autor.

A completude, unidade e coerência como funções atribuídas ao autor, fazem parte daquilo que está no universo discursivo entre o real e o imaginário.

Neste ponto, é importante explicitarmos os conceitos de real, simbólico e imaginário concebidos por Lacan para melhor compreender sua intervenção sobre o discurso e a noção da autoria.

O conjunto terminológico e conceitual *real, simbólico e imaginário*, foi objeto de um seminário de Lacan, em 1974-75, intitulado *R.S.I.* O imaginário só pode ser pensado em suas relações com o real e o simbólico. Lacan os representa por três círculos de barbante ligados por um *nó borromeu*, isto é, de maneira tal que, quando um dos círculos é desfeito, os outros dois também se desfazem.

Jerusalinsky et al. (1989 p.52) reproduz a colocação habitual de Lacan no nó borromeu:



Tópica do Sujeito

R = Real
S = Simbólico
I = Imaginário

a = objeto causa de desejo

Lacan fala do *registro imaginário*, do *registro simbólico* e do *real*. Esses dois registros são instrumentos de trabalho indispensáveis a um analista para se orientar na direção do tratamento, sendo o real considerado como da ordem do impossível. O imaginário deve ser entendido a partir da imagem. Esse é o registro do engodo, da identificação (Chemama, 1993).

Segundo Chemama, o real é aquilo que, para um sujeito, é expulso da realidade pela intervenção do simbólico. Segundo J. Lacan, o real só pode ser

definido em relação ao simbólico e ao imaginário. O simbólico o expulsou da realidade. Ele não é essa realidade ordenada pelo simbólico, que a filosofia chama de *representação do mundo exterior*. Definido como o impossível, o real é aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na palavra ou na escrita e, por consequência, não cessa de não se escrever (op.cit.:182).

O simbólico é uma função complexa e latente que envolve toda a atividade humana, comportando uma parte consciente e outra inconsciente, ligadas à função da linguagem e, mais especialmente, à do significante. Para Chemama (1993), *“o simbólico faz do homem um animal fundamentalmente regido, subvertido pela linguagem, o que determina as formas de seu vínculo social e principalmente suas escolhas sexuadas (op.cit.:199)”*.

Orlandi (1999) faz a distinção entre real e imaginário na reflexão sobre o discurso. A autora afirma que em termos de real o discurso é descontínuo, disperso e dotado de incompletude onde a falta, o equívoco, a contradição são constitutivas do sujeito e do sentido. E de outro lado afirma: *“a nível das representações temos a unidade, a completude, a coerência e a não contradição, na instância do imaginário. É por essa articulação necessária e sempre presente entre real e imaginário que o discurso funciona (op.cit.:74)”*. E é através dela que pode se distinguir discurso e texto e sujeito e autor.

Ao trabalhar essa distinção, entre texto e discurso e sujeito e autor, consideramos a unidade e a dispersão. De um lado, a dispersão dos textos e dos sujeitos e, de outro, a unidade do discurso e a identidade do autor. Orlandi afirma que mesmo sendo a incompletude e a dispersão próprias do discurso e do sujeito e que um texto seja heterogêneo, já que pode ser afetado por distintas FDs e posições do sujeito; ele é regido pela força do imaginário da unidade, estabelecendo-se uma relação de dominância de uma FD com as outras. A autora afirma que esse é mais um efeito discursivo regido pelo imaginário e que lhe dá uma direção ideológica.

Orlandi (1999) acrescenta ainda que pensar a questão da autoria é pensá-la em termos de uma função discursiva, e que esta se estabelece ao lado de outras funções enunciativas, como as de locutor e enunciador, definidas por Ducrot. Para a autora, se o locutor se representa como *eu* no

discurso e o enunciador é a perspectiva que esse *eu* assume, a função discursiva autor é a função que esse *eu* assume enquanto produtor de linguagem. É a dimensão do sujeito mais determinada pela exterioridade e mais afetada pelas exigências de coerência e responsabilidade.

Face ao exposto, consideramos um segundo aspecto que nos parece especificar a questão da autoria na afasia. Além de o sujeito afásico precisar estar posicionado como sujeito de discurso para identificar-se como autor, essa autoria vai ocorrer também nos espaços do não-representável e do não todo. Ou seja, ao produzir enunciados crivados de falhas e equívocos, o sujeito afásico traz à tona elementos do não-representável, daquilo que estaria na alíngua (inconsciente). Ela pode ser uma autoria que se dá de modo periférico pelo viés da falha e da diferença. Tanto isso é possível que a interlocução ocorre e não há ruptura da mesma pelo não-senso total. O dizer do afásico é interpretado pelo terapeuta e torna-se interpretável no momento em que se espera dele algum dizer.

No capítulo anterior, a partir das análises percebe-se que o discurso-paciente torna-se mais fluente e organizado quando o sujeito afásico discorre sobre campos ou temas que ele domina. Esse *domínio* sobre o tema aponta, em geral, para questões de representação social; família, hábitos e as especialidades dos tratamentos. Tais aspectos poderiam enquadrar-se no que se convencionou chamar *contextualização das atividades*, no seio de uma abordagem já não tão tradicional. Contudo, parece que trabalhar nos *domínios de saber* do sujeito afásico é mais do que isso, parece ser possível mobilizar a exterioridade que determina o discurso desse sujeito. E parece que mobilizar a exterioridade permite que o sujeito afásico possa ser sujeito de discurso – autor do seu dizer.

Como vimos, não basta falar para ser autor. Assumir a autoria tem relação com a inserção do sujeito na cultura e numa certa posição dele no contexto do processo discursivo, neste caso, o tratamento fonoaudiológico. Talvez um dos focos desse processo seja retomar a possibilidade de se representar como autor e assumir diante de determinadas instâncias (terapeutas, família, social) esse papel que é social e diz de sua relação com a

linguagem. No dizer de Orlandi (1999 p.76) "*é preciso constituir-se e mostrar-se autor.*"

Novamente, nesta via de mão dupla, onde sujeito afásico e terapeuta se desdobram, é que acreditamos que o tratamento possa recriar sentidos, porque a partir da interpretação é possível construir a autoria, devolvendo ao sujeito afásico o estatuto de sujeito de discurso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fonoaudiologia tradicional preocupada com a dimensão patológica da linguagem centra seu trabalho na avaliação e na terapia dos desvios ou problemas da linguagem. Nessa forma de abordagem a linguagem é concebida como algo alheio ao sujeito, ele deve aprendê-la na medida em que suas capacidades orgânicas lhe permitam. Assim, quando a linguagem não funciona como se espera, o fonoaudiólogo busca na doença as justificativas para seu mau funcionamento. Desse modo, as alterações da linguagem ficam vinculadas às alterações em outra área, a orgânica e, às vezes, se considera a área emocional. Na avaliação faz-se, então, a constatação daquilo que não funciona e a terapia deve se encarregar de colocar aquilo que se perdeu. É uma tentativa que parece responder ao desejo de estabelecer um diagnóstico médico que supõe um rigor científico e uma prática objetiva e transparente.

Entretanto, o que buscamos deixar entrever através desse trabalho é que a afasia, enquanto um dos distúrbios de linguagem abordados pela Fonoaudiologia, coloca-se como um interrogante, um fato de linguagem que precisa ser investigado. E como tal não mantém uma relação direta e transparente com a linguagem e o sujeito.

Este trabalho faz parte de uma inserção teórica nova: a da Análise do Discurso. Em nossa abordagem, o discurso permite uma reconfiguração do fazer fonoaudiológico. Acreditamos que através do quadro epistemológico da AD com seus princípios, há uma nova possibilidade de interlocução teórica para a Fonoaudiologia. Essa interlocução pode levar a um entendimento melhor das alterações de linguagem, vistas como fatos discursivos, permitindo também instrumentalizar o trabalho terapêutico para redescobrir os sentidos no discurso do sujeito afásico. Gostaríamos de destacar que ao empreender esse gesto de leitura sobre a afasia, numa visão discursiva, não buscamos estabelecer uma abordagem interdisciplinar, ou ainda, a aplicação de um método. Buscamos uma interlocução teórica para fundamentar nossas reflexões que venha permitir, quiçá, a construção de uma prática clínica que se instaure pela busca e compreensão da produção de sentidos.

Ao deslocar o foco da patologia para a natureza da língua e do funcionamento do discurso, percebemos que não há correção e não há erro. Há, portanto, possibilidades de escolhas históricas. As escolhas dão ao sujeito afásico a oportunidade de reconstruir sua identidade, *criando* na linguagem e não apenas copiando ou reproduzindo um modelo que lhe é estranho e que o submete. É na interlocução que se dá o encontro, a possibilidade de reconstrução dos sentidos, de reconstrução do discurso.

Através do que propusemos, as pausas, os silêncios, as repetições, as contradições e os enganos, não são inadequações do discurso. O afásico, no lugar de tentar aboli-los, substituí-los, ou ainda, negá-los pode tentar integrá-los como evidências do funcionamento de seu discurso – como uma dimensão de real que determina seu dizer: o real da afasia. Esse processo leva à reconstrução da linguagem através da re-significação da doença, e à reconstrução de uma identidade daquele, que tornado afásico, busca o resgate de seu lugar no discurso.

Ao considerar o discurso, o fonoaudiólogo vai encontrar um novo lugar, o de terapeuta-analista. Como analista, ele vai trabalhar nos limites da interpretação, ele se colocará numa posição deslocada que lhe permitirá contemplar o processo de produção de sentidos e de suas condições de produção. Sua tarefa será permeada pela mediação teórica, levando-o a uma posição particular onde será preciso atravessar o efeito de transparência da linguagem, da literalidade do sentido e da onipotência do sujeito. Sua escuta lhe permitirá operar a análise do seu próprio discurso e do discurso do sujeito afásico e tal fato será constitutivo do processo discursivo terapêutico.

Além disso, fizemos uma reflexão acerca da interpretação. Nossa proposta é que ela seja incorporada ao aparato teórico da Fonoaudiologia, como um gesto clínico que vai além da descrição e da decodificação. Já que, com a Análise do Discurso, concebemos teoricamente que o sentido não é único e sempre pode ser outro.

Nossa proposta é que, na interface com a Análise do Discurso, abram-se possibilidades de maior teorização para a Fonoaudiologia através do trabalho com conceitos-fronteira como sujeito, sentido, língua e linguagem.

Neste trabalho esboçamos algumas questões a este respeito, esperando ter contribuído de forma inicial para a construção de novos caminhos teóricos para os fonoaudiólogos. É preciso que o fonoaudiólogo confronte seus conceitos, discutindo suas bases e que não fique preso a uma prática de aderência, que incorpora certos pressupostos teóricos sem verificar sua compatibilidade.

Nesse sentido, percebemos que a contribuição da Análise do Discurso aponta também para a idéia de dispersão de saberes. Pêcheux (1990) nos convida a refletir sobre essa dispersão negando a idéia de saber total. Nossa contribuição teórica pretende que a Fonoaudiologia coloque-se nessa relação de dispersão do saber para que ela possa estabelecer uma relação de interpelação entre as diferentes disciplinas.

Finalmente, acreditamos que refletir sobre o dizer nas afasias tornou-se relevante em primeiro lugar para legitimar esse dizer apesar da diferença, para que essa diferença não seja fator de exclusão social do sujeito afásico. Assim como para estender o efeito dessa análise para a discussão de outras *patologias* abordadas pela prática fonoaudiológica. E tornou-se igualmente relevante, porque através da Análise do Discurso, permitiu abrir uma janela pela qual foi possível ampliar os horizontes terapêuticos do fonoaudiólogo e da Fonoaudiologia.

A reflexão sob o ponto de vista da Análise do Discurso confirmou seu estatuto de disciplina crítica, fato importante na abordagem do discurso em sua dimensão social e na interface com outras ciências. Acreditamos que esta reflexão abre caminho para outras buscas teóricas que podem contribuir para o crescimento e a maturidade da Fonoaudiologia enquanto campo de pesquisa. Acreditamos que a incorporação da dimensão do discurso é fundamental para esse crescimento.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, C.M.C. *Trials and Tribulations in Speech Therapy: At a Guess We Need More Therapists*, BMJ,1990, v. 301: 302-03.
- BENSON, D.F.; GESCHWIND, N. *The aphasias and related disturbances*. In: BAKER, A.B.; BAKER, L.H. - *Clinical Neurology*. New York, Harper & Row, Publishers. 1984: 1-28.
- CHAPEY, R. *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore, Williams & Wilkins. 1994.
- CHEMAMA, R. (org.) – *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- COURTINE, J. J. *Analyse du Discours Politique*. Paris, Langages,1981, nº 62.
- _____. *Définition d'orientations Théoriques et Méthodologiques en Analyse du Discours*. Paris, Philosophiques, 1982, vol. IX, nº 2.
- DAMASIO, A.R. *Aphasia*. N. Engl. J. Med, 1992,v. 326, n. 8: 531-39.
- DORDAIN, M.; NORMAND, B. *Comparative study of the oral language of aphasias with and without treatment*. Folia Phoniatic., 1981, v. 33: 369-79.
- ENDERBY, P. *Speech and Language Therapy - Does it work?*, BMJ,1996, , v. 321, n. 7074:1655-58.
- FONSECA., S.C. *Afasia: Fala em Sofrimento*.Tese de Mestrado. PUC.São Paulo. 1995.
- FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 5ª ed., 1997.
- FREIRE, M. R. *Análise da afasia sob uma perspectiva discursiva*. In: PASSOS, M C. *Fonoaudiologia Recriando seus Sentidos*. São Paulo, Plexus. 1996a: 137-57.
- _____. *A Linguagem como Processo Terapêutico*. São Paulo, Plexus, 1996b.

- GADET, F. & PÊUCHEUX, M. *La Lengua de Nunca Acabar*. México, Fondo de Cultura Económica. 1984.
- GADET, F. *La Double Faille*. Actes du Colloque de Sociolinguistique de Rouen. 1978.
- _____. *Tricher la Langue*. In *Matérialités Discursives*. Lille, Presses Universitaires de Lille, 1981: 117-25.
- _____. *Saussure: une science de langue*. Paris, Presses Universitaires de France. 1987.
- GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia, Williams & Wilkins. 1996.
- GOODGLASS, H. *Understanding Aphasia*. San Diego, Academic Press. 1993.
- HENRY, P. *Construções relativas e Articulações Discursivas*. Cadernos de estudos Lingüísticos, São Paulo, Unicamp. 1990, v.19.
- HELM-ESTABROOKS, N.; ALBERT, M. L. *Manual de Terapia de la Afasia*. Madrid, Panamericana. 1991.
- HOUGH, M. S.; PIERCE, R. S.; CANNITO, M. P. *Contextual influences in aphasia: Effects of predictive versus nonpredictive narratives*. *Brain Lang.*, 1989, v. 36, n. 2: 325-24.
- INDURSKY, F. *A Fala dos Quartéis e as outras Vozes*. Campinas, Ed. UNICAMP. 1997.
- _____. *A Representação do Sujeito em Análise do Discurso*. Porto Alegre, UFRGS. 1999.(mimeo)
- JAKUBOVICZ, R. *Introdução à Afasia*. Rio de Janeiro, Revinter. 1996.
- JERUSALINSKY, A. (org.). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1989.
- LAGROTTA, M. G. M.; CÉSAR, C.P.H.A.R. *Fonoaudiologia nas Instituições*. São Paulo, Lovise. 1997.

LEANDRO FERREIRA, M.C. *Da Ambigüidade ao Equívoco; a Resistência da Língua nos Limites da Sintaxe e do Discurso*. Porto Alegre. Ed. UFRGS. 2000.

LEANDRO FERREIRA, M.C. *Nas Trilhas do Discurso: a Propósito de Leitura, Sentido e Interpretação*. In.: ORLANDI, E. A Leitura e os Leitores. Campinas, Pontes, 1998: 201-08.

_____. *Saussure, Chomsky, Pêcheux: A Metáfora geométrica do dentro/ fora da língua*. In.: Linguagem & Ensino – Revista do Curso de Mestrado em Letras. Pelotas, Universidade de Pelotas, 1999, vol. 2, nº1.

LEGH-SMITH, J.A.; DENIS, R.; ENDERBY, P.M.; WADE, D.T. LANGTON-HEWER, R. - *Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1987, v. 50: 1488-92.

MALDIDIER, J. *La Inquiétude du Discours*. Paris, Éditions des Andres. 1990.

MAINGUENAU, D. *Termos-Chave da Análise do Discurso*. Belo Horizonte, ed. UFMG. 1998

MARSHAL, R.C.; TOMPKINS, C.A.; PHILLIPS, D.S. *Improvements in treated aphasia: Examination of selected prognostic factors*. Folia Phoniat., 1982, v. 34: 305-15.

MARSHALL, R.C. et. al. *Home treatment for aphasic patients by trained nonprofessionals*. J Speech Hear Disord., 1989, v. 54:462-70.

MILNER, J.C. *O Amor da Língua*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.

_____. *Introduction à une Science du Langage*. Paris, ed. du Seuil. 1989

MURDOCH, B. E. *Desenvolvimento da Fala e Distúrbios da Linguagem. Uma Abordagem Neuroanatômica e Neurofisiológica*. São Paulo, Revinter. 1997.

ORLANDI, E.P. *Terra à Vista: Discurso de Confronto: velho e novo mundo*. São Paulo, Cortez, 1990.

_____. *As Formas do Silêncio. No Movimento dos Sentidos*. Campinas, ed. UNICAMP, 3ª ed., 1995.

- _____. *A linguagem e seu Funcionamento: As Formas do Discurso*. Campinas, Pontes. 1996a.
- _____. *Interpretação – Autoria, Leitura e Efeitos do Trabalho Simbólico*. Petrópolis, Vozes. 1996b.
- _____. *Análise do Discurso Princípios e Procedimentos*. Campinas, Pontes. 1999.
- ORLANDI, E. P.; GUIMARÃES, E. *Unidade e Dispersão: uma questão do Sujeito e do Discurso*. In: *Discurso e Leitura*. São Paulo, Cortez. 1988.
- ORTIZ, K.Z. *Terapia nas Desordens de Compreensão das Afasias*. In: JUNQUEIRA, P.; DAUDEN A.T. - *Aspectos Atuais em Terapia Fonoaudiológica*. São Paulo, Pancast, 1997:76-88.
- PALLADINO, R.R.R. *Encontros e Desencontros da Fonoaudiologia*. In: PASSOS, M. C. (org.) – *Fonoaudiologia: Recriando seus Sentidos*. São Paulo, Plexus. 1996:45-51.
- PARENTE, M.A.M.P.; TIEDMANN, K.B. *Distúrbio perceptual da anosognosia na Afasia de Wernicke e o processo terapêutico*. *Pró-Fono*, 1989, v. 1, n. 1:12-6.
- PÊCHEUX, M.; FUCHS, C. (1975). *A Propósito da Análise Automática do Discurso: Atualização e Perspectivas*. In.: GADET, F.; HAK, T. - *Por uma Análise automática do Discurso – Uma Introdução à Obra de Michel Pêcheux*. Campinas, ed. UNICAMP, 2^a.ed,1993: 163-246.
- PÊCHEUX, M. *Remontémos de Foucault à Spinoza*. In.: TOLEDO, M.M. – *El Discurso Político*. México, Nueva Imagem. 1980.
- _____. *O Discurso – Estrutura ou Acontecimento*. Campinas, Pontes. 1990.
- _____.(1969). *Análise Automática do Discurso (AAD – 69)*. In.: GADET, F.; HAK, T. - *Por uma Análise automática do Discurso – Uma Introdução à Obra de Michel Pêcheux*. Campinas, ed. UNICAMP, 2^a.ed,1993: 61-161.

- _____.(1975). *Les Vérites de la Palice*. Trad. Bras.: Semântica e Discurso – Uma Crítica à Afirmação do Óbvio. Campinas, ed. UNICAMP, 2^a.ed. 1995.
- RICHARDSON, K.T.; GLOBOKAR, A.; PUGH, D.B.; BUSHMANN, M.M. *Aphasia therapy: more than just handholding*. Arch. Neurol., 1989,v. 46: 249-50.
- SANDS, E.; SARNO, M.T.; SHANKWEILERD, D. *Long-term assessment of language function in aphasia due to stroke*. Arch. Phys. Med. Rehabil.,1969, v. 50: 202-06.
- SAUSSURE, F. *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo, Cultrix, 20^o ed. 1995.
- SCHEHTER, I.; SCHEJTER, J.; ABARBANEL, M.; KOREN, R.; MENDELSON, L.; RING, H., BECKER, E. *Sex and aphasic syndromes*. Scand J Rehabil Med (Suppl).,1985, v. 12:64-7.
- SIES, L.F. *Aphasia Theory and Therapy. Selected Lectures and Papers of Hildred Schuell*. Baltimore, Macmillan Press. 1974.
- SILVA, R.G. *Fonoaudiologia aplicada ao lesado encefálico: Proposta para o programa de reabilitação com ênfase na formação de agentes reabilitadores*. In: MARCHESAN, I. & ZORZI, J. Anuário CEFAC de Fonoaudiologia 1999/2000. Rio de Janeiro, Revinter,2000, vol. 1: 53-62.
- SURREAUX, L.M. *O Discurso Fonoaudiológico: uma reflexão sobre sujeito, sentido e silêncio*.Dissertação de Mestrado. UFRGS. Porto Alegre. 2000.
- VIEIRA, C.H. *Um Percurso pela História da Afasiologia: Estudos Neurológicos, Lingüísticos e Fonoaudiológicos*.Tese de Mestrado.U.F.PR. 1992.
- VIGNOLO, L.A. - *Evolution of aphasia and language rehabilitation: a retrospective exploratory study*. Cortex, 1964,v.1: 344-67.
- WERTZ, R.T. et. al. *Comparison of clinic, home and deferred language treatment for aphasic. A veterans administration cooperative study*. Arch. Neurol.,1986, v.43: 653-58.