

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Roseli Vasconcellos

Organismo e sujeito:
Uma diferença sensível nas
paralisias cerebrais

Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem

SÃO PAULO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Roseli Vasconcellos

Organismo e sujeito:
Uma diferença sensível nas
paralisias cerebrais

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob orientação da Prof. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto.

Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

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

Assinatura

Local eData

Para Pedro. Pela presença,
ao mesmo tempo, forte e doce.
Esteio neste momento e sempre.

Para meu filho Pedro, o
meu mais caro presente.

Para Rosilene.

Agradecimentos

A Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, pela orientação e pela confiança. Por sua significativa presença em minha formação como pesquisadora.

A Dra. Cláudia Thereza Guimarães de Lemos pelas importantes contribuições nesta tese e também em meu mestrado, desde seu início.

A Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite, por valiosos assinalamentos feitos nas qualificações desta tese.

A Dra. Lúcia Arantes, pela presença longa e amiga em situações diversas de minha vida. Agradeço especialmente pela dedicação e competência como professora e pelas contribuições nesta tese.

A Dra Lourdes Andrade, a Tati, pela amizade e pela precisão, interesse e seriedade na leitura de meus trabalhos acadêmicos e também nesta tese, pela relevância da presença.

A Dra Glória Maria Monteiro de Carvalho, pela leitura desta tese, pelo interesse e pelas contribuições em outros momentos de meu trabalho.

A Dra Suzana Carielo da Fonseca, pela leitura desta tese. Agradeço também a amiga Suzana, por nossa longa e divertida amizade.

Aos meus pacientes, pelo prazer do exercício da clínica que me proporcionam e pelo constante desafio que para mim significa o atendimento de cada um. Pelos pais, pela confiança em meu trabalho.

Ao Pedro pela aposta e pelo carinho, e ao Pedroca, pela alegria da presença e pela espera paciente. A Júlia, Marcelo e Helena, que desta vez acompanharam mais de longe, mas sempre com interesse e alegria nos momentos que compartilhamos.

A minha mãe, pelo apoio e por ter me dado a vida.

As minhas meninas: Giovanna e Isabela, por serem um pouco minhas.

A minha família, pelos bons momentos e pelo apoio em todas as situações. Agradeço, em especial, a tia Glorinha e ao tio Ariel.

A Janice, pela presença valiosa e pelo carinho.

Aos amigos Fê e Verô, pelos deliciosos momentos que passamos e ainda passaremos juntos e pela presença certa nos momentos mais difíceis. Por me fazerem acreditar sempre no prazer que há em viver.

Aos amigos Guera e Clau, por tudo que temos compartilhado e pela nossa amizade sincera.

A Renata, amiga de todas as horas, obrigada por tudo, sempre.

Aos amigos da saudosa Quero-Quero, pelo tempo de amizade, aprendizado, seriedade e respeito que tive o prazer de compartilhar.

Aos amigos do CRU, com quem divido as conquistas e dificuldades do dia-a-dia. Obrigada pelo respeito e pelo apoio.

A Marisa, por tudo que temos compartilhado em nossas vidas profissional e pessoal e a Karina pela valiosa ajuda.

Aos professores e alunos do Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem, por tudo que pudemos aprender e viver juntos.

Aos amigos e pesquisadores do Projeto Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, pelo prazer de compartilhar e de trocar, sempre.

A CAPES, pelo apoio como órgão financiador desta pesquisa.

“Em ti, mais do que tu”

(Lacan, 1964/2008, p. 255)

Resumo

Esta tese discute a questão da diferença entre organismo e corpo, a partir do atendimento de sujeitos com Paralisia Cerebral (PC) na Clínica de Linguagem. Para falar em corpo, não o corpo-orgânico da Medicina, um diálogo inicial com a Neurologia é desenvolvido. Enfoque, para tanto, investigações recentes em torno da PC e assinalo que os mais novos achados sugerem uma forte convergência entre o novo e o mais antigo, nesse caso. Refiro-me a afirmações feitas há muito por Freud acerca da PC a partir de sua clínica com essas pessoas. Do mesmo modo, assumo a importância da interlocução com o campo da Comunicação Alternativa (CA). Uma breve apresentação do Bliss e do Picture Communication Symbols (PCS) é seguida por pontuações sobre sua importância modo de introdução na Clínica de Linguagem. Dou ênfase, nesta parte, ao distanciamento desta Clínica em relação a todas as outras que operam com a CA. A particularidade da Clínica e Linguagem decorre das concepções de linguagem e sujeito assumidas nesta tese. Com o intuito de delinear a natureza da literatura produzida sobre a CA, em nosso país e em âmbito internacional, ofereço um panorama de trabalhos representativos e de interesse para a Clínica de Linguagem com pacientes com PC.

A direção teórica assumida, que tornou possível abordar a distinção entre corpo-orgânico e corpo-linguagem ou corpo pulsional, parte dos estudos desenvolvidos no interior da Clínica de Linguagem, pelo grupo de pesquisa liderado por Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL – PUCSP. A Clínica de Linguagem tem laço de filiação com o Interacionismo em Aquisição de Linguagem, proposto por Cláudia De Lemos, vertente teórica que, ao aproximar-se do Estruturalismo Europeu através da leitura de Lacan, dispara implicações entre Lingüística e Psicanálise, pondo em questão a relação criança-língua-fala do outro. A diferença tanto teórica, quanto clínica, que introduzo nesta tese, relativamente ao tratamento de pacientes com PC que não oralizam, é iluminada pelos efeitos dessa clínica que inclui a CA e a materialização do significante, que se faz pela via do empréstimo do corpo e da voz do outro-terapeuta. Abordo a heterogeneidade dos efeitos desta Clínica que suscitaram considerações sobre a escuta, sobre a transferência e sobre o prazer ou o conflito que acompanham a produção de certas falas vocalizadas de alguns pacientes. Os dados analisados nesta tese falam a favor da presença de um corpo-linguagem: um corpo que irrompe em manifestações significantes e que fala (como pode) - o que corrobora a afirmação que remete ao título desta tese: a de que sujeito e organismo não coincidem.

Roseli Vasconcellos - Organismo e sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral – Linguagem – Clínica de Linguagem – Comunicação Alternativa.

Abstract

This study discusses issues related to the distinction between the body conceived as an organism and the body approached as *parlêtre* (Lacan's expression). This subject-matter emerged from my clinical practice carried on with persons with Cerebral Palsy (CP). It is assumed that a theoretical dialogue with the fields of Medicine (Neurology) and with the Speech Pathology and Therapy is necessary and extremely relevant. Therefore, two chapters were dedicated to the literature of those areas. Recent papers and manuals, concerning CP, were selected. It is pointed out that the most recent research conclusions suggest, in fact, a strong convergence between what is taken as "new" and what is said to be "old" knowledge in the field of CP. Freud's statement, written in 1897, should, no doubt, be viewed as up-to-date. Some critical comments related to the Alternative Communication Systems (CA) were also included and a brief presentation of the Blissymbols and the Picture Communication Symbols (PCS) were followed by considerations about their importance for the Language Clinic theoretical development. I tried to point to the fact that such a Clinic takes clear distance from all others, since the CA introduction is guided by the specific language and subject conceptions assumed in this study.

The theoretical orientation, here assumed, allowed me to address the problematic distinction between organic body and language body. This doctoral dissertation, which departs from the clinical practice with persons with Cerebral Palsy, is committed to the theorization undertaken in the CNPq Research Group, headed by Maria Francisca Lier-DeVitto, at LAEL – PUCSP. It must be said that the Language Clinic is affiliated to the Interacionism in Language Acquisition, proposed by Cláudia de Lemos. Such a theoretical framework has strong links with the so called european structuralism as interpreted by Jacques Lacan. Such a theoretical trend triggered the inclusion of the psychoanalytical reflection on the subject speaker and about the relationship between child-language-speech. The difference this study introduces is illuminated by the clinical effects of the implementation of Alternative Communication Systems. It is worth saying that it is the therapist's body and speech that provide and support the materialization of the significant. The heterogeneous clinical effects analyzed led to considerations about the nature of listening, about transference and about the tension between conflict and pleasure that accompany some subtle and fragile vocalized speech. Data were discussed here and the interpretation conveyed sustains, I believe, the clinical and theoretical supposition proposed and advanced in this doctoral dissertation, i. e., that the body as organism and the body as *parlêtre* do not coincide.

Roseli Vasconcellos – Organism and subjectivity: a distinction which can be clear in Brain Palsy.

Keywords: cerebral palsy – language clinic - language – alternative communication.

Índice

Introdução

Capítulo 1 – As Paralisias Cerebrais	P.1
Capítulo 2 – Sobre o tratamento de pessoas com quadros graves de PC: a Comunicação Alternativa P. 17	P.10
2.1. Recursos, estratégias e técnicas em CA	P.18
2.2. Símbolos Bliss ou <i>Blissymbols</i>	P.19
2.3. Picture Communication Symbols – PCS	P.24
Capítulo 3 – A literatura sobre Comunicação Alternativa	P.30
3.1. Comunicação Alternativa: o desejo de produzir teorizações	P.31
3.2. Comunicação Alternativa: aplicações	P.38
3.3. Comunicação Alternativa: pesquisadores brasileiros	P.46
Capítulo 4 – Referencial Teórico	P.51
4.1. Argumentos clínicos .	P.51
4.2 Argumentos Teóricos	P.53
4.2.1. O Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem	P.53
4.2.2. A Clínica de Linguagem	P.57
4.2.3. O que é <i>corpo</i> ?	P.64
4.2.4 Sobre as <i>pulsões</i> e o <i>corpo pulsional</i>	P.67
Capítulo 5 – Os sujeitos com PC e a Clínica de Linguagem	P.72
5.1 Um corpo falado e falante: pontuações sobre a escuta	P.79
5.2 A entrada na clínica: considerações sobre transferência	P.92

5.3 Vocalizações: surpresa e conflito	P.101
Considerações finais	P.118
Referências bibliográficas	P.123

Introdução

Esta tese dá continuidade a um movimento iniciado depois de dez anos de prática clínica com pacientes com Paralisia Cerebral, impedidos de oralizar, numa instituição em São Paulo. Durante esse tempo e mesmo antes dele, quando ainda como estudante, freqüentei instituições dedicadas ao atendimento de crianças com PC. Questões foram se apresentando, mesmo que eu ainda não pudesse formulá-las de maneira clara. Depois desses anos e após ter vivenciado os efeitos da implementação da Comunicação Alternativa para esses pacientes, fui invadida pela necessidade de enfrentar as inquietações que sempre estiveram presentes para mim. Outro aspecto que pode ser visto como determinante do passo teórico que resolvi dar vem da lida com profissionais que, dada minha experiência, me procuravam com a finalidade de “saber mais sobre a Comunicação Alternativa”. O pedido era sempre para que eu transmitisse meu “fazer clínico” - dito de outro modo, pedia-se para “ensinar meu método” de trabalho.

Minha primeira incursão na pesquisa sobre a clínica com pacientes com Paralisia Cerebral teve início no Curso de Especialização em Linguagem e Patologias da Linguagem (1985-1987), coordenado por Lier-DeVitto na Deric. Naquela ocasião, sob efeito do Interacionismo em Aquisição de Linguagem, a que fui apresentada nesse curso, escrevi meu trabalho de monografia. Nele, discuti a instituição dos Símbolos Bliss por seu criador, Charles Kasiel Bliss, e me perguntei a respeito da natureza desses símbolos: esse “sistema de símbolos” seria uma língua? Essa questão remeteu-me à Lingüística e, sobretudo a Saussure, também explorado no acima referido curso. O ponto era entender “o que é uma língua?”.

Em minha dissertação de mestrado, a questão do modo de presença de pessoas com PC na linguagem, presença que, como indiquei em 1999, manifestava-se através de olhares e gestos e que “ignoravam” a limitação motora: gestos e

olhares diziam de uma presença significada, significativa e significante na linguagem. Tomei como ponto de partida o caso de uma menina de sete anos (S.) e, a partir de uma análise de suas produções com os Símbolos Bliss e escrita alfabética, pude apreender, nessa escrita, a escuta dessa menina para a fala do outro nos cruzamentos entre símbolos/escrita, oralidade/escrita e escrita/escrita. Pude dizer que havia fala nas produções escritas de uma criança que não oralizava: S. tinha fala na escuta e na escrita. Este trabalho levou-me a uma constatação surpreendente: a ausência de patologia de linguagem no caso de S. e me perguntei, então, já no final da dissertação: “Que clínica seria essa?”

Nesta tese, procuro aprofundar a discussão que iniciei acerca da questão/distinção organismo e corpo falado, considerando sujeitos com Paralisia Cerebral. Devo dizer, mesmo, que meu trabalho de mestrado situa a questão desta tese: a de que, apesar de todos os entraves que dizem respeito a uma condição orgânica, há outro corpo – o pulsional. Nesta minha pesquisa, busco enfrentar alguns mistérios que envolvem não a “paralisia motora” de um organismo, mas o “movimento” de sujeitos na linguagem e as particularidades de suas produções no que concerne a linguagem. Para serem explorados, esses mistérios não podem prescindir do olhar (e da escuta) do clínico de linguagem e desse espaço clínico que suscita o desafio de poder desvendar (escutar) algo mais nesse organismo prejudicado, subvertendo sua paralisia quando privilegia aquilo que nele é particular: sua presença na linguagem – presença que, à revelia do impedimento orgânico que exhibe, revela um corpo marcado pelo simbólico.

Será abordada, nesta tese, a heterogeneidade dos efeitos da relação criança PC com a linguagem. Pretendo dar visibilidade a essa pluralidade vivida na clínica que sempre, ainda que em casos de pessoas que não podem “falar” (a partir de símbolos ou da escrita alfabética), envolve o reconhecimento de que ser sujeito implica ser para um outro. Quero dizer que tais pessoas - mesmo sem poderem se valer da fala, de símbolos e da escrita convencional, passam da condição de “ser falado” à condição de sujeito: o sujeito irrompe em manifestações significantes de um corpo prejudicado - de um corpo que fala (como pode).

O primeiro capítulo desta tese apresenta a discussão vigente em torno do tema “Paralisia Cerebral” (PC). A presença desse diálogo com o discurso organicista, aqui se justifica, pois a discussão que procuro encaminhar ganha maior nitidez e relevância no interior dessa interlocução. Para delinear, ainda que brevemente, os estudos médicos mais recentes na área da PC, parto do *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS), órgão americano que realiza pesquisas na área biomédica sobre as Paralisias Cerebrais (e sobre outras desordens neurológicas). Abordo sua definição, etiologia e diagnóstico. Chamo a atenção do leitor para os efeitos do emprego das técnicas de neuroimagem na compreensão da etiologia das Paralisias Cerebrais, nos dias atuais, e do redirecionamento das pesquisas que incluem, entre outros, o campo da genética e da farmacologia. Assinalo, entretanto, que, mesmo com o advento de técnicas bastante avançadas, a investigação no campo médico, no que tange à PC, revela, menos do que certezas, mistérios. Trago à discussão, afirmações feitas, há muito tempo por Freud, quando recebia pacientes com PC em sua clínica, que vão ao encontro de achados recentes da Medicina em torno da referida patologia - o que sugere uma forte convergência entre o novo e o mais antigo nesse caso.

O capítulo 2 é dedicado a esclarecimentos sobre a o campo da Comunicação Alternativa, pois assumo ser o diálogo com essa área tão necessário quanto com a área médica. Nele, a CA é definida e alusões são feitas às suas indicações e aos campos em que tem sido implementada. Abordo brevemente a sua introdução, bem como a consolidação de sua utilização em nosso país, através do emprego dos Símbolos Bliss e do Picture Communication Symbols (PCS) e de outros instrumentos, além da produção dos primeiros trabalhos acadêmicos nesse campo. Apresento os símbolos Bliss e o PCS por serem os sistemas gráfico-visuais de maior repercussão em nível mundial e também no Brasil. Em seguida, faço algumas pontuações sobre sua importância e forma de inclusão na Clínica de Linguagem e assinalo o distanciamento de todas as outras formas de introdução desses instrumentos nessa clínica, distanciamento que se deve às concepções de linguagem e de sujeito assumidas nesta tese.

No capítulo 3, um panorama da literatura sobre a CA é apresentado. Enfoco

trabalhos representativos desse campo que possam interessar à Clínica de Linguagem com pacientes com PC. Assinalo a presença de um desejo de produzir teorizações nesse campo para que se possa atender a questões relativas à natureza da CA, que vai além da busca de recursos tecnológicos que sejam cada vez mais funcionais. Entretanto, mesmo com o privilégio cedido à interação, na tentativa de promover o distanciamento de uma concepção comportamentalista de linguagem e de comunicação, o par ensino-aprendizagem derrota esse movimento presente na literatura sobre a CA. Discuto a tentativa de classificação e, portanto, de homogeneização de pacientes que são candidatos à CA, classificação que ofusca a possibilidade de apreender efeitos de singularidade que emergem na relação desses sujeitos com a linguagem. Destaco a importância dada, por alguns desses autores, a narrativas de crianças introduzidas à CA, bem como a dificuldade que a escrita dessas pessoas impõe à possibilidade de suas produções serem registradas de maneira autônoma. Os artigos de autores brasileiros foram agrupados segundo as vertentes que representam na tentativa de delinear a natureza da literatura, produzida sobre a CA, em nosso país. Encerro com a posição teórica que tenho sustentado em meu trabalho, que dá ênfase à presença desses sujeitos na linguagem, mesmo na ausência de fala oralizada.

No capítulo 4, procuro arregimentar diretrizes teóricas no sentido de empreender a discussão que me propus realizar. A tomada de distância do orgânico é justificada a partir de argumentos clínicos, teóricos e empíricos. Afasto-me da concepção de sujeito epistêmico, presente na clínica fonoaudiológica com esses pacientes e na literatura da área da CA, conforme indicam trabalhos apresentados no capítulo 3. Diferentemente, acolho uma noção de sujeito que se harmoniza com a Linguística Científica e que desconsidera, portanto, o sujeito em “controle da linguagem”. Parto de uma filiação teórica ao Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem, tal como formulado pela Dra. Cláudia de Lemos, cuja proposta define a aquisição de linguagem como “um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança numa estrutura em que *la langue* e a *parole* do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um corpo pulsional, i.e., à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação” (DE

LEMOS, 2006, p. 28).

Para a autora, “a teoria de Saussure oferece parte do suporte necessário à [sua] proposta”, como diz (op, cit., p. 28). A “subjetividade” que Cláudia de Lemos se empenha em implicar em sua teorização é aquela introduzida pela Psicanálise, através de Lacan, em que encontra a possibilidade de deslocar a concepção de *criança* e de *mudança* em seu trabalho (principalmente a partir de 1997). O termo “captura”, introduzido por De Lemos com Lacan, nos remete à anterioridade lógica da língua relativamente ao sujeito, língua que o significa e que o permite significar. Em 2007, de Lemos revê a noção de captura e nela implica a dimensão do conflito. A sustentação teórica, presente no Interacionismo de Lemos, pôde iluminar discussões sobre a Clínica de Linguagem - categorias nodais do Interacionismo foram mobilizadas para pensar essa clínica, que parte, nessa aproximação/filiação, do reconhecimento das diferenças entre esses campos: entre as indagações sobre o campo da aquisição e o espaço da clínica. As noções de interpretação e as idéias de interação e de mudança, forjadas no Interacionismo, abrem questões sobre a Clínica de Linguagem (conforme proposta de Lier-DeVitto), que permitem pensar a clínica com sujeitos com PC impedidos de oralizar.

Ainda no capítulo 4, para falar em *corpo*, não o corpo-orgânico da Medicina, vou a Freud, que cunhou o termo “Paralisia Cerebral” ao descrever, através da investigação da anatomia do sistema nervoso central, as diferenças entre as paralisias orgânicas (de origem cerebral) e as paralisias histéricas. Freud afirma que as condições que regem a sintomatologia da PC são constituídas pelos fatos da anatomia e que, a partir de suas características clínicas, pode-se, mesmo, deduzir a estrutura do cérebro. Freud mostra que, na histeria, diferentemente, pode haver modificação funcional sem a presença de lesão orgânica concomitante (FREUD, 1833c, v.1). O que se tira como lição, a partir de Freud, é que uma “outra anatomia” entra em jogo na histeria. Assim, desde Freud, *corpo* é expressão irreduzível a organismo. Uma vez introduzida a dimensão do *corpo*, trago à discussão a questão das *pulsões* de do *corpo pulsional*. Em Lacan, *corpo* e *linguagem* se articulam. O corpo é a superfície em que incidirá a linguagem, pela via do Outro. “*Corpo pulsional*” indica e distingue o estatuto de um corpo atravessado pela linguagem

(LEITE, 2003, p.81). Para Leite, “nada mais natural – para aqueles que trabalham com o texto freudiano – do que tomar o conceito de *pulsão* para abordar as articulações entre corpo, linguagem, afeto e sentido” (op. cit., p. 81-82). Volto, então, a Freud, para abordar o termo *pulsão*, definido como “um conceito–limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposto ao psíquico em conseqüência de sua relação com o corpo” (FREUD, 1915/2004, p.148).

Vou a Lacan que concebe a *pulsão* como uma montagem surrealista, “sem pé nem cabeça”, pois dela ele retira o peso atribuído à finalidade. É a partir dessa montagem que a sexualidade participa da vida psíquica de modo a se conformar com a estrutura intervalar do inconsciente (LACAN, 1964/2008, p. 163). Lacan assinala que “nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer a pulsão”, pois sustenta, com Freud, que o objeto da pulsão não tem qualquer função ou qualquer importância já que ele é, na verdade, *indiferente*. Nessa direção, Lacan afirma que a pulsão o contorna - contorna o objeto, que deve, por isso, ser assumido, ao mesmo tempo, como *borda* (em torno da qual se dá a volta) e *escamoteação* (de algo que não é atingido). Veremos que, com Lacan, outro e linguagem se articulam: “graças a introdução do outro, a pulsão aparece” (op. cit., p.179). As incidências significantes e significativas do outro sobre o corpo do bebê é que serão responsáveis por sua constituição subjetiva: trata-se do corpo-pulsional.

Início o capítulo 5 com algumas questões sobre o sujeito com PC. Assinalo a importância de se considerar os efeitos reais dessa afecção de origem neurológica no próprio sujeito e no outro. Pergunto: quais os efeitos reais dessa “doença” sobre o sujeito e sobre o outro? Pergunto-me, também, sobre a incidência dessa paralisia: “onde é que ela incide?” e sobre os limites que ela coloca: “para quem esse limite se impõe?”. É impossível negar que o real dessa paralisia afeta esse sujeito de maneiras diversas e que seus efeitos afetam, por certo, pais e profissionais¹. O

¹ No caso do fonoaudiólogo, essa afecção fica submetida a uma outra - ao corpo-teórico do clínico (CARVALHO, 2006; LIER-DeVITTO, 2006). Assim, ficar sob efeito do que ultrapassa o orgânico no caso da PC depende de um gesto de leitura clínica.

imaginário do outro (pais, familiares, cuidadores, profissionais) diante do real desse organismo, simboliza-o de maneiras distintas: como um sujeito que pode/deve ser institucionalizado, marginalizado, infantilizado, doente e até como uma pessoa com uma vida a ser vivida. Digo que os efeitos do real dessa paralisia sobre o outro podem ser, portanto, bastante heterogêneos. Considero seus efeitos sobre os pais dessa criança, num primeiro momento e introduzo uma discussão que envolve os efeitos da relação desse sujeito com PC e o outro-terapeuta na clínica que a eles proponho: uma Clínica de Linguagem viabilizada pela Comunicação Alternativa que permite um canal de abertura com o outro-terapeuta através da possibilidade de produção de falas-escritas e da materialização do significante que é lido e registrado via um empréstimo do corpo do outro – empréstimo que, ao mesmo tempo em que abre, para esses sujeitos a possibilidade de um encontro entre falas e, assim, de efeitos que podem ser apreendidos na linguagem desses sujeitos, “condena-os”, em muitos casos, a uma profunda dependência em relação ao corpo do outro.

Na seqüência deste capítulo, volto meu olhar para minha clínica com sujeitos com PC ao abordar materiais clínicos. Procuro, nesse capítulo final, dizer dos efeitos dessa clínica nos casos de pacientes e da heterogeneidade desses efeitos. Início esse capítulo com pontuações sobre a escuta e, para isso, volto ao caso de S. (VASCONCELLOS 1999, 2006), cuja escuta pode ser apreendida em suas produções absolutamente surpreendentes e particulares com símbolos Bliss e escrita alfabética. Trago, também, F., cuja escuta difere da de S.: diferenças que surgem na recontagem de uma mesma história. Em seguida, abro uma discussão sobre a maneira como ocorre a entrada S. e de G. na clínica, o que me levou a tecer considerações sobre “transferência” nesses casos.

Por fim, retomo o caso de F. e os casos de B. e de J., que suscitam reflexões sobre a surpresa do surgimento de vocalizações. Digo isso porque os efeitos são mesmo inesperados no caso de F., cujos enunciados iluminam a presença de um “eu” no dizer, “eu” que pode ser apreendido em sua entonação e em manifestações corporais. Num conjunto de dados de F., aparecem vocalizações, e em outro conjunto, algo que lembra uma “lalação”, mas, no caso desta criança, ela não pode ser considerada como lalação sem sentido. Nos segmentos de F., unidades

irrompem, mas elas não tomam corpo, não caminham, não se expandem, não se articulam. Apesar disso, proporcionam a essa criança, efeitos de prazer e de surpresa. É que “uma fala sustenta o gozo daquele que fala”, diz Lacan, o gozo da fala que afeta aquele que fala. (LACAN, 1972/73). As produções inesperadas de F. partilham com os “chistes inocentes”, de que fala Freud (1905), a característica que têm de produzir prazer retirado de uma “simples atividade desimpedida de qualquer necessidade” (op. cit.). B. à diferença de F., deixa aparecer, em suas produções, um tanto de desprazer, que atribuo a uma dificuldade de chegar aos significantes responsáveis pelo sentido daquilo que ele quer dizer.

B. escuta o que produz, mas não pode reformular essas produções de forma a materializá-las em uma cadeia. Os impasses no diálogo entre a terapeuta e B. levam a desencontros, produzindo um mal-estar, que se repõe a cada vez que a terapeuta relê/retoma o que B. produziu sem que seja possível a ele intervir através de uma reformulação. Apenas quando o bloco produzido por B. é fragmentado e ganha, com isso, outra sonoridade é que um significante brota do não sentido e aparece materializado em sua fala, conforme veremos. A angústia e o conflito, que aparecem no diálogo de B. com o outro, mostram que ele resiste ao outro, mas a dificuldade que B. encontra nas tentativas de materialização do significante o tornam profundamente dependente do corpo do outro.

No último caso abordado, o de J, a fala pôde ser efetivamente registrada através de gravações, à diferença dos outros casos apresentados e discutidos nesta tese. Trata-se de uma pessoa que pode apontar símbolos diretamente e produzir pedaços de fala incorporados da fala da terapeuta. Esses pedaços de fala estendem-se e dilatam-se num segundo segmento de J., articulando-se no diálogo com a terapeuta sem que J. se apóie nos símbolos do PCS. À diferença de F. as produções orais de J. caracterizam-se por repetições (da fala da terapeuta.), com diferenças, e não por reduplicações. Sua fala, ao dilatar-se e estender-se, passa a compor articulações significantes. Talvez se possa dizer que em casos com o de J. e mesmo de F., em que o comprometimento motor é menor (em que o organismo é menos prejudicado motoramente), a “rede de inibições da linguagem” se faça notar.

Encerro a tese com algumas considerações em que procuro dar relevo aos efeitos apreendidos nessa Clínica de Linguagem que proponho a pacientes com PC. Enfatizo a questão da heterogeneidade que pôde ser apreendida na discussão dos dados clínicos desta tese e as pontuações sobre a escuta, transferência, prazer e conflito, suscitadas nessa discussão. Chamo a atenção para a questão da importância da materialização da fala-escrita do paciente, que se faz através do empréstimo do corpo do outro-terapeuta, de sua voz e de seu gesto de escrita. Assinalo, também, que a implementação da Comunicação Alternativa, nessa clínica, se caracteriza como ponto de encontro entre paciente e terapeuta e como caminho para um enlace transferencial venha a se estabelecer.

Enfatizo, ainda, a diferença radical dessa clínica que dá reconhecimento à linguagem e ao sujeito, em relação a outras clínicas e técnicas dirigidas a esses pacientes. Digo que todo o cuidado foi tomado no sentido de que a Psicanálise, implicada em meu trabalho, não viesse a recobri-lo e, finalmente, que espero que os materiais clínicos que discuto nesta tese possam, de fato, remeter à afirmação que nos leva ao título da tese: a de que organismo e sujeito não são instâncias coincidentes.

Capítulo 1 - As Paralisias Cerebrais

Inicio este trabalho com uma concisa e espero que consistente revisão dos estudos médicos mais atuais sobre a Paralisia Cerebral (PC). Meu objetivo é situar o leitor quanto à natureza dessa afecção neurológica que pode atingir o organismo de uma pessoa. Espero, também, manter aceso o diálogo com o campo da Medicina. Tenho a expectativa de que a decisão tomada possa, ainda, iluminar a diferença tanto teórica, quanto clínica, que acredito introduzir nesta tese relativamente ao tratamento de pessoas com PC na Clínica de Linguagem². Vejamos, então, como este quadro é definido no âmbito da Medicina, sua etiologia e prognóstico.

O *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS), órgão americano que realiza pesquisas na área biomédica sobre as Paralisias Cerebrais, bem como sobre outras desordens neurológicas, afirma que a expressão “Paralisia Cerebral” rotula um quadro bastante abrangente. Ele tem sido empregado para descrever desordens neurológicas de *caráter não progressivo*, que têm incidência na *tenra infância* e que *afetam permanentemente* os movimentos corporais e a coordenação muscular. Tais desordens neurológicas são causadas, assegura-se, por *anormalidades no cérebro, que obstaculizam o controle do movimento e da postura*. Em alguns casos, nota-se que o córtex motor não se desenvolveu de acordo com parâmetros considerados “normais” durante o crescimento fetal. Em outros casos, a lesão é assumida como sendo resultado de agressões ao cérebro que podem ocorrer antes, durante ou após o nascimento. Importa dizer que, qualquer que seja a etiologia, **a lesão não é reversível e o comprometimento, dela resultante, é permanente** (NINDS, 2006).

“Paralisia Cerebral”, já assinalava Diament (1996), comporta certa imprecisão, pois:

² As características da Clínica de Linguagem serão esclarecidas em momento oportuno nesta tese.

Com a conotação de PC são encontrados quadros clínicos heterogêneos com etiopatogenias múltiplas, porém, nem sempre estaremos frente a uma paralisia *in sensu strictu* – ou ela simplesmente não existe ou nem sempre é de origem cerebral (DIAMENT, 1996, p. 781).

Apesar desse apontamento do autor, convém reter a expressão “Paralisia Cerebral” uma vez que essa designação é consagrada na literatura sobre o assunto. Além disso, é bom considerar que não cabe propriamente a um clínico de linguagem questionar seja a nosologia, seja a terminologia forjada no domínio da Medicina. É certo que não se deve ignorá-las porque é preciso refletir sobre o que elas abrangem, apagam ou encobrem. Afinal, “o que é do humano não fica circunscrito aos limites do corpo físico [...]” (VASCONCELLOS, 1999, p. 9).

Do ponto de vista médico, os sintomas da PC diferem de uma pessoa para outra de acordo com *tipo* e *severidade* e eles podem se modificar ao longo do tempo. Tipo e gravidade são determinados pela extensão e pela localização da lesão neurológica. A classificação da PC é circunscrita pela natureza da desordem motora envolvida: espasticidade, atetose ou ataxia. Sintomas adicionais³ podem, ainda, ocorrer como: deficiência mental, presença de convulsões, atrasos no crescimento e deformidades espinais, além de outros como: incontinência, comprometimentos visuais e auditivos e anormalidades perceptuais e sensitivas.

Na maioria dos casos de PC, a lesão está presente ao nascimento (PC congênita). Entretanto, ela pode demorar a ser detectada. Sabe-se que complicações no nascimento, incluindo a asfixia, são responsáveis por apenas 5% a 10% dos bebês que nascem com PC congênita. A PC adquirida ocorre em menor proporção e está relacionada a alterações que se manifestam após o nascimento (danos cerebrais nos primeiros meses ou anos de vida, infecções cerebrais como meningites bacterianas ou encefalites virais, traumas decorrentes de acidentes ou quedas). Os outros 90% a 95% dos casos de PC resultam, segundo o NINDS (2006)⁴, de quatro tipos de danos cerebrais que acarretam sintomas típicos⁵:

³ Sobre a classificação dos diferentes tipos de PC, ver também Monteiro (2001). Convém ressaltar, ainda, que as desordens motoras da PC, muitas vezes, não correspondem a um tipo apenas, mas a uma mistura delas.

⁴ Os dados que trago aqui acerca da etiologia da PC são o resultado de pesquisas recentes, reunidas em

- (1) *Lesão da substância branca* do cérebro (Peri Ventricular Leucomalácia – PVL);
- (2) *Desenvolvimento anormal* do cérebro (Disgenesia Cerebral);
- (3) *Hemorragia cerebral* (Hemorragias Intracranianas);
- (4) Lesão cerebral causada pela *falta de oxigenação cerebral* (Encefalopatia Hipóxico-isquêmica ou Asfixia Intraparto).

Assim como são determinados tipos particulares de lesão como causa da PC, há também algumas condições médicas ou eventos, intervenientes durante a gestação e o parto, que podem levar ao aumento do risco de um bebê nascer com PC. Isto não quer dizer que a PC será, nestes casos, inevitável - os fatores mencionados aumentam as chances de incidência do dano cerebral responsável por esta patologia:

- (1) baixo peso e prematuridade ao nascimento;
- (2) múltiplos nascimentos;
- (3) infecções durante a gestação;
- (4) incompatibilidade sangüínea ou incompatibilidade do fator Rh;
- (5) mães com alterações de tireóide, com retardo mental ou sujeitas a convulsões;
- (6) condições médicas durante o nascimento como: apresentação dos pés ao invés da cabeça no início do nascimento, problemas vasculares ou respiratórios do bebê durante o nascimento, bebês pequenos para a idade

www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/detail_cerebral_palsy.htm - *Cerebral Palsy: Hope Trough Research* - publicadas pelo *National Institute for Neurological Disorders and Stroke* (NINDS), em julho de 2006, atualizadas no referido site, em 2008, e por mim traduzidas.

⁵Sobre a caracterização dos tipos de danos cerebrais compatíveis com a PC, ver www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy.htm - *Cerebral Palsy: Hope Trough Research*, NINDS, julho/2006.

gestacional (devido aos fatores que impediram que seu crescimento se desse de maneira normal na fase gestacional) Apgar⁶ baixo, hiperbilirrubinemia⁷ e convulsões.

A PC relacionada a anormalidades genéticas não pode ser prevenida, mas alguns poucos fatores de risco para a PC congênita podem ser minimizados ou evitados. Entretanto, em muitos casos, a causa ou as causas da PC não são totalmente conhecidas, admitem pesquisadores, e pouco se pode fazer, portanto, para preveni-las. As técnicas de neuroimagem permitem visualizar anormalidades e favorecem o tratamento do problema neuromotor. A *ressonância magnética* pode indicar a localização e o tipo da lesão. Técnicas de neuroimagem incluem, também, a *ultrassonografia craniana* (que é mais utilizada com bebês prematuros por ser menos agressiva, embora não tenha grande eficácia na captação de alterações sutis da substância branca) e a *tomografia computadorizada* (que gera imagens da estrutura do cérebro nas áreas lesionadas). Essas técnicas permitem mapear o problema com maior ou menor precisão. Contudo, falar em “cura”, na PC, é falar em prevenção - em pesquisas sobre o desenvolvimento normal do cérebro de forma a se saber o que ocorre quando ele se dá de forma alterada.

Algumas pesquisas têm se voltado para o processo de especialização das células cerebrais e para o modo de conexões entre elas. Acredita-se que a PC esteja relacionada a problemas que podem ocorrer no início do processo gestacional. Algumas alterações genéticas são vistas também como responsáveis pelas malformações ou pelas anomalias da PC. Os genes, que se supõe serem motivadores dessas anomalias, têm sido analisados através da coleta de amostras de DNA de pessoas com PC e de suas famílias. A meta é precisar as ligações entre genes e tipos específicos de anomalias - aqueles associados com migrações

⁶ O Apgar reflete as condições de nascimento do bebê. Para determiná-lo, os médicos checam periodicamente os batimentos cardíacos, a respiração, o tônus muscular, os reflexos e a cor da pele durante os primeiros minutos após o nascimento do bebê. Quanto mais alta a nota atribuída pelo médico (o Apgar pode variar de 0 a 10), mais normal é a condição do bebê. Uma nota pequena, entre os 10 e 20 minutos depois do nascimento, é considerada um importante sinal para o surgimento de problemas como a PC.

⁷ Mais de 50% dos bebês desenvolvem a Hiperbilirrubinemia após o nascimento. A Hiperbilirrubinemia ocorre quando a bilirrubina, substância encontrada na bile, aumenta rapidamente sem que possa ser eliminada do corpo do bebê. Em casos severos e não tratados, a Hiperbilirrubinemia pode causar uma condição neurológica denominada Kernicterus, que lesa as células cerebrais e pode causar surdez e PC.

neurônios anormais.

Há, ainda, pesquisas que se concentram nos estudos de *liberação anormal de substâncias químicas* do organismo do bebê (ou da mãe), que são suspeitas de causar a PC⁸. O que se busca é o desenvolvimento de novas drogas capazes de bloquear os efeitos dessa liberação anormal⁹. Essas investigações apostam no desenvolvimento de medicamentos não tóxicos que sejam eficazes¹⁰.

Até aqui, tratei de situar o leitor, em tempos bastante atuais, quanto à caracterização da PC pela Medicina - área que procura determinar a etiologia e relacionar a causa ao sintoma. Como vimos acima, pesquisas voltadas para o entendimento da natureza dessa patologia, suas causas, prognóstico e tratamento, ganharam impulso com o surgimento de técnicas sofisticadas no campo da neuroimagem, que têm como objetivo dar maior visibilidade ao que se esconde sob a pele do organismo vivo¹¹. Destaco que, mesmo com o advento de técnicas bastante avançadas, a investigação no campo médico, no que tange à PC, revela, menos do que certezas, mistérios - mesmo quando é possível poder contar com importantes avanços de conhecimento e tecnológicos no campo da Medicina e da Neurofisiologia.

Aos estudos mais recentes que envolvem a PC, relaciono, neste momento, afirmações feitas, há muito tempo, por Freud, quando recebia pacientes com problemas neurológicos em sua clínica. Parece haver forte convergência entre o novo e o mais antigo nesse caso. Embora se atribua a um cirurgião inglês, William Little, o registro, por volta de 1860 (cf. NINDS, 2006) das primeiras descrições médicas de uma desordem motora, que acometia algumas crianças em seus

⁸ O glutamato, por exemplo, é um neurotransmissor que, se produzido em maior escala que o desejado, pode lesionar neurônios.

⁹ Infecções uterinas durante a gestação geram citocinas (substâncias segregadas por células do sistema linfático que regulam a resposta imunológica do organismo), que pode interromper o desenvolvimento normal do cérebro do bebê.

¹⁰ Técnicas de neuroimagem destinadas a aferir a atividade elétrica cerebral poderão ajudar na identificação de bebês de risco para a PC, mesmo antes de seu nascimento. O diagnóstico precoce e os estudos epidemiológicos, que procuram identificar fatores ambientais, ou características maternas particulares, também têm sido levados em conta no que tange aos aspectos preventivos da PC.

¹¹ Uso expressão de Ogilvie (1991), também utilizada por Fonseca (1995) e Vasconcellos (1999).

primeiros anos de vida¹², foi Freud quem cunhou quadros desse tipo como “Paralisia Cerebral”, quando, precisamente, estudava a Síndrome ou Moléstia de Little. Para Little, a lesão, observada por ele, resultava de *falta de oxigenação* durante o nascimento em partos complicados - a falta de oxigenação lesionava os tecidos cerebrais responsáveis pelo controle do movimento (LITTLE, 1897, apud NINDS, 2006). Freud observou que outros problemas acompanhavam, freqüentemente, a Paralisia Cerebral: retardo mental, problemas visuais, e convulsões. Para Freud, esse quadro sugeria que essa desordem teria sido provocada durante o desenvolvimento do cérebro, ainda na fase intra-uterina. Freud observou que "partos difíceis, em certos casos, são meramente um sintoma de efeitos mais profundos que influenciam o desenvolvimento do feto" (NINDS, 2006)¹³.

Apesar das observações de Freud, a crença de que complicações ao nascimento causariam a maior parte dos casos de PC foi, de fato, a hipótese mais difundida nas pesquisas médicas até muito recentemente. De acordo com o NINDS (2006), nos anos 1980, cientistas analisaram mais de 35 mil nascimentos e se surpreenderam ao descobrir que apenas menos de 10% dos casos poderiam ser relacionados a problemas no nascimento. Na maioria das ocorrências de PC, não se pôde precisar a causa. Esses achados recentes colocaram em questão as teorias médicas acerca das causas da PC e, ao mesmo tempo, levaram pesquisadores a investigar outros fatores pré, peri e pós-natais que, acreditam eles, pudessem estar associados com essa desordem neurológica¹⁴. Os estudos mais recentes sobre a PC não diluem mistérios e impasses na determinação da etiologia orgânica. Nesse âmbito, a PC caracteriza-se como uma *entidade nosológica* que aponta para a

¹² Little observou que essas crianças seguravam objetos com dificuldade, que rastejavam e que não havia melhora ou piora do quadro com o crescimento. Essa condição foi, primeiramente, denominada *Doença de Little*, mas hoje é relacionada a um tipo específico de PC, a diplegia espástica, que se caracteriza por hipertonia predominante em membros inferiores. As perturbações observadas por Little foram descritas como “enrijecimento e espasticidade dos músculos das pernas e, em menor grau, dos braços” (NINDS, 2006).

¹³ Freud, por sua vez, faz referência em “Um estudo autobiográfico” nas Obras Completas, v. XX, a uma publicação, realizada a convite de H. Nothnagel, no *Handbuch der Allemeninen und Spziellen Therapie*, em 1897, que corresponde ao mesmo tema das publicações anteriores no Instituto Kassowitz: monografias sobre Paralisias Cerebrais unilaterais e bilaterais em crianças.

¹⁴ Avanços nas novas técnicas de imagem, como a Imagem por Ressonância Magnética (MRI), tem indicado caminhos aos pesquisadores para examinar os cérebros de crianças com PC e detectar, assim, malformações e áreas lesadas. Outros estudos identificaram mutações e deleções genéticas associadas com o desenvolvimento anormal do cérebro do feto. Essas descobertas apontam para mistérios acerca do que pode ocorrer durante o desenvolvimento cerebral e acarretar anormalidades que levam à PC.

certeza, com relação à existência detectável, de uma lesão irreversível que promove um prejuízo neuromotor permanente.

Capítulo 2 – Sobre o tratamento de pessoas com quadros graves de PC: a Comunicação Alternativa (CA) ¹⁵

Assim como assumo ser necessário o diálogo com a área médica, abro espaço, nesta parte, para esclarecimentos sobre o campo da Comunicação Alternativa (CA), que tem sido, a cada dia, mais implicada no tratamento da PC. Procuo, no interior desta apresentação, fazer pontuações sobre a importância e sobre a forma de sua inclusão numa Clínica de Linguagem – que assume concepções de linguagem e de sujeito que a distanciam de todos os outros modos de implementação desses instrumentos na abordagem de pacientes com PC.

Na seqüência, procuro oferecer um panorama da literatura da área da saúde sobre a utilização da Comunicação Alternativa. Segundo os autores noruegueses Tetzchner & Jensen (1997, p.1) “a Comunicação Alternativa envolve o uso de modos não orais (*non-speech modes*) para suplementar ou substituir a linguagem falada” e compreende recursos de comunicação face a face (TETZCHNER & MARTINSEN, 1992) que possibilitam a comunicação para pessoas que apresentam prejuízos gestuais, orais e/ou na escrita. Convém dizer que a CA pode ser introduzida para crianças em aquisição da linguagem, bem como para pessoas cuja fala se encontra comprometida temporária ou permanentemente e que ela está presente nas esferas educacionais, clínicas e hospitalares, envolvendo, portanto, profissionais de diversas áreas (Educação, Saúde e das Ciências Exatas)¹⁶.

¹⁵ A tradução de “ACS” – *Augmentative and Alternative Communication* – ganhou espaço de discussão entre profissionais que integram a ISSAC Brasil, tendo sido criada uma comissão voltada à discussão da terminologia a ser oficialmente adotada pela comunidade que se reúne em torno do tema e na literatura brasileira da área. Esclareço que adotarei, nesta tese, as siglas CA e SAC, em caráter provisório. Na literatura da área também são encontradas as seguintes nomenclaturas: Comunicação Suplementar e Alternativa; Comunicação Alternativa e Suplementar; Comunicação Alternativa e Ampliada. Os Sistemas Alternativos de Comunicação (SAC), a serem abordados a seguir, nesta tese, incluem-se entre os materiais disponíveis para a implementação da Comunicação Alternativa.

¹⁶ A ISAAC (*International Society for Augmentative and Alternative Communication*) foi constituída na Michigan State University, em maio de 1983 (BELLACASA in ALMIRALL, CAMATS & BUTLÓ, 2003, PRÓLOGO), e congrega profissionais, famílias e usuários no campo da CA, através da realização de

No Brasil, a CA foi utilizada, inicialmente, em centros de reabilitação, em clínicas e em escolas especiais, sendo que, nos últimos anos, foi inserida, também, em escolas regulares – especialmente devido ao apoio das Secretarias Municipais de Educação. Hoje, pode-se contar com um número expressivo de profissionais habilitados a trabalhar com a CA¹⁷. Reily (2007) procura resgatar a trajetória da introdução da CA em São Paulo/SP, iniciada em 1978, e marcar a contribuição da Associação Educacional Quero-Quero de Reabilitação Motora e Educação Especial, que inaugura e consolida a utilização desses instrumentos (principalmente os que envolvem os Símbolos Bliss e o Picture Communication Symbols – PCS). Conforme Reily (op. cit.), seu trabalho visa valorizar as iniciativas pioneiras e indicar como a CA foi sendo reformulada a partir de aprofundamentos de bases teóricas sobre linguagem, comunicação e escrita em trabalhos acadêmicos realizados pela equipe de profissionais da instituição referida acima.

2.1. Recursos, estratégias e técnicas em CA

A CA inclui o uso integrado de recursos (sinais manuais e gráficos) e de estratégias e técnicas diversas. Esses recursos podem ser bastante simples ou

congressos internacionais bienais, além de divulgar artigos sobre o tema. Esses artigos são reunidos na Revista AAC (*Augmentative and Alternative Communication*) ou *AAC Journal*, periódico publicado trimestralmente, correspondendo a um volume por ano. A ISAAC Brasil é o capítulo brasileiro que reúne profissionais envolvidos com o tema e promove congressos bienais que se alternam com os eventos da ISAAC internacional.

¹⁷ Eventos científicos de caráter nacional na trajetória da CA são recentes em nosso país. O I Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa-ISSAC Brasil, primeiro evento nacional sobre o tema, foi realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2005; o II Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa-ISSAC Brasil, sediado na Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, em maio de 2007, teve o objetivo de dar continuidade a esse movimento e incentivar pesquisas e o desenvolvimento clínico, educacional e tecnológico na área. O III Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa – ISSAC Brasil ocorreu na Universidade Presbiteriana Mackenzie, em São Paulo, em novembro de 2009. Todos esses eventos renderam publicações que reúnem artigos de seus participantes sobre diversas perspectivas em torno do campo da CA no Brasil. A XI Conferência Bienal ISAAC, evento da ISAAC que ocorreu pela primeira vez na América Latina, em Natal, RN, em outubro de 2005, reuniu 450 participantes de 33 países, marcando definitivamente a presença do Brasil nesse campo no âmbito internacional.

envolver o uso de baixa e de alta tecnologia¹⁸. Os *sinais manuais* compreendem gestos de uso comum, gestos idiossincrásicos, alfabeto digital e Português sinalizado (sinais da Língua de Sinais Brasileira – LIBRAS – na ordem gramatical do Português, uma vez que são utilizados por ouvintes que não oralizam, no caso da CA). Os sistemas de sinais gráficos podem incluir desde fotografias e desenhos, até escritas ortográficas tradicionais ou combinações entre esses diferentes tipos gráficos. Os sistemas gráficos de CA mais conhecidos são: (1) Oakland Schools Symbols; (2) Meanspeak; (3) Picsyms; (4) Rebus; (5) Pictogram Ideogram Communication Symbols; (PIC); (6) Picture Communication Symbols (PCS) e (7) Blissymbols, sendo os dois últimos os mais utilizados no Brasil.

2.1.1. Símbolos Bliss ou Blissymbols¹⁹

No início da década de 70, os Símbolos Bliss aparecem como precursores dos sistemas gráfico-visuais que figuram entre os SAC. Esse Sistema leva o nome de seu idealizador, Charles Kasiel Bliss (1897-1985) que o produziu entre os anos de 1942 e 1965. O autor afirma ter-se inspirado na lógica matemática, na pictografia chinesa e nas proposições do filósofo Leibniz (1646-1716) – filósofo que acreditava, afirma Bliss, na possibilidade de criação de um “alfabeto dos pensamentos humanos”²⁰. Bliss dedicou-se a criar um “esperanto gráfico”, mas seu trabalho não ganhou popularidade. Os símbolos Bliss (Blissymbols) foram encontrados por

¹⁸ Não pretendo, contudo, realizar aqui uma extensa discussão crítica sobre tais sistemas de comunicação e nem mesmo apresentá-los de maneira detalhada. Remeto o leitor interessado nessa discussão a Vasconcellos (1999).

¹⁹ Sobre esse tema, ver também Chun (1991) e Vasconcellos (1999).

²⁰ Sobre isso, ver Vasconcellos (1999, p. 61), em que afirmo, em nota de rodapé, não ser meu objetivo examinar a leitura que Bliss realizou de Leibniz ou discutir sua aproximação à pictografia chinesa ou à lógica matemática. Digo que as posições de Bliss são criticáveis e remeto o leitor aos trabalhos de Haroldo de Campos (1994) **Ideograma**, Leibniz em **Os Pensadores** (1973) e Kristeva (1981) em **História da Linguagem** para que se possa vislumbrar um viés crítico sobre esse assunto. Do mesmo modo e também por não ser alvo das discussões que empreendo nesta tese, não me proponho a abordar aqui as proposições de Bliss.

profissionais envolvidos com pacientes com PC e introduzidos, em 1971, na atividade clínica, no Ontário Crippled Children's Centre, hoje, The Mac Millan Children's Centre, em Ontário, Canadá. Segundo McNaughton (1978), responsável pela implementação do Bliss no referido instituto e presidente do *Blissymbolics Communication International (BCI)*²¹, os programas voltados para as necessidades comunicativas de sujeitos com PC, que “não oralizavam”, partiam de habilidades de leitura e escrita ou de programas limitados baseados em figuras.

Os Símbolos Bliss foram concebidos como um sistema de escrita ideográfico que reúne algumas centenas de símbolos básicos (em torno de 900 símbolos e ao todo, aproximadamente 3000 símbolos) que, por sua vez, podem ser agrupados para gerar novos símbolos²². Muitas referências são feitas na literatura da área sobre a utilização do Bliss junto a outras pessoas cuja possibilidade de fala oralizada encontra-se temporária ou permanentemente impedida. Interessa-nos, nesta tese, sua utilização com sujeitos com PC. A apresentação do quadro abaixo tem como meta mostrar os símbolos Bliss em suas diferentes possibilidades de agrupamentos. Diferentes cores são utilizadas para ilustrar sua composição e disposição (da esquerda para a direita, dispostos no sentido da escrita convencional). Entre os símbolos Bliss figuram símbolos inventados, números, sinais de pontuação e símbolos internacionais (como as setas, por exemplo).

2a. feira 	quando 	eu 	andar, ir 	água 	feliz 
dezembro 	quem 	mãe 	olhar 	olho 	logo 
para cima 	onde 	você 	fazer 	trailer 	muito 
Na frente 	pergunta 	pai 	brincar 	casa 	bobo 

Figura 1 – Símbolos Bliss

²¹ A padronização e reprodução dos símbolos Bliss é coordenada, controlada e divulgada pelo BCI.

²² Dados extraídos do site www.blissymbolics.org

- Rosas: interrogativos
- Amarelos: pessoas, pronomes, profissões
- Verdes: ações
- Laranjas: objetos e idéias
- Azuis: descritivos
- Brancos: reúnem sinais que não se encaixam nas categorias anteriores (datas comemorativas, conceitos relativos a tempo e espaço, dias da semana, meses do ano, números, alfabeto e sinais de pontuação)

A seguir, trago alguns exemplos de Tetzcnher & Martinsen (1992) que explicitam a maneira como se compõem os Símbolos Bliss.

Animal + longo + nariz = elefante



Cadeira + água = vaso sanitário



Para cima + sentimento + indicador de avaliação = feliz



Indicador de plural + homem = homens



Eu + indicador de passado + dar + dinheiro = eu paguei



Contrário + esperto = bobo



(Exemplos extraídos de TETZCNER & MARTINSEN, 1992)

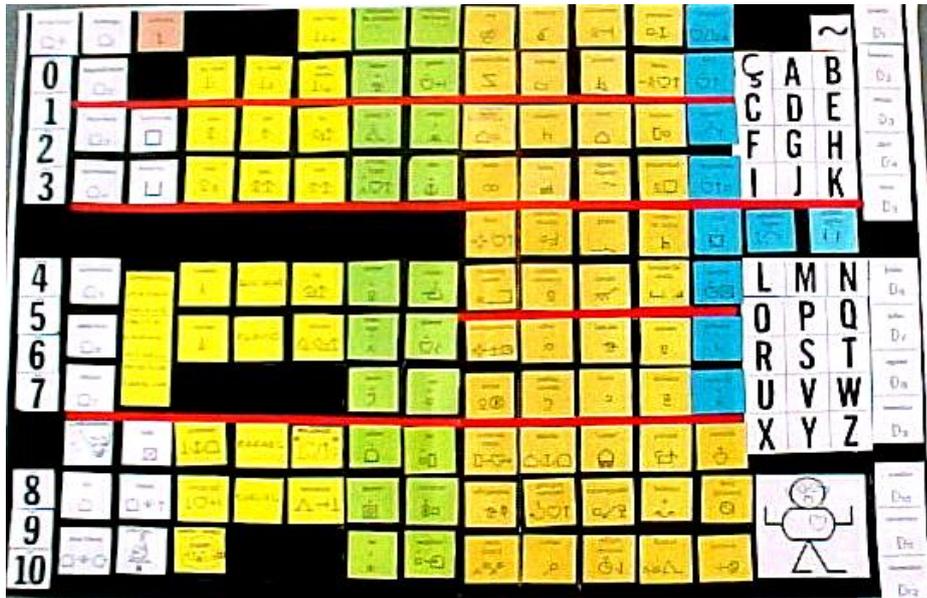


Figura 2. Prancha de comunicação com símbolos Bliss de S. (7anos) dividida em blocos através de linhas vermelhas a fim de possibilitar o apontar indireto da criança aos símbolos, letras e números. S. guia a varredura de colunas e linhas dos blocos, realizada pela terapeuta, através do olhar e de respostas para “sim” e “não” com meneios de cabeça.



Figura 3. Detalhe da prancha de B. (15a), desenhada com o auxílio da régua Bliss²³

Segundo Tetzchner & Jensen (1997, p. 2), o autor irlandês Swift deve ter sido o primeiro a descrever um “sistema de comunicação com ajuda”²⁴ há 300 anos. Entretanto, o uso sistemático da comunicação não oral para pessoas ouvintes surgiu apenas no final dos anos 1960 (TETZCHNER & JENSEN, 1997, p. 3). As primeiras pranchas de comunicação foram produzidas por F. Hall Roe nos EUA no início dos anos 1900 (TETZCHNER & JENSEN, 1997, p. 4). Dispositivos semelhantes baseados na escrita convencional eram provavelmente utilizados também em outros países - havia falta de material sistematizado para tornar a “linguagem expressiva” disponível através de meios gráficos. Pranchas com fotos eram utilizadas, mas não de maneira sistemática e eram tipicamente produzidas com materiais de revistas e similares (op, cit, p. 4).

A introdução do Bliss foi uma revolução, não somente porque tornou a linguagem expressiva acessível para pessoas com dificuldades motoras e para não leitores com “boa compreensão da linguagem falada”, mas também porque inaugurou o uso sistemático dos sistemas de sinais gráficos em geral, asseguram Tetzchner & Jensen (op. cit., p. 7). Os autores sustentam que, depois de 1985, o emprego de processos comunicativos, envolvendo a *comunicação com ajuda*, teve grande repercussão. Até então, discussões sobre ‘*communicative exchanges*’ eram

²³ Atualmente é possível acessar os Símbolos Bliss na Internet como *Blissymbols*. A figura 3 traz uma possibilidade anterior: a de se desenhar os símbolos com o auxílio de régua Bliss. A BCI comercializa os símbolos em forma de catálogo. Ver também em www.handicom.nl a possibilidade de editar os símbolos Bliss através do *Symbol for Windows*.

²⁴ A expressão “comunicação com ajuda” remete a todos os recursos relativos à CA excluindo-se os sistemas manuais de comunicação.

praticamente inexistentes (TETZCHNER & JENSEN, 1997, p.7).

2.1.2. Picture Communication Symbols – PCS

O Picture Communication Symbols (PCS) reúne desenhos lineares em preto e branco, originalmente desenvolvidos por Johnson, em 1981, com o objetivo de serem utilizados como Sistemas Alternativos de Comunicação de alta ou baixa tecnologia. Trata-se de um sistema basicamente pictográfico, “para quem um nível simples de expressão seja aceitável, porque o sistema tem um vocabulário limitado, apesar de permitir a inclusão de outros desenhos e fotos” (FERNANDES, 2006)²⁵. O PCS se compõe de 5.000 símbolos que somam 12.000 quando se leva em conta o repertório específico de cada país. É o sistema gráfico-visual alternativo de comunicação de maior alcance em termos mundiais, tendo sido traduzido para 40 línguas diferentes. Sugere-se, a exemplo do Bliss, que os símbolos do PCS sejam divididos em cores de acordo com as categorias visualizáveis no quadro a seguir:

2a. feira 	quando 	eu 	andar, ir 	água 	feliz 
dezembro 	quem 	mãe 	olhar 	olho 	logo 
para cima 	onde 	você 	fazer 	trailer 	muito 
em frente 	pergunta 	pai 	brincar 	casa 	bobo 

Figura 4. Picture Communication Symbols – PCS

²⁵ Essa caracterização do PCS foi retirada de um texto elaborado por Fernandes e está disponível no site www.clik.com.br, que reúne, entre outros tópicos, uma breve apresentação da CA. A última atualização do referido texto sobre CA data de 21/07/2006.

- Pessoas, pronomes e profissões - cor sugerida: amarela
- Ações – cor sugerida: verde
- Objetos e idéias – cor sugerida: laranja
- Descritivos - cor sugerida: azul
- Sociais (símbolos que iniciam a conversação, por exemplo: olá; meu nome é...; vamos brincar?) e interrogativos - cor sugerida: rosa
- Miscelânea – cor sugerida: branco (reúne categorias que não se encaixam nas anteriores como datas comemorativas, conceitos relativos a tempo e espaço, dias da semana, meses do ano bem como números, alfabeto e sinais de pontuação).

Os símbolos do PCS são disponibilizados em diferentes formatos e tamanhos, em catálogos, que podem ser copiados em papéis coloridos, ou mesmo em um programa computadorizado, em que se pode editá-los, em diferentes arranjos, cores e tamanhos - o Board Maker ²⁶.



Figura 5. Prancha de F. (9a), que reúne, além dos símbolos do PCS, fotos, desenhos e logos agrupados em blocos a fim de possibilitar o apontar indireto de F. – que guia a varredura de colunas e linhas realizada pela terapeuta através do olhar e de respostas para “sim” e “não”.

²⁶ O Board Maker é um software produzido pela Mayer Johnson Co. Atualmente pode ser adquirido em associação com o Speaking Dynamically, um software desenvolvido para a comunicação. Sobre isso, ver também o site www.clik.com.br



Figura 6. Detalhe de uma prancha com símbolos do PCS de P., já adulta, editada no Board Maker. Os símbolos não estão agrupados em blocos, pois P. realiza uma indicação direta deles.



Figura 7. Prancha com símbolos do PCS, vários logos e figuras de M. (12a), agrupados em forma de um “cardápio” dobrável, elaborada com o objetivo de ser mais facilmente transportada no caso desse adolescente, que apresenta marcha. Esse tipo de prancha também pode ser adotado no caso de cadeirantes, em situação de passeios etc.

“símbolos satisfatórios”. Ele almejava uma língua como nomenclatura (VASCONCELLOS, 1999, p.65-6). Seguindo de perto esse ideal, os símbolos do PCS visam ser ainda mais simples, “mais transparentes” que os símbolos Bliss.

Tenho proposto outra leitura e entendimento da implementação dos sistemas gráfico-visuais de comunicação, a partir dos efeitos de sua utilização em minha clínica e do compromisso que assumo com a desnaturalização da linguagem – sem isso, não parece haver mesmo porta de saída de uma idéia de linguagem enquanto representação/comunicação e de sujeito como suporte de conteúdos perceptuais analíticos inatos (ANDRADE, 2003). Saussure está no pano de fundo da posição que assumo para discutir “o que é linguagem”. Tenho afirmado que tais sistemas de comunicação *não constituem uma língua*: os símbolos desses sistemas são marcas, traços, desenhos, que exigem interpretação, ou seja, necessitam do concurso da linguagem para serem erigidos como significantes – eles devem ser movimentados na fala do outro e na escuta e escrita dos pacientes para que venham a significar.

A Lingüística nasce como ciência, com Saussure. Uma das afirmações mais contundentes desse autor é precisamente a de que a língua não é nomenclatura, ou seja, “‘(...) a língua não é um mecanismo criado e ordenado com vistas a conceitos a exprimir” (SAUSSURE, 1916/1989). “Não é um vínculo que une um nome a uma coisa” (op. cit., p.79). Desde Saussure, “a língua é um sistema que conhece somente sua ordem própria” (op. cit., p. 31). Ordem essa que tem relação com o signo lingüístico. Assim, pode-se dizer que, desde Saussure, a língua não é nomenclatura já que o elo que unia a linguagem às coisas é questionado, abalado, com Saussure: “(...) a exclusão da realidade induz à delimitação de um domínio de signos: é o campo do lingüístico” (GADET, 1987).

Há em Saussure uma definição de *língua* como um sistema de signos, como um objeto de natureza concreta, pois os signos, diz ele, embora sendo essencialmente psíquicos, não são abstrações (SAUSSURE, 1916/1989, p. 23). Mas, para Saussure, as unidades da língua não são dadas previamente: ela, a língua, “não oferece unidades perceptíveis à primeira vista” (op. cit., p.124). Desse modo, diferentemente do que almejam os estudiosos dos Sistemas Alternativos e

alegam ser sua qualidade especial, a posição teórica aqui assumida sustenta que **não há transparência no domínio da linguagem**, ou melhor, sendo a língua um sistema de relações, operações precedem as unidades: não há unidades delimitadas *antes* do recorte feito pela língua. Saussure propõe que se aborde o problema da delimitação das unidades pelo “*aspecto do valor*” (op. cit., p.128) e passa, nesse ponto, da definição da língua como “sistema de signos” à de linguagem enquanto “sistema de valores puros” (op. cit., p.30). Saussure define *valor* como resultado das relações no sistema da língua. Assim, o significado de um signo é efeito da relação que ele estabelece com os demais, numa cadeia. O que determina *unidades* é o jogo entre os agrupamentos associativos e os tipos sintagmáticos.

Sustento, nesta tese, o que afirmei em trabalho anterior: “os símbolos dos sistemas gráfico-visuais não são instrumentos de representação do mundo e não podem ser utilizados, como tais...” (VASCONCELLOS, 1999, p. 69-70, 2006, p. 298). Isto significa dizer que a percepção não é via de acesso direto seja a símbolos, seja ao mundo: a percepção é ela também, um efeito (DE LEMOS, 1992; ANDRADE, 2003). Os chamados sistemas gráfico-visuais nada mais são do que um amontoado de sinais que não se articulam como “um sistema”. Sua eficácia “resulta do fato de serem significantes, de *poderem operar como entidades lingüísticas* ao serem submetidos ao trabalho da língua, num texto” (VASCONCELLOS, 1999, p. 70-1).

Quanto à eleição do sistema a ser introduzido ao paciente, penso que ele deva ser definido a partir de características motoras, perceptuais, entre uma série de outros fatores. Porém, sugiro que mais importante é apreender o efeito que os símbolos de determinado sistema têm sobre o paciente. Em minha prática clínica, tanto símbolos do Bliss, quanto do PCS, são apresentados ao paciente em situações significativas de avaliação. De fato, como dizem Tetzchner & Martinsen (1992), não existe nada de mágico nesses sistemas: o critério de eleição de um sistema é, para mim, **clínico** e não ditado pela implementação direta dos SAC ou pela presença da patologia orgânica, pois as particularidades de cada paciente influem de forma decisiva na escolha do sistema.

Capítulo 3 - A literatura sobre Comunicação Alternativa

A Comunicação Alternativa (CA) apresenta-se sob a perspectiva de diferentes áreas clínicas e também pedagógicas. Sua utilização tem se ampliado, apesar de ser ainda dependente de divulgação, pelo menos no Brasil. Procuo, nesta tese, focar trabalhos representativos nessa esfera heterogênea, em especial aqueles que possam interessar à Clínica de Linguagem com pacientes com PC.

No início do capítulo 2 desta tese, fiz referência à definição da CA por Tetzchner & Jensen (1997) para quem “a Comunicação Alternativa envolve o uso de recursos não orais para suplementar ou substituir a linguagem falada” (op. cit., p. 1). Segundo esses autores, o crescimento no campo da Comunicação Alternativa tem estado estreitamente relacionado ao desenvolvimento da tecnologia nesse mesmo campo. Entretanto, Tetzchner & Jensen chamam a atenção para o fato de que “a maior barreira para o desenvolvimento de auxílios de comunicação mais funcionais não é o estado da tecnologia disponível, mas sim o insuficiente entendimento dos processos lingüísticos e comunicativos” (op. cit., p. 9).

A rigor, o que a literatura da área permite dizer é que há um desejo de produzir teorizações a partir de questões de diferentes naturezas relativas à CA - questões que excedem o problema da produção de aparatos tecnológicos mais funcionais. Difícil, ao que parece, é escapar da pressão da idéia de “aprendizagem” quando se aborda a relação da pessoa que não oraliza com a CA. Mesmo quando se procura privilegiar o diálogo, e, portanto, a interação como meio de distanciamento de uma concepção comportamentalista, a questão ensino-aprendizagem mantém-se forte na literatura da área, como veremos na exposição a seguir.

3.1. Comunicação Alternativa: o desejo de produzir teorizações

Em uma edição especial do *AAC Journal*,²⁸, que trata do desenvolvimento da linguagem de crianças introduzidas à CA, Rhea Paul relata que, na convenção de 1995 da *ASHA (American Speech and Hearing Association)*, foi organizado um painel que reuniu pesquisadores voltados para o desenvolvimento da linguagem e seus distúrbios. No início da seção especial, Rhea Paul levanta o seguinte problema:

Embora um grande número de pesquisas tenha atentado para a variedade de questões relacionadas aos serviços de CSA de alta qualidade para crianças, o envolvimento com especialistas do desenvolvimento de linguagem tem sido limitado. Parte dos motivos dessa limitação está relacionada à necessidade prática de focalizar os problemas técnicos em CSA: como obter um acionador particular para uma criança particular, como determinar o conjunto de símbolos mais adequados para a aprendizagem por um indivíduo particular. Mas quando pesquisadores em CSA se propõem a desenvolver tais equipamentos para crianças pequenas, a necessidade de levar em conta questões ligadas ao desenvolvimento da linguagem tornam-se claras (PAUL, 1997, p. 139).

As questões que Paul levanta parecem trazer à luz o reconhecimento de que os sistemas de comunicação “em si mesmos” não são nem mais, nem menos eficazes, como disse acima, mesmo que envolvam *high technology*. Na citação acima, parece ficar explicitada uma “necessidade”- a de levar em conta o que pode estar em questão no desenvolvimento da linguagem, o que implica considerar a relação sujeito-linguagem, ou melhor, aquele que é introduzido aos SAC e a

²⁸ *The Official Journal of the International Society for Augmentative and Alternative Communication*, v. 13, n. 3. USA: University of Nebraska, 1997: edição especial que remete à convenção da *ASHA (American Speech and Hearing Association)* em que teve lugar um painel que reuniu pesquisadores em torno do tema “desenvolvimento e distúrbios da linguagem”, tendo como pano de fundo a CA.

natureza do que se espera que ele adquira com a utilização desses sistemas.

Segundo Paul, o processo de aquisição da linguagem em crianças introduzidas à CA difere do de crianças normais (op. cit., p. 139). Para a autora, essas crianças “deveriam **aprender primeiro** um sistema de comunicação através da Comunicação Alternativa”. Paul indica aos clínicos que

ajudem tais crianças – que não oralizam – a desenvolver um sistema de comunicação através de uma intervenção deliberada, diferente daquela que ocorre através de interações intuitivas e naturais entre os pais e a **criança que aprende a falar** ou a sinalizar em uma língua materna (op.cit., p.139, ênfase minha).

Para Paul, as pessoas que não podem usar o “canal articulatório” devem ser levadas a “*usar outro canal*”. As citações acima deixam claras, não só a opinião de Paul, como também, exprimem a posição do campo sobre quem é a criança (ela deve ser induzida a aprender) e o que é a linguagem (é objeto de aprendizagem). Note-se, além do mais, que clínicos devem “ajudar” a criança a aprender - imprime-se, dessa forma, um caráter pedagógico à clínica e o papel do clínico se dilui no de pedagogo. De fato, a autora propõe, de um lado, que se faça um movimento de aplicação de conhecimentos do campo das pesquisas em “desenvolvimento da linguagem” ao campo das patologias da linguagem, no caso, para a clínica de portadores de PC. De outro lado, Paul admite que certas condições do desenvolvimento normal não podem ser replicadas no desenvolvimento da comunicação através da CA como, por exemplo, o ambiente comunicativo de crianças que aprendem a CA como um primeiro meio de expressão.

Vista por esse ângulo, a clínica com pacientes PC, que não falam, converte-se numa pedagogia e, também, todo movimento de aplicação é bem vindo, não dando lugar para uma clínica. Por convite do editor da Revista AAC, David Beukelman, Paul reuniu os pesquisadores participantes do acima referido painel na convenção da ASHA de 1995 e propôs que fizessem uma revisão de seus artigos, o que resultou numa síntese do que pensam pesquisadores a respeito da prática em

CSA com crianças pequenas²⁹.

Calculator (1997, p. 149-57) discute a dificuldade de acesso de crianças PC ao mundo físico e sugere que o “ambiente verbal” da criança seja modificado para favorecer o desenvolvimento de sua competência na CA. Para o autor,

o objetivo de parceiros na conversação é o de promover um *input* que seja o mais útil possível para a criança no que se refere ao seu potencial de ensino da linguagem e à capacidade de engajá-la em interações recíprocas de sucesso (op. cit., p. 152).

Calculator sugere que o clínico deva ser capaz de exercer total controle sobre a fala que dirige à criança PC e propõe que lhe seja oferecido “um *input* ideal”. Além de não ser fácil imaginar o que poderia ser um “*input* ideal”, tal abordagem implica, a meu ver, numa via de mão única, pois parece não haver, espaço para que ocorra o efeito da “fala” do paciente sobre a do terapeuta e vice-versa. Quando se faz menção à importância de efeitos entre falas, parte-se de outro lugar teórico: sustenta-se que o sujeito não controla o que diz - nem paciente, nem terapeuta e que a linguagem tem ordem própria.

Light (1977) considera que o “ambiente de desenvolvimento da linguagem pode ser definido como um complexo conjunto de contextos inter-relacionados: o físico, o funcional, o da linguagem, o social e o cultural” (op. cit., p. 158) e diz que a experiência de pessoas com PC com o mundo físico pode ser severamente limitada, o que, segundo a autora, dificultaria a construção de conhecimentos. Light sugere que acesso aos objetos, eventos e pessoas deve ser propiciado para que essas crianças possam explorar o ambiente de forma autônoma e independente: “sua experiência será muito diferente, se a iniciativa for delas” e ocorrer com outras crianças, seus pares. A perspectiva assumida por Light é psicológica/cognitivista. Desse modo, em sua própria aquisição, a linguagem não ganha destaque. Na mesma direção, Romsky, Sevcik & Adamson (1997), sustentam que “a criança aprende melhor” em ambientes “naturalísticos” do que em situações de ensino, especialmente se a criança apresenta “problemas no desenvolvimento” (op. cit., p.

²⁹ Os trabalhos desses autores foram abordados em Vasconcellos, 2004.

172). Esses últimos autores sustentam que estudos ligados à Pragmática demonstram a eficácia da aprendizagem em ambientes naturais, inclusive para a “aprendizagem da comunicação alternativa”. O que eles não explicitam é o que viria a ser, na clínica, um “ambiente naturalístico”.

Para Paul, Calculator, Light e Romsky, Sevcik & Adamson (op. cit.), a aquisição de linguagem da criança com PC (que não oraliza), além de ser vista como processo que envolve uma aprendizagem dependente de controle dos materiais e do contexto, seria problemática. Embora a linguagem esteja em causa para os autores mencionados, ela é sempre atrelada ao orgânico e ao cognitivo, além de reduzida à função comunicativa. Além deles, outros pesquisadores expressivos da área abordam questões que envolvem a habilitação de sujeitos introduzidos à CA. Para os autores espanhóis Almirall, Soro-Camats e Bultó (2003), os sistemas gráfico-visuais ou manuais integram o conjunto de abordagens de habilitação³⁰, principalmente se empregados em atendimento precoce. Entre as habilidades pretendidas pelas abordagens de habilitação está a comunicação, como uma entre as demais a serem potencializadas.

A possibilidade de usar a própria voz para falar ou as mãos para escrever é, sem dúvida, desejável; mas os objetivos anteriores podem ser atingidos também com o uso de sinais e ajudas técnicas para a comunicação (...). A comunicação alternativa, bem como os sistemas de acesso à escrita para pessoas com problemas de fala e/ou motricidade se enquadram plenamente num contexto de uma abordagem habilitadora (op. cit., p.1).

Camats coloca ao lado da reabilitação, as estratégias voltadas para o que tenho chamado de “fisioterapia da fala” (VASCONCELLOS, 1999, 2006). A concepção reabilitadora, se assim pensada, é aquela que vincula o aparecimento da fala à recuperação de habilidades não só motoras como também, cognitivas:

Algumas abordagens de reabilitação dirigem-se à reabilitação física em

³⁰ Segundo Almirall (2003), o esforço em torno da habilitação busca “conseguir o máximo desenvolvimento das capacidades das pessoas com deficiência” e, para isso, “pretende modificar o espaço físico, as exigências sociais, atitudes, conhecimentos e habilidades dos membros da sociedade no sentido de suprimir obstáculos físicos, comunicação, escrita, jogos e brincadeiras, controle de ambiente, acesso à educação e ao trabalho e desenvolvimento de estratégias de intervenção necessárias para o emprego dessas habilidades num contexto social” (op. cit., p.1).

geral, incluindo os procedimentos para a reabilitação dos transtornos motores para a fala. Em outros casos, a reabilitação concentra a atenção na recuperação de disfunções cognitivas como a atenção, a memória, a resolução de problemas etc. Os procedimentos de reabilitação podem também adotar uma abordagem global que contempla todos os aspectos anteriores (SORO-CAMATS, 1995, p. 25).

Camats (1995) aborda a questão do atendimento precoce e não considera adequado que “um único profissional possa responder, com eficácia, a todas as necessidades da criança e de sua família”. O autor afirma que as novas tendências evitam que toda a responsabilidade pelo desenvolvimento recaia sobre uma só pessoa e defende que profissionais especialistas atuem diretamente e desde o primeiro momento com a criança e sua família³¹. No entender de Camats, a proposta de intervenção múltipla e precoce é determinante de chances maiores e melhores de afloramento da comunicação e da linguagem que, afirmam, por sua complexidade, demanda atendimento competente desde o nascimento.

Também, segundo Camats (1995), a CA deve ser iniciada tão logo quanto possível na vida da criança com PC, pois considera que movimentos e choro são interpretados pela mãe, desde muito cedo, como comunicação – essas manifestações do bebê, diz ele, poderão ser inseridos numa estrutura de turnos de diálogo sustentado por ela. Isso porque “sem falar, a criança pode se comunicar” (op. cit., p. 80). Vejamos o que diz o autor numa citação mais longa:

Geralmente, nossa sociedade utiliza a fala para a comunicação interpessoal, o que explica o desconcerto gerado quando uma criança não emite vocalizações ou não se manifesta através de palavras no tempo esperado. Este desconcerto se traduz, com frequência, numa atenção focalizada na escassa habilidade de articulação de sons adequadamente encadeados e no uso de formas diferentes de expressão que, para muitas crianças, talvez sejam durante um bom período de suas vidas, a forma principal de “pronunciar” seus pensamentos. A tendência a enfatizar e promover exclusivamente a expressão oral, inclusive em pessoas com possibilidades muito escassas ou nulas de adquiri-las, é conhecida como “abordagem oralista”, predominante na Europa e na América do Norte,

³¹ Ver, sobre o assunto, Ana Lúcia Girardi (2008).

durante boa parte do século XX.(...) As crianças devem poder desenvolver seu potencial de inteligência e de linguagem e não se deve esperar que demonstrem suas habilidades orais, já que algumas demorarão muito tempo para fazê-lo. Atualmente, os fonoaudiólogos podem se apoiar em diferentes metodologias, que devem dominar para facilitar a aquisição da linguagem no caso de crianças que não articulam fala normalmente, a fim de que elas venham a adquirir linguagem e prosseguir num processo cada vez mais complexo e enriquecedor de interação, social (...) as pessoas em geral (...) devem contemplar todas as faces do poliedro da comunicação (...) (CAMATS, 2003, p. 81)

Camats deixa ver, com clareza, sua concepção sobre a linguagem e sobre sujeito. Linguagem e fala coincidem e aparecem como instrumentos do pensamento – instrumentos que podem ser substituídos, sem prejuízo, por outras formas ou modalidades de expressão do pensamento. Quanto à sua aquisição, o autor afirma que:

O desenvolvimento não é apenas um processo interno, governado pelo sistema nervoso central: ele sofre a influência do meio ambiente, que também é crucial. O desenvolvimento de uma criança com incapacidade é uma responsabilidade compartilhada entre seu potencial e o seu meio físico e social (op. cit., p. 92).

Camats entende, portanto, ser sob uma perspectiva “bio-psico-social” que a aquisição inicial das habilidades de comunicação e da competência lingüística deve ser estudada (op. cit., p.81). O autor valoriza a interação adulto-criança e diz que interação é diálogo. Vejamos, contudo, de que maneira o diálogo é abordado por Camats:

(...) há cada vez mais dados a favor da importância da relação adulto-criança nos primeiros anos de vida (...). O intercâmbio equilibrado entre a mãe e seu filho, a capacidade da mãe em responder aos sinais que a criança produz, e as reações da criança às ações da mãe ou do pai constituem um núcleo de interação comunicativa que é a base do desenvolvimento do conhecimento (...). Assim, entende-se a interação como um processo bidirecional e multimodal entre duas ou mais pessoas, por meio do qual os interlocutores se influenciam mutuamente (op. cit., p. 81)

Trata-se, como se pode ler, de um ideal de interação social: de uma relação equilibrada, “harmônica e simétrica”, na opinião do pesquisador. A linguagem só pode ser, nesse caso, concebida como transparente. Camats não considera a possibilidade de haver ambigüidade ou opacidade em situações dialógicas entre mãe-criança. De fato, o autor considera que “em condições normais, a interação entre a criança e o adulto mantém intercâmbios fluidos de comunicação” (op. cit., p. 81-2). Já, crianças com incapacidade motora não têm a mesma sorte, pois, desde muito cedo, a sincronia comunicativa fica alterada e a comunicação perde clareza:

Em condições normais (...), a mãe reconhece os atos comunicativos da criança e estabelece um processo de interação e estruturação progressivo. A criança, com o choro, o sorriso, as expressões faciais, os olhos, os movimentos dos braços e do corpo, assim como as vocalizações, fazem com que a mãe fale com ela, toque-a, pegue-a e, especialmente, que atribua um sentido claro e preciso às ações que a criança realiza. Além disso, a fala que a mãe dirige à criança tem características específicas que favorecem a manutenção da atenção compartilhada. (op. cit., p. 82).

Sobre crianças com PC, o autor diz que:

(...) a criança com deficiência ou incapacidade que a impede de usar a fala ou movimentar-se normalmente, tem menos possibilidades de oferecer sinais aos quais os outros possam reagir e os sinais que produzem tendem a não ser entendidos pelos interlocutores, que se sentem confusos e não conseguem encontrar estratégias desejadas. A conseqüente **falta de controle da criança sobre seu meio social** limita a produção de condições favoráveis ao desenvolvimento que derivam do fenômeno interativo de maneira natural (...). Por isso, os adultos precisam reorganizar os padrões de interação (...) a fim de adaptar-se ao progressivo desenvolvimento destas crianças “diferentes” (op. cit., p. 82) (aspas do autor) (ênfase minha).

Para Camats, as interações com crianças “diferentes” são não equilibradas, não harmônicas, não espontâneas; a criança que não oraliza não pode controlar seu meio social porque não pode ser compreendida. Os adultos deverão, então, desenvolver habilidades especiais para elevar os sinais produzidos pela criança ao estatuto de “sinais comunicativos”.

É certo, como afirma Camats, que a relação mãe-bebê é fundamental nos primeiros anos de vida. Pretendo, entretanto, abordar essa questão de maneira diversa da proposta por ele. A indiscutível importância para o bebê da figura materna e também da paterna, especialmente no caso de crianças que nascem com alterações neuromotoras, é indiscutível, dada a dependência insuperável na realização, inclusive, de atividades vitais (alimentação e higiene, por exemplo). Parece-me, contudo, que os processos responsáveis pela estruturação subjetiva são os mesmos que operam no caso de crianças que não têm PC. Penso que a relação pais-bebê é governada por processos inconscientes, pautada por processos de identificação. A fala dos pais, essa que banha o ser e que dá um lugar à criança na linguagem, não tem “função instrutora”, não é por eles controlada e nem controla o contexto ou a interação. Recuso, assim, a concepção de sujeito epistêmico e parto da noção de “captura” do sujeito pela linguagem. Assumo, a partir da clínica, que linguagem não se ensina e não se aprende através de métodos educacionais ou clínicos. Importante é assinalar que a linguagem é não-toda e, por isso, não transparente, mas equívoca e equivocizante.

Parece-me importante reafirmar que a direção teórico-clínica que tenho sustentado não faz corpo com outras posições aqui apresentadas. Trouxe, acima, autores espanhóis bastante conceituados no campo da CA e procurei delinear as bases teóricas que sustentam sua posição. Considero relevante mostrar que elas são as mesmas assumidas por outros pesquisadores que também gozam de grande reconhecimento e que ampliam o uso da CA.

3.2. Comunicação Alternativa: aplicações

Os noruegueses Tetzchner & Jensen (1997) discutem a intervenção da Comunicação Alternativa em alterações no desenvolvimento da fala e da linguagem

por crianças, adolescentes e adultos e em diferentes quadros clínicos (autismo, disfasia, alterações cognitivas e motoras). Para esses autores, a CA envolve formas não orais para suplementar ou substituir a fala. Em publicação de 1997, os autores visam “estabelecer uma alternativa à predominante orientação behaviorista no campo da Comunicação Alternativa” (op. cit., p.1). Tetzchner quer se distanciar da CA como um veículo de ensino-aprendizagem, posição que sustentava em 1992³².

Tetzchner e Jensen (1997, p. 1) declaram que a nova vertente que exploram é influenciada por modelos transacionais de desenvolvimento³³, pela Psicolingüística que estuda processos mentais e que aborda a aquisição normal e atípica da linguagem³⁴, além de modelos sócio-construtivistas que postulam ser “as habilidades individuais (...) construídas nas relações sociais em que o indivíduo está imerso”³⁵. Tetzchner e Martinsen (1997) reúnem, em livro, capítulos de diferentes autores envolvidos com pessoas introduzidas aos SAC. Aqui, como nos autores abordados no item precedente, o diálogo está em foco também como inter-subjetividade (interação social). Nesse enquadre, ênfase é dada a “processos de comunicação e de intervenção”. A tentativa de buscar outro modo de entender o diálogo e a situação clínica parece não escapar do par ensino/aprendizagem, como se pode ler abaixo:

O sucesso de uma forma particular de intervenção de linguagem, incluindo a fala no caso de crianças com deficiências, depende não apenas das características da criança, mas também do potencial de se criar amplas condições para se ensinar a criança (TETZCHNER & MARTINSEN, 1997, p. 48).

De fato, Tetzchner & Martinsen (1997) consideram que “as **condições de ensino** são mais eficientes quando se delimita os candidatos a serem apresentados à Comunicação Alternativa: há pessoas com boa compreensão da linguagem falada

³² “Augmentative Communication” significa comunicação suplementar (supplementary) ou auxiliar (supportive). A palavra “augmentative” salienta o fato de que o **treinamento** em formas alternativas de comunicação tem um duplo objetivo: promover/complementar a fala e garantir uma forma alternativa de comunicação se o indivíduo não começa a falar (TETZCHNER & MARTINSEN, 1992, p. 7) (ênfase minha).

³³ Referência é feita a Sameroff & Chandler (1975) e Sameroff & Fiese (1990).

³⁴ Referência é feita a Bates, Bretherton & Snyder (1988), Brown (1970), Crystal (1987), Slobin (1979), Tager-Flusberg (1994) e, Yamada (1990).

³⁵ Os autores mencionados são: Service, Lock & Chandler (1989), Bruner (1983), Lock (1980), Marková, Graumann & Foppa (1995) e Vygotsky (1962).

e essa habilidade preservada abre espaço para **instruções explícitas**. Outro grupo de pessoas pode necessitar do uso da CA apenas por um tempo limitado. Já pessoas com baixa capacidade de compreensão exigiriam **estratégias mais sofisticadas de ensino**. Para os autores, fariam parte de um “**grupo expressivo de linguagem**”, crianças e adultos com grande defasagem entre sua boa compreensão da fala e sua débil habilidade de expressão através da fala. Seriam membros típicos desse grupo, segundo os autores, crianças com PC incapazes de articular os sons da fala de maneira inteligível (com anartria). As notáveis alterações motoras que afetam a maior parte de seus movimentos “torna óbvia a escolha de sinais gráficos, afirmam” (op. cit., p. 43). Para esse grupo, a Comunicação Alternativa teria como objetivo *implementar uma forma de comunicação permanente*, ou seja, a ser utilizada para o resto de suas vidas. O foco principal da intervenção é na relação entre a linguagem falada no ambiente e a forma alternativa de linguagem utilizada pela criança - a intervenção poderá incluir o “**ensino da compreensão de sinais gráficos complexos e da escrita tradicional**”, dizem eles.

Há crianças que pertencem a um “grupo que demanda assistência de linguagem”. Na verdade, ele deve ser subdividido em dois: (1) **grupo de crianças a quem se ensina uma forma de linguagem alternativa** como medida temporária de intervenção e (2) crianças que **aprenderam a falar** espontaneamente, mas não cuja fala não é facilmente entendida. O primeiro sub-grupo compreende crianças com atraso no desenvolvimento da linguagem (crianças com disfasia e crianças com síndrome de Down). A diferença entre este sub-grupo e o grupo expressivo está em que não necessitam da Comunicação Alternativa de forma permanente – ela funciona como um andaime para o desenvolvimento de um padrão normal de fala. Nesse caso, o principal objetivo é “facilitar e encorajar a participação em conversas e em outras situações sociais em que a fala é empregada e tornar acessível meios efetivos para a participação nessas situações no período anterior à aquisição da fala expressiva” (TETZCHNER & MARTINSEN, 1997, p. 43).

O outro subgrupo nos remete às dificuldades das crianças do grupo expressivo de linguagem, dizem os autores, mas a Comunicação Alternativa não é a principal forma de comunicação. A habilidade de se fazer entender através da fala

varia de acordo com a intimidade que a criança tem com as pessoas e, com o tópico em questão. Em algumas situações especiais, essas crianças podem precisar se valer de sinais manuais ou da escrita. Para esse grupo, **a intervenção deverá focar condições que auxiliem a criança a aprender um suplemento à fala e como monitorar a compreensão do parceiro na comunicação através de meios e estratégias apropriadas às diferentes situações**³⁶.

Finalmente, há crianças que pertencem ao **“grupo que necessita de CSA**. Elas não falam ou muito pouco. A Comunicação Alternativa é, nesse caso, sua principal forma de “comunicação expressiva”, quanto o único meio. A Comunicação Alternativa será sua ferramenta permanente. Tetzchner & Martinsen (1997, p. 45) indicam, como pertencentes a esse grupo, crianças autistas e deficientes mentais graves, bem como crianças com agnosia auditiva ou 'surdez verbal'. A intervenção, segundo os autores, compreenderá tanto investimento na compreensão, quanto na produção. O principal objetivo deverá ser o de estabelecer condições para que a criança possa **aprender a entender e a usar a linguagem alternativa sem necessidade de referência à linguagem falada** - caso de crianças com PC, que necessitam de uma ferramenta de comunicação como (único) meio de expressão. Como imaginar que isso seja possível? Mesmo em face às dificuldades enormes de pessoas com os ditos “problemas de comunicação”, não me parece absolutamente plausível supor que elas estejam “fora da linguagem”, que não sejam afetadas pela linguagem.

Os autores alertam para a dificuldade de distinguir entre o grupo que demanda assistência para a aquisição de linguagem e o grupo que demanda a utilização de uma linguagem alternativa. De acordo com sua experiência, dizem Tetzchner & Martinsen (1997), pessoas com alegados problemas cognitivos e autistas, pessoas que se esperava pertencessem ao segundo grupo, começam a falar **“após anos de treino”**, e a fala se transforma na principal forma de

³⁶ O que ocorre com o sub-grupo (2), pode também ser aplicado a crianças com severas desordens no desenvolvimento da linguagem, dizem Tetzchner & Martinsen. Os autores afirmam que, apesar de gradualmente aprenderem a falar, sua fala será geralmente caracterizada por uma articulação pobre no decorrer do período, o que pode tornar difícil a compreensão do que a criança diz, no caso de pessoas que não a conhecem bem (TETZCHNER & MARTINSEN, 1997, p. 44).

comunicação. Os autores justificam essa “surpresa”, dizendo que “antes disso [do surgimento da fala], parecia razoável que se acreditasse que eles fossem incapazes de aprender a falar” (op. cit., p.45, grifo meu) e concluem:

O sucesso de uma modalidade particular de linguagem em uma intervenção, incluindo a fala, pode depender não apenas das características da criança, mas também das condições criadas para **ensinar a criança** (...). No caso de pessoas com boa compreensão da linguagem falada, essa habilidade pode ser utilizada em instruções explícitas baseadas na metacomunicação. Já no caso de pessoas com pouca ou nenhuma compreensão da linguagem falada, estratégias implícitas de ensino podem levar a melhores resultados. Para o grupo que demanda um suporte de linguagem, a intervenção deverá incluir tanto estratégias explícitas, quanto implícitas (TETZCHNER & MARTINSEN, 1997, p. 48) (grifo meu).

Chama a atenção, aqui, a ênfase que Tetzchner & Martinsen (pesquisadores que, declaradamente, querem se afastar de um aporte behaviorista), dão à relação ensino-aprendizagem como meta de intervenção para os três grupos de pessoas que propõem. Assim, fica patente, nesses autores, a diluição da figura do clínico no que se refere à introdução à CSA ³⁷ (à diferença de Camats, 2003) – para eles, uma pessoa treinada pode assumir a função de “treinador”.

Merece comentário ainda que nesta e em outra extensa publicação posterior (TETZCHNER, 1999), com artigos de autores representativos da CA da Europa e também da América do Norte, a questão do “treino”, do par ensino-aprendizagem, persista como destaque. A aquisição de sistemas alternativos de linguagem, diz Tetzchner, “**implica o aprendizado de um ou vários modos de comunicação** que suplementam a compreensão e o uso da linguagem falada” (op. cit., p. 5) (ênfase minha). Embora, como em Camats (2003), o que ocupa a cena na introdução de sistemas alternativos de comunicação seja a questão da aprendizagem, Tetzchner (1999) afirma que pode haver diferenças entre o “desenvolvimento normal de

³⁷ Fonseca, em 2002, aprofunda essa questão – a da diluição da figura do clínico em quadros de afasia, que, no caso do tratamento de afásicos, quando se faz uso de manuais com elencos de procedimentos de reabilitação. Seus argumentos aplicam-se igualmente aqui.

linguagem” e a aquisição de recursos alternativos de comunicação.

Há uma característica particular que distingue o desenvolvimento no caso de sistemas de linguagem alternativos do desenvolvimento da linguagem falada. Crianças que crescem utilizando sinais manuais, gráficos ou tangíveis como principal forma de comunicação, têm um **desenvolvimento mais planejado** do que propriamente natural (TETZCHNER, 1999, p. 5).

O autor acrescenta não ser possível prever a aquisição da linguagem alternativa. Além disso, sustenta ele: “a habilidade de usar linguagens gráficas tende a permanecer estática – elas deixam pouco espaço para que a criança possa mudá-las ou para variar sua expressão de maneira criativa” (op. cit., p. 6). Resumidamente, a premissa básica de toda a intervenção na linguagem está ligada, portanto, a uma sistemática reestruturação do ambiente pelo outro. Entende-se por aí que o desenvolvimento do indivíduo seja resultado de intervenções precoces na relação entre o organismo e o ambiente (TETZCHNER, 1999, p. 6).

Como se pode ver, nada ou pouco muda nas discussões sobre a utilização da CA: acredita-se que linguagem e comunicação podem ser ensinadas e não se leva em consideração a relação “espontânea” da criança com a linguagem – nada se diz, por exemplo, sobre o fato de que essas crianças escutam e esse fato importa. Também a homogeneização de sujeitos em grupos de pacientes anula a possibilidade de investigação do mistério singular da relação sujeito-linguagem.

O trabalho de Soto, fonoaudióloga de origem espanhola radicada nos EUA, merece ser abordado nesta tese, uma vez que a autora aponta para a importância do investimento nas habilidades narrativas de crianças usuárias de CA, uma vez que “as narrativas envolvem uma larga gama de habilidades de linguagem, sendo muito utilizadas nos ambientes escolares e sociais” (SOTO, 2007, p. 79). Além disso, acrescenta ela: “observou-se que narrativas orais de crianças servem como chave no processo de transição da oralidade para a comunicação escrita” (op. cit., p. 79)³⁸.

³⁸ Soto justifica, assim, seu interesse em investigar as habilidades narrativas de crianças com diagnósticos variados, incluindo autismo, distúrbios específicos de linguagem, distúrbios de linguagem pragmática,

Soto & Hartmann (2006) realizaram uma investigação envolvendo quatro crianças que utilizavam CA e que não apresentavam deficiências intelectuais relevantes. Concluíram que suas narrativas “eram histórias mal organizadas e desconexas”. As crianças apresentaram um uso bastante empobrecido de vocabulário e que “faltavam, nas narrativas (...) conjunções, frases nominais elaboradas, cláusulas preposicionais ou relativas e verbos ou advérbios” (SOTO & HARTMANN, 2006, p. 80). Avaliou-se ainda que suas produções narrativas não incluíam os elementos básicos esperados para uma história típica: “um *setting* com personagens apresentados e uma estrutura de episódio com um evento de iniciação, uma tentativa e uma conseqüência” e que “faltava às suas histórias uma coerência temporal, referencial, causal e espacial e raramente usavam pronomes” (op. cit., p. 80).

Frente às deficiências encontradas, Soto (2007) reafirma a importância do investimento nas habilidades narrativas de crianças usuárias de CA. Interessa-nos aqui, em especial, destacar o olhar da pesquisadora para a produção de narrativas orais e escritas de sujeitos com PC que foram introduzidos à CA. Em minha experiência clínica com essas crianças, relatos de finais de semana ou outros eventos relevantes que possam ter ocorrido no intervalo entre uma terapia e outra são solicitados à família. Jogos que envolvam situações vividas pela criança ou fotos relacionadas a esses acontecimentos também podem compor textos familiares. Eles disparam outros e perpassam textos clínicos orais e escritos. As narrativas produzidas pela família são lidas na clínica e implicam a criança no atendimento – ela dá mostras de que certas passagens são mais significativas para ela. De fato, a leitura desses textos para a criança, que muitas vezes quer acompanhá-la comigo, desencadeia outros textos que já circularam em outros atendimentos. O apontar da terapeuta para símbolos, letras, números e outros elementos presentes na prancha da criança acompanha a leitura da terapeuta. Ao mesmo tempo, a criança vai sendo convocada a ‘falar’ sobre os textos lidos. O que se pode notar é um cruzamento de escrita com símbolos, escrita alfabética e oralidade que permite apreender mudanças nas produções da criança e índices de mudanças na sua relação com a

linguagem. Narrativas ficcionais também podem ser introduzidas a partir da leitura e produção de textos de livros infantis. Tais produções, realizadas, muitas vezes, com o auxílio de dispositivos com a voz auto-gravada, associados a símbolos e palavras escritas previamente pela terapeuta, têm efeitos nas narrativas da criança.

Mais uma vez, devo assinalar que, apesar de ter enfatizado a importância que tem para Soto as narrativas de crianças introduzidas à CA, minha visada sobre elas não coincide com a da autora – vejo por outra ótica a relevância das narrativas. Acompanho Borges (2006), para quem “os elementos que participam das estruturas combinatórias não são meros registros de impressões sensíveis (perceptuais) ou mesmo de processos cognitivos que operam sobre unidades da escrita constituída” (op. cit., p. 151). A criança, diz a autora, é escrita pelo Outro, que é representado por textos que circulam a volta dela: assim, os materiais “não podem, de fato, ser vistos como produtos de uma atividade cognitiva sobre unidades positivas (ou gramaticais, como quer Soto) porque transformações na escrita da criança atestam a singularidade de cada percurso (BORGES, 2006, p. 154; POMMIER, 1993; LIER-DEVITTO & ARANTES³⁹). Outro ponto que gostaria de assinalar diz respeito ao fato de que a escrita de crianças com PC que não oralizam e que falam através de uma ‘fala - escrita’, acontece (direta ou indiretamente) por meio da indicação de símbolos e/ou letras do alfabeto em suas pranchas. Dito de outra forma, sua escrita não inclui um ‘gesto próprio da escrita’ e não deixa rastro. O terapeuta, nesse caso, é quem o realiza e se oferece como uma extensão do corpo da criança, já que ele empresta seu gesto para que a escrita da criança se materialize.

³⁹ História da escrita e a aprendizagem de cada criança. Em: Maria Francisca (orgs.) Faces da escrita Campinas: Mercado de Letras – no prelo.

3.3. Comunicação Alternativa: pesquisadores brasileiros

Entre os trabalhos indexados que abordam a Comunicação Alternativa estão artigos que foram reunidos em um caderno especial, dedicado à área da CA e publicados em periódico pela editora Memnon.⁴⁰ Capovilla (2001), autor com diversos trabalhos sobre o tema, ressalta, no prefácio deste caderno que, de modo geral, os artigos dividem-se em três conjuntos, às vezes sobrepostos: (1) artigos que **descrevem** Sistemas Alternativos de Comunicação ou de avaliação, visando maior eficácia comunicativa e, conseqüentemente, inclusão; (2) artigos que apresentam e discutem **resultados empíricos ou experimentais** no sentido de viabilizar uma **compreensão teórica dos fenômenos da cognição e linguagem, subjacentes** à comunicação alternativa por pessoas impedidas de fazer uso da fala e escrita alfabética; (3) artigos que discutem a questão da **inclusão escolar** e ressaltam o papel central da CA em viabilizar o sucesso da inclusão.

Há três artigos que descrevem **sistemas de comunicação aliados à tecnologia**: o “Teclado amigo” de Borges e Watanabe (op. cit., p. 43-50), o Programa LM BRAIN de Michalaros (op. cit., p. 51-4) e os diversos sistemas computadorizados desenvolvidos em comunicação alternativa, diagnóstico e (re) habilitação - todos voltados à pesquisa em reabilitação, educação e inclusão e desenvolvidos por Capovilla, F, Capovilla, A. e Macedo (op. cit., p. 18-24). Quatro outros artigos abordam o tema da **inclusão** (VIVIANI, 2000, p. 59-64; ZAPATA, 2001, p. 65-8; MOREIRA, 2001, p. 69-74; SADE, 2001, p. 75-8) e, por fim, um artigo que aborda o tema **escola-especial** (FERNANDES, 2001, p. 85-8).

Panhan, H. (2001), também em artigo que integra o referido volume da revista Temas de Desenvolvimento, se propõe a “refletir sobre as possíveis dimensões que pode ocupar a tecnologia no atendimento fonoaudiológico em

⁴⁰ Os artigos nela publicados correspondem a apresentações de palestrantes no I Encontro sobre Comunicação Suplementar e Alternativa, promovido em outubro de 2001 pela Associação Educacional Quero-Quero de Reabilitação Motora e Educação Especial, com apoio da APAE-SP e da Memnon Edições Científicas.

Comunicação Alternativa”. Trata-se de um exercício reflexivo que visa “retirar seus benefícios enquanto ferramenta”. Panhan quer circunscrever o espaço clínico e terapêutico que faz uso da CA, e busca “legitimar o fonoaudiólogo como terapeuta, diferenciando-o do educador, do professor ou do reabilitador através da construção de um método inspirado na clínica do dizer” (PANHAN, 2001, p. 56). A autora justifica a relevância de sua discussão dizendo que “um programa de comunicação computadorizado, dentro do espaço clínico e terapêutico fonoaudiológico [busca] atravessar o impedimento orgânico e possibilitar a materialidade (...) do “dizer” a ser lido e interpretado” (op. cit., p. 58). O trabalho de Panhan sobrepõe o aspecto da tecnologia ao da clínica e ao da comunicação: a autora entende a CA, conforme declara, como uma ferramenta ainda mais eficaz quando aliada à tecnologia.

Além destes artigos que integram tal caderno especial, artigos de outras revistas ou periódicos indexados também tratam de diferentes aspectos relacionados à Comunicação Alternativa no Brasil. Procuo aqui, agrupá-los segundo as vertentes representadas e, assim, circunscrever a natureza do trabalho que vem sendo produzido no Brasil. Os temas se sobrepõem aos já mencionados por Capovilla, mas há alguns que tratam das repercussões da introdução da CA na clínica fonoaudiológica e estes são orientados por perspectivas cognitivistas ou sócio-interacionistas (que, a rigor, não deslocam o cognitivismo). Enfoco aqui, os artigos que relacionam a CA à prática clínica por estarem mais diretamente relacionados ao tema desta tese, em que me proponho a discutir questões sobre a relação criança-linguagem envolvendo a clínica com sujeitos com PC que não oralizam a fala, procurando ficar sob efeito de teorizações desenvolvidas na Lingüística (mais particularmente na trilha aberta por Saussure) e na Psicanálise (de Freud e Lacan).

Trevizor, & Chun (2004) pretendem analisar o “desenvolvimento da linguagem de usuários da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa sob a perspectiva vygotskyana” com o objetivo de “investigar o uso do Sistema Pictográfico de Comunicação (SPC) ⁴¹ como instrumento de mediação com uma criança “sem fala articulada” (aspas das autoras). As pesquisadoras partem da “recontagem de histórias por meio do SPC, mediada por um adulto” e afirmam ter podido flagrar

⁴¹SPC: tradução de Picture Communication Symbols – PCS - para o Português.

mudanças nas narrativas do sujeito que analisam: notam a “presença de discurso mais elaborado no final do estudo” e concluem que os achados de sua pesquisa “evidenciam a importância do SPC como instrumento de mediação em casos de comprometimento da oralidade, favorecendo a linguagem e a qualidade de vida dos mesmos” (op. cit.). Trevizor, & Chun (2004) visam, com a introdução do SPC, “maior elaboração do discurso narrativo”, ponto central também da pesquisa de Soto, como vimos.

Em artigo anterior, Chun (2003) havia se proposto a realizar uma revisão da CA com base em fundamentos vygotskyanos, e “mostrar como o PCS auxilia uma criança não falante a organizar sua linguagem” (op. cit.). Para isso, a pesquisadora utiliza “relatórios do acompanhamento fonoaudiológico”. Segundo Chun, a criança foi inicialmente atendida em grupo com outras crianças submetidas à técnica da oralização, mas pouco se conseguiu com ela. Introduzida ao PCS, a criança passou a utilizá-lo como instrumento de mediação, o que favoreceu sua linguagem” (op. cit.). Note-se que “mediação” é termo que ocupa lugar central na argumentação da pesquisadora, mas ele aparece com um sentido que remete à função do uso do PCS. O outro não é mencionado como “mediador”, como seria de se esperar quando Vygotsky é invocado como fonte teórica.

Pires & Limongi (2002), na mesma direção, destacam a “importância do uso de recursos alternativos ou suplementares para criar e sustentar uma condição de comunicação” (op. cit.) e enunciam critérios que consideram imprescindíveis para a indicação e seleção do sistema mais adequado de comunicação suplementar ou alternativa. Realizam a pesquisa com uma criança PC atetóide (6a;4m), que, “considerando-se aspectos da patologia, cognição, quadro motor, dentre outros avaliados, determinou-se o sistema (Bliss), tamanho e disposição das figuras” (op. cit.). As autoras afirmam terem atestado que “o trabalho com a CSA repercute de maneira muito mais ampla do que simples e unicamente a assimilação de símbolos do sistema, ela propicia a estimulação do desenvolvimento de linguagem e cognição” (op. cit.).

A dissertação de mestrado de Pires (2005) - A relação linguagem-cognição

no trabalho com a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) com a criança com paralisia cerebral”- teve como objetivo “relacionar o nível de desenvolvimento cognitivo e de linguagem com o desempenho do trabalho de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA)”. Foram selecionadas nove crianças com PC entre 4a e 9a11m de idade. Elas foram avaliadas com base num protocolo que visou determinar, segundo a autora, sua etapa de desenvolvimento cognitivo e de linguagem. A autora informa que “paralela a esta avaliação, registrou-se o desempenho da criança no uso de seu material de CSA” (op. cit.). A autora concluiu que “apenas as crianças caracterizadas no período pré-operatório demonstraram uso da CA de forma efetiva” o que a levou a afirmar que os resultados obtidos “sugerem que há pré-requisitos para o uso de sistemas gráficos de CSA”.

Os trabalhos de Pires e Limongi citados anteriormente são, declaradamente, piagetianos. Enfatizam a importância de que, na avaliação de crianças com PC, seja determinado o nível de seu desenvolvimento cognitivo, assumido como procedimento imprescindível já que os níveis são pré-requisitos para o desenvolvimento de habilidades de linguagem e comunicação e, portanto, também a decisão quanto à indicação de um sistema de um determinado sistema gráfico-visual de comunicação. Como se pode ver, as pesquisas brasileiras seguem, de perto, o que se desenvolve no exterior: linguagem é função cognitiva/comunicativa e, naturalmente, o sujeito é epistêmico.

Voltada para questões referentes à linguagem, como eu, Frazão (2004), sob influência do Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem de C. de Lemos, toma, em sua dissertação (FRAZÃO, 1996) publicada em livro (FRAZÃO, 2004), outra posição. A autora discute efeitos da interpretação da criança com PC. Bastante esclarecedor sobre a natureza deste trabalho é o que se lê no prefácio do livro escrito por Pereira de Castro. Nele Pereira de Castro refere que Frazão parte de uma discussão sobre os impasses de sua própria atuação clínica e das mudanças de afetação teórica nela. Encontra, no reconhecimento das perspectivas das hipóteses do Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem, uma nova possibilidade de reflexão sobre a atividade clínica e sobre os efeitos da interpretação do adulto na inserção da criança na linguagem. As relações entre linguagem e PC

são retomadas, no trabalho da autora, a partir do conceito de interpretação na relação criança-adulto, em que este último é reconhecido como uma instância interpretativa. Pereira de Castro reforça que Frazão sustenta, na terapia de linguagem, a posição de intérprete que, diante dos gestos, olhares e/ou esboços de vocalizações infantis é capaz de produzir efeitos significantes. (CASTRO, 2004, Prefácio).

É preciso reconhecer que Frazão inova ao trazer a linguagem enquanto funcionamento autônomo em relação ao motor, ao cognitivo e ao social (VASCONCELLOS, 1999). De fato, a aproximação ao Interacionismo permitiu à autora introduzir outro dizer que redimensiona a comunicação. Frazão fala em interpretação: diz que “é pela possibilidade de ser falada pelo outro, via atividade interpretativa, que a criança pode ocupar outra posição, distinta daquela que é determinada pelos sintomas da patologia” (FRAZÃO, 1996, resumo).

Ao lado desses trabalhos, a posição que assumo, mesmo que mais próxima da de Frazão, é diferente. Tenho refletido sobre a eficácia da implementação dos sistemas de comunicação alternativa (CSA) a sujeitos com Paralisia Cerebral que não oralizam. Tenho procurado mostrar que os símbolos de tais sistemas só ganham eficácia porque são movimentados pelo “trabalho da língua” que está na escuta desses sujeitos. Tenho sustentado que, mesmo na ausência de fala oralizada, tais sujeitos estão na linguagem.

Capítulo 4 – Referencial Teórico

O panorama dos trabalhos apresentados, no capítulo anterior, revela a maneira pela qual a PC tem sido compreendida em sua dimensão orgânica e como tem sido pensada e tratada no âmbito da clínica fonoaudiológica. Como disse, pretendo, nesta tese, considerar a dimensão do sujeito que habita esse organismo prejudicado. Se, sob a perspectiva do organismo fala-se em “paralisia” (Paralisia Cerebral), pode-se surpreender mobilidade quando se pode abrir a escuta para *sujeitos* com Paralisia Cerebral. Procurarei justificar essa tomada de distância do orgânico a partir de argumentos clínicos, teóricos e empíricos. Devo dizer também que, pelas mesmas razões, afasto-me da concepção de sujeito epistêmico presente nas considerações sobre a clínica fonoaudiológica com sujeitos com PC, mesmo quando se faz valer da Comunicação Suplementar e Alternativa, como me empenhei em mostrar no capítulo anterior. Nesta tese, como já enunciado, a noção de sujeito que acolho harmoniza-se com pressupostos da Lingüística Científica que expulsa o sujeito “em controle da linguagem” do coração da língua. O referencial teórico de que me aproximo tem filiação com Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem, que reflete sobre a articulação criança-língua-fala⁴² e que assume posição crítica em relação ao sujeito psicológico.

4.1. Argumentos Clínicos

Do ponto de vista da clínica com pessoas com PC, inquietações provocadas pela certeza da patologia orgânica não anulam ou impedem as manifestações incontestáveis de um sujeito, certeza que tem me acompanhado desde o início de

⁴² Sobre isso, ver De Lemos (1992, 1995b, 1998, 1999) e Lier-DeVitto (1999a).

meu atendimento clínico. Para mim, seus olhares e gestos, mais do que movimentos incoordenados, dizem de uma presença viva que convoca o outro: um corpo como gesto, como presença na linguagem - um corpo atravessado pelo lingüístico. (VASCONCELLOS, 1999). Entendo que o fato de não oralizar a fala, não exclui o sujeito com PC de uma relação com a linguagem. Além de ouvir, esses sujeitos escutam (ANDRADE, 2003). Desse modo, indico que a barreira motora, que deixa o organismo prejudicado, não impede que se realize nele uma “apreensão qualitativa” do som, que implica “a esfera de onde se ouve falar” (PARRET, 1993; DE LEMOS, 1995a: 244) – situação que permite que se possa “passar do ouvir para o escutar e para o escutar-se” (DE LEMOS, 1995a:244). De fato, a clínica atesta que a barreira motora não impede que sujeito seja envolvido pelo simbólico⁴³.

Ocorre que o modo como as clínicas dirigidas aos pacientes com PC são concebidas não têm qualquer compromisso com o campo dos estudos sobre a linguagem. O atendimento clínico a sujeitos com PC é calcado no discurso organicista – nele perpetuam-se técnicas oriundas da Neurofisiologia e são elas que invadem o espaço clínico fonoaudiológico, que, pensado desse modo, pode ser caracterizado como uma “fisioterapia da fala”. Não é preciso dizer que tais procedimentos colocam a linguagem fora de cena, ou melhor, acabam por naturalizá-la, tratando-a como produto de conquistas em um campo que lhe é estrangeiro: o campo do orgânico. O que se busca com esses procedimentos de cunho fisioterápico é a transformação de movimentos reflexos em voluntários e se espera que esses movimentos desordenados (primitivos e/ou reflexos) cedam, “naturalmente”, lugar à fala. Ocorre que fala é mais do que sinergia de movimentos. Quero dizer, com isso, que a linguagem não é extensão do organismo, que a relação organismo e corpo-que-fala envolve uma complexidade que merece estudo e reflexão.

⁴³ Os dados da fala-escrita de S. com símbolos Bliss e escrita alfabética apontam para cruzamentos entre oralidade/escrita com símbolos e escrita alfabética, que podem ser apreendidos nos “erros” de S. Tais “erros” indicam um movimento na linguagem e falam a favor da afirmação que faço de que o motor não pode ser tomado como causa ou justificativa para os problemas nesse domínio no caso de sujeitos com Paralisia Cerebral.

Resumidamente: mesmo frente a um impedimento motor severo, capaz de barrar a oralização da fala, é possível afirmar que sujeito e organismo não coincidem.

4.2. Argumentos Teóricos: O Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem e a Clínica de Linguagem

4.2.1. O Interacionismo Brasileiro em Aquisição de Linguagem

A questão que me inquietava como fonoaudióloga e que enunciei como argumento clínico, encontrou espaço de discussão na Clínica de Linguagem, no grupo de pesquisa liderado por Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL-PUCSP, que tem laço de filiação com o Interacionismo em Aquisição da Linguagem, proposto por Cláudia De Lemos⁴⁴.

Falar em “interacionismo” requer, antes de tudo, conforme esclarecem Lier-DeVitto & Carvalho (2008), que se reconheça esse termo como equívoco, já que ele recobre vertentes muito diferentes entre si. No Interacionismo Brasileiro de De Lemos, fala-se em “captura” do sujeito pela linguagem (e não de “apropriação” da linguagem pela criança). Vê-se aí o efeito da aproximação da autora com a Psicanálise e o nítido afastamento que esta proposta tem da Psicologia e, portanto dos “interacionismos” (sócio-interacionismos) apoiados em Vygotsky. Pode-se

⁴⁴ Vertente teórica iniciada na UNICAMP, no final da década de 1970. O projeto de Aquisição da Linguagem tem sido liderado por Maria Fausta Pereira de Castro desde o início do século XXI.

entender, assim, que o outro da criança seja visto como *outro-falante*: como “instância da língua constituída; como instância do funcionamento língüístico-discursivo” (DE LEMOS, 1992) e não como *outro-social* (LIER-DEVITTO, 1996, 1998).

O compromisso com a *fala da criança* estenografa toda a discussão realizada no Interacionismo sobre o “tema da aplicação” (LIER-DEVITTO & CARVALHO, 2008) e o da “complementaridade” do campo da Aquisição em relação à Lingüística. De fato, esse compromisso cria uma zona de tensão com a área de Aquisição da Linguagem e com a Lingüística. De Lemos não recobre o caráter fragmentário, errático/cambiante e heterogêneo da fala da criança e sustenta a *resistência* que essas características impõem à sua descrição por instrumentais da Lingüística: falas de crianças escapam aos ideais da Lingüística, embora não estejam, ao mesmo tempo, “fora da linguagem” – elas são tecidas por relações entre significantes. Dito de outra forma, falas de crianças não estão “fora da lei - da lei do funcionamento da linguagem (LIER-DEVITTO, 1998).

O fato de sustentar a impossibilidade de homogeneização da fala da criança e de projetar sobre ela o saber da Lingüística permitiu ao Interacionismo sustentar a sua “indeterminação categorial” (DE LEMOS, 1982) e firmar posição contra a Psicologia do Desenvolvimento (CASTRO, M.F., 1992). A questão da indeterminação categorial remete à impossibilidade de interpretar a falas de crianças como instanciações de um saber internalizado (cognitivo). Vê-se, assim, que o Interacionismo recusa o estabelecimento de equivalência entre sujeito falante e sujeito epistêmico. Se essas falas de crianças são indeterminadas do ponto de vista categorial, elas não o são do ponto de vista dialógico. Para De Lemos, elas são compostas de *fragmentos da fala do outro* que são movimentados, articulados pelas operações internas da língua. Gostaria de assinalar que essas discussões foram e são da maior importância para o trabalho que ora desenvolvo.

Tendo em vista a “determinação dialógica” da fala de crianças, a direção metodológica assumida no Interacionismo o afasta da idéia vigente na área de que a “produção” da criança é expressão de “controle” sobre a fala: o *diálogo* foi assumido

como unidade de análise e o *erro* como dado de eleição. Fica-se, com isso, com a *interação como diálogo* e com as *falas erráticas de crianças* (LIER-DEVITTO, 2006). Resumidamente, o ponto de apoio da teoria é o “constante refazer do enigma na fala da criança” (DE LEMOS, 2002), tomando-a na *resistência* que ela impõe ao investigador que dela pretenda fazer uma simples empiria, ou seja, tomando-a na sua diferença radical em relação à fala do adulto (CARVALHO, 2006; LIER-DEVITTO & CARVALHO, 2008). Em torno dessa escuta para falas de crianças, nasce o Projeto Aquisição de Linguagem, no IEL/UNICAMP.

A partir de 1992, De Lemos aproxima-se do estruturalismo europeu, através da leitura de Lacan. Podemos tomar este momento como disparador de uma relação complexa na qual tem investido a teorização: a relação entre Lingüística e Psicanálise. Entra em questão a “relação criança-língua-fala do outro”. Processos metafóricos (*operações de substituição*) e metonímicos (*operações de contigüidade*), as leis de composição interna da linguagem (MILNER, 1987), são chamados a explicar a mobilidade significativa de falas de crianças. A articulação língua-fala, tal como idealizada por Jakobson (1954, 1960), a partir de Saussure (1916/1989), é explicitada. São, portanto, os processos lingüísticos do funcionamento da língua que, assume-se, regem *as mudanças na fala de crianças e sua passagem de infante a falante*. Note-se que, nesse ponto de virada, com o “retorno a Saussure”, vem o reconhecimento da “ordem própria da língua” e de sua alteridade radical em relação ao falante: “forças perenes e universais” (SAUSSURE, 1916/1989, p. 13) têm anterioridade lógica e se impõem ao sujeito.

É a partir de 1992 que as mudanças na fala da criança são assumidas como efeitos estruturais: como *mudanças de posição do sujeito relativamente à fala do outro, à língua e à sua própria fala*. A teoria é redimensionada pela necessidade da articulação entre língua-fala-falante. Acrescenta-se a dificuldade de relacionar processos de subjetivação e processos de objetivação da linguagem. O Interacionismo:

vai no sentido de definir a aquisição da linguagem como um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança

numa estrutura em que *la langue* e a *parole* do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um corpo pulsional, i.e., à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação” (DE LEMOS, 2002, p. 28).

A “subjetividade” implicada no trabalho de De Lemos não é outra senão aquela introduzida pela Psicanálise, diz ela. A autora, de fato, desloca a concepção de *criança* e de *mudança* vigente no campo da Aquisição (principalmente a partir de 1997). A criança está numa estrutura, sustenta De Lemos. É enquanto *vir-a-ser*, falada pelo outro-falante (*instância da língua constituída*) e, portanto, pelo Outro-língua (ponto de articulação entre língua e fala) que ela é concebida. Essa “criança falada” é concebida como *corpo pulsional*⁴⁵ e *não* organismo ou sujeito psicológico. De fato, organismo e sujeito ali não-coincidem (LIER-DEVITTO, 2007).

O termo “captura” representa bem esse momento do Interacionismo: ele remete à anterioridade lógica da língua relativamente ao sujeito e estenografa, como diz a autora a articulação entre mudanças no processo de subjetivação e de estruturação da linguagem: o aprofundamento na literatura Psicanalítica levou a autora a se dar conta de que “os processos metafóricos e metonímicos não remetem a um movimento autônomo da língua sobre si mesma, mas sim a um sujeito, isto é, ao modo de emergência do sujeito na cadeia significante” (DE LEMOS, 2002). O que pode ser visto como característica essencial da teorização no Interacionismo é a reflexão sobre a possibilidade de afetação entre Lingüística e Psicanálise no campo da Aquisição da Linguagem. Mais recentemente, a pesquisadora (DE LEMOS, 2007), redimensiona a noção de captura, pois ele havia sido, até então, diz ela, assumido como *sem conflito*. A autora relê a noção de captura a partir “daquilo que, na literatura sobre aquisição de linguagem, marcada pelo pedagógico, foi tachado de “erro”. De Lemos relê o “erro” e o toma “no sentido do que falha, do que escapa à captura”. Em sua releitura da noção de captura, com Lacan, De Lemos considera “um efeito outro de captura, para além do que daquilo que comparece como

⁴⁵ Com fundamento em Maria Teresa Lemos, (1994/2002), que comenta a metáfora do corpo em Pêcheux (1982) Cláudia De Lemos (1997) passa a conceber a criança como *corpo pulsional* – aquele *que demanda interpretação*, isto é, corpo que *articulado na e pela linguagem* se encontra no regime da demanda e do desejo – colocando, portanto, essa noção no lugar da criança referida como organismo ou corpo biológico guiado pela necessidade. (LIER-DEVITTO, 2007).

literalmente incorporado dessa fala” – a fala materna – de que a criança se distancia “em graus diversos”. De Lemos reconhece, em seu trabalho, uma interpretação que considera tímida, porém menos asséptica do “erro” em trabalhos anteriores (DE LEMOS, 2002), mas assume em artigo de 2007 (Da angústia na infância), “o risco de pensá-la como movimentos singulares de resistência, ou até mesmo de separação, na dialética da alienação ao Outro”. A autora traz Lacan (1996) para falar dos efeitos e da violência dos “mecanismos do significante” pelos quais o vivente é capturado e permanece aprisionado, assim como “arrancado de sua imanência vital” (op. cit., p. 72).

4.2.2. A Clínica de Linguagem

Desdobramentos importantes do Interacionismo, acima explicitado têm ocorrido no âmbito das discussões sobre as patologias e a Clínica de Linguagem. Trata-se de um esforço teórico que, desde 1990, vem sendo realizado no, primeiramente nomeado, Projeto Integrado CNPq, “Aquisição de Linguagem e Patologias da Linguagem” e, a partir de 2000, pelo Grupo de Pesquisa CNPq, “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, sob coordenação e liderança de Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL-PUC/SP. Conforme Lier-DeVitto (2002), categorias ou operações nodais do Interacionismo proposto por De Lemos foram mobilizadas para pensar questões suscitadas por “falas sintomáticas” e pela clínica que as acolhe. Trata-se de pensá-las como “diferença”, portanto. Assim, interação, mudança, erro, heterogeneidade e interpretação deveriam, diz a pesquisadora, adquirir tonalidades próprias e bem específicas na Clínica de Linguagem. Os pesquisadores do Projeto, ao mesmo tempo em que assumem que as investigações relativas à clínica e às patologias da linguagem têm relação com a teorização desenvolvida na proposta de De Lemos e por outros investigadores com ela comprometidos, reconhecem que diferenças entre esses campos devem ser

sustentadas porque distintas são as indagações sobre a criança e de suas manifestações lingüísticas que, além do mais, são recebidas no espaço da clínica.

Entende-se assim porque o Interacionismo em Aquisição de Linguagem ocupa a posição de “outro” na lida com as falas patológicas (LIER-DEVITTO, 2006, p. 184). Lier-DeVitto sinaliza para o fato de que a própria idéia de “interação” deve ser considerada a partir da clínica. Há, portanto, que se empreender uma aproximação ao Interacionismo levando-se em conta que “outro”, “erro” e “interação” devem ganhar contornos particulares: outro = terapeuta; erro = sintoma, interação = relação clínica (LIER-DEVITTO, 1994, 2006; LIER-DEVITTO & FONSECA, 2001). Lier-DeVitto demarca, assim, o que designa como uma aproximação ao Interacionismo, que deve ser caracterizada como um “diálogo teórico” (op. cit., p. 184). O resultado desse movimento foi a delimitação de um campo de atuação que não pode ser confundido com aquele da Fonoaudiologia, já que o compromisso assumido com o Interacionismo e com o estruturalismo europeu, apontam um caminho que leva para a reflexão sobre o sujeito nos moldes em que é definido na Psicanálise. Aliás, não é outra a direção que a clínica indica. Sobre a Clínica de Linguagem, diz a autora, em 1994, tratar-se de um:

espaço instituído pela presença de um sujeito que tem uma queixa sobre sua fala (e sua condição de falante) e que dirige uma demanda a um *outro* que é, por isso, investido da capacidade de produzir *mudanças*. Sendo esse o caso, tanto esse “outro” deveria ser pensado em sua especificidade como *outro-terapeuta* quanto *mudança* deveria ser ressignificada, já que, no caso, ela fica na dependência de uma “ação clínica” – *uma interpretação* – que, espera-se, possa incidir sobre o *sintoma* (LIER-DEVITTO, 2006, p. 184).

No âmbito dessa interação singular, a interpretação deve pensada em relação à problemática do *sintoma na fala* (SPINA-DE-CARVALHO, 2003). As falas sintomáticas têm sido naturalizadas no campo das patologias da linguagem, na medida em que são tratadas como “transparentes”, tomadas como uma empiria que pode ser submetida aos aparatos descritivos da Lingüística e entendidas como sinal

de problema cuja etiologia é referida ao orgânico, ao cognitivo e/ou a aspectos emocionais (FARIA, 2003). Lier-DeVitto e os pesquisadores do Projeto Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, entre os quais me incluo, têm sustentado que “por meio de uma análise lingüística *stricto sensu* não tem sido possível circunscrever o *sintoma* enquanto um *déficit* de linguagem” (LIER-DEVITTO, 2001, 2006, p. 185). Tais aparatos não têm sido eficazes para distinguir erros ocasionais de erros sintomáticos: “o sintoma é um terceiro em relação à polaridade correto-incorreto da Lingüística” (LIER-DEVITTO, 2006, p. 186; LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998).

Sintoma é “um acontecimento na fala que exprime a “prisão do sujeito numa falta ou falha” que o impede de passar a outra coisa” (expressão de ALLOUCH, 1995). Sintoma difere, portanto de erro, tanto pela resistência que impõe à interpretação/mudança, quanto pelo efeito particular que produz na escuta do outro. As reflexões de Lier-DeVitto (2006) sobre o sintoma na fala afastam-se, também, do apelo à cronologia: “o que acaba sendo chamado para demarcar um quadro sintomático de linguagem [é] a *insistência/persistência de uma diferença*, apreendida como algo que acontece “fora de tempo” – algo que não é mais esperado ocorrer *numa certa idade*” (op. cit.,186). Assim, diz a autora, o *tempo do sintoma* não é o cronológico, mas o tempo da insistência, da repetição⁴⁶.

Do lado do sujeito, a autora afirma que o *sintoma é desconhecimento*, o falante nada pode fazer para alterar a condição sintomática, (que ele pode notar) em sua fala: sujeitos com falas sintomáticas vão à clínica com uma demanda de transformação no/do corpo da fala – indício do fracasso das interpretações cotidianas e de que sintoma não é simetrizável a “erros” que outros falantes produzem ao falar. Também, há *desconhecimento* sobre o porquê dessa fala ser “desarranjada” e sobre a impossibilidade do sujeito de torná-la outra – esses são indícios de que o modo de presença do sujeito na fala implica a hipótese do inconsciente introduzida por Freud (LIER-DEVITTO, 2006, p. 187).

⁴⁶ É Fato, diz Lier-DeVitto, que a escuta dos ouvintes capta um falante que repete e o clínico enfrenta, por sua vez, uma fala resistente. O tempo do sujeito no sintoma suspende o tempo cronológico, suspende o do desenvolvimento (LIER-DEVITTO, 2003).

A língua é “instância equivocizante” que incide sobre a fala que afeta a comunicação. Ela abre uma fenda não possível de ser suturada nas interações, há sempre algo de dissimétrico, de *não-coincidente* entre falas (DE LEMOS, 2002). Falar em assimetria entre falas, aponta Lier-DeVitto, envolve uma escuta para o Interacionismo. Assimetria e não-coincidência exigem “dar destaque à diferença, ao não-idêntico e a tudo que podem suscitar como questão: [implicam, p. ex.], dar voz ao *singular*, àquilo que resiste a ser tratado como “semelhante”, a ser obscurecido pela aplicação do princípio da analogia” (LIER-DEVITTO, 2006, p. 189). Para sustentar uma posição frente ao acontecimento na Clínica de Linguagem é preciso ter uma escuta instrumentalizada por questões teóricas como as acima abordadas. Porém, como assinalou Lier-DeVitto, “os deslizos daqueles que enfrentam as patologias de Linguagem correm por conta do fato de que eles são *assombrados pelo que os convoca* – as falas sintomáticas” (op. cit., p. 189 - ênfase minha) e incorrem numa naturalização da linguagem e na suposição, portanto, de que o sintoma pode ser esclarecido pela via da etiologia (orgânica, cognitiva, etc.) – a relação sujeito-linguagem não é jamais considerada. Pode-se dizer que a diferença e as conquistas do Grupo de Pesquisa, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto, estão relacionadas ao compromisso assumido com a teorização sobre as patologias de linguagem e com a heterogeneidade das manifestações sintomáticas. Trata-se de um movimento de teorização em diálogo com a Lingüística, com a Aquisição; com Medicina e a Fonoaudiologia e, mais recentemente, com a Psicanálise. Procura-se manter uma “relação tensa”, uma vez que se reconhece a particularidade do sintoma na fala.

A questão da heterogeneidade, enunciada por De Lemos (1992, 1997, 2002) como argumento empírico em favor de uma abordagem contrária à noção de desenvolvimento, partiu da constatação de que “acertos” e “erros” na fala da criança ocorrem num mesmo segmento de coleta de dados, o que aponta para uma *não-coincidência de uma fala com ela mesma* e, necessariamente, para a *não-coincidência do sujeito consigo próprio*, razão para que se suspeite do sujeito epistêmico em controle de si mesmo e que se abra, assim, caminhos para se pensar num sujeito compatível com a proposta interacionista de De Lemos: um processo de

subjetivação solidário ao de estruturação da linguagem, processo que implica a ordem própria da língua e que remete ao modo singular de captura pela linguagem. “Singular é o modo como somos interpretados e como é interpretada nossa relação com a linguagem, o que envolve assumir que a interpretação dirigida à fala da criança não é desabitada, não é neutra: ela é convocada por uma presença viva a ser nomeada e falada – presença enlaçada em operações simbólicas que trama em redes imaginárias” (LIER-DEVITTO, 2006:190).

Tomar como problema as falas patológicas (...) é (re)encontrar, de forma inexorável, a heterogeneidade em suas múltiplas faces – (1) a da *não-coincidência de uma fala consigo mesma*, (2) a da *não coincidência dessa fala com a da massa falante*, (3) a da *não coincidência entre falas de crianças e falas sintomáticas de crianças*, (4) a da *não coincidência entre falas sintomáticas num mesmo quadro de linguagem*. Lier-DeVitto & Arantes (1998) levantaram a questão da *heterogeneidade da fala da criança e de seus efeitos na escuta do outro*. A essas autoras, interessava isolar o *sintoma* do conjunto de *erros assintomáticos* que ocorre na fala de sujeitos e, assim, poder levantar o argumento de que a partição normal/patológico não poderia ser entendida com base na polaridade correto VS. incorreto e certo VS. errado presentes no campo da Linguística. As autoras procuraram, dessa forma, demarcar um campo de discussões que levasse em conta a natureza própria das falas sintomáticas.

Chamo a atenção aqui para uma questão que não podemos deixar de levantar, qual seja o estatuto dos conceitos ‘heterogeneidade’ e ‘singularidade’. Lier-DeVitto lança exatamente a seguinte questão quando discute, em artigo inédito sobre produções sintomáticas surpreendentes e muito estranhas perpassadas por paralelismos: “essas repetições patológicas surpreendentes a cada caso, a cada sessão, seriam manifestações privilegiadas para demonstrar ou evidenciar a “singularidade”? Teríamos recursos para anotar as “variações” na repetição paralelística e assim registrar singularidades? Seria possível descrever o singular?” (LIER-DEVITTO, ALFAL/2005, a sair). A autora, no mesmo artigo, encaminha respostas para essas questões: para Lier-DeVitto,

heterogeneidades só se deixam tocar de forma aproximativa por meios comparativos, mas a singularidade é esquiva, não se deixa apreender através de metodologias científicas (...) amostragens de diferença/heterogeneidade/variação não servem como evidência de **singularidade**, elas podem, apenas, ser sugestivas. Nesse cenário, o que me inquieta é precisamente a desconfiança (a certeza?) de que **singularidade e heterogeneidade** não fazem par. Penso que “**heterogeneidade e diferença individual**”; “**heterogeneidade e história única**” (FARIA, N., a sair) sejam oposições mais afinadas – são oposições correntes no campo da Aquisição da Linguagem e na Psicologia. **Singularidade** não é fenômeno nem questão que se possa apreender ou acomodar entre as proposições problemáticas nesses campos que perseguem o ideal científico-universitário (LIER-DEVITTO, 2005; grifos da autora).

O que nos interessa, nesta tese, é abordar as heterogeneidades ou particularidades das falas-escritas de pacientes com Paralisia Cerebral. Singularidades não podem ser apreendidas, pois são formações do inconsciente que convidam ao deciframento pelo psicanalista, de um lapso, de um chiste, de um sonho, ou seja, de algo que não é previsível, que resulta de um funcionamento e, por isso, não pode ser antecipado. Cabe ao clínico de linguagem o cuidado de não tomar o termo a título de empréstimo. O que pretendo, nesta tese, é aprofundar a questão de que, apesar de todos os entraves que dizem respeito a uma condição orgânica, quando em questão estão pacientes com PC, há ali um corpo pulsional, há um funcionamento que permite pensar em presenças-sujeito particulares na linguagem.

As noções de interpretação e as idéias de interação e de mudança forjadas no Interacionismo apontam para “diferenças mais que suficientes para ‘abrir questão’ sobre clínica de linguagem – sobre o diagnóstico: entrevistas, avaliações de linguagem, direção do tratamento e sobre a terapia de linguagem propriamente dita” (LIER-DEVITTO:1996:192). Interessa-nos aqui, no âmbito dessas discussões,

enfocar a clínica de linguagem com sujeitos com Paralisia Cerebral e discutir, ao lado das heterogeneidades/particularidades da linguagem desses sujeitos, as heterogeneidades/particularidades da clínica dirigida a pacientes com PC.

Acompanhemos Lier-DeVitto (2003, p. 235-6), que nos indica o caminho a seguir pensando a clínica de linguagem e os sintomas que a configuram:

(...) se a Medicina pôde privilegiar a doença em detrimento do doente (FOUCAULT, 1963) porque a ela interessa o 'organismo' – aquilo que é invariante no homem (apesar das diferenças de raça ou cor) e instituir categorias nosológicas gerais - e se a Lingüística pôde abstrair o falante como suporte cerebral/mental da faculdade da linguagem (MILNER, 1978) - já que essa ciência expulsou de seu programa científico o lado da 'execução da linguagem' (SAUSSURE, 1916/1989) e pôde entender o falante/ouvinte como 'ideal' (...) - o campo das ditas Patologias da Linguagem não pode acompanhar esses gestos. Em outras palavras, as Patologias da Linguagem não podem desconsiderar o falante, o corpo falante. Por que não? Simplesmente porque é na *execução* que o 'patológico' se mostra, acontece na fala de um '*falante real*' e singular. *Execução* que ultrapassa, sem dúvida, o limite do que se pode conceber como puramente 'orgânico' (LIER-DEVITTO, 2003, p. 235).

Lier-DeVitto (op. cit., 236) traz Saussure (1916/1989), que afirma que o lado da “execução” é *individual*, dependente do “*modo como [a linguagem] é executada*” (op. cit., p. 26), e diz que “é com a face da “execução” que alguém se depara quando volta o olhar para as patologias da linguagem”. A autora fala de algo que se repete no campo das patologias da linguagem: o recobrimento de questões sobre o que estaria envolvido no modo de execução das falas sintomáticas e aquele que a executa: fica-se com o que se manifesta na superfície dessas falas, ignorando-se a demanda teórica que a abordagem do que se manifesta na superfície do corpo de uma fala demanda. Fica-se com tentativas de definição de uma etiologia, fazendo remissão do sintoma na linguagem a uma causa de natureza orgânica ou mental, “Sela-se, assim, - conclui Lier-DeVitto - o afastamento de questões relativas à fala e

ao falante, ao “modo de execução”, à linguagem e ao sujeito” (op. cit., p. 236-7).

A autora nos chama a atenção para o fato de que:

(...) os sintomas na linguagem excedem o orgânico: eles expõem o falante em sua falha. Neles, corpo e linguagem aparecem irremediavelmente entrelaçados. Nas patologias da linguagem, esse nó se abre em espetáculo: nas afasias, nas paralisias cerebrais, na gagueira, nos distúrbios articulatorios, nos retardos de linguagem, nos distúrbios de leitura e escrita. Cada um desses quadros coloca em causa a redução do corpo ao seu substrato orgânico e desafia o ideal de sujeito entendido como epistêmico: desafiam o dualismo corpo-mente (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238).

Nesta citação, há menção às Paralisias Cerebrais. Note-se que a autora afirma que “há sempre um excesso que ultrapassa a lesão, mesmo quando ela impede o movimento de um corpo. Trata-se de “excesso” que transborda, inclusive, do silêncio verbal de um sujeito, que transborda em expressão mínima: num olhar, num pequeno gesto, num choro, num sorriso. Esses “excessos” dizem de um corpo falado/investido que investe na parcela que resta de “vivo”, de ‘não-paralisado” em seu organismo prejudicado (VASCONCELLOS, 1999). Esse *corpo-fala desprendido, que não se confunde com o corpo orgânico, insiste como linguagem* – significa e demanda interpretação. Esse corpo fala através de gestos que insistem. É o que procurarei mostrar na discussão de materiais clínicos.

4.2.3. O que é *corpo*?

Cabe perguntar, neste momento, “o que é *corpo*?” – uma pergunta que importa para tecer considerações sobre a Clínica de Linguagem com sujeitos com Paralisia Cerebral. E, para tratar dessa questão que envolve olhar para um lado

diferente daquele do campo da Medicina e da doença, parece-me inevitável convocar Freud. As condições da descoberta do inconsciente e a ‘invenção’ da Psicanálise estão em relação direta com os estudos sobre a histeria, que fez aparecer, para ele, um corpo que não se confundia com o corpo orgânico.

Entre 1885 e 1886, Freud, apoiado em observações no Hospital Salpêtrière, em Paris, e a pedido de Charcot, realizou um estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e as paralisias histéricas, "com a esperança de que tal estudo pudesse revelar algumas características gerais da neurose", diz (FREUD, 1893c, v. I). Ele destacou algumas características das paralisias orgânicas, que considerava serem de aceitação geral, e afirmou que "a neurologia clínica reconhece dois tipos de paralisia motora: paralisia periférico-medular ou (bulbar) e paralisia cerebral"(op. cit.). Freud investigou a anatomia do sistema nervoso e pôde discernir diferenças entre esses dois grupos.

O autor usou o termo "Paralisias Cerebrais" que, à diferença das paralisias periférico-medulares (cujas fibras se estendem da periferia até o corno anterior da medula espinhal - paralisia "*détaillée*"), estendem-se até o córtex cerebral, caracterizando o que Freud denominou uma paralisia "*em masse*". A primeira remete à paralisia facial que ocorre na Paralisia de Bell, à paralisia da poliomielite infantil aguda, entre outras. Nessas doenças, cada músculo — poder-se-ia dizer, cada fibra muscular — pode ficar individualmente paralisado, anota Freud. A Paralisia Cerebral, pelo contrário, é sempre um distúrbio que afeta parte extensa da periferia (um membro, um segmento de uma extremidade, ou um aparelho motor complexo).

É interessante observar que, para Freud, as Paralisias Cerebrais abrangem não somente os quadros hoje conhecidos por esse nome, mas inclui também outros, cuja natureza envolve lesão na estrutura do sistema nervoso central. Em sua monografia sobre A Afasia (1891), ele afirma que "a diferença entre as paralisias periférico-medulares e cerebrais deve ser investigada na estrutura do sistema nervoso" (1893c, v.I). Na paralisia periférico-medular *détaillée*, a periferia, diz Freud, é projetada sobre a massa cinzenta da medula, ponto por ponto, elemento por elemento - para esse tipo de paralisia ele sugere o nome de ‘Paralisia em Projeção’.

Freud sustenta que essa projeção não se aplica às relações entre os elementos da medula e os do córtex: “neste caso, as fibras que se estendem da medula até o córtex não representam mais, cada uma em separado, um elemento único da periferia, mas um grupo de elementos periféricos” (1893c, v. I). Para Freud, há modificação no ordenamento das fibras no ponto de conexão entre os dois segmentos do sistema motor. Disso se conclui que a reprodução da periferia no córtex *não* é mais uma reprodução fiel, ponto por ponto: trata-se de uma relação entre “fibras representativas”. Assim, para a Paralisia Cerebral, Freud propõe o nome de ‘Paralisia em Representação’.

Freud afirma que as condições que regem a sintomatologia da Paralisia Cerebral são estabelecidas “pelos fatos da anatomia”. Cada detalhe clínico dessa Paralisia em Representação pode ser explicado por algum detalhe da estrutura cerebral e, inversamente, a partir das características clínicas das paralisias, pode-se deduzir a estrutura do cérebro. Neste ponto, Freud define a distinção entre as Paralisias Cerebrais e as Paralisias Históricas. Segundo o autor:

só pode haver uma única anatomia cerebral verdadeira, uma vez que ela se expressa nas características clínicas das paralisias cerebrais [e] evidentemente, é impossível que tal anatomia constitua explicação dos aspectos diferenciais das paralisias históricas” [continua, ele]: por essa razão, **não devemos, com base na sintomatologia das paralisias históricas, tirar conclusões sobre a anatomia cerebral** (1893c, v.I) (ênfase minha).

À diferença entre as Paralisias Cerebrais, a lesão, nas Paralisias Históricas, deve ser vista como completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, as paralisias manifestas na Histeria “comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (Freud, 1893c). Freud mostra que, em se tratando de Histeria, há modificação funcional sem lesão orgânica concomitante. A lição deixada, portanto, pelas Paralisias Históricas é a de que nelas há, digamos, “outra anatomia”, diferente daquela que orienta a prática médica.

Desde Freud, *corpo* é expressão irredutível a organismo vivo. Freud propõe a

noção de *conversão histérica*, que pode ser tomado como representante primeiro da problematização do estatuto do corpo na teoria e na clínica psicanalítica. Nota-se que, na Histeria, o corpo é o lugar da manifestação de um sintoma psíquico que, para Freud, é “sexual”. Lacan articulará, depois, corpo e linguagem. O corpo do bebê é superfície onde incidirá a linguagem, pela via do outro materno – trata-se aqui, do *corpo pulsional*.

4.2.4. Sobre as *pulsões* e o *corpo pulsional*

A expressão “corpo pulsional” está no pano de fundo deste trabalho, essa noção o movimenta. Entendo, por isso, que algo uma breve exploração do conceito de pulsão seja relevante⁴⁷. “Corpo pulsional” é expressão que indica e distingue o estatuto de um corpo atravessado pela linguagem (LEITE, 2003, p. 81). Diz a autora que “nada é mais natural, para aqueles que trabalham com o texto freudiano, do que implicar o conceito de *pulsão* para abordar as articulações entre corpo, linguagem, afeto e sentido” (op. cit., p. 81-2). Dirijo-me, por essa razão, a Freud. O termo *Trieb* foi traduzido para o português como “pulsão” (palavra que evoca 'algo que pulsa'), seguindo termo francês *pulsion*.

Na verdade, o termo *Trieb* foi utilizado, com conotações diferentes, antes de Freud na Biologia, na Filosofia, na Psicologia e mesmo na Física. A inovação freudiana consistiu em subverter o termo *Trieb* ao inseri-lo na *teoria do conflito psíquico*. No início, o conflito psíquico compreendia a relação entre representações incompatíveis. Mais tarde, esse conflito ganhou raízes mais profundas já que passou a remeter a um conflito entre pulsões, ou seja, a uma tensão promovida por

⁴⁷ Esclareço que, nesta tese, as conseqüências da implicação dessa discussão não serão exploradas, uma vez que devo, ainda, aprofundar conceitos e articulá-los. A presença desta parte no capítulo de fundamentação teórica tem a função de destacar as diferenças entre o que se concebe como “leis do organismo” e “leis do funcionamento psíquico”.

tendências opostas: entre a tendência de tensionar e distensionar / descarregar.

É preciso dizer que, para Freud, a fonte somática é elemento decisivo para a pulsão, mas a pulsão com ela não coincide - o estímulo pulsional (FREUD, 1915/2004, p. 147) é um dos estímulos que atuam na constituição do psíquico e este, à diferença do estímulo fisiológico. O estímulo pulsional não provém do mundo externo, mas do interior do próprio organismo. Por isso, à diferença do estímulo fisiológico, “a pulsão nunca age como uma força momentânea, de impacto, mas sempre como uma força constante” (FREUD, 1915/2004, p. 146). Desse modo, os estímulos pulsionais não podem ser subtraídos do organismo:

eles impõem ao organismo exigências muito mais elevadas. Incitam-no a assumir atividades complexas e articuladas umas com as outras, as quais visam a obter do mundo externo os elementos para a saciação das fontes internas de estímulos, e para tal interferem no mundo externo e o alteram (op. cit., p.147).

Nesse ponto, Freud afirma que:

são as pulsões e não os estímulos externos, os verdadeiros motores dos progressos que levaram o sistema nervoso, com sua capacidade de realizações ilimitadas, a seu atual nível de desenvolvimento (op. cit., p 147-148).

De fato, Freud entende ser a pulsão

um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo (op. cit., p.148).

A pulsão, diz Freud, são:

(1) **pressão** – é o motor da pulsão, medida de exigência de trabalho psíquico. *A pressão é a própria essência da pulsão* – sua propriedade universal;

(2) **meta** de uma pulsão é sempre *a satisfação*. A meta só pode ser obtida quando o estado de estimulação, que provém da fonte pulsional é suspenso. São diversos os caminhos que conduzem à satisfação.

(3) **objeto** – é permite à *pulsão alcançar sua meta, ou seja satisfação*. O objeto é o elemento mais variável da pulsão e não é determinado por ela – não está a ela vinculado. Não se trata necessariamente de um objeto externo: ele pode ser uma parte de nosso próprio corpo e, importante: ao longo *diversos destinos* da pulsão, o objeto poderá ser substituído por intermináveis outros objetos.

(4) **fonte** da pulsão é o *processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo – nele se origina um estímulo representado, na vida psíquica, pela pulsão*. Importa, para este trabalho, sublinhar que, mesmo sendo somática a fonte da pulsão, ela só se mostra, na vida psíquica, por sua meta (satisfação).

Para Freud, o *destino de algumas das pulsões* pode ser sublimação, ao lado de outros (transformação em seu contrário, redirecionamento contra a própria pessoa e o recalque). Os *destinos* devem ser relacionados a “forças motivacionais”⁴⁸ e o essencial, nesse processo, é a *troca do objeto sem alteração de meta*⁴⁹. Lacan (1964/2008), em *Desmontagem da Pulsão* (op. cit., p. 159-70), dedica-se aos “quatro conceitos fundamentais da Psicanálise”, entre eles, o de pulsão.

Lacan (1964/2008) assinala que *pulsão não é impulso*. Para ele, é, precisamente, a distância e novidade do sentido que *pulsão* tem na Física ou na Biologia que fazem dele um conceito fundamental na Psicanálise. Em seu retorno ao conceito de pulsão, Lacan retoma os quatro termos a ele articulados, que foram, aqui, mencionados: (1) impulso/pressão, (2) fonte; (3) objeto e (4) alvo/meta. O

⁴⁸ “Forças motivacionais” aqui devem ser tomadas aqui, segundo nota do artigo, como “temáticas” ou “conteúdos”. Certas pulsões opostas e ancoradas em certos temas se contrapõem ao avanço de outras, configurando-se aí um conflito pulsional. (op. cit., p. 169 – Notas).

⁴⁹ Freud destaca que os destinos da pulsão consistem essencialmente em que as *moções pulsionais* ficam submetidas às influências das três grandes polaridades: sujeito (Eu) – Objeto (mundo exterior) // prazer – desprazer // ativo – passivo.

“impulso” não poderia ser, segundo Lacan, aderido a uma função biológica, mesmo ele que tenha, inicialmente, sido aproximado a uma simples descarga. O autor dá força para o fato de que a excitação envolvida na pulsão não vem de qualquer estimulação proveniente do mundo externo. Trata-se, como propôs Freud (1915/2004), de uma *excitação de origem interna* e, importante, de *natureza constante* (op. cit., p. 146). Lacan destaca essa característica da pulsão porque a *constância*, diz ele, “proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, que tem sempre um ritmo” (LACAN, 1964/2008, p. 163).

Após dar relevo ao fato de que à especificidade da excitação implicada na pulsão, ele afirma que “a descarga em causa [na pulsão] é de natureza completamente diferente e se coloca num plano completamente diferente [daquela suposta seja na Biologia, seja na Física]. Lacan reafirma a idéia de que a pulsão tem quatro elementos e quatro vicissitudes/destinos. Segundo Freud, diz Lacan, “a sublimação é também satisfação da pulsão” (LACAN, 1964/2008, p. 163), sendo ela, porém, *inibida quanto ao seu alvo* – que, afinal, ela não atinge. A sublimação não é, portanto, pulsão não-satisfeita, embora ela não envolva *recalcamento* (op. cit., p.163).

Lacan acrescenta, contudo, que a satisfação atingida pela pulsão é paradoxal por colocar em jogo o registro do real como obstáculo ao princípio do prazer. Assim, o objeto que ela apreende e que, *de certa forma*, a satisfaz, não fecha o circuito da pulsão porque, a rigor, “nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer a pulsão”. No exemplo de Lacan: “(...) essa boca que se abre no registro da pulsão não é pelo alimento que ela se satisfaz, é, como se diz, *pelo prazer da boca (...)*” (op. cit., p. 165). O autor sustenta, com Freud, que o objeto da pulsão não tem qualquer função ou qualquer importância - ele é, na verdade, *indiferente*. Nessa direção, para Lacan, a pulsão *contorna o objeto*, que deve, por isso, ser assumido, ao mesmo tempo, como *borda* (em torno da qual se dá a volta) e *escamoteação* (de algo que não é atingido).

Quanto à questão da *fonte da pulsão*, Lacan (1964/2008) relembra o fato de que ela envolve uma excitação que é mantida constante (o que a torna diversa das

variações fisiológicas que estão submetidas a todos os ritmos). As pressão/tensão que as pulsões exercem estão, em Freud, ligadas a um fator econômico (e não biológico), dependente, em Freud, das condições em que se exerce o princípio do prazer, que implica um sistema relacional. Diferentemente, o sistema nervoso central, que chama de *Real-Ich*, funciona como um sistema que *tem finalidade* – a de garantir a *homeostase das tensões internas* - a sexualidade humana, que tem a ver com a realidade psíquica e, portanto, com o inconsciente (op. cit., p. 162).

Segundo Lacan, “a pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente” (op. cit., p. 173) - a sexualidade humana tem a ver com uma realidade intervalar, que só pode ser considerada, como disse Freud, sob a forma de pulsões parciais. A *pulsão é uma montagem*, sustenta Lacan, mas “concebida não numa perspectiva referida à finalidade”. Sendo assim, acrescenta ele, a pulsão se apresenta “de saída, como não tendo nem pé nem cabeça – no sentido em que se fala de montagem numa colagem surrealista” (op. cit., p.167).

Lacan, a partir de Freud, dirá que, “em relação à instância da sexualidade [os sujeitos] só têm a ver com aquilo que, da sexualidade, passa para as redes de constituição subjetiva, *para as redes do significante*” (op. cit., p. 174) - o que nos remete ao fato de que a sexualidade tem a ver com as incidências significativas e significantes do outro sobre a superfície do corpo do bebê: “graças à introdução do outro, a estrutura da pulsão aparece” (op. cit.179). Vemos que, com Lacan, entra em jogo, uma explicação que envolve o outro e a linguagem.

Capítulo 5 – O sujeito com PC e a Clínica de Linguagem

O sujeito com PC, pelas exigências e necessidades incontornáveis de seu organismo, estabelece com o outro uma relação particular. Essa relação implica, naqueles casos em que a gravidade motora é significativa, uma dependência que não determina, contudo, uma atitude homogênea por parte do outro. O imaginário do outro (pais, familiares, cuidadores, profissionais) simboliza o corpo dessa criança de maneiras distintas: como um sujeito que pode/deve ser institucionalizado, marginalizado, infantilizado, doente e até como uma pessoa com uma vida a ser vivida.

Nesta tese, procuro colocar em questão a problemática da pessoa com PC, mais especificamente, procuro iluminar o fato de que ela não se reduz à lesão neurológica que afeta profundamente seu organismo. Em outras palavras, a clínica com essas pessoas me levou na direção do Interacionismo, da Clínica de Linguagem e, mais recentemente, da Psicanálise. Fato é que a heterogeneidade imprevisível dos efeitos da “paralisa motora permanente” de pessoas com Paralisia Cerebral não permite que se obscureça o fato de que elas são “seres de linguagem”, como tenho procurado sustentar (VASCONCELLOS, 1999/2006 entre outros). Se esse é caso, fica-se frente a um corpo pulsional, que se sustenta de/na linguagem. De outro lado, não se pode ignorar, como indiquei acima, os efeitos reais dessa “doença” sobre o sujeito e o outro. Deve-se perguntar, então, sobre sua incidência: “onde é que ela incide?” e sobre os limites que ela coloca: “para quem esse limite (a paralisia) se impõe?”. É certo que, para além da restrição motora, que afeta o sujeito de formas diversas, seus efeitos afetam pais e profissionais⁵⁰.

Estamos falando de uma *relação objetal* em que ambos são sujeito e objeto. De fato, é o cuidar da criança que faz de alguém “mãe” e é através desses cuidados que a criança vai se constituir como filho e como sujeito. Tornar-se mãe é uma

⁵⁰ No caso do fonoaudiólogo, essa afetação fica submetida a uma outra - ao corpo-teórico do clínico (CARVALHO, 2006; LIER-DeVITTO, 2006). Assim, ficar sob efeito do que ultrapassa o orgânico no caso da PC depende de um gesto de leitura clínica.

condição que se consolida na relação com o bebê, que, por sua vez se humaniza nessa relação. Certamente, a construção dessa relação objetual adquire contornos com diferenças profundas no caso de crianças com PC, para as quais o contato inicial é extremamente dificultado. O bebê é um vivo e “quer viver” - isso está na origem da pulsão. A mãe, através da linguagem, dá sentido a esse impulso para a vida, interpreta o que o bebê “faz” como vontade, intenção, etc. Como organismo, ela se defende dos estímulos endógenos e exógenos. Pode-se imaginar que, no caso da criança que tem que se submeter aos cuidados médicos desde o nascimento, estímulos exógenos e endógenos sejam muitos e diversos daqueles com os quais se depara um bebê que fica aos cuidados de sua mãe em sua casa, após seu nascimento.

O desenvolvimento motor do bebê com Paralisia Cerebral não alcança maturação neurológica que resulte na realização de movimentos voluntários. Crianças, por volta de três a quatro meses, libertam-se de comportamentos reflexos, desse funcionamento primitivo corporal global e aproximam-se de um comportamento motor dito voluntário. Com isso, ganham simetria, conseguem pegar objetos e dirigi-los à boca, viram-se, rolam, sentam-se com e sem apoio - desenvolvem reações de equilíbrio e ganham novas atitudes posturais até engatinharem e colocarem-se em pé para iniciarem a esperada marcha. O bebê com PC tem um tônus muscular de base mais baixo no início, demora para sustentar a cabeça e o tronco ou de fato não os sustenta. Ao lado disso, seus reflexos primitivos não dão lugar a movimentos voluntários, o que o impede que alcançar brinquedos, de segurá-los e levá-los à boca, de os transferirem de uma mão para outra, ou de segurá-los com ambas as mãos diante de seus olhos. O movimento reflexo não cede a ganhos motores – muitas vezes impede a marcha e pode impedir que a fala se materialize.

A linguagem é “alteridade radical” em relação ao ser vivo, como vimos. A ordem simbólica pré-existe ao bebê, que sem ela ele não pode viver. O outro, que significa a criança, é também heterogêneo em relação ele, mas a criança se serve de seu corpo: provoca interpretação e coloca o outro frente a uma incógnita: quem

é esse ser? A mãe recalca esse mistério e faz da criança o objeto do seu desejo. A mãe encarna o sujeito: fica entre o orgânico e o psíquico. O bebê, portanto, está fora do próprio corpo: ele é um ser inteiramente no real, ainda não marcado pelo corte do significante. É o jogo do significante que constitui o sujeito e destitui o ser (do ponto de vista do organismo). A linguagem coloca o bebê numa cadeia: só assim é possível fazer uma/sua história.

Vorcaro (2006) assinala que “a restrição das condições orgânicas do ser antecedem e determinam o percurso da constituição do sujeito. Isto quer dizer que antes de sofrer os efeitos da alteridade [do Outro], o neonato é organismo que funciona de modo acéfalo” (op. cit., p.209). Esse “organismo acéfalo”, como diz Vorcaro, provoca efeitos sobre a mãe, “essa agente que anima esse organismo como um corpo, essa agente que corporifica esse organismo” (op.cit., p. 209). A mãe antecipa nesse organismo vivo um corpo, tornando-o território do Outro materno:

Por tal funcionamento do agente maternante que age sobre o organismo, estabelecendo as funções de um corpo a ele sobreposto, as condições orgânicas serão ultrapassadas e organizadas como um *corpo textual* cuja sintaxe não obedece mais a padrões meramente orgânicos, restritos à ordem da biunivocidade entre necessidade – satisfação, mas sim à perversão da condição natural [da condição de organismo]. Tal perversão quer dizer implantação da versão das funções orgânicas distorcidas pela imagem corporal atribuída a esse bebê, que é posto em funcionamento a partir de certos pressupostos que, a despeito de serem inconscientes, são estabelecidos e impressos no organismo pela formatação singular de uma temporalidade na qual os cuidados são organizados, modalizando uma lógica própria de acesso a esse corpo. É essa perversão incidente no organismo natural que lhe confere posição simbólica. Nessa perspectiva, podemos

dizer que a constituição da criança em sujeito é o processo de tomar corpo, conquistar seu corpo, já que esse corpo é antes, território alheio (op.cit., p. 210).

O cuidador da criança, diz a autora, *serve-se de seu próprio corpo* para operar essa costura que, como tal, não deixa de penetrar pontilhando as bordas, tornando-as, portanto, mais sensíveis e afetadas e, ao mesmo tempo, estofadas pelo suprimento do corpo maternante, guarneecendo-o, encorpando-o.(op. cit., p. 210).

O investimento da mãe ou do agente materno no corpo do filho é decisivo, como procuro mostrar. No caso de um bebê que nasce e de pronto é encaminhado para cuidados especiais necessariamente produzirá efeitos na mãe. O real não incide só na criança, mas também no próprio sujeito com PC e antes mesmo de que se possa falar em “sujeito”.

O amor dos pais dirigido ao bebê, afirma Freud (1914/2004, p. 110) aponta para a questão do renascimento do narcisismo paterno e materno. O bebê é supervalorizado, é tido como ‘a perfeição’: seus defeitos tendem a ser esquecidos ou encobertos. Segundo Freud, ama-se, (1) conforme o tipo narcísico: (a) o que se é (a si mesmo); (b) o que se foi; (c) o que se gostaria de ser; (d) a pessoa que outrora fez parte de nosso próprio Si-mesmo; (2) conforme o tipo de escolha por veiculação sustentada: (a) a mulher que nutre; (b) o homem protetor. Freud afirma ainda, que também se ama a série das pessoas substitutas derivadas a partir destes dois últimos casos. Quero assinalar aqui que, certamente, desarranjos entre essa mãe e esse bebê podem ocorrer e produzir seus efeitos na constituição subjetiva dessa criança.

Interessa-nos, nesta tese, tentar apreender como é que se dão os efeitos entre esse sujeito e seu terapeuta numa clínica que tem contornos singulares por privilegiar nela, a linguagem e o sujeito em sua complexidade e heterogeneidade.

É certo que o comprometimento neuromotor, que caracteriza a PC, escancara o real dessa patologia e faz de seus efeitos no corpo algo impossível de não ser visto. Ocorre que esse real não encobre notáveis e inequívocas

manifestações subjetivas, que são apreendidas na Clínica de Linguagem. Sendo assim, é preciso reafirmar o papel da força determinante da linguagem na ultrapassagem do prejuízo motor. A rigor, esse ponto nos permite sublinhar a distinção entre corpo-orgânico e corpo pulsional, que é sustentada nesta tese. As discussões, aqui encaminhadas sobre pacientes com PC impedidos de oralizar, têm o intuito de mostrar a viabilidade de um tratamento não conduzido por um raciocínio clínico centrado nas dificuldades motoras impostas pela PC. Diferentemente, em foco está a linguagem e, portanto, o sujeito. Espero, com isso, introduzir uma discussão sobre direções clínicas que possam afetar (e favorecer) a vida de terapeutas, professores e outros profissionais que enfrentam, no dia-a-dia de suas práticas, constrangimentos que obstaculizam a espontaneidade de um sujeito de se apresentar como falante.

O impacto provocado pelo comprometimento físico na PC, qual seja, a presença de padrões primitivos e patológicos de movimento e ausência, portanto, do que se concebe como “atividade voluntária”⁵¹, convoca diferentes áreas, entre elas, aquelas voltadas à reabilitação e habilitação⁵². Dadas a notória presença de alterações de sensibilidade, a inadequação da postura e o comprometimento da tonicidade e motricidade⁵³, a clínica fonoaudiológica tem se apresentado de forma bastante específica e um tanto surpreendente. Digo isso porque todo o investimento

⁵¹ Em Vasconcellos (1999), discuto, ainda que brevemente, a questão da transformação do comportamento reflexo em movimento voluntário. Segundo o médico neurofisiologista Karel Bobath, a abordagem que ele e sua esposa, a fisioterapeuta Berta Bobath, propõem, partem do pressuposto da neurologia clássica segundo o qual o controle inibidor, que está a cargo dos altos centros cerebrais, não se desenvolve devido à lesão no caso da PC. Assim, a criança com PC exhibe padrões reflexos primitivos de postura e movimento porque tais padrões não são submetidos a um crescente controle voluntário. Assim, o objetivo último da abordagem Bobath (Bobath, K., 1976) é o de levar a criança a **realizar movimentos mais próximos dos voluntários lançando-se mão de técnicas de manuseio**, promovendo a inibição da atividade reflexa primitiva e patológica. Tem-se, nesse caso, a utilização de uma abordagem neuromotora que visa uma modificação no espaço mesmo do organismo: modificação em seu aspecto motor. Pode-se reconhecer, no caso de tal abordagem, uma coerência entre a natureza de um conceito e o campo em que é empregado. Dito de outra forma, espera-se que, através de técnicas de manuseio que incidem organismo, seja possível interferir nas respostas motoras desse mesmo organismo.

⁵² Na literatura do campo, “habilitação” é termo que não inclui práticas clínicas e sim esfera como a tecnológica, adequação contextual/ambiental e outras.

⁵³ O comprometimento da motricidade oral, no caso desses sujeitos, muitas vezes, envolve a sialorréia (baba), com respiração bucal e postura de lábios abertos na posição de repouso, bem como dificuldades relacionadas às funções de alimentação (mastigação, sucção e deglutição). A deglutição, associada à aspiração de alimentos, pode levar a quadros respiratórios importantes.

acaba incidindo sobre os aspectos orgânicos comprometidos do *aparato motor oral*. Desse modo, pode-se dizer que a direção do tratamento visa a atingir sua *maior adequação funcional*. Ocorre que tal proposta clínica não vai além da tentativa explícita de “fazer articular”.

Nota-se, por aí, a influência clara da visão médico-organicista nessa clínica que adquire, por isso, um perfil “ortopédico”. Espera-se, de fato, que técnicas de cunho fisioterápico possam resultar, natural e diretamente, em fala (VASCONCELLOS, 1999; 2006 e outros) - a idéia de que basta investir na produção de movimentos articulatorios para que a linguagem seja “oralizada” é marca inquestionável da atuação fonoaudiológica com pessoas com PC. Não se questiona, aqui, a eficácia desses procedimentos no aspecto motor-oral. A objeção que se levanta diz respeito à concepção reducionista de fala, admitida implicitamente como “oralização”.

A problemática acima mencionada aponta para a forte presença de um raciocínio causal, próprio da visão médico-organicista, que impregna tanto o diagnóstico, quanto o tratamento fonoaudiológicos (ARANTES, 2006; FONSECA, 1995, 2003, 2006; FARIA, 2003). Contudo, há que se reconhecer que as questões relacionadas aos problemas da fala de sujeitos com PC não se reduzem a aspectos neuromotores – é essa objeção que tem, em larga medida, sido sustentada pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, do LAEL-PUCSP. Fonseca (2003) diz, com ênfase, que “a etiologia não esgota a questão”. Arantes (2006), na mesma direção, afirma que “esses casos [de pessoas com problemas neurológicos] envolvem questões outras, que excedem a problemática de quadros em que o corpo-orgânico está implicado (...)” (op. cit., p. 323).

Contrariamente a tal vértice de reflexão, no extenso levantamento bibliográfico realizado para esta tese, chama a atenção, que as discussões - seja no campo médico sobre a PC propriamente dita, seja no espaço da Fonoaudiologia - não mencionem a problemática do *sujeito* com PC. As considerações restringem-se aos obstáculos impostos por uma PC grave, i.e., expressar e comunicar

pensamentos. Trata-se de impossibilidades que são invariavelmente atribuídas à dificuldade de acesso motor ao ‘mundo físico’ – um impedimento que abalaria o adequado desenvolvimento de habilidades cognitivas e, por conseqüência, da linguagem. Note-se que, num panorama assim delineado, a linguagem é mero efeito do cognitivo-mental e, como tal, é função cognitiva (representativa)⁵⁴.

Pode-se reconhecer que, mesmo reduzida a veículo de expressão/comunicação de idéias, sentimentos e emoções, essa posição reducionista frente à linguagem não deixou de produzir seus efeitos. A *Comunicação Alternativa* (CA) - e os *Sistemas Alternativos de Comunicação* (SAC) que nela se incluem - representa, sem dúvida, uma conquista importante, decisiva mesmo, no que se refere à abertura de relação entre clínicos ou professores e as pessoas com patologias que impedem a materialização da fala. O empenho em “viabilizar a comunicação” encobre, mas não anula, a suposição implícita (não teorizada) de que essas pessoas “têm fala”, de que “estão na linguagem”. De fato, pode-se dizer que uma “fala oculta” poderia ser realizada através da CA – por uma via que não a da oralização. Pôde-se, assim, pela “função expressiva” chegar à suplência da “comunicação”. O problema está, a meu ver, em que, por essa via, tem-se o ônus da pessoa com PC ser reduzida a um “indivíduo responsivo”, sem desejo ou vontade (Dudas, 2009).

Pretendo, nesta tese, sugerir que, para realizar o desejo de caminhar mais e melhor no domínio clínico, é preciso dar um passo teórico importante, qual seja, o de articular linguagem e sujeito. Em outras palavras, parece-me preciso assumir que a linguagem é constitutiva, i.e., que o sujeito é efeito de linguagem. Nesse movimento, tem-se que ‘sujeito’ não é uma extensão do crescimento orgânico. Linguagem não é função cerebral ou cognitiva. Ela é funcionamento ‘autônomo’ em relação a esses domínios, mas não em relação ao ser. Desse modo, a “doença” que afeta o organismo, não é impedimento à captura do ser pela linguagem. Pois bem, quando se persegue esta direção, toma-se distância dos campos da Medicina e da Fonoaudiologia. Fica-se ao lado da Psicanálise.

⁵⁴ Esse ponto foi exaustivamente abordado no Interacionismo proposto por Cláudia De Lemos, tanto pela referida autora, como por pesquisadores como Castro (1992), como também por Lier-DeVitto (1988).

Na Clínica de Linguagem, suspende-se, portanto, o raciocínio causal *organismo*→*sujeito*, difundido e solidamente enraizado na Clínica Fonoaudiológica, que é orientada por premissas organicistas, sociais ou cognitivistas. A Clínica de Linguagem afasta-se, assim, do campo da complementaridade⁵⁵ (HENRY, 1992; FONSECA, 2003 e outros, VASCONCELLOS, 1999). O raciocínio clínico que conduz as discussões é aquele movido pela interrogação sobre o modo de um sujeito apresentar-se como falante, como diz Lier-DeVitto, sobre o efeito que sua fala [ou sua ausência de fala] produz no outro (ARANTES, 2006). Incluo, em minha reflexão, sujeitos com PC e exploro a especificidade aí envolvida.

5.1. Um corpo falado e falante: pontuações sobre a escuta

Meu envolvimento com pacientes com PC, cuja fala não se materializa, tem correspondido (praticamente) à totalidade de meu investimento clínico. Esse investimento ultrapassa, na verdade, a esfera clínica já que tenho, também, procurado responder teoricamente às questões que são suscitadas pela relação desses pacientes com a linguagem (VASCONCELLOS, 1999, 2004, 2006). Tratar a linguagem como ponto de partida com pessoas com PC implica subverter a primazia do orgânico em favor do reconhecimento de que, ali, na clínica, está presente *um sujeito*, que “ostenta linguagem” (OGILVIE, 1988, p.113). Refiro-me a um corpo falado, que fala (VASCONCELLOS, 1999, 2006), mesmo que tenha que fazê-lo através de um mínimo de mobilidade – um corpo que fala através de sorrisos e de gestos significados e significativos dirigidos ao outro.

⁵⁵ Ou seja, “do humano, o que não é da ordem do psicológico, é social e reciprocamente” (HENRY, 1992, p. 141). Com isso, o autor quer dizer que a “exclusividade do par psicológico/social, no que concerne o humano, não cede lugar para se pensar outra ordem, a da linguagem por exemplo: não há espaço, nesse caso, para um conceito de língua e sua autonomia” (op. cit., p. 141).

A fala de meus pacientes com PC faz-se notar, ainda, *na escrita* com símbolos de sistemas gráfico-visuais (BLISS e PCS) e/ou da escrita alfabética. Trata-se de uma fala que está na escuta do sujeito com PC (VASCONCELLOS, 1999, 2006) e que, muitas vezes, se realiza em escrita *através do corpo do outro*. Quero dizer que essa fala “não sai pela boca”, mas pelo olho (do paciente) e pela mão (do terapeuta ou do paciente)⁵⁶. O outro, portanto, empresta seu corpo (voz e gestos) ao sujeito com PC toda a vez que verbaliza e/ou escreve as indicações que lhe são feitas (com o olhar ou o gesto do paciente). Importante é dizer que esses sujeitos *concordam* ou *recusam* (com gestos bem marcados de ‘sim’ e de ‘não’) as produções registradas pelo terapeuta. Em outras palavras, eles se empenham em sustentar sua fala/escrita. De fato, o que tenho podido atestar na clínica é que esses pacientes sustentam (a) e se sustentam na linguagem, apesar de não prescindirem do corpo do outro-terapeuta.

Nesta tese, procuro iluminar uma clínica que tem contornos singulares por dar reconhecimento a questões suscitadas na relação com pessoas com PC e por considerar o *corpo pulsional* - aquele que interpreta e que demanda interpretação⁵⁷. Pessoas com PC foram afetadas pela linguagem: *seu corpo falado*, capturado pela linguagem, aparece como falante nas produções com símbolos Bliss ou na escrita alfabética, conforme veremos abaixo, no registro da produção de S. Nela, há cruzamentos da oralidade na escrita (de um corpo que não oraliza)⁵⁸. Trata-se de escrita produzida na clínica, em que se esperava surpreender efeitos da leitura de um texto referente à história "João e Maria"⁵⁹, texto, esse, criado por S. e por seus

⁵⁶ Quando impedidos de realizar movimentos de membros superiores ou quando esses movimentos, ainda que possíveis, ao lado da grande dificuldade motora, possam vir a acarretar prejuízos futuros de natureza postural (escoliose, p. ex.) e articular (sub-luxação de cintura escapular, p. ex.), esses pacientes indicam, através do olhar que guia o terapeuta, símbolos dos referidos sistemas gráfico-visuais ou letras e números e é pelas mãos e boca do outro (terapeuta) que uma fala/escrita se realiza.

⁵⁷ “Corpo pulsional”, conceito do qual as discussões desta tese não pode prescindir, indica e distingue o estatuto de um corpo atravessado pela linguagem (Leite, 2003:81). Para Leite, “nada mais natural – para aqueles que trabalham com o texto freudiano – do que tomar o conceito de *pulsão* para abordar as articulações entre corpo, linguagem, afeto e sentido” (op. cit., p. 81-82).

⁵⁸ Esta narrativa foi retirada de Vasconcellos (1999:109-15)

⁵⁹ Trata-se da história “João e Maria”, que os alunos da sala de S. produziram a partir de uma seqüência de slides. Para cada slide, um segmento (frase) foi elaborado oralmente e, através de símbolos (PCS e Bliss), no caso das crianças da sala que não oralizavam. O texto foi, então, transcrito pelo professor e lido “em capítulos”, em sala de aula, até que a história estivesse completa. A cada novo trecho, o capítulo anterior era retomado. A S. é solicitado que reproduza o texto na clínica. Esses dados compõem o conjunto de produções de S. que trago em minha dissertação de mestrado (Vasconcellos, 1999), publicada em formato de artigo em

colegas em sala de aula. Esse tipo de atividade semanal era registrado pela professora e sempre acompanhado pela terapeuta. O objetivo da tarefa era propiciar, a essas crianças, uma experiência de autoria⁶⁰. Dessa experiência coletiva, partiu a minha solicitação a S. de reescrever a história, desta vez, na clínica:

João e Maria

João e Maria estavam brincando.

João e Maria estavam jogando pão para os passarinhos.

A mãe deles disse: “*Não vão muito longe!*”

Mas eles entraram na floresta.

Eles viram uma casa feita de doces.

A casa era da bruxa.

A bruxa prendeu o João na gaiola.

Maria lavava o chão.

Maria jogou a bruxa no forno.

Maria tirou o João da gaiola.

Eles foram para casa.

O pai ficou com os filhos.

A mãe morreu.

S., uma menina com PC, quadriplégica⁶¹, possuía mesa acoplada à sua cadeira de rodas sobre a qual ficava disposta sua prancha de símbolos Bliss, que também incluía letras e números, sinais de pontuação, alguns logos e frases escritas em Bliss. S. os *indicava através do olhar* e confirmava as letras e símbolos lidos por T. através de *meneios de cabeça para ‘sim’ e ‘não’*. Eleito um bloco de símbolos,

2006.

⁶⁰ Sobre esse tema, ver Borges, S. “O quebra-cabeça [a instância da letra na aquisição] da escrita” – Tese de Doutorado (PUCSP, 1995), trabalho que me instigou a propor às minhas crianças com PC uma forma nova e audaciosa de apresentá-las à escrita e de levá-las a ser por ela movimentada.

⁶¹ S. apresenta uma PC do tipo atetóide (movimentação involuntária e flutuação de tônus de normal a hipotônico).

letras ou números, S. passava para a coluna que continha o símbolo e, para selecioná-la, acompanhava o gesto de T., que percorria as colunas do bloco, até que um novo 'sim' indicasse a coluna selecionada. Por fim, T. percorria cada símbolo até chegar àquele indicado e confirmado por S., com um último 'sim'.

As LETRAS MAIÚSCULAS correspondem às palavras articuladas letra por letra e, em *itálicas minúsculas*, temos os símbolos Bliss.

Segmento 1 - S. [7a;10m]

(narrativa realizada a partir de história lida em sala de aula)

(1) JUÃO E MARIA

(2) JUÃO E MARIA ESTANÃO *brincar/jogar*



(3) JUÃO E MARIA ETEVÃO *brincar/jogar* PÃO PARA OS PASARIOS



(4) COM TRARO casa fazer DOCES



(5) TOCARO A CAMPARINHA A BRUXA TAMTEL A BRUXA PREMTEL O JUÃO NA GAOLA POES A MARIA TOS OS *dia* S LINPAVA O JANÃO



(6) PUROU A BRUXA NO FORNO A MARIA TIROU O JUÃO NA GAOLA

(7) ir casa FICARO pai



(8) FICARO feliz PARA CEPRE



Antes de tudo, note-se, no segmento acima, que os símbolos são mais raros. Chama a atenção a presença quase que maciça da *escrita alfabética* e, nela, de *erros*. Pode-se pensar que, sob efeito de um texto escrito, lido e relido várias vezes em sala de aula, a escrita alfabética tenha podido irromper na produção de S. Enfatizo, neste momento, que a presença de erros na escrita alfabética de S. não a caracterizava como sintomática. Ao contrário, nessa escrita, de uma criança de sete anos e dez meses, havia movimentos e cruzamentos entre *fala - escrita*, *escrita - fala* e *escrita - escrita* que apontavam para a incidência singular de um sujeito na linguagem. Em outras palavras, para um sujeito que, de fato, se põe a funcionar como falante/escrevente. Interessa-me assinalar, no segmento acima, a marcas da oralidade na escrita de S., uma presença que diz da *escuta de S. para a fala*⁶². Nos segmentos (1), (2) e (3), a escrita de “JUÃO” por “JOÃO” sugere “que a fala (que está na escuta de S.) atravessa sua escrita e deixa, nela, seu rastro (VASCONCELLOS, 1999, p. 111). O mesmo parece ocorrer em (5) com “TOCARO” por “TOCARAM”, em (6) com “PUROU” por “EMPURROU” e em (7) e (8) com “FICARO” por “FICARAM”.

Ter podido apreender a *fala na escrita* de S., levou-me, em 1999, a tecer considerações sobre a “escuta”. De fato, como disseram Arantes (1994) e De Lemos (1992) e, de forma mais aprofundada, Andrade (2003), audição e escuta não são instâncias coincidentes. Sujeitos com PC ouvem (não há barreira biológica para a audição) e escutam (foram capturados pela linguagem). Andrade (2003) assume a

⁶² A análise dos dados desse segmento encontra-se em Vasconcellos (1999:109-15).

diferença radical entre organismo e sujeito e, através da análise de materiais de crianças em sessões de atendimento clínico, contesta, implicando Freud (1925/1976), a relação direta percepção-linguagem tão acirrada na Fonoaudiologia. A autora mostra que Freud pôde inverter a direção comumente assumida (percepção→linguagem), propondo caminho inverso (linguagem→percepção). O mundo passa a ser concebido como objetivado na e pela linguagem e o corpo como ‘pulsional’ e não ‘orgânico’ (ANDRADE, 2003, p. 97).

Freud (op. cit.) fala em “traços mnêmicos”: impressões que não têm uma qualidade sensorial particular e que estão sujeitos a um permanente movimento associativo. Os traços mnêmicos são, para Freud (op. cit.), resíduos de vivências. Conforme assinala Andrade (2003), eles “dizem respeito à forma singular com que eventos subsistem no aparelho psíquico” (op. cit., p. 93). Pode-se dizer, com Andrade, a partir de Freud, que “há uma não coincidência entre a trajetória de um organismo e a vivência de um sujeito” (op. cit., p. 94). Através da interpretação dos sonhos, da afetação pelos devaneios e delírios, Freud afirma que o aparelho psíquico comporta movimento progressivo-regressivo, que suspende a temporalidade da sucessão cronológica – a regressão é impulsionada pelo sistema inconsciente. De fato, a escrita de S., que não coincide com aquela que serviu de base para sua narrativa, ilumina essa temporalidade da regressão, que implica o inconsciente: ela não é reprodução do texto-matriz. Nas narrativas de S. há inclusão de enunciados, supressão de outros e erros. Ou seja, há marcas de vivências singulares e de sua relação, não menos singular, com a linguagem.

À diferença do segmento anterior de S., em que a escuta para a fala própria e do outro aparece marcada em suas produções em escrita alfabética, no segmento abaixo, a escuta de S. se faz notar na indicação dos símbolos que compõem sua narrativa. Trata-se de um relato de final de semana⁶³.

⁶³ Segmento extraído de Vasconcellos (1999:91-2; 2006:302-5):

Segmento 2 de S. [7a;3m]

(1) *sábado* *pai* *tio* *ir* *camping* *privada*



(2) *tio* *ir* *casa* *você*



(T. escreve o símbolo 'você' como 'dele')

(3) *eu* *mãe* *irmã* *ir* *camping*



(4) *segunda* *eu* *pai* *passado* *ir* *trailer*



(5) *eu* *ir* *carro* *prima*



(S. escreve 'MOTO')

(...)

No segmento acima, sustentado e dirigido por S., a participação da terapeuta é apreensível, apenas, nos efeitos sobre S., do registro de suas indicações. Em (2) *'tio ir casa você'*, a criança fixa o olhar em 'você' e a terapeuta escreve 'dele' (o que reflete uma limitação da prancha - nela constam apenas os pronomes 'eu' e 'você' sob a forma de símbolos). Interessante é que a terapeuta interpreta 'você' como 'dele' (é isso que T. escreve) - provavelmente sob efeito da palavra *'tio'* que inicia a seqüência (2): T. faz referência de 'você' a *'tio'* e escreve 'DELE' (casa do tio). *A interpretação da terapeuta, nesse caso, não produz nenhuma reformulação na produção de S..* Diferente é o que ocorre em (5) *'eu ir NO carro MOTO prima MARIA'*, em que a terapeuta registra 'carro' (desenha o símbolo 'carro' associado à palavra 'CARRO'). Ao ler 'CARRO', S. *'corrige' a terapeuta., através da indicação das letras que compõem a palavra 'MOTO', pelo símbolo 'carro'.*

Nessa composição de S. 'em paralelo'⁶⁴, a presença sutil da terapeuta na fala-escrita de S. indica que a criança 'fala por si' e, mais do que isso, que a *fala na escrita* de S. interpreta o registro realizado pela terapeuta: a *fala na escuta* de S. elege os símbolos que vão aparecendo numa seqüência particular - numa ordem que respeita a ordem da língua que essa criança escuta - a do português. Quero dizer com isso que, se a fala não se inscreve efetivamente no segmento acima, é ela, ainda, que seleciona e comanda a indicação dos símbolos: há um texto que governa suas escolhas. As diferenças entre os dois segmentos apresentados e discutidos mostram a invasão da escrita alfabética nas produções de S. Elas apontam para uma mudança na relação dessa criança frente aos símbolos e à escrita alfabética - mudança que remete aos efeitos de uma clínica que tem escuta para a linguagem e para os movimentos, nela, do sujeito. Podemos dizer que S. caminha muito na escrita e os símbolos, imiscuídos na escrita alfabética, vão ficando

⁶⁴ Chama a atenção a estrutura paralelística dessa narrativa de S: pessoa + ir + x. Há substituição em todas as posições, mas a mesma estrutura é mantida. A coesão textual decorre do jogo entre mesmo e diferente, isto é, entre fixidez estrutural e substituição posicional. O que se observa no segmento a que faço referência aqui, é que ele guarda uma semelhança com o que foi discutido por Lier-DeVitto (1998, 2003 e outros). A diferença está em que a criança responde pelo texto.

reservados para o diálogo, talvez pela ‘economia’ que proporcionam. Esta menina pôde, como efeito dessa clínica, ser reconhecida como sujeito falante porque foi escutada como “alguém que está na língua, com fala na escuta, e fala que se inscreveu na escrita” (VASCONCELLOS, 1999, p. 122).

Parece-me preciso dar destaque - no caso de S. (e daqueles sujeitos introduzidos aos SAC) - ao fato de que sua fala-escrita só pode ser apreendida e atestada devido à indicação feita de marcas (símbolos, letras do alfabeto e números) que figuram em suas pranchas de comunicação. É partir da materialização dessas marcas, seja através da voz ou do gesto de escrita emprestado pela terapeuta ao paciente, que um registro pode ser lido como significante. Quero dizer, com isso, que as sinalizações *ganham corpo no corpo do outro*. Do lado do paciente, devo assinalar que *apenas um corpo falado e falante tem escuta e é afetado pela fala do outro*.

Uma outra criança (F), à exemplo de S., também é solicitada a reproduzir, na clínica, a história ‘João e Maria’ anteriormente elaborada, lida e re-lida em sala de aula. Note-se que S. e T. têm exatamente a mesma idade (7a;10m) quando os dados do re-conto da história foram registrados. Esclareço, também, que F. aponta símbolos do PCS diretamente em sua prancha. Vejamos:

Segmento 1 de F. – [7a;10m]

(1) F. *pai* *mãe* *casa*



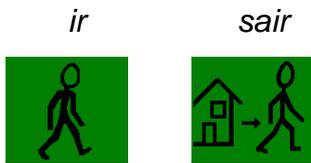
(2) T. Quem mais morava na casa?

(3) F. maía

(4) T. Só a Maria?

(5) F. ão

(6) T. E daí? O que aconteceu? Onde eles foram passear? Você pode usar seus símbolos (T. sinaliza *ir* e *sair* na prancha).



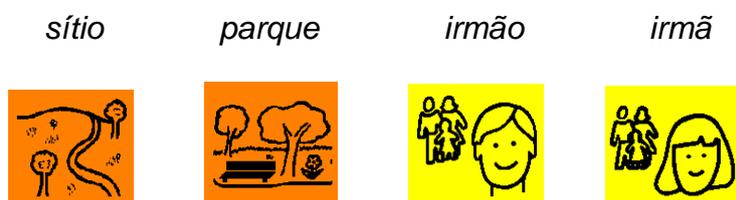
(7) F. *sair* *rua*



(8) T. Eles não foram passear na rua. Eles foram passear na floresta. Tem algum símbolo aí que pode ser floresta? Uhm... tem?

(9) F. não

(10) T. Tem esse, sítio (fala e aponta o símbolo na prancha), tem esse, parque (faz o mesmo) e para João e Maria, você pode mostrar esses (irmão, irmã).



(11) F. tata (apelido da irmã)

(12) T. É, os irmãos. O que eles viram lá na floresta?

(13) F. *Casa*



(14) T. De quem era a casa?

(15) F. au

(16) T. Era da mãe deles?

(17) F. não

(18) T. Era da fada?

(19) F. não

(20) T. Era da Bruxa?

(21) F. é (grita)

(22) T. Ah! Muito bom. E aí, eles viram a casa e o que aconteceu?

(23) F. João Maria casa



(24) T. Ficaram na casa...

(25) F. *Bruxa*



(26) T. O que a bruxa queria fazer com o João?

(27) F. (Aponta para a boca com o indicador)

(28) T. Tem um símbolo prá isso aí?

(29) F. *Comer*



(30) T. E o que a Maria fazia na casa da bruxa?

(31) F. (silêncio)

(32) T. A bruxa botou a Maria pra fazer o que?

(33) F. (silêncio)

(34) T. O que a Maria fez?

(35) F. ão

(36) T. O João?

(37) F. é

(38) T. O que a Maria e o João fizeram?

(39) F. *Casa*



(40) T. Fugiram?

(41) F. é

(42) T. Prá onde eles foram?

(43) F. *Casa*



(44) T. Prá casa de quem?

(45) F. papai (indica o símbolo “pai” e diz “papai”)

pai



(46) T. E a mamãe?

(47) F. mamãe ieu

(48) T. A mamãe morreu?

(49) F. é

Note-se que, na história que F. reproduz, não há presença da escrita alfabética. Então, a terapeuta dita para F. algumas palavras relacionadas à história.

Vejam como ele as escreve, apontando com o indicador as letras do alfabeto, uma a uma, em sua prancha:

João – O

Maria - MA

Pai - au

Passarinho - AAIO

Casa - AA

Doces - OE

Gaiola – AIIA

A escrita de F. surpreende T., pois nela, a fala que está em sua escuta já vai encontrando a escrita. (BOSCO, 2005). Curioso é que, ao ser questionado por T. sobre “de quem era a casa” em (14), F. responde “au” em (15): uma emissão oral estranha, mas que retorna na escrita de F. quando é solicitado a escrever ‘pai’. Talvez essa semelhança possa ser explicada, na escrita, pela proximidade que há entre o “desenho” das letras “i” e “u”(homografia). Interessa assinalar aqui que apesar da reescrita de S. e de F. serem produzidas a partir da leitura da mesma história (João e Maria), suas produções indicam diferenças significativas. As produções lingüísticas de um sujeito, sejam elas orais ou escritas, não são meras reproduções - o que aponta para o sujeito do inconsciente e indica que sua presença na linguagem é marcada por uma *escuta singular*. As duas crianças estão na linguagem, apesar das heterogeneidades que podem ser apreendidas em sua escrita.

5.2. A entrada na clínica: considerações sobre transferência

Como é, então, que pessoas com PC chegam a Clínica de Linguagem, esta clínica que não se alinha àquela pautada pelo investimento no motor oral? Frequentemente, o fracasso da meta de suplantar o impedimento motor oral - de “fazer articular para comunicar” - resulta no abandono desse tipo de tratamento, já que a promessa de “comunicar pela fala” não se cumpre. Digamos que o desinvestimento numa abordagem organicista promove investimento numa outra direção, uma busca de solução em outro lugar. Nesse sentido, talvez possamos identificar uma transferência primeira, indefinida que seja, dirigida para a Clínica de Linguagem. Os pais ou responsáveis pelo paciente chegam, sem dúvida, com a expectativa de que algo possa ser feito em relação à comunicação, algo que permita estabelecimento de laço social.

O paciente chega após uma sucessão de escolhas mal sucedidas: de frustrações. O clínico de linguagem lida com isso - com a queixa de cada um, com o tempo da demanda cada um. Convém dizer que, de maneira geral, a pessoa com PC vem em idade escolar ou mais avançada. É fato que a Escola participa de forma decisiva do encaminhamento para a Clínica de Linguagem, ela depende da “comunicação”. Disse que a Escola tem papel decisivo porque nos pais/responsáveis permanece latente (mesmo que abalada) a esperança de que seu filho PC possa falar (verbalizar)⁶⁵. Para alguns, vocalizações esparsas, isoladas e fracas sustentam essa promessa, como no caso de F, que veremos abaixo.

A Comunicação Alternativa, instrumento implementado na Clínica de Linguagem, é *ponto de encontro* entre o paciente (aquele que não fala, mas escuta) e o terapeuta (que se coloca em posição de escuta das manifestações significantes

⁶⁵ Fato é, também, que certos pais seguem falando *pela* criança e/ou estabelecendo códigos particulares de comunicação com seus filhos. Importa acrescentar que, muitas vezes, essas alternativas lhes parecem suficientes (ou mesmo convenientes, eu me arriscaria a dizer).

e significativas de seu paciente). É *ponto de abertura* também, da possibilidade de materialização da uma ‘fala contida’ pelo real da patologia. Importante é assinalar que, para um clínico de linguagem, há sujeito desejante e há fala no corpo prejudicado. Em outras palavras, parte-se do reconhecimento de que na ausência da oralização, há sujeito-falante. Este é o *ponto de partida* que marca a diferença radical dessa Clínica em relação a técnicas do tratamento motor-oral: é outro lugar, como se vê, e é outro o desejo do clínico de linguagem frente ao paciente com PC. A transferência, que se estabelece com os pais/responsáveis pelo sujeito com PC, envolve o manejo da expectativa (já abalada) de que fala possa aparecer, uma vez que, na Clínica de Linguagem, a direção de tratamento aponta para a viabilização de outra modalidade de fala/comunicação. De fato, a Comunicação Alternativa dispensa a ênfase comumente colocada no investimento no motor oral, como o próprio nome indica.

Após tais considerações, voltemos ao caso de S. Aos seis anos, essa menina passou a freqüentar uma sala de alfabetização, ao mesmo tempo em que iniciou o atendimento clínico, na mesma instituição. Após dois meses de atendimento, a mãe de S. veio para uma entrevista. Na instituição, a exemplo do que ocorre na maioria delas, as entrevistas iniciais são realizadas por um “representante da equipe”. Depois da anamnese⁶⁶, uma proposta (clínica e pedagógica) é sempre apresentada às famílias. Se o pioneirismo da referida instituição no Brasil, decorrente da introdução de Sistemas Alternativos de Comunicação jogou papel na sua escolha pelos pais de S., a questão da Comunicação Alternativa não foi, certamente, o motor dessa escolha⁶⁷.

A mãe de S., por exemplo, na entrevista comigo, disse que a criança já havia sido apresentada à Comunicação Alternativa, que possuía um caderno com alguns símbolos Bliss e PCS (uma composição incomum de sistemas de

⁶⁶ A anamnese é um dos instrumentais da instância diagnóstica na clínica médica que” se destina a recolher informações relevantes sobre o desenvolvimento da doença” (Arantes, 2006:316; 2001:80).

⁶⁷ A instituição, além do mais, não atrelava, na anamnese, a implementação da CA ao atendimento fonoaudiológico que não se configurava como decisivo na adesão da família à instituição.

comunicação). Devo dizer que essa mãe não aposta nesse caminho porque, por ele, a criança já havia passado sem sucesso. Disse à mãe que valia a pena insistir mais porque S., em jogos e desenhos envolvendo os símbolos Bliss, se interessava por símbolos referentes à linguagem – o que me parecia auspicioso. Emocionada e não muito confiante, a mãe assentiu, não sem perguntar sobre a possibilidade/impossibilidade de “oralização” no caso de sua filha. Disse a ela que a introdução à Comunicação Alternativa não representava um impedimento à “oralização” e, sim, a possibilidade de se comunicar com o outro. Reintroduzi os símbolos Bliss. Fato é que minha proposta selava, para a mãe, o impossível do investimento na fala oralizada. Encerramos nesse ponto.

O atendimento de S. teve continuidade e caminhou conforme eu havia suposto. Ela se envolveu rapidamente com as cartelas dos símbolos Bliss e com as leituras que eu fazia dos “textos/diários de finais de semana”, que eram escritos pela mãe, por solicitação minha. Esses diários representavam, de início, uma forma de operar com textos em que a criança se reconhecesse e nos quais eu pudesse transitar com ela. S. desenhava cenas a partir desses textos, com a ajuda da terapeuta (que “facilitava” sua preensão de giz de cera de diferentes cores) - desenhávamos a “duas mãos”, portanto. Vejamos alguns desses desenhos. Ambos estão relacionados aos passeios de finais de semana, que a família fazia de carro:

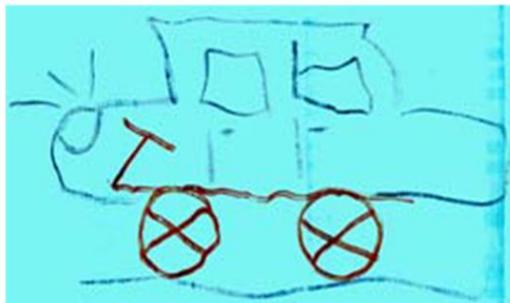


Figura 9. Sobreposto ao símbolo carro, em marrom, o desenho de um carro, em azul realizado a quatro mãos.

Abaixo, temos uma seqüência construída a partir de relato de viagem em que houve problemas com o banheiro do *trailer*. S, com a terapeuta, desenha a figura dela numa cadeira e, depois, “água”. Esse símbolo, sobreposto a “cadeira”, vira

“vaso sanitário”.



Figura 10. *Cadeira e água* separados e depois, sobrepostos, resultando em *vaso sanitário*

Esses desenhos, construídos a partir de fragmentos dos textos lidos, deram espaço a novas segmentações. O *olho*; o *nariz*; a *boca* e a *orelha* do *Boneco Bliss*, sugeridos em McNaughton (1985:132) tornam-se sinais que, destacados da figura, perdem relação com ela e vão circular em articulações significantes.

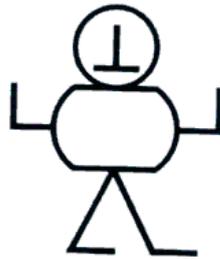


Figura 11. Boneco Bliss – ‘*symbol person*’ (MC NAUGHTON, 1985:132)

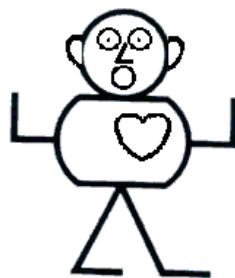


Figura 12. Boneco Bliss com os símbolos *olho*; *nariz*; *boca* e *orelha* sugeridos em Mc Naughton (1985:132) e *sentimento*, esse último, incluído no desenho por sugestão de S.

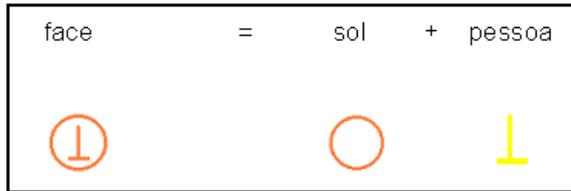


Figura 14

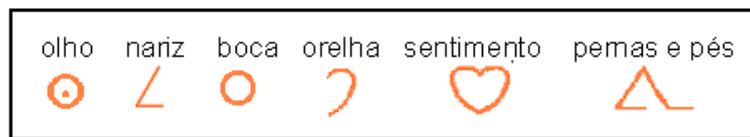


Figura 15

Note-se que os sinais acima, quando associados ao “indicador de ação ▲ o Bliss, transformam-se em “verbos”:



Figura 16

Eu os agrupei numa prancha. Vejamos:

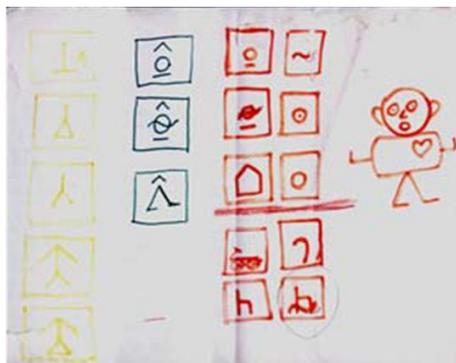


Figura 13. Esboço da primeira prancha de S.

Apoiada nesse esboço de prancha, eu disse a S. que *era possível falar através dos símbolos* e apontei ali uma seqüência de símbolos que descreviam o que ela faria depois da sessão (S. iria à hidroterapia):

T. *eu* *ir* *água*



Li o símbolo *água* como ‘hidroterapia’. A partir desse dia, S. deixou de *desenhar* e passou a *dizer textos* com os símbolos – a fala encontra sua via régia, como assinalou De Lemos (comunicação pessoal). A imediata participação de S. nas sessões e o caminho até a escrita passam pela transferência. De fato, o engajamento surpreendente de S. nos desenhos, nas leituras e nas escritas realizadas por mim e, acima de tudo, a entrega de sua fala represada ao outro, que a escreve e lê, são indícios inequívocos da transferência. A terapeuta é colocada, de fato, na posição de quem sabe e pode dizer por S., que mantém, assim, a esperança de ultrapassar suas limitações.

Minha aposta inicial em S. ganhou corpo. Se a relação transferencial implica amor, como quis Freud, ela tem mais, como disse Lacan (1964/2008): “por trás do amor de transferência [...] o que há é afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente [...] é o desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do analista” (op. cit., p. 246). Esse encontro impulsionou o caminho de S. na linguagem. A mãe, sem notar, falou na saída da escola que S. havia *dito* ter feito algo, na sessão comigo, que gostaria que ela visse. Dias depois, mostrei à mãe o esboço de prancha e ela passou a utilizá-la em casa com S. A partir de então, S. caminhou a passos largos na clínica e com todo envolvimento da mãe e de sua família. A demanda de S., endereçada a mim, deu margem à demanda de seus pais por esse atendimento que priorizava a linguagem.

Deslocamentos de posição dos pais costumam inaugurar um novo olhar sobre seus filhos – “olhar” que se transmuta em reconhecimento de sua condição de sujeitos de linguagem, de falantes, mesmo sem fala materializada. Esse passo essencial impulsiona o caminho das mudanças na relação criança-linguagem, que não está desligado da dilatação de mobilidade subjetiva e de aprofundamento do laço social. No caso de S., foi a criança, como vimos, quem disparou essa possibilidade: através dela, seus pais mudaram de posição. Parece-me ser essa nodulação transferencial entre paciente, terapeuta e pais, que sustém uma Clínica de Linguagem com pacientes com PC.

A relação de G., um menino de 12 anos, com a terapeuta merece comentários⁶⁸, uma vez que corroboram considerações tecidas acima. Ele iniciou o atendimento fonoaudiológico aos seis anos e meio, também numa instituição em São Paulo e permanece, comigo, em atendimentos semanais. A mãe redigia os diários dos finais de semana e eles eram lidos para G. que se reconhecia nos relatos, através de sorrisos, meneios de cabeça para “sim”, ou chacoalhando-se na cadeira (quando se lia que ele havia ido a uma festa, por exemplo). Símbolos foram introduzidos e passavam a participar de nossas brincadeiras, mas, diferentemente de S., mudanças não pareciam ocorrer. Procurei introduzir uma prancha com vocalizador⁶⁹, uma vez que o retorno de voz parecia ter efeito significativo sobre G. (ele tentava, por exemplo, acionar o vocalizador, mesmo enquanto eu lia para ele). Entretanto, o prejuízo motor o impedia de acionar o teclado: cada símbolo acionado liberaria uma fala gravada. Como G. colocava a mão espalmada sobre o vocalizador, a fala não era emitida. A dificuldade de coordenação e de dissociação de movimentos da mão, aliada à excitação diante do comunicador, inviabilizavam a possibilidade de *falar através da voz de T* (que estava gravada no vocalizador).

Pedi, então, para uma terapeuta ocupacional (TO) indicar adaptação que permitisse a G. acionar o vocalizador. Porém, segundo a TO, ela não teve muito sucesso com ele. G. não deixava que ela o tocasse e, por isso, ela não podia

⁶⁸ G. tem uma PC do tipo quadriplégica espástica moderada, além de desproporção céfalo pélvica e um quadro convulsivo, controlado através de medicação. É um quadro que envolve comprometimentos que vão além da PC.

⁶⁹ Fiz referência ao emprego de vocalizadores na clínica que envolve a CA no capítulo 2.

manipular suas mãos. Ele ficava reclinado sobre a mesa acoplada à sua cadeira de rodas. Pedi, então, à TO que participasse de uma de minhas sessões com o menino. Na presença da TO, G. manteve-se reclinado sobre sua mesa. Disse a ele: “você gosta muito da leitura do final de semana! Vamos contar para ela [a TO]?”. Tão logo dei início à leitura, a postura de G. foi mudando. Os símbolos ligados a passagens mais representativas do texto, para ele, foram selecionados por mim. Gravei um enunciado em seu vocalizador, relacionado ao símbolo indicado, por G., como “o melhor do final de semana”. A TO se surpreendeu com ele em meu atendimento e, mais ainda, quando me aproximei da professora de G, dizendo que ele gostaria que a professora a conhecesse. G. *pegou sua mão*, conduzindo-a, ao lado de sua cadeira, na direção da professora. Essa situação impressionou bastante a todos.

Devo acrescentar que, após esses acontecimentos, G. aceitou o atendimento da TO. Penso que os efeitos transferenciais da relação de G. comigo ficam iluminados não só pelo andamento da terapia (como no caso de S.), como também, pela recusa ao atendimento da TO, que incide sobre sua limitação motora. Assim, estando o foco ali dirigido para o corpo-orgânico, há recobrimento do sujeito como falante e desejante. Procurei mostrar que o encaminhamento para a TO era necessário para G. e, para viabilizar a direção do tratamento na Clínica de Linguagem, mas, de forma contundente, G. só aceitou a intervenção no corpo orgânico através de sua transferência comigo.

C., uma jovem PC quadriplégica distônica, com 16 anos, foi introduzida ao Bliss e indica símbolos, letras e números através do olhar⁷⁰. Nas leituras do seu diário de finais de semana, são os temas ‘passeios’ e ‘garotos’ que lhe interessam. Ela passa, na clínica, a escrever bilhetes, como o abaixo, para os meninos da escola:

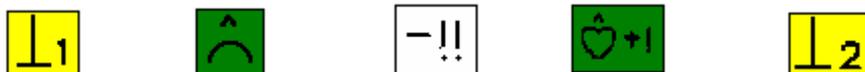
Segmento 1 - C. [16 a.]

70 Sobre a indicação indireta de símbolos através do olhar, ver o caso de S. (Vasconcellos, 1999), em que detalho sua maneira de “apontar”.

(C. indica, uma a uma, as letras de “Rafael” em sua prancha)

(1) RAFAEL

(2) *Eu* *achar/pensar* *não* *gostar* *você*



(3) *Eu* *achar/pensar* *amigo*



(4) *Eu* *achar/pensar* *triste* *eu* *não* *namorado* *você*



(...)

A fala de G é estruturada em paralelo⁷¹, como se vê, o que garante a coesão deste “correio elegante”:

<u>Eu</u>	<u>achar/pensar</u>		<u>não</u>	gostar	<u>você</u>
<u>Eu</u>	<u>achar/pensar</u>				amigo
<u>Eu</u>	<u>achar/pensar</u>	triste	eu	<u>não</u>	namorado <u>você</u>

Frente à insistência desses bilhetes endereçados ao outro sexo, pais costumam ficar incomodados e, muitas vezes, interpelam clínicos e professores e

71 Sobre esse tema, ver Lier-DeVitto (1998) e De Lemos (2002).

chegam, mesmo a desautorizar o atendimento. A mãe de C., por exemplo, protesta junto à terapeuta, solicitando abertamente que esses bilhetes fossem evitados (“*isso não é coisa para se trabalhar em terapia*”). Disse a ela que, por uma questão ética, eu não poderia evitar ou impedir que C. os escrevesse. Além do que, a adolescência, disse eu, é tempo da emergência do interesse pelo outro sexo e que C. não estava fora disso. A mãe fechou os olhos para as mudanças expressivas e objetivas de C. na linguagem por não suportar as manifestações de sua sexualidade. Esse atendimento foi interrompido.

Para encerrar, trago um assinalamento de Catrini (2005)⁷², sobre a transferência na Clínica de Linguagem: “o clínico de linguagem, dada a natureza de saber que lhe é suposto e a densidade significativa que convoca sua escuta, **não interpreta a transferência**, mas a fala, seus movimentos, e o apelo do paciente **na transferência**, uma vez, afinal, que ele acolhe um pedido [de mudança na fala e na condição de falante]” (op. cit, p 56). Acrescento, ainda que há particularidades em relação à questão da transferência que dá suporte à Clínica de Linguagem com pacientes PC (ilustradas aqui por comentários sobre os casos de S. e de G. e C.). Na maioria das vezes, o atendimento caminha, mas pode haver conflitos sérios entre as instâncias implicadas nos enlaces transferências dessa clínica: pais podem interromper o atendimento (como em C.), o paciente pode não aceitar atendimento (como G.) e o clínico pode não sustentar exigências e movimentos da transferência. São imprevisíveis os caminhos da experiência clínica e da transferência.

5.3. Vocalizações: surpresa e conflito

As discussões abaixo envolvem pacientes que podem produzir fragmentos de fala. Em alguns casos, pais ou responsáveis, mesmo o terapeuta e o próprio paciente são surpreendidos por pedaços de fala que irrompem de forma inesperada.

⁷² Recomendo a leitura da dissertação da autora, em que se encontra uma discussão sobre “transferência”.

Vejam os o que ocorre no diálogo entre a terapeuta (T.) e F. que, aos sete anos ⁷³, em resposta à pergunta: “O que você fez na feira?”:

Segmento 1 - F. [7 a.]

(As verbalizações aparecem sublinhadas. Em itálicas, estão os símbolos do PCS)

F. *Eu* *comer* *pastel* *iéu*



F. aponta para o símbolo *pastel*. Essa indicação vem acompanhada do fragmento sonoro “*iéu*”. Com surpresa, a terapeuta diz: “F., *you falou pastel!*”. O menino, aparentemente incrédulo, olha ao redor, como que procurando localizar a fonte daquela produção (que a terapeuta disse ser dele).

Vejam os, ainda, outras ocorrências, anteriores a esta. A terapeuta lê parte do texto de final de semana, escrita pela mãe de F.

Segmento 2 - F. [6 a; 7m]

(1) T. Aí, aí, ó ... no domingo, a mamãe contou que vocês foram conhecer um shopping novo. Vocês *foram* no shopping?

(2) F. *é poi*

⁷³ Esclareço que F. apresenta uma PC quadriplégica do tipo distônica. Essa criança foi introduzida a símbolos do PCS. F., com o indicador da mão direita seleciona-os em uma prancha, acoplada à sua cadeira.

(3) T. *Quem foi*? Foi todo mundo?

(4) F. (aponta para si, levando a mão com o indicador estendido em direção ao peito)

(5) T. Você... Só você?

(6) F. *mãe* *pai*



(7) T. A mamãe; o papai também?

Todo mundo?

(8) F. *irmão*



(aponta o símbolo e mostra a língua, ao mesmo tempo)

(9) T. O M.? O M. que mostra a língua?

(risos). O M. continua malcriado, mostrando

a língua? É?

(10) F. é

(11) T. Com quem o M. briga bastante, hein?

(12) F. *irmã*



(13) T. Mais com a L.?

(14) F. uhm...

(15) T. E com você?

(16) F. não eu

(17) T. Não com você, mais com a L.

(18) F. gritando como que
dramatizando a briga)

bá bé ... mãe



(19) T. Ele briga, ele mostra a língua
prá mãe também?

(20) F. bá bá bá bá bá bá bá bá

(continua gritando)

(21) T. Tá bom, péra lá!

(22) F. abá

(23) T. Deixa eu acabá!

(24) F. abá

No segmento acima, F. responde não só através da indicação de símbolos na sua prancha, como também com fragmentos de palavras e sons que são especulares, mas nem sempre, como em: é poi → é, foi ou abá → acabá. Note-se a pergunta da terapeuta: (1) ‘vocês foram ao shopping?’ e a resposta do menino: (2) “é poi”. Da mesma forma, à questão da terapeuta: (15) E com você ?, temos F. dizendo: (16) não eu. Convém observar a não-coincidência dessas produções de F. com a fala da terapeuta: há, entre (1) e (2) alteração de terceira pessoa do plural para terceira do singular e entre (15) e (16), inversão pronominal. Esses enunciados de F., destacados por mim, iluminam a presença de um “eu” no dizer, que pode ser apreendido na entonação e nas manifestações corporais. Não se pode, porém, na maioria dos sons produzidos, apreender palavras do português. Mesmo assim, as respostas de F. não são meras emissões sonoras sem relação com a fala do outro: o menino não só espera sua vez, ou seja, reconhece o outro a quem endereça sua fala – ele “respeita” a cadência dos turnos do diálogo.

Entretanto, outras produções de F. estancam num gesto motor em torno da oclusiva /b/ (18, 20, 22, 24), que dão a elas um aspecto de “lalação” - lembram o balbucio da criança que ainda não fala. Contudo, se no caso de crianças que ainda não falam a lalação é “som separado do sentido, mas não separado do estado de contentamento” (SOLER, 2007), no de F., o “contentamento” é inequívoco, mas sua “lalação” não está desligada de um sentido: está vinculada e emana de um corpo prejudicado, que viveu uma cena, mas não pode dizê-la. Soler nos diz que lalação evoca “o escutado da língua falada, *antes da linguagem*”. Não se trata no segmento acima, insisto, de um “antes da linguagem”, mas de um obstáculo à materialização da fala que está na escuta e que é impedida de aparecer pelo real da PC, real que impõe limites à expressão de um sujeito através da fala.

F. está numa espécie de “água da linguagem” (como nos diz Lacan, em *Mais ainda* (1972/1973), quando faz referência ao fluido **continuum** do escutado, de onde unidades acabarão se isolando. Nos segmentos apresentados, unidades irrompem, mas elas não tomam corpo, não caminham, não se expandem, não se articulam. É

como se lalíngua⁷⁴ se instalasse sem promessa de futuro para uma fala que se estenda, que seja ‘comunicativa’. É importante, ainda, não esquecer o efeito de prazer e de surpresa proporcionados, ao sujeito, por esses pedaços de fala, que ele pôde realizar (sem se empenhar).

Lacan (op. cit.), lembra “que uma fala sustenta o gozo daquele que fala, “seu gozo do blá blá blá”, quer dizer, da fala que afeta o corpo que fala. No caso de pacientes com obstáculo real para sua manifestação, pode-se avaliar o efeito de surpresa que vem conjugado com o de prazer. O sujeito é surpreendido por fragmentos sonoros que partem dele: falas (significantes e sentidos) de que está “impregnado”. Trata-se de expressão de Lacan, que acentua a pertinência desse termo porque “ele exclui a maestria, a apropriação ativa”. Reitero: F. foi surpreendido pelo fato de ter falado: pequenas verbalizações vêm à tona e persistem cronificadas, seja como pedaços reconhecíveis de palavras e de seqüências, seja como uma espécie de lalação. Há, nessa insistência, parece-me, algo da ordem de um efeito no próprio sujeito. Efeito que parece vir da gratificação de “falar” mesmo que sua fala não seja mais do que uma reduplicação de fragmentos sonoros. Não é de se admirar, contudo, que esses efeitos gratificantes impulsionem F. a prosseguir, ainda que suas produções não atinjam o estatuto de palavras da língua, ainda que não possam veicular sentido.

Freud (1905b), ao abordar os chistes, afirma que deles advém um prazer que remonta à economia psíquica. Nas crianças, sugere Freud, o *jogo* com palavras poderia ser assumido como “chistes inocentes”. Não há jogo de palavras nas produções de F: sua fala é “endurecida”, mas suas *produções inesperadas*, partilham com os chistes essa característica e, assim como com eles, o sujeito “obtem uma pequena produção de prazer da simples atividade de nosso aparato mental, desimpedida de qualquer necessidade (...)” (op. cit.). Basta, a meu ver,

⁷⁴ “A lalíngua não é o idioma que o sujeito acabará por falar, mas antes, que ela vem da fala primeira de onde ele emergiu. Lacan diz tê-la escrito em uma só palavra em razão da homofonia com lalação. Lalação vem de “lallare” latino que designa o fato de cantar lá, lá, dizem os dicionários, para adormecer as crianças. Designa o balbucio da criança que ainda não fala, mas que já produz sons. A lalação é o som separado do sentido, entretanto como se sabe, não separado do estado de contentamento” (SOLER, 2007).

substituir, na citação de Freud, “aparato mental” por “aparato de linguagem” para nos aproximarmos das ocorrências acima.

Trago, a seguir, segmentos do atendimento de B.⁷⁵. Essa decisão foi tomada porque pretendo, com eles, destacar o fato de que, diferentemente de F., o jovem B., menos do que usufruir da parcela de prazer que poderia retirar de uma produção de pedaços de fala, deixa aparecer uma “quota de desprazer”, que me pareceu emanar da impossibilidade de chegar aos significantes responsáveis pelo sentido do que ele queria dizer. O impasse dialógico, que veremos no segmento abaixo, remete a conflito e angústia: o que B. produz e escuta, ele mesmo não pode reformular. B. não pode, igualmente, fazer reparos às tentativas da terapeuta de chegar (apreender e dizer) a cadeia que ele espera que seja materializada.

Segmento 1 - B. [17 a.]

(1) B. EU *sentimento*



(2) T. Sinto [síntu]?

(3) B. é

(4) T. Uhm... Eu sinto...[síntu]

(5) B. *muito* cô



⁷⁵ No início, B. não oralizava, mas no decorrer do atendimento, chega a produzir fragmentos de fala que - como os de F., são pedaços que não ganham corpo e nem extensão. Devo dizer que ele chega à clínica por volta de 13 anos de idade, ao mesmo tempo em que vai, pela primeira vez, a uma escola. Na clínica, ele é introduzido tanto à escrita alfabética, quanto aos símbolos Bliss. B., à diferença de F., pôde escrever. Partiu, como sempre, de alguns poucos textos, escritos pela mãe, que continham nomes de familiares. Esses nomes compuseram sua prancha de símbolos e motivaram a escrita de outros nomes e de graus de parentesco, em relação a ele, das pessoas nomeadas. B. caminhava para além dos textos escritos pela mãe ou vindos da escola.

(6) T. Com?

(7) B. é

(8) T. Uhm...

(9) B. **COFAESI** (Erguendo a cabeça e fazendo um movimento de corpo e olhar na direção de T.)

(10) T. **Cofaési** (lendo a escrita de B.)

(11) B. (Repete o mesmo movimento de corpo e de olhar na direção de T.).

(12) T. Eu sinto muito com... **cofaési**. Esse “com” é separado?

(13) B. é

(14) T. Continua, depois a gente lê tudo.

(15) B. *eu*



(16) T. Eu...

(17) B. *querer*



(18) T. Quero... É “quero”?

(19) B. é

(20) T. Símbolo?

(21) B. nã

(22) T. Alfabeto...

(23) B. **S** (indica com o olhar)

(24) T. **S** (lê) ...

(25) B. cê... su u SUTI (pára, olha para T. e diz: ê (lê?)]

(26) T. Sutí... (lendo o que B. escreveu)

(27) B. A

(28) T. Sutía? É uma palavra só?

(29) B. é. Sutia... (repete várias vezes. Depois fica em silêncio)

(30) T. (escreve e lê) *eu quero SUTÍA*



(31) B. (sussurrando o que T. escreveu)

(32) T. Continua!

(33) B. (fica em silêncio)

(34) T. (escreve, lendo) EU SINTO MUITO COM **COFAÉSI** ...EU QUERO **SUTI**

(35) B. nã (interrompendo a leitura de T.)

(36) T. “Eu sinto muito com o que aconteceu”?

(37) B. Não (meneio de cabeça)

(38) T. Você tá dizendo que você sente muito...

- Prá quem você ta escrevendo essa carta?

(39) B. *mãe*



(40) T. Prá mãe ...?

(46) B. é

(47) T. Prá mãe dela?

(48) B. é

(49) T. (Volta ao escrito acima, silabando) **co...fa...ê... : confusão?**

(52) B. **nã** (olha para céu)

(53) T. Você olhou prá cima... morte?

(54) B. **faecimem...**

(55) T. **Falecimento! Com o falecimento...**

(56) B. DI EOA

De maneira geral, podemos dizer, a partir deste segmento, que B. procura segurar o texto: ele diz “é” e “não” aos enunciados oferecidos pela terapeuta. Contudo, quando ele procura tomar a palavra, segmentos ou seqüências breves precipitam-se em sua voz, criando uma zona de não-sentido – ocorrências estranhas ao português, embora sejam feitas de pedaços reconhecíveis dessa língua: **COFAÉSI, cê... su u SUTI e suti.**

Note-se que, a partir de (9), quando B. escreve COFAESI, instala-se um desencontro: do lado da terapeuta, o desacordo vem pela leitura da não-palavra escrita por B e, do lado deste, pelo silêncio e pelos movimentos corporais e olhares demandantes dirigidos a terapeuta. Outro ponto de conflito é instaurado, em (25), com uma seqüência enigmática que mescla fala e escrita: **cê... su u SUTI**. A terapeuta lê “suti/sutiá” e é repetida pelo paciente. O mal-estar criado por esses impasses leva a terapeuta a dizer: “Continua!”. O novo silêncio de B. impulsiona uma escrita da terapeuta em que se articulam segmentos que haviam emergido até então, incluindo os que não puderam ganhar estatuto de palavra: (34) T.: EU SINTO MUITO COM **COFAÉSI** ...EU QUERO **SUTI**. Essa cadeia repõe, assim, o mal-estar. Apenas quando o bloco “cofaési” é dissolvido e fragmentado em elementos que ganham nova sonoridade ao serem lidos isoladamente: “co” leva a confusão e “é” (que estava em cofaési) se transforma em ê. A relação entre **fa ... ê**, aparecerá na fala de B: **faecimen**, momento em que um significante brota do não-sentido. O mesmo destino não teve “**suti**” que, apenas depois da escuta, na escrita desta tese,

pôde ser lido/escutado como uma inversão de “sinto”. Enfim, isso só pôde ser escutado depois da cena clínica.

Como disse acima, esse segmento nos permite falar de conflito e angústia na relação com o outro. De Lemos, com Lacan, lembra que a angústia “dá sinal de alarme diante do desejo do Outro” (DE LEMOS, 2007: 117). Considerando a criança e a aquisição da linguagem, a autora relê a noção de “captura” que, embora vinda da Psicanálise, não havia trazido dali a “violência dos mecanismos do significante”, que arranca a cria humana de sua imanência vital. Revendo sua posição, ela diz que:

(...) tendo passado a conceber a criança como **capturada** [pela alteridade radical e anterioridade lógica da língua] essa captura não implica[va] conflito. Conflito a esperar do embate entre heterogêneos – corpo e linguagem ... (op. cit.: p. 121-2)

A autora esclarece, ainda, que aquilo que é denominado como “erro” no campo da Aquisição poderia muito bem, a partir da releitura de “captura”, ser entendido como “ponto de resistência” da criança ao outro, como “ponto de angústia”: resistência/separação envolvidas na dialética da alienação/separação ao/do Outro (op. cit.: p. 123).

Antes de encerrar esta discussão, gostaria de abordar dois segmentos de J. Eles foram os únicos passíveis de serem gravados: a fala pôde ser registrada. J. chegou à clínica com aproximadamente 10 anos. Depois de quatro anos de atendimento na Clínica de Linguagem, passou a produzir uma fala. J. apontava os símbolos na prancha e podia realizar gestos articulatórios. Os comentários feitos para F. podem ser estendidos para o segmento abaixo de J. Nele, temos uma pessoa que pode apontar e produzir fragmentos de fala. Observe-se, porém, que praticamente não há alternância dialógica: os pedaços de fala de J. são incorporados, sem dúvida, dos enunciados da terapeuta, mas num tempo diferente daquele de F. Há uma espécie de precipitação, de pressa, nas produções de J. - no momento da transcrição desse material, inclusive, a impressão que se tinha era de que as falas de T. e de J. eram concomitantes.

Segmento 1 - J. [19a]

(...)

(1) T. Que mais que cê quer contar?

(2) J. avó M.



(3) T. A vovó?

(4) J. férias



(5) T. Nas férias?

(6) J. éa

(7) T. ãhn...

(8) J. viajá // *viajar* (fala e indica o símbolo ao mesmo tempo)



(9) T. Viajar? Cê vai viajar nas férias lá prá tua vó? J. (SI)

(10) J. ou...

(11) T. E onde é que a tua vó mora mesmo? É no nordeste, né? ... J. (SI)

Que lugar que é? J. (SI)

(12) T. Aqui? ãhn... Eu lembro que é no nordeste, me conta...

(16) J. PIAUÍ (palavra previamente escrita na prancha)

PIAUÍ

(17) T. Ah, no PiauÍ... ..

(18) J. pi

(19) T. Quê que cê vai comer lá de bom? Ai, aqui tem umas coisas boas que tem lá ó... vai comer...Quê que tá escrito aqui, sabe? Cuscuz (palavra previamente escrita na prancha)

CUSCUZ

(20) J. cu... cuz

(21) T. (ri) Gostoso, né?... Deitar na rede...

(22) J. êdi

(e aponta o símbolo *rede*)

rede



(23) T. ãnh?

(24) J. na êdi

(25) T. Deitar na rede... (risos)

(26) J. i...êdi

(27) T. tá bom J.

Se uma relação entre J. e F. parece pertinente no que se refere ao segmento acima, veremos, abaixo, que J. “entra na fala”, numa fala que se estende, se dilata e, nesse momento de sua vida, articula-se no diálogo com a terapeuta sem que J. se apóie nos símbolos do PCS :

Segmento 2 - J. [19 a]

(1) T. Tudo bom J.?

(2) J. **tu**

(3) T. Tudo (imitandoJ.)

(4) T. Posso gravar você um pouquinho?

(5) J. **pode**

(6) T. Pode? Tá. Essa lista que você trouxe aqui é de coisas novas pra a gente... colocar?

(7) J. **é**

(8) T. Foi você que escreveu? Foi?

(9) J. **fo**

(10) T. E o que que tá escrito aqui ó? Vamos procurar? Preconceito...

(11) J. **pe ce ceto**

(12) T. Racismo...

(13) J. **á** (alto)... (SI) **dá**...

(14) T. Racismo...

(15) J. dá...cimo

(16) T. Direito

(17) J. di ê to

(18) T. Idoso

(19) J. doso

(20) T. Hospital

(21) J. to...t(oa)

(22) T. Hospital

(23) J. to

(24) T. Tá.

(...)

(25) T. Olha, essas palavras a gente não vai achar em símbolo. A gente vai achar “idoso” e vai achar “hospital”. Vamos procurar idoso? Deixa eu ver...

(26) J. uhm (sorri)... (Ei)... uhm (sorri)

(27) T. Vamos ver J.?

(28) J. **Uhm**...(sorri) ese...ó... ôseí...

(29) T. O quê que a gente vai procurar? Ó: i...do...so. (T. digita, silabando ao mesmo tempo, a palavra “idoso” no Board Maker, editor de símbolos do PCS).

(30) J. doso... idoso...idoso... uhm... ê

(31) T. Idoso não tem. Vamos ver. Será que tem o velho?

(32) J. véo...véio...véio

(33) T. Velho (T. encontra o símbolo). Mas, olha, fica feio, vamos substituir por idoso?

(34) J. idoso.. idoso

(35) T. Idoso.

(36) J. idoso

(37) T. Jóia. Agora a gente pode copiar aqui.

(38) J. é.. Ido(↑)so...ido(↓)so (o primeiro 'o' sai agudo e o segundo, grave)

(39) T. Ó lá...

(...)

À diferença de F. as produções orais de J. caracterizam-se por repetições (da fala da terapeuta.), com diferenças, e não por reduplicações. Sua fala, ao dilatar-se e estender-se, passa a compor articulações significantes. Talvez se possa dizer que em casos com o de J. e mesmo de F., em que o comprometimento motor é menor (em que o organismo é menos prejudicado motoramente), a “rede de inibições da linguagem” se faça notar.

Considerações finais

Espero ter podido mostrar, nesta tese, a viabilidade de uma Clínica de Linguagem com pacientes com Paralisia Cerebral – uma clínica *não* conduzida por um raciocínio centrado nas dificuldades motoras impostas pelo real desta patologia. Procurei tomar distância do foco cristalizado das discussões acerca do atendimento clínico desses pacientes, em que a problemática do sujeito não é tocada. Parti da recusa a uma concepção da linguagem como mero efeito do cognitivo-mental, assumindo-a enquanto determinação e, o sujeito, como efeito de linguagem. A impossibilidade que se observa na literatura de dar recobrimento ao sujeito, naquelas pessoas com PC, foi trabalhada nesta tese e efeitos da Clínica de Linguagem foram indicados. Acredito ter discutido, ainda que de maneira não aprofundada, a distinção entre organismo e corpo-pulsional. A proposta clínica que desenvolvo com esses pacientes caracteriza-se por seus contornos singulares e pela atenção dirigida a questões suscitadas pela relação desses pacientes com a linguagem. Nessa clínica, o corpo falado aparece como falante na heterogeneidade de suas produções com símbolos, na escrita alfabética e até mesmo numa fala que irrompe, surpreendendo esses pacientes.

A heterogeneidade dos efeitos dessa clínica pôde ser apreendida na discussão dos dados clínicos desta tese e suscitam pontuações sobre a escuta, sobre a transferência e sobre o prazer ou o conflito que acompanham a produção de vocalizações e até de fala, no caso de alguns desses pacientes.

Assim, no caso de S., marcas singulares de sua relação com a linguagem são notadas na presença do erro, nas inclusões e supressões em sua narrativa, que iluminam a afirmação de que as produções lingüísticas de um sujeito, sejam elas orais ou escritas, não são meras reproduções - o que aponta para o sujeito do inconsciente e indica que sua presença na linguagem é marcada por uma *escuta singular*. Quero dizer que, à revelia de seu comprometimento motor, S. aparece

como um sujeito que, porque escuta, é capturado pela escrita. Uma invasão da escrita irrompe na fala-escrita de S. S. pôde, a partir da clínica, falar uma fala feita de símbolos e de escrita alfabética. As produções de F, com símbolos do PCS, corroboram minha afirmação de que há escuta para a fala do outro no caso desses pacientes, e, sobretudo, que essa escuta é sempre singular. A reescrita de S. e de F. são impulsionadas pela leitura da mesma história (João e Maria) e suas produções mostram diferenças significativas. Isso aponta para a heterogeneidade da escuta para a fala no caso dessas crianças e de diferenças em sua relação com a linguagem. De todo modo, é inegável a existência de uma presença-sujeito no caso das duas crianças. S. e F. estão na linguagem, cada uma a seu modo.

Afirmo que, no caso de pacientes introduzidos aos Sistemas Alternativos de Comunicação, a fala-escrita que produzem só pode ser apreendida e atestada devido à possibilidade de materialização dessas marcas, seja através da voz, seja através do gesto de escrita emprestado pelo terapeuta ao paciente. Só assim é que um registro pode ser lido como significante. Quero dizer, com isso, que, no caso desses pacientes, suas sinalizações *ganham corpo no corpo do outro*. Do lado do paciente, assinalo que *apenas um corpo falado e falante tem escuta e pode, por isso, ser afetado pela fala do outro*.

Gostaria de enfatizar, também, que a implementação da Comunicação Alternativa, além de ser *ponto de abertura* da possibilidade de materialização de uma fala, que fica contida pelo real da patologia, no caso desses pacientes, é, também, *ponto de encontro* entre o paciente (aquele que não fala, mas escuta) e o terapeuta (que se coloca em posição de escuta das manifestações significativas e significativas de seu paciente). Assinalo que o reconhecimento que esta clínica dá à linguagem e ao sujeito, marca sua diferença radical em relação a outras clínicas e técnicas de tratamento voltadas a esses pacientes - é outro o desejo do clínico de linguagem frente ao paciente com PC.

A entrada de S. na terapia, caracterizada por um engajamento surpreendente nos desenhos, nas leituras e nas escritas realizadas pela terapeuta e, acima de tudo pela entrega de sua fala represada a ela, que a escreve e lê, são indícios

inequívocos da transferência. Através da transferência, que se estabelece entre a criança e a terapeuta, esta é colocada, de fato, na posição de quem sabe e pode dizer por S., que mantém, assim, a esperança de ultrapassar suas limitações. Surpreende também o fato de que foi a demanda de S., endereçada a mim, que deu margem à demanda de seus pais por esse atendimento que priorizava a linguagem.

Se a relação transferencial implica amor, como quis Freud (1915/2004), ela tem mais, como disse Lacan (1964/2008): “por trás do amor de transferência [...] o que há é afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente [...] é o desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do analista” (op. cit., p. 246). Esse encontro impulsionou o caminho de S. na linguagem. Essa nodulação transferencial entre paciente, terapeuta e pais, sustém a Clínica de Linguagem com pacientes com PC. A relação de G. comigo vem corroborar a afirmação sobre esse enlace. Sua recusa ao atendimento pela Terapeuta Ocupacional, por incidir sobre sua limitação motora, recobre o sujeito como falante e desejante. Os efeitos transferenciais da relação de G. comigo tornaram possível, como procurei mostrar, a intervenção no corpo orgânico dessa criança, realizada pela terapeuta ocupacional. Tentei ressaltar o fato de que há particularidades em relação à questão da transferência na Clínica de Linguagem com pacientes PC (ilustradas nesta tese por comentários sobre os casos de S., de G. e de C.). Disse e reafirmo, aqui, que, na maioria das vezes, o atendimento caminha, mas não sem conflitos entre as instâncias implicadas nos enlaces transferenciais: pais podem interromper o atendimento (como em C.), o paciente pode não aceitar atendimento (como G.) e o clínico pode não sustentar exigências e movimentos da transferência. Como disse no corpo do texto, são imprevisíveis os caminhos da experiência clínica e da transferência.

Finalmente, resta abordar um último ponto: o surgimento de vocalizações ou de fala propriamente, como um dos efeitos possíveis apreendidos nessa clínica com os pacientes com PC que trouxe para análise, nesta tese. O caso de F. diz de uma criança que foi surpreendida pelo fato de ter falado. De fato, no caso de pacientes com obstáculo real para a manifestação da fala, pode-se avaliar o efeito de surpresa que vem conjugado com o de prazer. Lacan lembra que “uma fala sustenta o gozo

daquele que fala” (LACAN, 1972/73) No caso dessa criança, são pequenas verbalizações que, apesar de virem à tona, persistem cronificadas como partes de palavras e de seqüências ou como uma espécie de lalação. Apesar da dificuldade devida à PC, que estanca seu gesto motor, há um efeito de prazer que vem da gratificação de “falar”, mesmo que essa fala não vá muito além de uma reduplicação de fragmentos sonoros – são esses efeitos gratificantes que impulsionam a criança a prosseguir, mesmo que não atinjam o estatuto de palavras da língua, mesmo que não possam veicular sentidos.

B. à diferença de F, deixa aparecer, em suas produções, um tanto de desprazer, que atribuí a uma dificuldade de chegar aos significantes responsáveis pelo sentido daquilo que ele quer dizer. B. escuta o que produz, mas não pode reformular essas produções de forma a materializá-las numa cadeia. Pacientes com quadros graves de PC, como B., acrescentam complexidade a essa discussão. Parece-me inegável que eles tenham sido capturados pela linguagem, que tenham sido “arrancados de sua imanência vital” (LACAN, 1996, p. 72) pela linguagem: enfim, há escuta para a fala e impulso na direção de espaços em que o jogo entre alienação e separação pode ocorrer. Alguns conseguem bastante com a fala; outros encontram na escrita esse caminho; outros ainda conseguem menos: ficam nos símbolos e em segmentos de escrita (e/ou de fala). De todo modo, equivocadamente, parece-me, seria supor que “separação”, em todos esses casos, anularia a dependência do corpo do outro. A angústia e o conflito, que aparecem no diálogo de B. com a terapeuta, mostram que há resistência ao outro – o sujeito não cede às dificuldades do diálogo e isso porque, como disse, há escuta, há Outro.

É preciso lembrar, porém, que a rede de inibições da linguagem, que incide sobre o ser vivo, encontra, no real do corpo, um limite: a implantação do significante não pôde fazê-lo falar/verbalizar – a materialização de articulações significantes fica barrada pela patologia orgânica. Disso resulta uma profunda e permanente dependência em relação ao corpo do outro. J, por sua vez, “entra na fala”, numa fala que se estende, se dilata e se articula no diálogo com a terapeuta - sem que J. tenha que se restringir aos símbolos do PCS - e passa a compor articulações significantes. À diferença de F., as produções orais de J. caracterizam-se por repetições (da fala

da terapeuta) com diferenças, e não por reduplicações. Talvez se possa dizer que, em casos como o de J. e mesmo de F., em que o comprometimento motor é menor (em que o organismo é menos prejudicado motoramente), a “rede de inibições da linguagem” se faça notar.

Frente aos dados apresentados, não se poderia deixar de tocar a problemática da heterogeneidade. Nesta tese, procurei abordar as heterogeneidades ou particularidades das falas-escritas de pacientes com Paralisia Cerebral. Singularidades não podem ser apreendidas, pois são formações do inconsciente que convidam ao deciframento pelo psicanalista, de um lapso, de um chiste, de um sonho, ou seja, de algo que não é previsível, que resulta de um funcionamento e, por isso, não pode ser antecipado. O clínico de linguagem deve cuidar com empréstimos, entre eles, desse termo. Meu objetivo, nesta tese, foi o de oferecer indícios e aprofundar uma discussão que apontasse para efeitos de um corpo pulsional, apesar da presença de entraves que dizem respeito a uma condição orgânica. Espero que os materiais clínicos, abordados nesta tese, tenham, de fato, corroborado a afirmação que nos leva ao título deste trabalho: a de que não há, mesmo, coincidência entre organismo e sujeito.

Espero, ainda, que a reflexão ora desenvolvida, possa impulsionar a teorização sobre a Clínica de Linguagem com pacientes com PC e, mais que tudo, que meu empenho os beneficie – afinal são eles que motivam minha investigação e é para eles que os lucros e esforços devem ser dirigidos.

Referências Bibliográficas

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

ALMIRALL, C.B.; SORO-CAMATS, E. **Discapacidad motora, interacción y adquisición del language: sistemas aumentativos y alternativos de comunicación**. Madrid, 1995 Disponível em <<http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=008199620090> >

ALMIRALL, C.B.; SORO-CAMATS, E; BULTÓ, C.R. **Sistemas de Sinais e ajudas Técnicas para a Comunicação Alternativa e a Escrita**. São Paulo: Livraria Santos Editora LTDA, 2003.

ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem**. 2003. 143f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARANTES, A. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: Lier-DeVitto, M. F. (org). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez. P. 23-37.

ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. 171f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnostica na Clínica de Linguagem. In: In Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (org). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006. p. 315-29.

BLISSYMBOLICS COMMUNICATION INTERNATIONAL. **Blissymbolics**. Canadá, 2010. Disponível em: <<http://www.blissymbolics.org>>

BOBATH, K. **Transtornos cerebromotores em el nino**. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1976

BORGES, J. A. S. e WATANABE, M. K. Teclado Amigo: um sistema para acesso alternativo a computadores para portadores de deficiências motoras severas. **Revista Temas de desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 43-50. set./dez. 2001.

BORGES, S. **O quebra-cabeça: a instância da letra na aquisição da escrita**. 1995. 271f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BOSCO, Z. R. **A errância da letra: o nome próprio na escrita da criança**. 2005. 282f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

CALCULATOR, S.N. Fostering early language acquisition and AAC use: exploring reciprocal influences between children and their environments. **International Society for Augmentative and Alternative Communication Journal**. v. 13, n. 3, p. 149-157. set. 1997.

CAMPOS, H. Ideograma, anagrama, diagrama: uma leitura de Fenollosa. In: Haroldo de Campos (org). **Ideograma: lógica, poesia, linguagem**. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994, p. 23-107.

CAPOVILLA, F. C. Editorial. **Revista Temas sobre desenvolvimento**: caderno especial. v. 10, n. 58/59, p. 2-4. set./dez. 2001.

CAPOVILLA, F. C., CAPOVILLA, A. G. S. e MACEDO, E. C. Comunicação Alternativa na USP na década 1991-2001: tecnologia e pesquisa em reabilitação, educação e inclusão. **Revista Temas sobre desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 18-24. set./dez. 2001.

CARVALHO, G. M. O erro em Aquisição de Linguagem: um impasse. In: Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (org). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006. p. 63-78.

CASTRO, M. F. P de Prefácio. In: Yasmin Sales Frazão. **Conhecimentos essenciais para entender bem as relações entre linguagem e paralisia cerebral**. 2004, 61 p.

CASTRO, M. F. P. de **Aprendendo a argumentar: um momento na construção da linguagem**. Campinas: Editora da Unicamp. 1992

CATRINI, M. A marca do caso: singularidade e Clínica de Linguagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CHUN, R. Y. S. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. **Revista Pro-fono**. v. 15, n.1, p. 55-64. jan./abr. 2003.

CHUN, R. Y. S. **Sistema Bliss de Comunicação: um meio suplementar e/ou alternativo para o desenvolvimento da comunicação em indivíduos não falantes portadores de paralisia cerebral**. 1991. f. Dissertação (Mestrado em Lingüística) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. **Boletim da Abralín**, n. 3. 1982

DE LEMOS, C. T. G. Los Procesos Metafóricos Y Metonímicos como Mecanismos de Cambio. **Substratum**, v. 1, n. 1. 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Corpo e Linguagem. In: Junqueira Filho, L. C. U. (org.) **Corpo-mente: uma fronteira móvel**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995a.

DE LEMOS, C. T. G. Língua e discurso na teorização sobre aquisição da linguagem. **Letras de Hoje**, v. 30, n. 4, p. 9-28. 1995b.

DE LEMOS, C. T. G. Native speaker's intuitions and metalinguistic abilities: what do they have in common from the point of view of language acquisition? **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. n. 33, p. 5-14. 1997

DE LEMOS, C. T. G. As vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, v. 42. 2002

DE LEMOS, C. T. G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (org). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006. p. 21-32.

DE LEMOS, C. T. G. Da angústia na infância. **Escola de Psicanálise de Campinas**, Campinas, São Paulo, 2007. p.117-25.

DIAMENT, A. J. Encefalopatias crônicas da infância (Paralisia Cerebral). In: Aron J. Diament e Saul Cypel orgs. **Neurologia Infantil**. 3. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Livraria Atheneu, 1996. Cap. 43, p. 781-98.

Dudas, T. L. **Paralisia cerebral e institucionalização: efeitos subjetivos e Clínica de Linguagem**. 2009. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FARIA, V. **Distúrbio Articulatorio: um pretexto para discutir a disfunção, teoria e prática na clínica de linguagem**. 2003. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FERNANDES, A. S. A Comunicação Alternativa na Escola Especial. **Revista Temas de desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 85-8. set./dez. 2001.

FERNANDES, A. S. **Comunicação Suplementar e Alternativa**: CSA. Porto Alegre, 2006. Disponível em <<http://www.clik.com.br>>

FONSECA, S. C. **Afasia: a fala em sofrimento**. 1995, 142f. Dissertação (Mestrado em Lingüística e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, S. C. **O afásico na clínica de linguagem**. 2002. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, S. C.; Vorcaro, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In: Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (org). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006. p. 413-41.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1963.

FRAZÃO, Y. S. **Paralisia cerebral na clínica fonoaudiológica: primeiras reflexões sobre linguagem**. 1996. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FRAZÃO, Y. S. **Conhecimentos essenciais para entender bem as relações entre linguagem e paralisia cerebral**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2004, 61p.

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Imago editora, 1893,c, v I, p.

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. **Obras Psicológicas Completas**, v. I. Rio de Janeiro: Imago editora, 1893,c.

FREUD, S. Monografias sobre Paralisias Cerebrais unilaterais e bilaterais em crianças. Handbuch der Allemeninen und Spziellen Therapie. H. Nothnagel, 1897 (referência feita por Freud em “Um estudo autobiográfico” nas Obras Completas, v. XX)

FREUD, S. **Os chistes e sua relação com o inconsciente**. Obras Psicológicas Completas, v.VIII. Rio de Janeiro: Imago editora, 1905.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Imago editora, 1912, v. XII, p. 167-73.

FREUD, S. Pulsões e destinos da pulsão. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Tradução por Elsa V. K. P. Susemihl, Helga Araujo, Maria Rita Salzano e Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1915/2004. p. 145-62.

GADET, S. **Saussure: une science de la langue**. Paris: PUF, 1987.

GIRARDI, A. L. F. N. **Discurso sobre o risco e o risco do discurso**. 2008. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

HANDICOM. Products. **Computer and Communication Aids for the Disabled**. The Netherlands. Disponível em: <<http://www.handicom.nl>>

HENRY, P. **A ferramenta imperfeita: linguagem, sujeito e discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.

JAKOBSON, R. Dois aspectos de linguagem e dois tipos de afasia. **Lingüística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1954/1969.

JAKOBSON, R. Lingüística e poética. In: **Lingüística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1960/1969.

KRISTEVA, J. **Le langage, cet inconnu: une initiation à la Linguistique**. Paris: Éditions Du Seuil, 1981.

LACAN, J. Da interpretação à transferência. O Seminário – livro XI, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1964/2008, p. 237-52.

LACAN, J. Desmontagem da pulsão. In: Jacques Alain Miller (org). **Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise – Seminário**, livro 11. Tradução por M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1964/2008. p. 159-70.

LACAN, J. Mais ainda. O Seminário – livro XX. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1972-1973.

LEIBNIZ, G. W. Novos ensaios sobre o entendimento humano. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1973. Cap. 19, p. 113-238.

LEITE, N. V. A. Riso e rubor: para falar do corporinguagem. In: Nina Virgínia de Araújo Leite (org), **Corporinguagem: gestos e afetos**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2003. p. 81-92.

LEMOS, M. T A língua que me falta, uma análise dos estudos em aquisição de linguagem. 1994. 163f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre a interpretação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. Campinas: Unicamp. V 29, p. 9-15. 1996

LIER-DEVITTO, M. F. **Os monólogos da criança: delírios da língua**. São Paulo: EDUC, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. A confluência língua-discurso nos monólogos da criança. **Lingüística**. Publicação da Associação de Lingüística e Filologia da América Latina. São Paulo: Hedra. n. 13. 2001.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. In Nina Virgínia de Araújo Leite (org). **Corporinguagem: gestos e afetos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003. p. 233-45.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. v. 47, n. 1-2, p. 145 – 150. 2006.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre as vicissitudes de falas sintomáticas. In: Maria

Francisva Lier-DeVitto e Lúcia Arantes, (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC; FAPESP. 2006. p.79-96

LIER-DEVITTO, M. F. Efeitos subjetivos na cadeia significativa: considerações sobre a alteridade. **Letras de Hoje**, 2007, no prelo

LIER-DEVITTO, M. F. & CARVALHO, G. M. Interacionismo: um esforço de teorização em aquisição da linguagem. In: Ingrid Finger e Ronice Maria Quadros (orgs.) **Teorias de Aquisição da Linguagem**. 1ª. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008, v. 1, p. 100-27.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. História da escrita e a aprendizagem de cada criança. In: Maria Francisca Lier-DeVitto e Arantes (orgs.). **Faces da escrita**. Campinas: Mercado de Letras – no prelo

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Sob os efeitos da fala da criança: sobre a heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**, v. 33, n. 2. p. 65-72. 1998.

LIGHT, J. Let's Go Start Fishing: Reflections on the contexts of language learning for children who use aided AAC. **International Society for Augmentative and Alternative Communication Journal**. v. 13, n. 3, p.158-171. set. 1997.

McNAUGHTON, S. **Blissymbolics: a short story**. Ontário: Blissymbolics Communication Institute, 1978

McNAUGHTON, S. *Special Symbols*. **Communicating with Blissymbolics**. Ontário: The Blissymbolics Communication Institute. 1985. Cap. 16, p.120-48

MICHALAROS, J. A. A tecnologia na comunicação do portador de distúrbio neuromotor grave: o Programa LM BRAIN. **Revista Temas de desenvolvimento: edição especial**. v. 10, n. 58/59, p.51-54. set./dez. 2001.

MILNER, J. C. **O amor da língua**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1978.

MIZUKO, M. Transparency and ease of learning of symbols represented by Blissymbols, PCS, and Picsyms. **Augmentative and Alternative Communication Journal**, v. 3, p.129-136, 1987.

MONTEIRO, C. B. M. **Paralisia Cerebral: identificação do modelo de controle motor utilizado por seis diferentes abordagens de tratamento**. 2001. 150f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

MOREIRA, E. C. Comunicação Alternativa e Suplementar: as oportunidades da inclusão. **Revista Temas de desenvolvimento: edição especial**. v. 10, n. 58/59, p. 69-74. set./dez. 2001.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE (NINDS).

Cerebral Palsy: Hope Trough Research. National Institutes of health (NIH) Publication n. 06-159. EUA, 2006. Disponível em <www.ninds.nih.gov/disorders/cerebralpalsy/detailcerebralpalsy.htm> Última atualização : 2008

OGILVIE, B. **Lacan: a formação do conceito de sujeito.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991. Tradução por Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

PANHAN, H. A tecnologia no espaço clínico e terapêutico fonoaudiológico. **Revista Temas de Desenvolvimento:** edição especial. v. 10, n.58/59, p.55-8. set./dez. 2001.

PARRET, H. *The aesthetics of communication: pragmatics and beyond.* Boston: Kluwer Academic Publishers, 1993

PAUL, R. Introduction: Special Section on Language Development in Children who use AAC. **International Society for Augmentative and Alternative Communication Journal.** v. 13, n.3, p.139-140. set. 1997.

PÊCHEUX, M. Sur La (dé-)construction des théories linguistiques. *DRLAV*, n. 27, p. 1-4.(1982)

PIRES, S. C. F. **A relação linguagem-cognição no trabalho com a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa com a criança com paralisia cerebral.** 2005. 172 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PIRES, S. e LIMONGI, S. C. Introdução de Comunicação Suplementar em paciente com paralisia cerebral atetóide. **Revista Pro-fono.** v. 14, n.1, p. 51-60. jan./abr. 2002.

POMMIER, G. **Naissance et renaissance de l'écriture.** Paris: PUF, 1993

PUIG DE LA BELLACASA, R., Introdução. In: Carmen Basil Almirall, Emili Soro-Camats e Carmen Rosell Bultó (orgs.). **Sistemas de Sinais e ajudas Técnicas para a Comunicação Alternativa e a Escrita.** 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora LTDA, 2003.

REILY, L. H. Como o Sistema Bliss foi introduzido no Brasil. In: Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes, Miryam Bonadiu Pelosi e Márcia Regina Gomes (orgs.). **Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: relatos de pesquisas e experiências.** Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papéis, 2007. Cap.1, v. 2, p. 19-45.

ROMSKI, M.A.; Sevcik, R. A. e Adamson, L. B. Framework for studying how children with developmental disabilities develop language through augmented means. **International Society for Augmentative and Alternative Communication Journal.** v. 13, n. 3, p.172-178. set. 1997.

SADER, R. C. M. Dificuldades para a inclusão de um usuário de comunicação alternativa na Universidade: relato de um caso. **Revista Temas de desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 75-8. set./dez. 2001.

SAUSSURE, F. Elementos internos e elementos externos da língua. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 30-1.

SAUSSURE, F. Entidades concretas da língua. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 119-24.

SAUSSURE, F. Identidades, realidades, valores. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 125-29.

SAUSSURE, F. Lingüística da língua e Lingüística da fala. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 26-8.

SAUSSURE, F. Matéria e tarefa da Lingüística: suas relações com as ciências conexas. **Curso de Lingüística Geral**. São Paulo: Cultrix, 1989. p. 13-4.

SAUSSURE, F. Natureza do signo lingüístico. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 79-84.

SAUSSURE, F. Objeto da Lingüística. **Curso de Lingüística Geral**. Tradução por Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1989, p. 15-25.

SOLER, C. O **“corpo falante”**. Seminário de Psicanálise – Fórum do Campo Lacaniano. Hospitais Pediátricos La Scarpetta. Roma: Praxis, 12 de maio de 2007.

SOTO, G. e HARTMANN, E. Analyses of narratives produced by four children Who use augmentative and alternative communication. **Journal of Communication Disorders**. V. 39, n. 6, p. 456-80, 2006.

SOTO, G. O desenvolvimento de habilidades narrativas em crianças usuárias de CSA. **Caderno de resumos do II Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa – ISAAC Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2007, p.79-80.

SPINA-DE-CARVALHO, D. **Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação**. 2003. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

TETZCHNER, S. & JENSEN, M. Introdução. In: Stephen Von Tetzchner e Mogens Hygum Jensen (orgs.). **Augmentative and Alternative Communication: European**

Perspectives. 2. ed. Londres: Whurr Publishers, 1997, p. 1-19.

TETZCHNER, S. e MARTINSEN, H. Situating augmentative and alternative language intervention. In: Stephen Von Tetzchner e Mogens Hygum Jensen (orgs.). **Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives**. 2. ed. Londres: Whurr Publishers, 1997. Cap. 2, p. 37-48.

TETZCHNER, S. Introduction to Language Development. In: Filip T. Loncke, John Clibbens, Helen Arvidson e Lyle L. Lloyd, L. (orgs.). **AAC: New Directions in Research and Practice**. Londres: Whurr Publishers, 1999. Cap. 1, p. 3-7.

TREVIZOR, T. T. e Chun, R. Y. S. O desenvolvimento da linguagem por meio do sistema pictográfico de comunicação. **Revista Pro-fono**. v. 16, n.3, p. 323-32. set./dez. 2004.

VASCONCELLOS, R. **Paralisia Cerebral: a fala na escrita**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELLOS, R. Paralisia cerebral e comunicação alternativa e suplementar: linguagem em funcionamento. **Revista Temas de Desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 79-84. set./dez. 2001.

VASCONCELLOS, R. Aquisição de Linguagem e Paralisia Cerebral: um processo necessariamente sintomático? **Letras de Hoje**. v. 39, n. 3. p. 323-30, 2004.

VASCONCELLOS, R. Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com Paralisia Cerebral. In Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (org). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006. p. 289-311.

VIVIANI, M. D'Angelo História de inclusão: vencendo pela persistência. **Revista Temas de desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58-59, p. 59-64. set./dez. 2001.

ZAPATA, A. B. A comunicação como fator relevante para a viabilização da inclusão. **Revista Temas de desenvolvimento**: edição especial. v. 10, n. 58/59, p. 65-8. set./dez. 2001.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)