PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

LINHA DE PESQUISA LINGUAGEM E SUBJETIVIDADE

Escuta e Interpretação na Clínica Fonoaudiológica

CASTELLANO, Giuliana Bonucci

Mesa Redonda: A Transcrição na Clínica Fonoaudiológica. 8º Congresso Internacional da ISAPL, Porto Alegre-RS, 2007.
FREIRE, Regina Maria Ayres de Camargo; POLLONIO, Cláudia Fernanda; SILVA, Gisele Gouvêa; CASTELLANO, Giuliana Bonucci.

RESUMO

A partir da concepção dos termos escuta e interpretação, aqui se pretende observar as posições ocupadas pelo terapeuta e paciente a partir de recortes de segmentos clínicos via transcrição. Será posto em questão o quanto a lida posterior com dados clínicos é um meio necessário de o terapeuta atentar-se ao seu modo de comparecimento na clínica, de modo a escutar como se (des) articula a fala que lhe é dirigida e de que modo sua presença afeta (ou não) o falante/sujeito em seu sintoma.

Com isso, o fonoaudiólogo ocuparia três tempos, o primeiro é “interno ao discurso”, instante em que o fonoaudiólogo analisa e interpreta a fala do paciente. O segundo nível é “externo ao discurso”, momento em que o fonoaudiólogo analisa a si e ao paciente (suas falas), com o intuito de refletir, *a posteriori*, sobre as estratégias lingüísticas emergentes. Por fim, o terceiro nível, também “externo ao discurso”, é marcado pela análise que o fonoaudiólogo faz de sua fala e da fala do paciente para pensar em novas direções de tratamento.

Interessante se remeter a um caso clínico para procurar identificar marcas sobre a posição do terapeuta, do paciente, de suas escutas e suas falas. Por isso, eleger um caso de afasia traz questões muito importantes para se refletir sobre a escuta no momento clínico em que a "fala de dois corpos" se afetam imprevisivelmente, mas, sobretudo, para que o acesso à leitura da fala permita uma outra escuta: que possa explicar (não só descrever) se, e como, a fala do terapeuta produz efeitos/mudanças na fala do paciente, bem como permitir que o fonoaudiólogo fique sobre efeito de sua própria fala e elabore um dizer sobre a relação falante /intérprete.

TEXTO APRESENTADO NA MESA-REDONDA

Inicio a minha participação, nesta mesa, fazendo referência aos termos Escuta e Interpretação por considerá-los fundamentais no processo terapêutico comprometido com uma relação construída dialeticamente. Supor uma dialética é entrever que terapeuta e paciente se envolvem de modo subjetivo, o que impõe a afirmação de que cada atendimento evoca uma relação peculiar entre sujeitos, rejeitando qualquer proposta que defenda a homogeneidade.

Para abordar os termos Escuta e Interpretação, partirei de pressupostos teóricos fundamentados na Análise de Discurso de Linha Francesa, em que a leitura do discurso se processa na direção dos sentidos que o envolvem, sem perder de vista que aquilo que não é (ou não pôde ser) verbalizado pelo paciente diz de sua história enquanto falante.

ORLANDI (2000), define que a palavra "discurso" sustenta a idéia de curso/percurso/palavras em movimento. O discurso, constituído pela linguagem, é o mediador entre o homem e o mundo. Desta forma, a língua não é tratada sob a ótica do código, mas na possibilidade múltipla de significar, nos diversos sentidos que assume, de acordo com as situações vividas pelo homem na sua realidade.

Esse é o ponto crucial que pode ser assumido pela clínica fonoaudiológica, ou seja, identificar nas produções do paciente, suas filiações discursivas, que são as marcas de funcionamento da língua. Tal busca não se focaliza na mensagem, que pressupõe um movimento linear do emissor em relação ao receptor. O

interesse se localiza no discurso, instante em que ambos – terapeuta e paciente - realizam simultaneamente o processo de significação.

Ainda sob o enfoque das contribuições de ORLANDI a Análise de Discurso inscreve-se na confluência de três regiões do conhecimento científico: o Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais, incluindo aí a ideologia; a Lingüística, constituída pela afirmação da opacidade da linguagem, com o seu objeto próprio: a língua que, por sua vez, tem sua ordem própria; a Psicanálise, como teoria de interpelação da noção de indivíduo para a de sujeito, constituindo-se na relação com o simbólico. Todas as três atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade, de natureza psicanalítica.

Sob essa fundamentação teórica, escolheu-se a Análise de Discurso da escola francesa (AD) para entender os recortes discursivos que serão apresentados, dado seu estatuto de teoria que trabalha as relações entre a língua e o sujeito. A língua, sob a ótica teórica da AD, é incompleta e heterogênea porque é afetada pela história, estando sempre propícia aos deslizes, aos múltiplos sentidos, à ambigüidade. A partir desse raciocínio CUNHA (1997), diz que a língua é entendida como uma forma material de chegar ao sujeito, pois é através da linguagem que o sujeito mostra a incompletude do seu inconsciente e é através da língua também que esse sujeito procura preencher as lacunas próprias da sua constituição. O sujeito, (re)produtor de discurso, é um sujeito do desejo marcado pela incompletude, e também pelo desejo da completude e de dizer o novo. Esse desejo de completude nunca será satisfeito, pois este sujeito sempre acredita que disse tudo, que os sentidos estão postos, que o seu dizer está livre da ambigüidade e que só poderia dizer da forma escolhida, mas essa completude é apenas uma ilusão; o sujeito, afinal, é sempre desejante. Na concepção da Análise de Discurso, todo discurso tem sujeito e todo sujeito tem ideologia, tomando-se por ideologia o efeito da relação do sujeito com a língua e a história para que se signifique. A Análise de Discurso compreende sujeito e sentido constituindo-se ao mesmo tempo. Ambos não são transparentes e devem ser observados a partir da sua materialidade lingüística.

Nessa perspectiva, a proposta é ver a afasia não como sintoma orgânico, mas, partindo de uma teoria da Lingüística, que inclui, necessariamente, o sujeito, tomá-lo como falante, ou seja, como submetido à ordem simbólica, na qual os

sintomas pedem interpretação, sentido, significação e apontam para a presença deste sujeito.

A Análise de Discurso vem sendo utilizada de forma crescente pela Fonoaudiologia com vistas a problematizar a atuação fonoaudiológica no que diz respeito ao seu método clínico, discutindo questões sobre sintoma, escuta, interpretação, discurso, dentro de uma perspectiva que faceia ideologia e subjetividade.

CASTELLANO & FREIRE (2006), em estudo sobre a disfonia sob a ótica discursiva constataram que a abordagem fonoaudiológica partindo do levantamento dos sinais e sintomas do distúrbio vocal desarticulados do sujeito pode comprometer o entendimento da demanda que este traz. Um outro estudo de GIRARDI (2003) configurou-se com o objetivo de analisar o discurso de um sujeito com alterações vestibulares para identificar os sintomas que ali se presentificavam, de forma a apontar relações de implicação entre tontura e subjetividade discursiva, permitindo circunscrever a tontura como manifestação que ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo.

Nesse mesmo sentido, FREIRE (1996), em sua prática que tem como referencial teórico à *abordagem Interacionista em Aquisição de Linguagem e a Análise de Discurso* esclarece que a teoria do discurso se propõe a lidar com o funcionamento da linguagem e com a questão de sentidos, abrindo lugar para o diferente, para o que se desloca, para o que causa estranheza.

Esses estudos são de grande importância para a Fonoaudiologia porque contemplam a importância de uma conduta no sentido de olhar a clínica, relevando o espaço terapêutico como potencialmente intersubjetivo. Sob essa ótica, um outro sentido interpretativo na relação terapêutica é enfatizado remetendo a uma reflexão sobre a postura do fonoaudiólogo diante do sujeito que apresenta determinada patologia.

Ancorados nos conceitos descritos, os termos escuta e interpretação aqui propostos serão entendidos como noções imbricadas e indissociáveis, ou seja, algo que é dito provoca reações no interlocutor e direciona sua escuta, mas para que se possa evocar um sentido ao dito, é necessário projetar uma interpretação.

Assim, a escuta não é outra coisa senão estar aberto para o dito do outro, isto é, livre para escutar um sujeito e sua fala. Ao dizer o dito, devolver uma fala, ressignificá-la, questionar o paciente a fim de que ele se posicione de forma diferente e possa dizer de outro modo, o clínico está instaurando um efeito possível de sentido, de interpretação.

Vale destacar que a atribuição de sentidos só pode ganhar *status* quando se assume que a linguagem não seja transparente, clara, evidente. A idéia da opacidade é condição necessária para a noção de escuta pelo fato de os sentidos não serem fixos. Portanto, ao clínico institui-se o trabalho de fazer aprisionamentos provisórios, isto é, interpretar.

Com relação à interpretação, na prática fonoaudiológica deve ser localizada na linguagem. É ORLANDI (1996), quem explicita melhor esse termo com relação à linguagem:

"A interpretação está presente em toda e qualquer manifestação da linguagem. Não há sentido sem interpretação. Mais interessante ainda é o pensar os diferentes gestos de interpretação, uma vez que as diferentes linguagens, ou as diferentes formas de linguagem, com suas diferentes materialidades, significam de modos distintos".

Nessa perspectiva, a Análise de Discurso, trabalha a interpretação com seus mecanismos como partes do processo de significação, porém, não procurando um sentido único ou verdadeiro, pois são vários os sentidos possíveis que o discurso pode suscitar, haja vista suas condições de produções serem heterogêneas.

SPINA-DE-CARVALHO (2003), em sua tese de mestrado cita LIER-DE VITTO & ARANTES (1998) para indicar "duas posições do fonoaudiólogo" com relação à imterpretação: "a da interpretação "em cena" e "a da interpretação de dados" (1998: 69). Sobre isso, Andrade (2001: 263) comenta que, a primeira "convoca diretamente o terapeuta", quer dizer, uma interpretação que se realiza com o perfil de uma réplica à fala do paciente, no instante da convocação do terapeuta. A segunda, convoca fortemente uma teoria, ou seja, a relação ao dado (gravado e/ou transcrito das sessões) e, portanto, à distância do paciente,

suspende a exigência do instante clínico da interpretação e promove uma relação outra à fala. Um pano de fundo teórico que media essa relação vem à tona como predominante.

Ainda nesse sentido, a autora refere DE LEMOS (1995) ao dizer que mesmo num conjunto de dados de fala, "colhidos e transcritos", *"a criança não aparece como um **corpus**, mas como um corpo*". Ela considera que em um ***corpus*** há muito de um **corpo** e vice-versa, uma vez que a fala da criança não está dissociada de um corpo que está inscrito na linguagem e que tem, portanto, um modo de presença particular. No caso da clínica, a inscrição permanece na escuta.

Sob essa ótica, pretendo analisar e discutir recortes discursivos de um paciente afásico, sendo este um dos casos que compõe o acervo do Banco de Dados de Fala e Escrita, coordenado pela Profa. Dra Regina Freire, no Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da PUC/SP do qual sou pesquisadora.

Conforme citado na introdução dessa apresentação, a análise e discussão serão direcionadas e baseadas nas posições ocupadas pelo terapeuta e paciente a partir de recortes de segmentos clínicos via transcrição, vinculado ao modo do terapeuta atentar-se ao seu modo de comparecimento na clínica, de modo a tecer considerações sobre a escuta do sujeito afásico para a fala, com base no movimento de significantes que opera entre a fala do paciente e a fala do terapeuta.

Cabe aqui resgatar os ditos de FREIRE (1997), a fim de esclarecer o papel do Fonoaudiólogo na dialética terapêutica ocupando três níveis diferentes para que possa assumir como diz a autora: ***"o papel estruturador da linguagem de seu parceiro".***

Ressalta que para assumir esse papel é preciso que o fonoaudiólogo ocupe além do papel de interlocutor, o de investigador. Esse último constitui-se no papel de terceira pessoa (daquele que está fora da situação interacional) e que de seu lugar considerado privilegiado concebe os lugares das três pessoas discursivas. Para a autora, essa terceira pessoa (o Fonoaudiólogo) ocupa três níveis diferentes:

1) Fonoaudiólogo interlocutor – ocupa um nível interno ao discurso e ocorre quando se afasta da interação em curso, analisa e interpreta os indícios que a fala da criança apresenta e aproxima-se novamente para constituir-se como co-autor da linguagem da criança

2) Fonoaudiólogo observador – representa o segundo nível, externo ao discurso, e ocorre quando o mesmo vê e ouve, por meio das gravações em vídeo, a ambos os interlocutores, reatualiza a sua história interacional e analisa a eficácia das estratégias dialógicas

3) Fonoaudiólogo investigador – encontra-se também externo ao discurso e ocorre quando sistematiza o que fazem a terceira pessoa observador e a terceira pessoa interlocutor, constituindo-se em autor de uma nova proposta terapêutica em fonoaudiologia.

BAPTISTA (2000), refere que o material transcrito das gravações permite ao fonoaudiólogo rever seu papel como interlocutor, analisar o material lingüístico e as condições de produção. Esse material serve para que o profissional, durante as sessões fique atento às interpretações realizadas.

De acordo com a autora, é por meio desse material que o fonoaudiólogo deverá observar quais condições de produção o discurso é mais eficaz, interpretar/decifrar o que é dito pelo cliente, atribuir sentido e contrapor a sua emissão.

Na lida com os dados discursivos a seguir, o meu posicionamento se dará no nível de fonoaudiólogo investigador, uma vez que não é possível dizer sobre a cena clínica em si, pois não ocupei a posição de fonoaudiólogo interlocutor.

***Recorte discursivo* (1)**

Legenda: F = *Fonoaudiólogo* ***/ P =*** *Paciente*

F1: de quem é essa calça?

P1: ãh?

F2: De quem é?

P2: É dele. É minha

F3: (Ri)

P3: (Ri)

F4: olha eu estou falando sério

P4: aí me deus (ri)

Em **F4** verifica-se que a resposta de **P2** não é aceita. A tendência pedagógica é caracterizada por "ações corretivas" do fonoaudiólogo, que incidem sobre o "erro": No exemplo acima, note-se que apesar de a terapia ocorrer através da "interação", há uma "quebra" do fluxo dialógico quando o clínico dirige seu olhar exclusivamente para o "erro/deslize/deslocamento de sentidos" que não é esperado por ele e fecha o discurso de forma abrupta ao dizer: "olha eu estou falando sério". Esse posicionamento por parte do terapeuta remete ao analista do discurso pensar num discurso autoritário que não possibilitou a circulação de sentidos, silenciando a fala do paciente. Dito de outro modo, não houve uma escuta direcionada ao que causa estranheza e que ficou sem interpretação.

***Recorte discursivo* (2)**

P1: Num presta, num, num presta não isso aqui, num presta (apontando para uma gaiola) num é muito bom... essa aqui...

F1: Num é muito bom?

P2: Essa carta, essa, essa aqui não essa essa aqui, grande (aponta para gaiola).

F2: Essa gaiola?

P3: É piquen, é.

F3: É pequena?

P4: É, isso é ma, mais grandi esse aqui é.

F4: Precisa ser maior?

Observe-se que em **P2** aparece "carta" fora do contexto, porém, **F** parece não escutar esse novo significante e retoma sobre a gaiola.

Conforme apontado por FREIRE (1996) em seu artigo intitulado: Análise da

afasia sob uma perspectiva discursiva, o que não tem sentido não é interpretado como discurso e, portanto, nessas situações dialógicas o afásico é apenas o sujeito do seu discurso e não constitui autoria.

A autoria, segundo ORLANDI (2001), se realiza na origem, produzindo um texto, como unidade coerência, progressão, não-contradição e fim. Portanto o autor é aquele que dá unidade coerência ao seu discurso.

P1: Essa daqui é mais grandi, essi aqui.
F1: Tem que ser assim? (Apontando a gaiola grande)
P2: É não, é piqui esse lado assim ó! (Apontando a mesma gaiola)
F2: Assim? (Apontando novamente a gaiola grande)
P3: É,é.
F3: Tá.
P4: Então...
F4: E onde compra S. Nelson?
P5: Lá em cima, eu compro, me dá dinheiro esse aqui... compra ele.
F5: Dá dinheiro pro senhor e o senhor compra?
P6: Não, cê compra ele lá em cima, cima. Eu comigo, ele, ele,eu.

A confusão entre “eu compro” e “compra ele” em **P5** é bem apreendida pela terapeuta que re-significa em **F5** em ordem clara um sentido coerente.

Essa ressignificação leva o sujeito afásico a operar sobre o seu próprio enunciado e em **P6** consegue definir que não será ele quem comprará a gaiola, e sim a terapeuta. O que ocorre neste recorte é que ao escutar o sujeito afásico, a terapeuta possibilita uma reorganização dos significantes estruturando a cadeia discursiva. Porém, logo insere em seu discurso “eu comigo, ele”, que prejudica a cadeia sentencial e faz **F1** interrogá-lo a seguir recolocando a cadeia discursiva.

F1: Ele quem?

Assim, conforme citado por ORLANDI (2005) em sua obra Discurso e Texto, “A análise do discurso não é um método de interpretação, não atribui nenhum sentido ao texto. O que ela faz é problematizar a relação com o texto, procurando

explicitar os processos de significação que nele estão configurados, os mecanismos de produção de sentidos que estão funcionando. Compreender, na perspectiva discursiva, não é, pois, atribuir um sentido, mas conhecer os mecanismos pelos quais se põe em jogo um determinado processo de significação".

Mesmo em uma fala como a do sujeito afásico, que resiste a fazer texto, há possibilidade de emergir sentidos se ela faz texto no dizer do outro. Texto aqui, entendido como unidade de sentido em relação à situação discursiva ORLANDI (1987).

Seguindo essa direção, entendo que a condição básica para a circunscrição da interpretação está relacionada ao compromisso com uma escuta diferenciada por parte do terapeuta da linguagem que permita apreender os múltiplos sentidos do discurso.

As considerações tecidas nessa apresentação, assim como as questões levantadas, indicam uma direção de reflexão. Espero, contudo, para além do que este trabalho me fez avançar na discussão sobre a interpretação, que ele possa contribuir para o diálogo sobre o tema, no âmbito da prática fonoaudiológica.