Flávia Brisola de Campos Salles

Semiologia em Fonoaudiologia: a subversão do conceito de doença

Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia
PUC-SP - 2002

INTRODUÇÃO

Na clínica fonoaudiológica observa-se, como em toda disciplina de atuação clínica, a necessidade de uma semiologia para a escolha da direção do tratamento terapêutico. Isso porque a semiologia — estudo dos sinais e sintomas das doenças – implica, necessariamente, a constituição de uma nosologia – classificação das doenças — que fundamente o diagnóstico diferencial, conduzindo a terapêutica para o estabelecimento da cura. Sendo assim, a legitimidade do trabalho clínico terapêutico está intimamente ligada a uma semiologia que seja interna à própria área.

Nota-se, no entanto, no que concerne à Fonoaudiologia, que esta apresenta fortes evidências da influência, ou melhor, da apropriação da semiologia médica para seu uso clínico. A absorção da semiologia médica pelo campo fonoaudiológico implica, antes de mais nada, em um equívoco teórico-clínico-metodológico, dada a impossibilidade de importação e aplicação de um conceito estruturado em disciplina que apresenta um objeto de estudo distinto do objeto da Fonoaudiologia. Não tenho

a intenção de discutir o objeto da Fonoaudiologia, mas, faz-se necessária a apresentação do estado atual da arte para que minha afirmação seja sustentada.

A Fonoaudiologia lida com um campo de conhecimento onde coexistem objetos aparentemente distintos – voz, audição, linguagem e motricidade oral – e a sua preocupação em apontá-los como efetivamente distintos, a tem afastado de sua principal questão teórica ou seja, o reconhecimento de seu estatuto clínico. Neste sentido, como diz Arantes(2000) *" tentar definir um objeto para a Fonoaudiologia obriga a apagamentos indevidos e à desnaturalização do que é aparentemente inequívoco. "* (Arantes,2000:127).

Acredito, porém, que a falta de interesse pela definição do que é clínico para a Fonoaudiologia e do que estrutura a especificidade de sua clínica decorrem do fato de que as questões teóricas que são abordadas no campo fonoaudiológico não derivam de seu fazer clínico.

Acompanho Cunha (2000) quando diz que a melhor maneira de fazer ciência em Fonoaudiologia é

> *" quando ela parte da experiência clínica como origem (e destino) das suas formulações teóricas. Assim, nos parece possível a emergência de paradigmas fonoaudiológicos cientificamente consistentes, mesmo que temporários e/ou antagônicos. "* (Cunha,2000:05)

Partir de experiências clínicas deveria ser o foco do fonoaudiólogo, mas isso não significa limitar-se a um recorte da experiência clínica, e sim reconhecer a totalidade desta clínica em seus quatro elementos fundamentais: a semiologia, o diagnóstico, a etiologia e a terapêutica. O que estou apontando aqui é que ao importar a semiologia da Medicina, a Fonoaudiologia, além de romper com a estrutura da clínica médica, faz a aplicação dos quadros nosológicos orgânicos em alterações de linguagem.

Como a nosologia, no campo da Medicina, é " *uma proposta de compreensão das doenças a partir de uma divisão dos males em categorias formadas por traços constantes referidos às estruturas e funções do corpo "* (Palladino,1999:04) fica inviável a aplicação deste conceito na Fonoaudiologia, que lida com a linguagem patológica do sujeito.

Lidar com a linguagem patológica do sujeito, significa lidar com uma especificidade que demanda a criação de uma estrutura clínica que lhe seja particular. Desta forma, para se pensar em patologia de linguagem na Fonoaudiologia, é necessário muito mais do que a mera aplicação terminológica da Medicina. Trata-se de considerar que a particularidade do objeto de atenção da Fonoaudiológica pede-lhe o esforço teórico de estabelecer uma semiologia própria e apontar as razões do abandono da semiologia médica.

A Fonoaudiologia, dado o privilégio que atribui à linguagem em sua clínica, deve estruturar seu projeto teórico comprometida com a orientação e direção do tratamento. Sendo assim, sua semiologia deve gerar uma nosologia que, diferentemente da Medicina, enfrente as questões da patologia da linguagem. Trata-

se de considerar portanto, que a semiologia e a nosologia são necessárias pois, como diz Freire, (1999)

> *“ (...) o objetivo da clínica, anterior e concomitante à cura, é a detecção da estrutura do tipo clínico da patologia de linguagem do falante. Assim nas primeiras entrevistas ou entrevistas preliminares é importante- uma vez definida a estrutura- ultrapassar o plano desta para chegar ao dos tipos clínicos, o que permitiria ao terapeuta vislumbrar a direção da terapia, sem a qual o processo terapêutico ficaria à deriva. Há, portanto, uma relação de implicação entre diagnóstico e terapia, ou seja, o sentido do diagnóstico está em servir de guia para a condução da terapia. ”* (Freire,1999:03)

No entanto, a Fonoaudiologia não tomou para si a importância do questionamento da estrutura de sua clínica, o que implicou em seu afastamento da questão semiológica, assumindo para sua clínica uma *“ forma degenerada de terapêutica que em nada se aproxima dos critérios formais que estruturam a clínica clássica ”* (Freire,2001:04). Restou ao fonoaudiólogo o tratamento técnico das alterações orgânicas e perceptuais, restos do objeto clínico que a Medicina concede à Fonoaudiologia, sob a forma de reabilitação paramédica.

Note-se que o principal argumento contra a assunção da semiologia da clínica médica pela fonoaudiologia, está pautado na convicção de que sua decorrência principal é a desestruturação da clínica. Isto porque, sendo a clínica uma estrutura *“ que obedece à critérios formais, ou seja, deve ser integrada por elementos homogêneos e co-variantes que se articulam e se significam em suas relações ”*

(Freire,2001:02), no momento em que se extrai apenas um de seus elementos – no caso, a semiologia – rompe-se com os demais alicerces que a sustentam e significam, promovendo sua derrocada.

Definido que a apropriação da semiologia da clínica médica pela Fonoaudiologia não é possível, de que modo conceber uma semiologia que lide com a linguagem e sua patologia ?

Se permanecermos com o foco voltado para a clínica e sua estrutura, encontraremos outra disciplina que, à semelhança da Medicina, estabelece sua estrutura clínica embora com outro objeto que o daquela disciplina. Trata-se da clínica Psicanalítica, que ao assumir o inconsciente como seu objeto de estudo, subverte toda a clínica médica para construir sua própria clínica e garantir seu caráter de cientificidade.

Note-se que tanto a Medicina quanto a Psicanálise são disciplinas clínicas que delimitaram seu objeto de investigação — para a Medicina a doença e para a Psicanálise o inconsciente — garantindo sua estrutura clínica e seu perfil de disciplina científica. Assim, pergunto, já que não é possível a aplicação da semiologia médica a qualquer outro campo clínico, como a Psicanálise se sustenta enquanto clínica?

Caberia introduzir aqui, o resultado da subversão da semiologia médica pela psicanálise ou seja, as estruturas clínicas, sua definição e como elas se diferenciariam, já que observa-se duas formas de reflexão no que diz respeito às estruturas clínicas em Psicanálise.

A primeira delas, afirma Dunker(1996) refere-se ao trabalho de Freud, que aponta para o fato de que a etiologia da neurose *“ não se define pelo conjunto de signos, isto é, por sua semiologia, mas por aquilo que as torna possíveis, ou seja, pela disposição ou capacidade de produzir sintomas. Considerar a neurose a partir de tal aptidão, servirá às pretensões de uma clínica que não seja apenas sintomática, como o hipnotismo, mas que altera algo no nível da sua causalidade. ”* (Dunker, 1996:153).

A segunda, refere-se ao trabalho de Lacan, no qual a noção de estrutura clínica surge no quadro do estruturalismo francês pós-guerra. Isto significa dizer que Lacan, por estar em contato com a Linguística estruturalista de Saussure, coloca-se em uma posição diferenciada, já que consegue dar uma concretude ao inconsciente ao afirmá-lo “ estruturado como linguagem. “ (Dor, 1992). Sendo assim, para Lacan, a estrutura é *“ atemporalidade sobredeterminante e como tal não possui história”,* ela é absoluta necessidade lógica(Dunker,1996:157). Isto significa dizer que a estrutura deixa de ser *“ um estado cuja fenomenologia possa ser descrita, mas uma hipótese acerca da forma como o sujeito se engendra em relação à linguagem. ”* (Dunker,1996:158).

Nota-se, portanto, no que se refere à necessidade de investigação e delimitação de uma semiologia para a Fonoaudiologia, que a contribuição fundamental advém do diálogo a ser estabelecido com as áreas da Medicina e da Psicanálise. Isto porque a Fonoaudiologia está intrinsecamente ligada e afetada pelas disciplinas citadas dado seu estatuto clínico. Resta-nos esclarecer como acessar essa contribuição.

Assumindo como objetivo deste trabalho a constituição de uma semiologia fonoaudiológica articulada à noção de estrutura, passo, no capítulo um, a delinear o que é uma estrutura clínica. Para isso vou ao campo da Medicina a fim de identificar de que modo sua semiologia se articula com os demais elementos que estruturam a clínica médica clássica.

No capítulo dois, parto para outra noção de estrutura, aquela adotada pela clínica psicanalítica para apontar uma forma alternativa de semiologia, atrelada à noção de estrutura clínica.

No capítulo três, suspendo a naturalidade com que o conceito de semiologia vem sendo abordado na Fonoaudiologia a partir da estrutura da clínica médica para, em seguida, apontar os trabalhos que realizam uma forma preliminar de nosologia.

No capítulo quatro, aponto para uma subversão da semiologia para a Fonoaudiologia.

No capítulo cinco encontram-se as considerações finais.

1.0 A SEMIOLOGIA E A ESTRUTURA NA CLÍNICA MÉDICA

“Um conceito não é uma simples palavra que podemos encontrar, com a leitura do primeiro dicionário consultado. Como sabemos, ele não indica simplesmente uma realidade empírica, não é um nome que damos a uma coisa imediatamente observável. Um conceito é interdependente de todo um campo conceitual, do qual recebe uma significação, sendo esse campo, por sua vez, solidário com as condições de sua produção. Ele não pode, pois ser tomado de empréstimo, facilmente, como algo isolável.”(Althusser, 1991p.15)

A semiologia é um entre outros elementos fundantes da clínica médica por isso, antes de discuti-la no campo Fonoaudiológico, convém esclarecer o que a Medicina entende por clínica. Começo por deter-me em sua conceituação: o verbete "clínica" é derivado da palavra grega "kliné" que significa ação de cuidar. Para que esta ação seja efetivada, é preciso que ela se sustente sobre uma estrutura, ou seja, que outros elementos que a ela se articulam, sejam identificados. E ainda, se a clínica é uma estrutura, para esclarecê-la é preciso, primeiramente, referir qual é a tópica estrutural utilizada.

Trata-se da geometria euclidiana que, segundo Dor(1991) *" comporta, como toda a estrutura, elementos e leis que governam o uso recíproco desses elementos entre si no interior de um sistema. "* (Dor,1991:51). Dor refere que a estrutura é , antes de tudo, *" um modelo abstrato, no caso: a) um conjunto de elementos; b) leis de composição internas aplicadas a esses elementos "* (Dor, 1991:50).

Pode-se dizer ainda que a estrutura comporta três características: totalidade, transformação e auto-regulação. A totalidade *" resultaria ao mesmo tempo da independência dos elementos componentes da estrutura e do fato que a reunião de todos os elementos é necessariamente diferente de sua soma* " (Dor,1992:24). A transformação precisa de leis de composição que definam as operações dentro do sistema de forma que possa ser estruturante *" numa realidade já estruturada "* (Op.cit.idem). A auto-regulação é a possibilidade da estrutura se autoconservar, ou como o próprio nome elucida, se auto regular.

Lévi-Strauss afirma que para um modelo qualquer assumir o nome de estrutura é preciso satisfazer 4 condições: 1) Ter um caráter de sistema, o que

significa que seus elementos constituintes devem estar uns sob o efeito de outros. Qualquer alteração em um deles leva a um abalo do outro. 2) Pertencer a um grupo de transformações, sendo que cada uma das transformações corresponde a um modelo da mesma família, *“ de modo que o conjunto dessas transformações constitui um grupo de modelos. ”* 3) Que as propriedades 1) e 2) permitam prever o modo de reação do modelo de acordo com qualquer modificação de um dos elementos. 4) *“ O modelo deve ser construído de tal modo que seu funcionamento possa explicar todos os fatos observados. ”* (Lévi-Strauss, 1976 :13).

Desta forma, como diz Freire(2001):

> *“ (...) a clínica é sempre uma estrutura que obedece à critérios formais, ou seja, deve ser integrada por elementos homogêneos e co-variantes que se articulam e se significam em suas relações. ”* (Freire, 2001:2).

Sendo assim, para que qualquer clínica – cuja finalidade seja a ação terapêutica – funcione enquanto uma estrutura, é necessário a articulação de seus quatro elementos fundantes: Semiologia, Diagnóstica, Etiologia e Terapêutica.

A semiologia, refere-se à *“ classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que devem se apresentar como diferenças significativas ao olhar do clínico. ”* (Dunker,2000:40). O segundo elemento, a diagnóstica, refere-se à *“ capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possuem quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade do caso ”* (Op.cit.Idem:41) A etiologia, pautada na teoria da

causalidade, assim como todo o raciocínio clínico, deve estar organizada a partir da relação direta das causas com os efeitos, possibilitando assim, uma nosologia universal na qual toda a doença pode ser observável. O último elemento, a terapêutica, está intimamente ligado à propedêutica *“ aquilo que prepara ou organiza o paciente para uma intervenção terapêutica ”* (Dunker,2000:43) que será fundamental para a conduta do tratamento.

É importante salientar que para satisfazer a condição da estrutura da clínica é essencial que os quatro elementos compreendam sua totalidade. Ou seja, se houver qualquer alteração de qualquer um dos elementos do sistema, há a alteração de toda sua estrutura.

Como já dito, o foco desta pesquisa estará voltado apenas para um dos elementos da estrutura clínica: a Semiologia. Certamente ao realizar este recorte, não se está desvinculando este elemento dos demais elementos que estruturam qualquer clínica.

Semiologia, segundo o dicionário Michaelis(1998) é *“ 1) Ciência dos sinais e a arte de empregá-los. 2)Med. Ramo da Medicina que trata dos sintomas; sintomatologia. ”* (Michaelis,1998). Estudar os “ sinais ” e “ sintomas ” das doenças, implica na possibilidade de delimitação de um objeto específico, ou seja, a doença. Segundo o dicionário técnico de Medicina Stedman(1996), doença é:

> *“ 1. Morbus; doença, enfermidade; uma interrupção, sensação ou distúrbio de funções, sistemas ou órgãos do corpo. 2. Uma entidade mórbida caracterizada geralmente*

por pelo menos dois critérios: agente etiológico reconhecido, grupo identificável de sinais e sintomas ou alterações anatômicas compatíveis. " (Stedman, 1996:367)

Na própria definição do objeto – a doença - pela Medicina, pode-se reconhecer os quatro elementos estruturantes de sua clínica: semiologia e diagnóstica (grupo identificável de sinais e sintomas), etiologia,(agente etiológico reconhecido) para que a terapêutica possa ser efetivada.

Para manter sua fidedignidade clínica, ou seja, realizar articulações sistemáticas entre os elementos que a fundam, a Medicina teve que circunscrever como seu objeto de investigação a doença do corpo, excluindo o doente. Tal circunscrição foi necessária para garantir a homogeneidade e transparência dos sintomas observados na clínica. Consequentemente, a Medicina estabeleceu um sujeito universal e homogêneo, garantindo não só o controle e a cientificidade de sua área, como também, mantendo a articulação entre Semiologia, Diagnóstica, Etiologia e Terapêutica.

Portanto, no que concerne à Semiologia, a Medicina estabelece normas, padronizando e estabelecendo médias ideais. Sendo assim, é preciso observar, analisar e descrever empiricamente para garantir e determinar a normalidade a partir da visibilidade e transparência do funcionamento dos órgãos. Trata-se, portanto, de um encapsulamento dos órgãos em normas estipuladas para todos os seres humanos sãos.

Canguilhem(1995) afirma que o objetivo maior da medicina clássica é buscar uma técnica de instauração e de restauração do normal. Para isso, são alçados os parâmetros de definição da normalidade enquanto uma norma, isto é, uma média estatística padronizada quantitativamente que configurará assim, a doença na Medicina.

A necessidade de normatização garante ao médico o controle dos signos que são transparentes - Semiologia - que possibilitam um diagnóstico pelo reconhecimento do agente etiológico, para poder atuar terapeuticamente, através de uma " ação de cuidar ", ou seja, da clínica. A partir do estabelecimento da Semiologia, nasce a nosografia – descrição das doenças - que é designada a partir da repetição dos sintomas observáveis. O patológico passa a ser delineado a partir do normal, este último determinado como a variação quantitativa do funcionamento dos órgãos. Isso significa dizer que a doença é definida a partir da alteração de valores – para mais ou para menos – que são pré estabelecidos por um padrão genérico de normalidade. A definição de doença então, depende da definição de seu contrário, a noção de saúde, a qual, por sua vez, está relacionada com a noção de normal entendido enquanto norma.

Observa-se que, na medicina tradicional, a intervenção médica está submetida à *" ordenação ideal da nosologia ."* (Foucault,1998:07)

> *" (...) a medicina classificatória é homogênea e neutraliza o sujeito, destacando apenas seu objeto de investigação, ou seja, a doença dos órgãos. A doença aqui, é vista como uma linearidade, um plano sem profundidades, e num instante. "* (Op.cit.Idem).

Sendo assim, afirma Canguilhem(1995), a visão médica semiológica está pautada pelo ângulo somático da nosologia. Isso significa dizer que a doença ganha visibilidade e que, portanto, a terapêutica resume-se em suprimir este mal atingindo-o de forma direta.

Foucault(1998) - filósofo que realiza uma discussão sobre a transformação quanto à forma de organização dos conhecimentos e práticas médicas - questionará na clínica médica clássica a observação dos sintomas do doente que resumiam-se aos sintomas do corpo, apagando com a possibilidade do invisível, à medida que o clínico silenciava a linguagem do paciente deixando emergir apenas o seu saber pré-concebido sobre as doenças do corpo e suas classificações nosológicas.

No entanto, para que a Medicina pudesse manter sua estrutura clínica, foi necessário a delimitação do saber pré-concebido das doenças do corpo. O que Foucault aponta como necessidade de ressignificação é a forma de reflexão sobre os dizeres dos pacientes, quando o que está em jogo é a linguagem. Diz Foucault(1998) *“ o que se manifesta é originariamente o que se fala ”* (Foucault,1998:122). Sendo assim, seria preciso considerar, na clínica o discurso do paciente e não apenas a observação passiva de seus sintomas.

Foucault(1998) afirmará que o encontro entre o médico e o doente é determinado por três meios: 1- alternância dos momentos falados e dos momentos percebidos em uma observação; 2- o esforço para definir uma forma estatuária de correlação entre o olhar e a linguagem; 3- o ideal de uma descrição exaustiva.

O primeiro meio resume-se na possibilidade de transparência da linguagem na qual só é possível um sentido para a leitura dos sintomas da doença. É realizado através da aplicação dos questionários médicos - que inclui a linguagem dos sintomas - e das observações do médico sobre os sintomas, progressos e efeitos da doença. O segundo, refere-se ao estabelecimento de uma estrutura, um quadro clínico que, através de uma análise verbal transparente aos ouvidos do médico reduz a linguagem na exatidão do reconhecimento do que está pré-determinado. O terceiro e último refere-se à correlação entre os sintomas visíveis e enunciáveis, capazes de serem previstos pela regularidade que apresentam, impossibilitando qualquer lacuna ou questionamento.

Todos esse meios estão articulados na clínica médica com um só objetivo: a homogeneização para o controle e a detenção do saber médico. Isso significa dizer que não há espaço para o invisível e o oculto; a verdade é uma só e do domínio teórico da Medicina.

O fato de associar a doença a uma sintomatologia visível através da análise que o médico faz do discurso do paciente, passa muitas vezes como um “ equilíbrio precário ” pela redução de que tudo o que é visível, é enunciável. Sabe-se, no entanto, que a partir do momento em que se considera o discurso do paciente, não se pode excluir a possibilidade de emergência da invisibilidade. Neste sentido, para poder se considerar o discurso do paciente, é preciso reestruturar a clínica para abarcar as invisibilidades e heterogeneidades que ultrapassam a descrição nosográfica.

Focault(1998), afirma que

> *“ Entre as características nosológicas e os traços terminais que se lê no rosto do doente, as qualidades atravessam livremente o corpo. Corpo em que o olhar médico não tem razões para se demorar, ao menos em sua espessura e seu funcionamento. ”* (Foucault,1998:16).

Foucault(1998) refere ainda, que é necessário que se olhe para além dos signos - que é a relação que une o significante e o significado tornando-o transparente - apontando para a existência de uma lacuna que é o comentário.

> *“ O comentário baseia-se no postulado de que a palavra é ato de <<tradução>>, tem o privilégio perigoso das imagens - o de mostrar ocultando - e pode indefinidamente ser por ela mesma substituída na série aberta de retomadas do discurso; baseia-se, em suma, em uma interpretação da linguagem que traz claramente a marca da sua origem histórica. ”* (Foucault,1998:XV).

A emergência do comentário abordado por Foucault(1998) se dá devido ao aparecimento de espessuras e invisibilidades na doença que perturbam e rompem com a possibilidade de acesso direto ao doente. Desta forma, a estrutura da clínica clássica não suporta a introdução de um novo objeto - o sujeito – que abala a possibilidade de homogeneização e exige uma nova estruturação. Tal fato ocorre principalmente com o estudo, no final do século XVIII e início do XIX, das doenças sem lesão orgânica, como por exemplo as neuroses e as febres. Tanto uma quanto

a outra, apresentavam uma pluralidade de sintomas que apontavam para uma estrutura patológica geral.

O comentário de Foucault diz respeito à leitura que se deve fazer dos sintomas que o sujeito traz em seu discurso, que implica em uma subversão da clínica clássica para que se possa sustentar outra clínica: a Psicanalítica. Ao excluir o sujeito, a medicina exclui as psicopatologias, que abarcam conteúdos que ultrapassam a restrição do corpo. Desta forma, há um apagamento da subjetividade, que é ensurdecida diante da doença orgânica dos pacientes.

A semiologia na Medicina tem um caráter de visibilidade e transparência, onde o olhar do clínico, resume-se à observação das doenças dos órgãos. Observa-se a objetivação através da homogeneização do que é observado, sendo que o critério de legitimação da decisão e fechamento do diagnóstico se dá por meio do consenso observado pela regularidade e generalização empírica. Isso significa dizer que a medicina procura através da semiologia alcançar uma exatidão que não é possível quando o que está em jogo é o discurso do paciente.

Foucault(1998) afirma a necessidade de inclusão do sujeito, incluindo o discurso que, ao contrário do objeto da Medicina, é opaco e precisa ser traduzido através de uma outra leitura que ultrapassa sua aparência e visibilidade.

A Medicina apresenta um rigor teórico, ao assumir a doença dos órgãos como seu objeto, que possibilita a articulação dos elementos que estruturam sua clínica consolidando-se cientificamente.

Pode-se observar que o conceito de Semiologia, tal como posto pela Medicina, é um conceito irrecuperável para qualquer clínica que se proponha a lidar com a linguagem dos pacientes, já que a carga semântica que ele carrega consigo está consolidada na transparência, homogeneidade e concretude.

A clínica médica, portanto, utiliza-se de meios perfeitamente articulados ao método clínico para alcançar o fim a que se propõe: o restabelecimento da saúde. Resta saber se e como a clínica médica, em sua subversão, pode estruturar outras clínicas.

2.0 PSICANÁLISE E A SUBVERSÃO DA ESTRUTURA DA CLÍNICA MÉDICA

Este capítulo apontará um novo olhar para os elementos fundantes da clínica através da inclusão do discurso e, portanto, do sujeito. A subversão da estrutura da clínica clássica é feita pela Psicanálise que, ao final do século XIX, cria o termo psicopatologia,

> " *para designar os sofrimentos da alma e, em termos mais amplos, os distúrbios do psiquismo humano, a partir de uma distinção ou de um deslizamento dinâmico entre o normal e o patológico variável conforme as épocas.* " (Roudinesco e Plon,1997:616)

O dicionário Aurélio(1997) da língua Portuguesa define Psicopatologia como *" Psicologia dos distúrbios mentais "* . Já Michaelis(1998) refere que Psicopatologia é:

> *“ 1.Med.Estudo ou tratado sobre as doenças mentais. 2. Psicol. Estudo das perturbações mentais tanto no que concerne à sua descrição e classificação como a seu mecanismo e evolução; fundamenta a psiquiatria, que se utiliza de seus dados para fins terapêuticos.”* (Michaelis,1998:1725)

Dor(1991) afirma que a Psicopatologia emerge em função das leis estruturais que mantém o princípio da causalidade psíquica propostos por Freud. Isto é, a Psicopatologia surge da relação de “crescimento de entropia irreversível”[1] caso o aparelho psíquico não se nutra constantemente de entropia. Entropia, por sua vez, segundo a definição do dicionário da língua portuguesa Michaelis(1998), refere-se à

> *“ quantidade de energia de um sistema, que não pode ser convertida em trabalho mecânico sem comunicação de calor a algum corpo, ou sem alteração de volume. A entropia aumenta em todos os processos irreversíveis e fica constante nos reversíveis.”* (Michaelis,1998:825)

Trata-se de assumir, a partir da variação quantitativa da entropia, que há um princípio de economia psíquica que pode desorganizar a estrutura psíquica do sujeito.

[1] Este assunto será abordado mais adiante

A economia psíquica por sua vez, pode ser o *“ principal agente indutor das desordens psicopatológicas. ”* (Dor,1991:56). Desta forma, o princípio da economia psíquica está pautado na biologia molecular, a qual afirma que o organismo, estruturado como uma máquina, necessita de energia para sua sobrevivência.

Assim, o organismo só pode manter-se vivo, se for constantemente alimentado por energia, já que o gasto desta energia é proporcionalmente constante. Caso ocorra um gasto excessivo, ou uma privação de energia haverá, consequentemente, um desequilíbrio que acarretará o crescimento de desordem.

O princípio do funcionamento do organismo está pautado, portanto, no consumo da energia que estabelece a ordem em função do crescimento da desordem irreversivelmente determinada. Da mesma forma, pode-se afirmar *“ sob a reserva de uma comparação puramente metafórica ”* que há “ *uma mesma economia paradoxal ao nível das estruturas psíquicas. ”* (Dor, 1991:58).

Pautado na Física termodinâmica, Freud afirmou que o funcionamento do aparelho psíquico também tende a uma probabilidade de desordem máxima, onde o crescimento de entropia deve estar em relação de estabilidade. É o que configura a estrutura psíquica básica do sujeito.

Para o crescimento e equilíbrio da entropia psíquica são necessários o gozo que promoverá a desordem psíquica, e a castração que promoverá a ordem da estrutura pela ordem fálica. Isso significa dizer que *“ o desejo do sujeito deve permanecer continuamente submetido à função fálica para que se economize a irreversibilidade do gozo. ”* (Dor,1991:59).

Nota-se assim que a estruturação psíquica ocorre na relação entre as ordens e desordens que o sujeito sofre no seu processo constitutivo. Caso ocorra a desordem, ou melhor, o crescimento de desordem, emerge a patologia/doença psíquica. Pode-se dizer ainda que a essência do crescimento entrópico - a desordem - é o desejo que, por sua vez é o dispositivo dinâmico, ativo, que só pode ser barrado pela falta: o falo. *" A estrutura psíquica mantém-se em uma certa ordem se o desejo do sujeito sustenta-se no desejo do outro, nele encontrando a falta. "* (Dor,1991:59) Resumindo, a noção de estrutura está pautada nos três princípios básicos delineados: o tópico, o dinâmico e o econômico.

A partir do momento em que o sujeito vai se constituindo via relações entre o desejo e o falo, vão emergindo organizações estruturais específicas. Nota-se portanto, que a noção de estrutura ultrapassa e muito o *" registro das considerações semiológicas e nosográficas "* (Dor,1991:50) que a clínica Médica impõe.

Lacan, Psiquiatra e Psicanalista francês, realiza um retorno ao trabalho de Freud e afirma que os dois grandes momentos que Freud aborda como partes da formação da estrutura psíquica de cada sujeito – pré edipiano e Édipo resolvido - estão *" governados e marcados por uma única Lei, a do Simbólico. "* (Althusser,1991:65). Isso significa dizer que qualquer estrutura psíquica está marcada e atravessada pela dialética da *" ordem simbólica, ou seja, da ordem humana "* que está *" sob a própria forma da ordem do significante, isto é, sob a forma de uma ordem formalmente idêntica à ordem da Linguagem "* (Althusser,1991:65)

Para Lacan, a noção de estrutura clínica *“ surge no quadro do difuso estruturalismo francês pós-guerra. ”* (Dunker,1996:157). Isso significa dizer que Lacan, por estar em contato com a Lingüística estruturalista de Saussure, coloca-se numa posição diferenciada, já que consegue dar uma concretude ao inconsciente ao afirmar que o inconsciente *“ é estruturado como uma linguagem. ”* (Dor,1992:12).

O que o diferencia de Freud, é o abandono da idéia clássica de que o *“ passado determina o presente e este determina o futuro a partir de leis que cabe à ciência decifrar ”,* para assumir a noção de que o acontecimento já está pré figurado pela estrutura em que se inclui. *“ A estrutura é atemporalidade sobredeterminante e como tal não possui história, (...) nela domina a absoluta necessidade lógica. ”* (Dunker,1996:157)

Nota-se que Lacan, assim como Freud, pautado na noção de estrutura já delineada, se opõe à consideração de que há uma lógica da linguagem tal qual a lógica da matemática na qual é possível apreender um único sentido de forma exata e irrefutável. Lacan, ao refutar esta noção, afirma que não se trata dessa lógica matemática que assume a possibilidade da medição constitutiva da ciência, mas sim de uma matematização tal qual Miller(1987) afirma, em que há uma topologia e não uma medição. Assumir a existência de uma topologia, significa assumir uma geometria sem medição, sem distâncias e distanciamentos. Portanto, o que há como estrutura do inconsciente é a rede sistemática do significante, onde o objeto consiste e se constitui.

Sendo assim, quando Lacan fala em estrutura, deve-se pensar em estrutura tal como diz Lévi-Strauss(1976):

> *“ (...) a noção de estrutura não depende de uma definição indutiva, fundada sobre a comparação e a abstração dos elementos comuns a todas as acepções do termo tal como é geralmente empregado. ”* (Lévi-Strauss, 1976:12)

Segundo Dor(1991), assumir o que é uma psicopatologia significa admitir a noção de ruptura epistemológica. Isso porque a abordagem psicopatológica de Freud não se restringe a um *“ catálogo de dados semiológicos, mas em uma dinâmica estrutural. ”* (Dor,1991:55). Isso significa dizer que a Psicanálise, ao refutar o conceito semiológico como uma exclusividade dos órgãos, reestrutura toda a sua clínica e redefine cada um dos quatro elementos que a constituem. A partir das doenças mentais, a Psiquiatria faz uma tentativa de estabelecer a estrutura clínica da Medicina para este novo universo. No entanto, os fenômenos da loucura são expressos e criados pela linguagem, o que implica o rompimento da totalidade do corpo para a abertura das significações via linguagem. Desta forma, não se pode tratar o sujeito através de objetivações psíquicas muito menos encapsulá-lo em *“ convencionalidades sociais ou Lingüísticas* ” (Dunker,2000:48), é necessário que se redefina toda a estrutura clínica a partir de um outro universo: o sujeito.

O primeiro ponto a ser redefinido, refere-se ao modo de olhar para o sujeito, isto é, para o doente. Com a utilização do uso do divã, marca-se o privilégio para uma escuta e não mais para um olhar. Desta forma, *“ a escuta, torna-se assim a essência deste novo projeto clínico. ”* (Dunker,2000:49). A esta definição de escuta, atrela-se a possibilidade de leitura do que é opaco, dos deslizes, das rupturas, das lacunas, ou seja, tudo aquilo que era excluído no olhar do médico.

A partir deste primeiro deslocamento, nota-se a subversão da semiologia médica que assume o caráter *“ instável da ligação entre significante e o significado ”* (Dunker,2000:49)*,* além de seu aspecto multifacetado, arbitrário, imprevisível e temporal da produção da significação. Isso não significa dizer que não se pode estabelecer uma semiologia, mas sim que ela, ao ser ressignificada, aborda aspectos que lhe são próprios seguindo um fio condutor: a subjetividade apoiada no suporte lingüístico.

A subversão do segundo elemento, a diagnóstica, vem da inversão da relação do objeto de estudo abordado pela Medicina. Isto é, assume-se o discurso do sujeito como seu objeto. Sendo assim, rompe-se com a *“ classificação exaustiva ”* e com uma *“ descrição objetivante ”* para reintroduzir uma heterogeneidade que abarca a inclusão do sujeito e não mais de seu corpo única e exclusivamente.

A etiologia, terceiro elemento para a estrutura da clínica Psicanalítica, segundo Dunker(2000) abarca modificações e abandonos na sua subversão no que diz respeito à causalidade usada. A primeira grande modificação refere-se ao rompimento da causalidade linear, ou seja, a partir da possibilidade de retorno do recalcado - ou pela ressignificação constante dos sentidos que vão emergindo de forma lógica durante a associação livre – marca-se o estabelecimento de uma causalidade não linear e não cronológica.

A partir disso, está estabelecida a terapêutica, quarto e último elemento, que articulada com os elementos anteriores se constitui em uma técnica, que

> *“ implica um conjunto de operações com a linguagem e na linguagem tomada em diferentes âmbitos: interpretação, construção, manobras dialéticas sobre a transferência ou sobre os afetos. ”* (Dunker,2000:51).

Incluir a linguagem significa, portanto, assumí-la como *“ mediação fundamental na dialética com o outro ”,* (Dunker, 2000:51) refutando a noção de que a linguagem é comunicativa e, portanto, um veículo para expressar, verbalizar os sintomas observáveis no corpo.

A partir da subversão da clínica clássica, a Psicanálise constitui sua estrutura clínica diferentemente da Medicina, mas com o mesmo rigor e compromisso teórico. A noção de estrutura em Psicopatologia, ultrapassa o *“ registro de abordagem habitual das descrições, das diferenciações e das classificações dos objetos e suas propriedades específicas. ”* (Dor,1991:50).

O que se pode observar a partir da apresentação da clínica médica e a subversão das estruturas clínicas é que o grande deslocamento da clínica Psicanalítica está no direcionamento de seu olhar – que aqui pode ser traduzido como escuta - para o sujeito. Incluir o sujeito na clínica implica incluir seu discurso, sua linguagem, que, como foi apresentado, se configuram de maneiras diferentes nas clínicas psicanalíticas freudiana e lacaniana apesar das estruturas básicas serem as mesmas, já que a segunda clínica é a releitura da primeira. Resumindo, a noção de estrutura clínica é operacional tanto para os fenômenos inconscientes quanto para a doença dos órgãos, a diferença está na ressignificação da primeira

sobre a segunda que delimita a especificidade de cada uma, garantindo a articulação entre seus elementos estruturantes.

Tanto a proposta de estrutura clínica abordada pela Medicina, quanto a subversão feita pela Psicanálise, consagram à estas áreas o estatuto de cientificidade fundamental para a fidedignidade de sua clínica. Isto porque, conforme dito anteriormente, ambas apresentam a articulação dos quatro elementos estruturais de qualquer clínica.

Sendo a Fonoaudiologia uma área clínica que lida com as patologias de linguagem e, portanto, com o sujeito, nota-se a necessidade do estabelecimento dos quatro elementos de sua clínica, garantindo seu caráter de cientificidade. Garantir o caráter de cientificidade tem como um dos caminhos o estabelecimento uma estrutura clínica. A partir disso, indago: Será que a Fonoaudiologia pode ressignificar a noção de estrutura clínica da psicanálise para estruturar sua própria clínica? Se sim, como entender a Semiologia quando o que está em questão são as alterações de linguagem? Se não, qual é o cenário atual desta pseudo-clínica?

3.0 SEMIOLOGIA NO CAMPO FONOAUDIOLÓGICO

"Teoricamente, Freud montou sozinho o seu negócio: produzindo seus conceitos "domésticos", sob a proteção de conceitos importados, tomados de empréstimo ao estado atual das ciências existentes e, é preciso dizê-lo, no horizonte do mundo ideológico em que se banham tais conceitos." (Althusser,1991:52)

Abordar o conceito de Semiologia na Fonoaudiologia, implicaria em verificar, inicialmente, os pilares sobre os quais assentou-se a Semiologia fonoaudiológica e, a seguir, verificar como se dá a articulação desta com os demais elementos que compõem a estrutura da clínica. Como o primeiro passo para identificar a Semiologia que sustenta a Fonoaudiologia, saí em busca de uma nosologia ou nosografia fonoaudiológica. No entanto, o que encontrei em suas publicações foram apenas indícios de sua preocupação com esta questão. Um desses indícios, aquele no qual me baseei para dar o primeiro passo, foi o vocabulário Nicolosi(1989) dos Distúrbios

da Comunicação, espécie de dicionário que agrega um conjunto de definições das doenças que são encontradas na clínica fonoaudiológica.

Nas seções que se seguem, apresento as definições de algumas doenças - como o vocabulário as define e como são ditas nas pesquisas fonoaudiológicas - para, a seguir, discutir sua pertinência e consequências para o campo fonoaudiológico.

3.1 Semiologia na Fonoaudiologia: o reducionismo das definições descritivas

As doenças definidas no vocabulário Nicolosi(1989) dos Distúrbios da Comunicação foram agrupadas e categorizadas a partir da forma como os sintomas que compõem cada quadro patológico foram descritos. Segundo esta proposta, encontrou-se três categorias.

A primeira categoria, que denominarei de etiológica, restringe-se a alçar a causa da doença como forma de defini-la. É o que se pode observar, por exemplo nas definições de *Fissura Labiopalatal* e de *Surdez*.

O vocabulário define Fissura Labiopalatal como uma *“ deformidade congênita que varia de um entalhe até uma divisão completa do lábio; o processo alveolar e o palato podem ou não estar envolvidos. ”* (Nicolosi,1989:133).

Surdez é descrita como a *“ perda da habilidade de ouvir sem designação do grau de perda ou da causa. ”* (Nicolosi, 1989:294).

Esta forma etiológica de caracterização da doença, importada da Medicina, é encontrada em vários trabalhos fonoaudiológicos. Freitas(1997), por exemplo, define as Fissuras Labiopalatinas como:

> *“ anomalias faciais congênitas, decorrentes da falta de coalescência entre os processos faciais embrionários ” (...) “ as fissuras labiais resultam da falta de fusão entre os processos frontonasal e maxilar, que ocorre por volta da sexta semana do desenvolvimento embrionário, sendo que as fissuras palatinas decorrem da falta de fusão das placas palatinas do processo maxilar, fusão esta que ocorre por volta da nona semana de vida intra-uterina. ”* (Op.cit. idem:26).

Ortiz (1997) refere que a afasia está diretamente ligada a uma lesão cerebral em um dos hemisférios, e que dependendo da localidade da lesão e de sua extensão, o “distúrbio de compreensão” pode ser ou não o fator principal ”*definidor da afasia. ”* (Ortiz,1997:77).

Lacerda(1987) concorda com a linha fisioterápica Bobath(1976) que define a Paralisia cerebral como:

> *“ o resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento do cérebro, de caráter não progressivo, e existindo desde a infância. A deficiência motora se expressa em padrões anormais de postura e movimentos, associados com o tônus postural anormal. A lesão que atinge o cérebro quando ainda é imaturo interfere com o desenvolvimento motor normal da criança ”.* (Bobath,1976:11)

Outro fato que merece observação é que a linguagem não é referida nos casos das definições acima, apesar de o distúrbio de linguagem ser a especificidade do quadro nosológico que o faz interessante ao fonoaudiólogo. Tal omissão remete para a ausência de reflexão do clínico – aqui o fonoaudiólogo – ao importar inadvertidamente as descrições de quadros patológicos da Medicina para a Fonoaudiologia. Fica em suspenso a seguinte questão: em que estas definições contribuem para o trabalho clínico? Como a definição de afasia, surdez, fissura palatina ou paralisia cerebral interfere na estruturação da terapêutica?

Na segunda categoria, que chamarei de descritiva funcional, as definições de doenças são descrições das alterações funcionais da fala. Dentro desta caracterização, podem ser encontrados dois sub-tipos: a) o descritivo funcional *linguístico* e b) o descritivo funcional *neurológico*.

O descritivo funcional linguístico subdivide-se, por sua vez, em fonológico e discursivo. As definições de caráter fonológico restringem-se à descrição das alterações funcionais para a produção dos fonemas da fala, como no caso do Distúrbio Articulatório, a *“ produção incorreta dos sons da fala devido à colocação,*

tempo, direção, velocidade ou integração inadequados dos movimentos dos lábios, língua, véu ou faringe(...) " (Nicolosi,1989:246).

Nunez(1996) define dispraxia/apraxia verbal afirmando ser a mesma uma

> *" desordem neurogênica fonológica ou articulatória, caracterizada por incapacidade de programação ou planejamento motor das posições, combinações e seqüências para a produção voluntária da fala. Tais perturbações podem ser adquiridas pelos indivíduos em fase adulta ou em crianças, que já desenvolveram fala. "* (Nunez,1996:26).

No trabalho realizado por Spinelli, Massari e Trenche(1993), o distúrbio articulatório é definido pelos

> *" déficits em um ou mais dos fatores*[2] *a ele relacionados, ocasionando falhas na colocação, tempo, direção, pressão, programação e integração dos movimentos da articulação resultando na ausência ou inadequação dos sons da fala. "* (Spinelli, Massari e Trenche,1993:132).

Outro trabalho que se enquadra neste campo é o de Lauermann (1997), no qual a autora define os desvios fonológicos[3] da seguinte forma:

---

[2] Os fatores referidos pelas autoras são: grau de inteligibilidade, freqüência e consistência dos erros, tipos de erros, condições da comunicação, status cultural, regionalismos, idade e subjetivismo.

[3] Gostaria de ressaltar que o verbete Desvios Fonológicos não é encontrado no vocabulário dos Distúrbios da Comunicação, apesar de seu uso na Fonoaudiologia.

> *“ Quando falamos em desvios fonológicos, tratamos da criança que apresenta grande dificuldade para conhecer sua língua, regras e funcionamento, as quais, através de processos naturais, adquirem processos fonológicos para adaptações articulatórias derivada de uma necessidade provocada pela restrição em termos de produção e percepção da fala. ”* (Lauermann,1997:64).

Nota-se que neste grupo de trabalhos - que apresentam as definições de caráter descritivo linguístico fonológico das doenças de linguagem - há a submissão da patologia de linguagem a uma alteração orgânica, mais especificamente às alterações anátomo-fisiológicas e perceptuais dos órgãos fono-articulatórios(OFA).

No que se refere à caracterização da doença do tipo descritivo funcional discursivo - como o próprio nome diz – oferece-se uma descrição funcional em nível discursivo para as alterações de linguagem. Neste tipo, podemos encontrar como definição para Gagueira:

> *“ Distúrbio na fluência normal e padronização do tempo As principais características incluem da fala um ou mais dos seguintes aspectos: (a) bloqueio audível ou silencioso; (b) repetições de som ou sílaba; (c) prolongamento de sons; (d) interjeições; (e) palavras quebradas, (f) circunlocuções ou (g) palavras produzidas com tensão. ”* (Nicolosi,1989:145).

Por outro lado, Andrade(1999) define a gagueira como “ *uma desordem de origem neurolingüística que gera uma resposta psicológica e um impacto no*

ajustamento social. ” (Andrade,1999:9). Nota-se que há uma falta de precisão na definição de Gagueira que impede qualquer tentativa de delimitação ou caracterização da doença. O entrelaçamento de elementos de origem diversa confunde o leitor em sua tentativa de compreender o fenômeno.

A categoria descritivo funcional neurológica remete a alteração à descrição de uma lesão neurológica que pode ser: a) específica, na qual a etiologia é especificada na própria descrição; b) inespecífica, que não apresenta uma etiologia especificada na descrição da doença. Pode-se observar, a título de exemplo da descritivo funcional neurológica específica, a definição de Afasia adotada pelo vocabulário Nicolosi(1989):

> *“ Distúrbio de Comunicação causado por dano cerebral e caracterizado por prejuízo completo ou parcial da compreensão, formulação e uso da linguagem; exclui distúrbios associados a déficits sensoriais primários deterioração mental geral ou distúrbios psiquiátricos. O prejuízo é muitas vezes referido como disfasia. ”* (Nicolosi, 1989:08).

Como exemplo da descritivo funcional neurológica inespecífica, tem-se a Apraxia.

> *“ Um distúrbio sensoriomotor lingüístico de articulação caracterizado por capacidade prejudicada de programar a posição da musculatura da fala e o sequenciamento dos movimentos musculares(respiratórios, laríngicos e orais) para a produção volitiva*

dos fonemas. Em uma forma menos severa, a apraxia é muitas vezes referida como dispraxia. " (Nicolosi,1989:27).

A terceira e última categoria é a descritivo desenvolvimental. Esta, por sua vez, aponta para a descrição da doença a partir do desenvolvimento do sujeito que pode ser de dois tipos: a) a embriológica - que descreve a doença com etiologia marcada no desenvolvimento embrionário da criança, e b) a de linguagem – que localiza a doença em uma das etapas do processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Na categoria descritivo desenvolvimental embriológica, enquadra-se a definição de Paralisia Cerebral:

" Expressão para um grupo de distúrbios neurológicos com etiologia do sistema nervoso central particularmente em centros de controle motor; pode ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal ou pós natal, antes que a coordenação do sistema muscular básico seja atingida. É de natureza crônica e pode resultar em uma extensão de distúrbios, incluindo tônus muscular anormal, coordenação deficiente e posicionamento anormal; um envolvimento suplementar pode ocorrer no funcionamento perceptual, auditivo, de fala e linguagem ou emocional. " (Nicolosi,1989:231).

Já como exemplo da categoria descritivo desenvolvimental de linguagem, pode-se encontrar as definições dos Atrasos/Retardos de Aquisição de Linguagem. Atraso de Aquisição de Linguagem é:

> *“ falha em compreender e/ou produzir linguagem na idade esperada; pode dever-se a amadurecimento lento; prejuízo auditivo, dano cerebral, retardo mental, distúrbios emocionais; pode também ser acompanhada por múltiplos erros articulatórios. ”* (Nicolosi,1989:179).

O Retardo de Aquisição de Linguagem é o *“ desenvolvimento de linguagem atrasado para o qual nenhuma causa fisiológica é conhecida. ”* (Nicolosi,1989:274).

Segundo Zorzi(1997), um dos parâmetros para caracterizar os Retardos de Linguagem é a idade da criança e sua relação com o processo de desenvolvimento evolutivo da linguagem. Zorzi classificou os Retardos em dois grupos, elaborando um planejamento terapêutico para cada um dos grupos. No grupo I, o Retardo de Linguagem é parte do atraso global de desenvolvimento da criança. Nesse grupo, há uma divisão em dois sub-grupos: o subgrupo A, e o sub-grupo B. No primeiro, estão caracterizadas as crianças que apresentam *“ ausência de condutas simbólicas, com comportamentos organizados a nível sensoriomotor. ”* (Zorzi,1997:894). No segundo, tem-se as crianças *“com atraso global do desenvolvimento e que já apresentam algum grau de simbolismo em suas condutas que, apesar de presentes, estão defasadas em relação ao esperado para a idade”.* (Op.cit.,Idem:895).

No grupo II, encontram-se o que Zorzi denomina de “*Retardos Simples de Linguagem*”. Neste grupo estão as crianças que não apresentam nenhum tipo de comprometimento orgânico ou de condutas simbólicas, mas que ainda sim não apresentam a evolução esperada no que diz respeito ao plano da linguagem.

> *“ Um dos fatores que podem estar agravando ou interferindo nesse tipo de atraso diz respeito à vivência, por parte da criança, de situações ou ambientes pouco favoráveis para o desenvolvimento da linguagem e até mesmo das habilidades comunicativas mais gerais. Sabemos que o domínio da linguagem pela criança é altamente dependente da qualidade de situações de interações com os outros, das habilidades sociais, comunicativas e estilos de interação dos adultos devem ficar bem caracterizados na avaliação. ”* (Zorzi,1997:896/897).

Pode-se observar que o autor, apesar de se preocupar em especificar as doenças de linguagem em subgrupos, apresenta uma definição de Atraso/Retardo de Aquisição de Linguagem que submete a linguagem às “habilidades sociais” além de sua submissão ao funcionamento orgânico, pelo viés do amadurecimento cognitivo, tido como decorrente deste.

A apresentação das definições das doenças pertencentes ao campo fonoaudiológico indica a adoção de uma variedade de critérios para a circunscrição do que é patológico e que possibilitam, conseqüentemente, a criação de uma taxonomia. Essa pluralidade de categorias permite a constatação da ausência de reflexão teórica em sua elaboração que acaba por abalar seu estatuto conceitual.

A heterogeneidade das definições usadas pela Fonoaudiologia na caracterização de “suas” doenças aponta, principalmente, para a falta de precisão porque, apesar de estarem elencadas em um vocabulário – o que implica na definição do conjunto de vocábulos que estruturam um campo de conhecimento –

apresentam descrições de natureza diversa que impedem a fixação dos limites específicos do objeto desta ciência, de modo que ele passa a ser confundido com outros objetos, de outras ciências.

Trata-se, portanto, de supostas definições que não me parecem um caminho seguro para a identificação do caráter semiológico do campo. Pôde-se observar, pela multiplicidade e uso arbitrários das definições que são alçadas da Medicina, a inconsistência teórica que constrói o solo em que se sustenta a clínica fonoaudiológica, apagando até mesmo a especificidade de seu questionamento, ou seja, a doença de linguagem.

Esta inconsistência na definição das doenças em Fonoaudiologia indica a ausência de uma semiologia própria. Se a semiologia adotada não foi estabelecida em seu campo, mas sim emprestada do campo Médico, a consequência é o equívoco de pressupor a existência de uma clínica quando não há uma estrutura que a sustente. O apagamento da Fonoaudiologia ganha visibilidade quando, por exemplo, algumas doenças são definidas por sua etiologia orgânica, o que só faz sentido se remetidas ao seu campo de origem – a Medicina. Neste sim, elas poderão ser identificadas, categorizadas, diagnosticadas e tratadas.

Definir doenças, implica articular esse conjunto de sinais e sintomas de linguagem à uma estrutura clínica, já que ao construir uma semiologia, esta deverá estar atrelada, obrigatoriamente, ao diagnóstico, à etiologia e à terapêutica. No entanto, observa-se que nem as definições dicionariais, nem os trabalhos produzidos na área conseguem fornecer subsídios mínimos para que uma semiologia primária possa ser vislumbrada. A patologia de linguagem (in) definida como uma alteração

qualquer não permite sua articulação aos outros elementos da clínica. Neste sentido, pode-se afirmar que a Fonoaudiologia não se estrutura como uma clínica, mas reduz-se à uma técnica utilizada como um recurso paramédico, o que, certamente, abala sua credibilidade científica.

Ou como diz Freire(2001)

> *“ Ora, a redução da clínica à um de seus elementos, reducionismo cujo sentido não tem sido problematizado, acaba por desfigurá-la, deixando-a sobre pilares frágeis que, em realidade não a suportam. Estas ações ditas clínicas, são em realidade, ações propedêuticas ou deontológicas, desvinculadas da estrutura clínica e cujo efeito mais saliente tem sido o de impedir o avanço teórico de um campo de conhecimento. ”* (Freire,2001:04).

Portanto, diante das aproximações e empréstimos feitos pela Fonoaudiologia à clínica Médica, restou à primeira a posição de disciplina paramédica, sustentada por técnicas que não configuram uma clínica embora tenham possibilitado a sobrevivência desse campo terapêutico até os dias atuais.

3.2 Semiologia na Fonoaudiologia: quando a linguagem prescinde da clínica

Nesta seção, realizei um levantamento dos trabalhos no campo Fonoaudiológico que se detém, particularmente, sobre a terapêutica, para buscar outras definições de doença, em uma suposta clínica de linguagem. Digo “suposta” pois, apesar do lugar de destaque dado à linguagem, ainda não se pode encontrar nesta clínica, a articulação dos quatro elementos que estruturantes de qualquer clínica.

O mesmo procedimento que me permitiu categorizar os tipos de definições apresentadas na seção anterior, foi utilizado aqui. Selecionei trabalhos elaborados dentro do escopo da chamada patologia de linguagem, agrupando-os segundo o privilégio dado às questões de linguagem que são particulares à clínica, a saber: a definição de sintoma, o estatuto do discurso e o privilégio do sujeito. A definição de sintoma foi tomada como substitutivo à de doença, uma vez que a clínica de linguagem, ao se afastar da medicina, rompe com a visibilidade dos sinais e indícios da clínica médica, adotando o discurso em sua opacidade e, portanto, subvertendo o sentido original de sintoma. Essa redefinição de sintoma, fundamental para o esclarecimento de uma semiologia própria, demandou a circunscrição de outros conceitos descritivos complementares: a língua em sua estrutura; a fala em seu funcionamento e o falante.

A noção de língua em sua estrutura, advém da teoria de valor proposta por Saussure, segundo quem, a língua é um sistema que conhece somente sua ordem própria. Pautado na Linguística estruturalista, Saussure afirma que o estatuto das entidades lingüísticas não são unidades em si, mas que há uma multiplicidade dos signos que *“ impede absolutamente de estudar-lhe, ao mesmo tempo, as relações no tempo e no sistema. ”* (Saussure,1969:96). Desta forma, o autor afirma que o signo é arbitrário, ou seja, ele só ganha seu valor na relação com outros significantes, relação esta governada pelo movimento solidário dos eixos paradigmático e sintagmático. O sintagmático é regido por uma relação de dessemelhança, ou seja, pelas oposições que ocorrem na cadeia. Trata-se portanto de relações denominadas “in praesentia”. Já o paradigmático é regido pela semelhança, ou seja, por relações entre elementos em que apenas um pode estar presente na cadeia. O autor denomina-as, portanto, de relações “in absentia”.

Contudo, o objeto de Saussure é a língua enquanto sistema e não o seu modo de funcionamento na fala individual e em diferentes discursos. Desta forma, para abarcar o segundo conceito descritivo – a fala em seu funcionamento – alça-se o trabalho de Jakobson, pois é ele quem amplia a noção de sintagma e paradigma renomeando-as como processos metafóricos e metonímicos para dar movimento e articulação aos eixos no funcionamento da língua no discurso. Lemos(1992) cita Milner para afirmar que a redenominação dos eixos tem maior alcance teórico, já que metáfora e metonímia dão às relações paradigmática e sintagmática um papel de composição interna à linguagem. Isto porque trazem à luz o efeito dessas relações ao decidir que a composição de dois termos produz um terceiro. Este jogo de composições em que o funcionamento autônomo da língua opera, é evidenciado na fala do sujeito, no falante, terceiro conceito descritivo. Assumir o falante como

conceito descritivo significa assumir que o sujeito é assujeitado ao funcionamento da língua. Portanto, o falante está submetido aos dizeres do outro, ou seja, à ordem da língua. Neste sentido, ele não tem o domínio/controle do que diz , distanciando-se da noção de sujeito do controle da Psicologia do ego.

Pode-se observar que os três conceitos descritivos - a língua em sua estrutura; a fala em seu funcionamento e o falante – estão intimamente articulados, estruturando e constituindo o sujeito.

A partir deste tripé operador, agrupei e categorizei os trabalhos fonoaudiológicos. O primeiro grupo congrega os trabalhos cujo cerne é a inclusão do sujeito no campo fonoaudiológico; o segundo privilegia as considerações sobre a linguagem, tomada como objeto da Fonoaudiologia, o terceiro problematiza a patologia de linguagem a partir de seus sintomas e, o quarto apresenta formas preliminares de nosologia.

As pesquisas de Pagliari(1992) e Millan(1993), que apontam para a necessidade da inclusão de um olhar para o sujeito/ doente e não para sua doença, estão no primeiro grupo.

Pagliari(1992) afirma que deve haver um deslocamento da terapia “ centrada na boca ” para a terapia de um indivíduo com uma “ boca ”. A autora propõe que nos casos de pacientes portadores de distúrbios articulatórios - foco central da pesquisa da autora – a linguagem seja assumida enquanto um processo de singularização na qual o sujeito ganha um lugar de destaque, e a alteração orgânica observada passa para o segundo plano. A autora aponta a aproximação e a apropriação das diversas

definições etiológicas do campo médico para o campo fonoaudiológico, destacando a ausência da caracterização do quadro de linguagem no interior da Fonoaudiologia. Considera que a Fonoaudiologia não deve transpor ou apropriar-se da semiologia médica para justificar a sua terapêutica. Além disso, ao afirmar a necessidade do rompimento da Fonoaudiologia com o raciocínio etiológico médico, afirma a urgência da problematização da noção de doença.

Problematizar a doença na Fonoaudiologia, a partir da inclusão do sujeito, também foi a tarefa assumida por Millan (1993). Segundo a autora - cuja reflexão advém dos seus procedimentos clínicos junto a pacientes com fissuras labiopalatais - o universo clínico deve ser repensado a partir da inclusão do paciente em sua singularidade. Com esta inclusão, abre-se a possibilidade de transformação da concepção de doença:

> *" a doença pode ser tomada como uma entidade teórica definida, como um sistema de referência e isso parece adequado. O problema está no que fazer com esse conhecimento teórico necessário. A forma teórica de se conhecer uma patologia é obrigatoriamente generalizante, mascarante. Nesse sentido o fazer clínico significa ir em busca das aparências possíveis, das aparências que a doença pode proporcionar na pessoa em questão.(...) A singularidade acaba perdida. Eis a diferença: ou se encapsula o paciente numa teoria ou se sai em busca de uma singularidade. "* (Millan,1993:64-65).

Nota-se que, tanto no trabalho de Pagliari(1992) quanto no trabalho de Millan(1993), o foco central de discussão é a absorção do conceito de doença da Medicina pela Fonoaudiologia dado que ambas julgam que a clínica fonoaudiológica deve considerar a singularidade do sujeito. O foco de ambas as autoras é a primazia da singularidade do sujeito em contraposição ao apagamento aí operado pela importação da noção de doença.

Esse primeiro grupo de trabalhos que defende a inclusão do sujeito na teorização sobre a clínica, retrata a posição que, historicamente, a Fonoaudiologia assumiu a partir da negação da condição de disciplina paramédica que lhe foi inicialmente atribuída. A negação do caráter essencialmente orgânico dos chamados distúrbios da linguagem abriu a possibilidade para reflexões sobre o sujeito.

Basso(1995) também faz referências ao sujeito ao salientar o papel da linguagem em sua estruturação e, portanto na configuração da doença de linguagem. Salienta que:

> *“ tanto o discurso oriundo da medicina quanto o da lingüística/psicolinguística incorrem no mesmo erro: negligenciam a linguagem na sua natureza enquanto estruturante do sujeito. ”* (Basso,1995:58).

Nota-se que, para a autora, a inclusão do sujeito deriva do diálogo com outra disciplina – a Lingüística. Seu trabalho está voltado para a discussão das

mudanças que ocorrem na linguagem de um sujeito com retardo de aquisição de linguagem durante o processo terapêutico.

Neste sentido, o trabalho de Basso toca em questões sobre a linguagem, as que caracterizam o grupo b), além de incluir-se na categoria a). A aproximação de Basso(1995) com a Lingüística se dá principalmente pela recusa da delimitação do quadro patológico advindo da Medicina. Como diz:

> *" A partir do discurso oriundo da medicina, tem-se flagrante a concepção de linguagem como uma gramática normativa, não aparecendo, em nenhum momento, uma discussão acerca das questões epistemológicas que seriam impostas por uma certa teoria sobre a linguagem. "(Op.cit.,Idem:45)*

Sob esta ótica, a aproximação com a Lingüística não deve ser reduzida à descrição dos sintomas que emergem na fala do paciente. Isso porque, como diz Arantes(1994), a descrição

> *" não conduz o fonoaudiólogo para além da caracterização do fenômeno patológico enquanto violação das regras, para além de um diagnóstico que tem se prestado, unicamente, à elaboração de um perfil lingüístico de doença.* " (Arantes, 1994:28).

Ainda no grupo b) - de considerações sobre a linguagem – encontramos os trabalhos de Fonseca(1995) e Rubino e Fonseca(1998).

Fonseca(1995) discute a possibilidade de subversão da relação de causalidade direta lesão-sintoma nas afasias. Para tanto, Fonseca utilizará o material clássico da afasiologia médica para apontar que a definição de afasia utilizada na Fonoaudiologia restringe-se a *" um problema na linguagem causado por uma lesão cerebral. "* (Fonseca,1995:10). A partir disso, a autora irá problematizar a utilização de uma taxonomia classificatória organicista para as patologias de linguagem.

Assim como no trabalho de Basso(1995), Fonseca(1995) abordará a necessidade de considerar o sujeito pela linguagem, adotando a mesma perspectiva Lingüística, ou seja, o Interacionismo Brasileiro[4], cujo interesse original é a aquisição de linguagem pela criança.

Fonseca refere que a linguagem é *" um funcionamento que produz efeitos e que não pode ser reduzido à ordem do orgânico. "* A autora afirma, a partir da leitura do trabalho de Freud sobre as Afasias, que *" há algo mais a ser dito sobre a linguagem "* nas afasias, que ultrapassa os limites da produção articulatória. Note-se que a autora assume o compromisso com a linguagem e seu funcionamento – que significa incluir o sujeito – o que impede a homogeneização do sujeito pela doença tal como ocorre na Medicina. Estabelece, portanto, dois pontos essenciais de reflexão para sua clínica: a inclusão do sujeito e a análise da linguagem deste falante a partir de seu funcionamento. Considera que há imprevisibilidade e heterogeneidade no funcionamento da linguagem. Assim, este funcionamento não é passível de dedução tal como o raciocínio da clínica médica impõe. Ou como diz Fonseca:

> *“ se não se pode prever o efeito de um funcionamento, não se pode, consequentemente, aspirar a elaboração de uma tipologia que, a rigor, tenta homogeneizar o que é imprevisível e de natureza heterogênea. ”* (Fonseca,1995:91).

A autora aponta para a necessidade de a Fonoaudiologia atribuir um outro olhar para a relação de causalidade e determinação entre domínios tão heterogêneos como o cérebro e a linguagem, substituindo-a pela noção de implicação, afetação entre domínios. Esta noção de implicação aponta um avanço nas reflexões sobre a clínica fonoaudiológica, no que diz respeito à particularidade de seu objeto: a linguagem. Isto significa dizer que Fonseca, ao dar um lugar de destaque para a linguagem, está levando em consideração os sintomas discursivos que emergem na fala do paciente – no caso, um sujeito afásico – e não as produções articulatórias tão valorizadas pela Medicina. Nota-se aqui que o deslocamento do clínico foi motivado pelas inquietações nascidas no processo terapêutico de uma clínica de linguagem.

Rubino e Fonseca(1998) dirão que para determinar o que é patológico na fala do sujeito, é preciso primeiro que o clínico produza um discernimento sobre o que produz estranhamento na fala de alguém, que a caracteriza como patológica. Produzir um estranhamento significa, para as autoras, *“ o reconhecimento de que algo ‘vai mal’ na fala de alguém. ”* (Rubino e Fonseca,1998:01). Reconhecer este estranhamento é reconhecer a “ausência” e os “erros” que se manifestam na linguagem. Tal reconhecimento, por sua vez, pode ser identificado como uma

---

[4] Sobre o assunto, (pÔr vg) ver Lemos(1982,1986,1992,1995,1998) e seus seguidores.

produção lingüística “inadequada” por qualquer falante leigo. Mas o que diferenciaria o normal do patológico para essas autoras?

Entendido como indício desviante do funcionamento da linguagem, o erro pode gerar efeitos de linguagem patológicos e não patológicos. Os efeitos de linguagem, por sua vez, só podem ocorrer pela possibilidade de existência do efeito de estranhamento, no qual

> *“ há simultaneamente ‘familiaridade’ e ‘diferença’ relativamente à língua constituída. Em outras palavras, não se estranha o que não é, de algum modo, familiar*[5]*. O que se estranha na fala da criança é o modo através do qual a língua opera sobre os fragmentos(escutados como familiares) rearranjando-os e produzindo o imprevisível e o equívoco(escutados como diferença). Vê-se que só é possível falar em estranhamento quando se está submetido à língua. ”* (Rubino e Fonseca,1998:09).

Falar em efeito – patológico ou não - significa articulá-lo com a possibilidade de que o sujeito só gera efeito no outro - também sujeito - devido ao fato de ambos estarem submetidos ao funcionamento da língua, o que implica estar assujeitado e constituído por essa mesma língua. Só assim, pela possibilidade de o sujeito estar submetido à ordem da língua e ao seu funcionamento, é que se pode dizer que há o efeito de estranhamento, pois este último significa considerar que só se pode estranhar aquilo que já se conhece, ou seja, só se estranha algo na fala do outro se se está imerso no sistema da língua.

Note-se que, tanto na fala patológica quanto na fala normal, existem produções desviantes. Neste sentido, a patologia de linguagem refere-se, segundo as autoras, à uma nova ordem do funcionamento normal que apresenta como sintoma, o efeito de estranhamento.

Analisando os trabalhos apresentados, pode-se observar que há uma preocupação em atribuir à linguagem um outro estatuto que não o de transparência e visibilidade, considerando sua heterogeneidade, o que permite ao fonoaudiólogo romper com as aplicações inadvertidas das definições do campo da Medicina. No entanto, ainda se observa a falta de uma semiologia e conseqüentemente de sua articulação com o diagnóstico, a etiologia e a terapêutica. O deslocamento ocorrido a partir da inclusão do sujeito e da linguagem em seu funcionamento permitiu que a Fonoaudiologia refletisse sobre a condição paramédica com a qual se identificava. No entanto, essas considerações permaneceram à deriva pela ausência de um suporte teórico que lhe possibilitasse avançar em suas reflexões. Talvez porque, naquele momento, o levantamento de questões pertinentes e singulares à terapia Fonoaudiológica restringiam-se ao compromisso com a terapêutica e não com a clínica. Além disso, conforme afirma Arantes(2001a):

> *" No campo das patologias de linguagem, não se encontra qualquer relação estável entre a natureza das causas e a qualidade dos sintomas(...) é praticamente impossível prever o que uma alteração orgânica desencadeará na linguagem. Temos que em todos os quadros que envolvem linguagem (tenham eles ou não sua*

[5] Sobre o "estranhamente familiar", ver Freud, (pôr vg) 1919, "O Estranho".

etiologia definida) o clínico permanece em posição de ter que falar sobre o que se passa na fala de seu paciente. " (Arantes,2001a:49).

Cabe ao fonoaudiólogo comprometer-se com a fala patológica de seu paciente o que significa assumir um projeto ético que estruture a sua clínica. No entanto, o que os trabalhos acima apontam é a restrição da clínica fonoaudiológica apenas ao compromisso com a fala patológica do paciente. O mesmo fato pode ser observado em pesquisas como a de Frazão(1996), que aponta como problemática a ser enfrentada pela fonoaudiologia, a falta de uma teoria de clínica. Sua conclusão indica a possibilidade de emergirem outras reflexões no campo fonoaudiológico que caminhem nesta direção.

O trabalho de Frazão(1996) contém características que o definem como integrante do grupo c), isto é, dos que fazem considerações sobre a patologia de linguagem. Ainda neste grupo, podemos encontrar os trabalhos de Arantes (2001b) e Rubino (2000,2001).

Frazão (1996) também questionará a terapêutica a partir da linguagem nos casos denominados de paralisia cerebral. A autora refuta as concepções totalitárias da doença advindas dos campos médico e fisioterápico que acabam por silenciar a linguagem. A autora refere que seu trabalho está direcionado à linguagem do sujeito, o que implica abordar uma concepção de linguagem singular, refutando a idéia de que esta seja reduzida *" à mecânica da fala. "* (Frazão,1995:24).

Afirma que a clínica fonoaudiológica clássica, voltada ao atendimento de sujeitos portadores de paralisia cerebral, prioriza aspectos referentes ao sistema

sensório motor oral e manuseio global, deixando, para um segundo plano, a lida com as alterações de linguagem. Isso porque, segundo a autora, a visão de linguagem tradicional que permeia o trabalho com paralíticos cerebrais está pautada na noção de que "o falar" vem *" como decorrência natural do desenvolvimento motor ou cognitivo. "* (Frazão,1996:02). Esta noção é consequência direta da definição de paralisia cerebral como *" uma patologia cuja lesão principal é em área cortical motora."* (Op.cit.,Idem:03).

Afirma ainda, que o trabalho multidisciplinar – imprescindível no atendimento à esses casos – promove um *" apagamento do que deveria ser o objeto de reflexão do Fonoaudiólogo, a saber, a linguagem na sua dimensão patológica.* " (Frazão,1996:05).

Frazão(1996) conclui dizendo que sabe dos limites da assunção de uma teoria de aquisição de linguagem e não de clínica para a Fonoaudiologia, mas rompe com a relação de causalidade direta entre lesão e linguagem presentes na clínica fonoaudiológica de influência médica para ressaltar a relação de implicação entre organismo e linguagem.

Pode-se observar que, apesar das considerações sobre a linguagem e sobre o sujeito, e da recusa de toda a aproximação feita à semiologia médica, os achados da autora não conduzem ao estabelecimento de uma semiologia alternativa ou de fundamentos de uma nova clínica. Permanece intocada a questão primordial de qualquer clínica: a sua estrutura.

Nos trabalhos de Arantes (2001b) e Rubino(2000, 2001), nota-se a preocupação em aprofundar as reflexões pertinentes à definição do que seja patologia de linguagem, a partir da aproximação com a Lingüística estruturalista.

Arantes(2001b), ao discutir o diagnóstico de retardo de linguagem, refere haver uma inconsistência problemática na definição dessa doença. Considera que

> *" os rótulos atraso ou retardo de linguagem, comparecem na literatura para designar casos em que a perturbação de linguagem não pode ser atribuída a deficiência física, mental, ou a privação ambiental. "* (Bishop,1992 apud Arantes,2001b:04).

Rubino(2000) afirma que para que seja estabelecida a patologia como uma categoria clínica, é preciso que sejam atendidos dois requisitos: a diferenciação entre o normal e o patológico e, estabelecido o que é patológico na fala do sujeito, a determinação do caráter que o torna inconfundível com outras patologias. No entanto, segundo Arantes(2001b), o que se observa é que quando o que está em foco é a linguagem – como no caso do retardo/ atraso de aquisição de linguagem - nota-se uma complexidade em estabelecer a distinção entre o normal e o patológico, pela falta de esclarecimento da própria sintomatologia descrita para designar o retardo/atraso de aquisição de linguagem.

> *" A afirmação de que retardo de linguagem é uma categoria diagnóstica em Fonoaudiologia, exigiria que esse termo nomeasse*

> *uma condição, até certo ponto, bem descrita e bem delimitada em relação a outros quadros de linguagem. "* (Arantes,2001b:05)

A falta de homogeneidade nas produções das falas que são caracterizadas como retardo de linguagem rompem com qualquer possibilidade de padronização. Tal fato, segundo Arantes(2001b) *" torna ainda mais complexa a delimitação entre o normal e o patológico. "* (Op.cit,Idem:07).

Arantes(2001b) afirma que para se produzir um dizer sobre as patologias de linguagem, mais especificamente para o retardo de linguagem, é necessária a aproximação com a Lingüística, pois a especificidade de seu material clínico reside na reflexão e articulação entre

> *" língua-fala-falante como condição fundamental para a clínica de linguagem. (...) É preciso uma noção de língua-fala-falante que permita produzir um diagnóstico para um sujeito, que abra a possibilidade de articular o geral das leis de funcionamento ao particular da produção de um sujeito. Só assim, o diagnóstico poderá cumprir sua função primordial, qual seja: a de dar uma direção para o tratamento. "* (Op.cit.Idem:09).

A autora encerrará sua reflexão afirmando que a Fonoaudiologia deve pensar a doença a partir da *"idéia de modo de presença do sujeito na linguagem e a partir da noção de efeito."* (Op.cit.idem:09).

Outro aspecto relacionado à dificuldade em delimitar os limites entre a normalidade e a patologia de linguagem é tematizado por Rubino (2000, 2001). A autora afirmará, em um trabalho sobre falantes tardios, que este grupo de crianças, estudado e estabelecido como tal por muitas pesquisas estrangeiras[6] e visto como uma categoria limite entre a normalidade e a patologia, não permitiu a constituição de limites para a diferenciação entre normal e patológico. Portanto, diz Rubino(2000), cabe ao clínico assumir posições, o que implica em tomar decisões.

> *" o clínico acaba por produzir uma diferenciação(ainda que provisória) entre o normal e o patológico em relação aos falantes tardios, no momento em que ele toma (ou não) uma determinada criança como um paciente para a clínica Fonoaudiológica. "* (Rubino,2000:02).

Neste sentido pergunto: como o clínico realiza essas diferenciações? Ele está instrumentado para isso? Para responder à esta pergunta, trago outro artigo de Rubino(2001), no qual a autora questiona se a criança com atraso de linguagem é aquela *" que fala tarde e/ou fala pouco para a idade, ou é aquela que, ao falar, produz um efeito de diferença. "* (Rubino,2001:04). A autora refuta a idéia de que o atraso de linguagem resume-se a uma diferença quantitativa tal como é discutida na literatura estrangeira. Rubino afirma que, no Brasil, os termos "atraso" ou "retardo" de linguagem não são questionados. Diferentemente da ausência de reflexão sobre o conceito que os termos envolvidos na expressão *atraso de aquisição de linguagem* impõem, pode-se observar, na literatura estrangeira, uma preocupação

[6] Para uma discussão mais detalhada sobre o assunto, ver "Os falantes tardios como uma categoria limite entre a normalidade e a patologia" (Rubino,2000)

em diferenciar os dois termos: atraso e desvio de linguagem. No entanto, apesar de encontrar na literatura estrangeira as *" diferentes acepções do que seria um desvio*[7] *na aquisição de linguagem de um ponto de vista clínico "* (Rubino,2001:09) de pouco elas contribuem para o estabelecimento de uma categoria clínica fonoaudiológica. Desta forma, Rubino(2001) considera ser essencial a noção de estranhamento, já abordada neste capítulo, para realizar o exame *" teórico-clínico "* de desvio na aquisição de linguagem, *" sob a ótica do desvio enquanto efeito. "* (Op.cit.idem:09). A autora encerrará seu artigo concluindo que a existência de diferentes acepções teórico-metodológicas de desvio pode ser observada também nas questões teórico-clínicas, o que aponta para a inconsistência conceitual dos termos "atraso" e "desvio" de linguagem.

A proposta de Rubino e Fonseca(1998) e Rubino(2001) se aproximarão do trabalho de Palladino(2001), que enfoca a linguagem e a (co) mensurabilidade dos fenômenos. Para abordar a linguagem como objeto do fonoaudiólogo clínico, a autora afirma que deve haver uma qualidade subjetiva.

> *" (...) ser subjetivo, aponta-se aí uma existência de uma censura fundamental, constitutiva: o sujeito é passivo e ativo, é assujeitado e é sujeito. Se é um e é outro, a idéia de subjetividade informa outra, a de singularidade. "* (Palladino,2001:155/156).

A partir desta noção de subjetividade, Palladino afirma que a linguagem é um fenômeno único, é pura diferença. *" É a linguagem que define a posição sujeito,*

[7] Sobre o assunto, remeto o leitor ao trabalho de Rubino(2000) "Atraso e desvio na aquisição de linguagem."

uma posição que indica um modo sempre singular de existir. " (Palladino,2001:157). Desta forma, os efeitos das relações entre os ditos dos falantes permite que a cada encontro/ dialogia haja a criação de uma singularidade. Essa possibilidade de criação é, portanto, imprevisível. Sendo assim, a linguagem é in(co)mensurável, pois não permite a "medição" daquilo que é único, singular.

Se a linguagem é in(co)mensurável, não é possível, na clínica, quantificar em termos positivos. Desta forma, há de se realizar uma diferenciação na linguagem patológica da clínica. O caminho escolhido por Palladino(2001) foi propor categorias estéticas para tratar das questões de linguagem. Seguindo um caminho semelhante ao de Rubino e Fonseca(1998), Palladino(2001) alça o trabalho de Freud "O estranho" para apontar que o que parece ser diferente é assumido como uma categoria de estranho e o que é semelhante é assumido como familiar. No entanto, a autora aprofunda sua discussão ao afirmar que não deve haver somente algum traço que se repita no fenômeno, mas sim

> *" a de que o fenômeno indique um não dado, indique o inédito. Algo como: eu não sei o que é, mas me parece vagamente familiar. O vagamente diz respeito à dificuldade em se aceitar a repetição, já que o inédito é excessivo. "* (Palladino,2001:159).

No entanto, é preciso dizer mais sobre esta fala que parece estranha/estrangeira, quando se trata de patologias de linguagem.

> *" O insólito que a fala mostra – e que se insinua a linguagem – deve poder ser dito insistente, repetido. Assim, aquela fala é*

radicalmente estranha porque a ambiguidade vem a se expor repetidamente. " (Palladino,2001:160).

A autora afirma que o sintoma de linguagem envolve ao outro pela repetição insistente que surpreende *" pela dor que aí imprime sem pudor. "* (Op.cit.,Idem:160). O sofrimento, portanto, se traduz na interpretação que se faz pela repetição do sintoma como efeito de estranhamento.

Pode-se observar que há, neste outro grupo de trabalhos, uma preocupação em delimitar, discernir uma doença de linguagem, apesar da dificuldade encontrada pela heterogeneidade inerente à linguagem que é imposta ao clínico. No entanto, a negação das doenças nomeadas pela Medicina e o fracasso em discernir os termos atraso, retardo, desvio, alteração de linguagem, não foram suficientes para operar a transformação necessária à constituição de um campo clínico. Isto porque a discussão se restringe ao quadro patológico originado na Medicina, o que implica, necessariamente, uma aderência à semiologia desta área e não a ressignificação e subversão deste elemento para sua articulação com os demais elementos da estrutura clínica.

O último grupo de trabalhos reconhece a necessidade de uma nosologia para a elaboração de um projeto clínico e avança, ainda que de maneira incipiente, pelas questões preliminares à essa elaboração. Freire e Cordeiro (1999) começam por observar que a etiologia na fonoaudiologia *" continua sem resposta e, por sua vez, a caracterização e a terapia fonoaudiológica permanecem pouco esclarecidas e/ou mal definidas. "* (Freire e Cordeiro,1999:01). Para sustentar sua afirmação referem que, tanto nos Retardos de Aquisição de Linguagem, quanto nos Distúrbios

Articulatórios como também nas Afasias, há a tendência de o fonoaudiólogo reduzir a linguagem aos aspectos anátomo-perceptuais dos órgãos fono-articulatórios, o que coloca a linguagem no “campo da complementaridade.” (Freire e Cordeiro:02). Apontam para a impossibilidade de se assumir a linguagem como uma complementaridade, já que é ela - a linguagem - que faz questão à clínica fonoaudiológica.

A partir desse pressuposto concluem que a linguagem é objeto da Fonoaudiologia, e que o clínico deve estar alicerçado numa concepção de linguagem que

> *“ permita ver a linguagem em seu funcionamento, ou ainda a linguagem em sua singularidade. A patologia de linguagem indiciaria um funcionamento peculiar do simbólico. O objetivo da clínica fonoaudiológica seria então conhecer esse funcionamento e nele intervir usando a própria linguagem como forma de sustentar e estruturar a linguagem do paciente.”* (Freire e Cordeiro,1999:02).

A afirmação das autoras se sustentará pelo fato de o compromisso do clínico estar voltado para a fala do paciente. Neste sentido, é necessário que a Fonoaudiologia *“ estabeleça relações de interpelação com disciplinas que se preocupem com a linguagem em seu funcionamento. ”* (Freire e Cordeiro,1999:03). Justificam, desta forma, sua aproximação à Linguística e à Psicanálise como essenciais para a emergência de inspirações e questionamentos no campo clínico fonoaudiológico.

Assumir como objeto da Fonoaudiologia a linguagem em seu funcionamento, implica na assunção de uma subjetividade que impede a objetivação da doença advinda do campo médico. Desta forma, a noção de doença é afastada e Freire e Cordeiro(1999) discutirão a noção de estrutura como uma alternativa para o estabelecimento de uma nosologia que assumiria uma caracterização a partir de dois planos: o da estrutura e o dos tipos clínicos. Cabe esclarecer aqui que, conforme venho propondo, a nosologia é inerente à qualquer projeto clínico, pois como dizem Freire e Cordeiro (1999),

> *" (...) o objetivo da clínica, anterior ou concomitante à cura, é a detecção da estrutura e do tipo clínico da patologia de linguagem do falante. Assim, nas primeiras entrevistas, ou nas entrevistas preliminares é importante – uma vez definida a estrutura – ultrapassar o plano desta para chegar aos tipos clínicos, o que permitiria ao terapeuta vislumbrar a direção da terapia, sem a qual o processo terapêutico ficaria à deriva. Há portanto, uma relação de implicação entre diagnóstico e terapia, ou seja, o sentido do diagnóstico está em servir de guia para a condução da terapia."* (Freire e Cordeiro,1999:03)

Daí a necessidade de estabelecer a *" distinção entre os sintomas e os traços estruturais "* (Freire e Cordeiro,1999:03) para as patologias de linguagem. De acordo com a experiência clínica das autoras, ambas afirmam que há uma certa regularidade no funcionamento da linguagem patológica. Reconhecem três estruturas que podem ser tomadas como uma forma preliminar de nosologia no campo fonoaudiológico.

Uma **primeira** - em que as manifestações de linguagem patológica – os sintomas, desvios, erros - repõem-se de forma tão regular, que não só é possível descrevê-las como prevê-las. Caracterizam-se, principalmente, pelo fato de que qualquer mudança da condição interacional é suficiente para o deslocamento do sujeito de sua posição na linguagem. São os casos em que a demanda desaparece com medidas simples como uma explicação à mãe sobre seu papel no processo de aquisição da linguagem de seu filho ou, ainda, uma diversificação dos parceiros interacionais da criança.

A **segunda** assemelha-se à primeira no que diz respeito à presença de sintomas de linguagem, mas dela se diferencia pela existência de uma demanda que insiste e remete o sujeito à um processo clínico terapêutico para que se reconheça aí, algo diferente da estrutura anterior. O discurso da mãe sobre seu filho indicia formações discursivas que cristalizam a criança na posição de não falante ou mau falante.

E uma **terceira** *" que conteria tipos clínicos diferentes e que implicaria o biológico ou o psíquico enquanto instância paralela afetada. "* (Freire e Cordeiro,1999:04). Este seria o caso, por exemplo, da chamada Afasia ou do Autismo. As autoras pedem a ajuda da psicanálise para afirmar que há uma estrutura em que a causa predisponente pode ser relida como um espaço discursivo onde o sujeito é interpretado e tem seu lugar prescrito antes mesmo de seu nascimento. Portanto, *" a doença orgânica ou psíquica incide sobre diferentes estruturas subjetivas, manifestando peculiaridades singulares, tanto no funcionamento da linguagem quanto no efeito terapêutico. "* (Freire e Cordeiro:04).

Pode-se observar que as autoras se situam para além do comprometimento com as questões de linguagem, preocupando-se com a estruturação de uma nosologia fonoaudiológica. Sua proposta preliminar indicia alguns aspectos que podem vir a integrar a composição de tipos clínicos. Para o estabelecimento da primeira e da segunda estruturas, além do funcionamento da linguagem, as autoras alçam *o outro* como um de seus elementos componentes. Além disso, as autoras destacam a importância de uma estrutura que seja singular, no modo de constituição dos sintomas na linguagem do sujeito. Por outro lado, as autoras, ao estabelecerem a terceira estrutura nosológica, não conseguem permanecer no escopo da linguagem, pois alçam elementos orgânicos e psíquicos que desestruturaria a proposta inicial delas de estabelecer uma estrutura nosológica de linguagem.

Outro trabalho de Freire – agora com foco nas alterações de linguagem infantil - é convocado aqui para sustentar a importância da estrutura semiológica para a prática clínica.

Freire (2000) afirma que quando a linguagem entra em cena, não dá para escapar da noção de estrutura, já que entra em jogo a singularidade do sujeito. Sob a perspectiva de uma abordagem estrutural do sujeito,

> *" a criança é concebida como posição que ocupa no interior da estrutura discursiva familiar e não mais como etapa de desenvolvimento. Neste sentido, a especificidade da clínica de crianças se apresentará pela implicação dos pais em seu atendimento."* (Freire, 2000 :110)

Freire afirma que para se reconhecer traços estruturais, deve-se partir das patologias de linguagem. Neste sentido, o que a autora propõe, é um compromisso com a clínica que estabeleça diferentes condutas nas entrevistas preliminares, para o acolhimento de demandas apresentadas pelo próprio sujeito – o adulto – ou por meio de seus pais, no caso de crianças. Chama a atenção para o fato de a demanda ser enunciada ou não pelo demandante e sua interferência na identificação das estruturas patológicas .

Freire apresentará uma articulação entre o processo de aquisição de linguagem proposto por Lemos(1995) e a manifestação de uma estrutura patológica. Lemos propõe três posições como explicativas do percurso da criança em sua estruturação como falante.

A primeira posição, momento em que a criança apresenta um acerto inicial, corresponde a um uso da língua sem saber. Trata-se de fragmentos da fala do outro que circulam em sua própria fala. Na segunda posição, evidenciam-se os “erros” na fala da criança, vistos como efeito do funcionamento da língua operando na criança. Esta, neste momento, ainda está alienada ao outro, no sentido de que não é capaz de se escutar e, portanto, fazer reformulações em sua fala. A terceira posição, que corresponderia a um “segundo acerto”, aponta a inserção da criança no campo do Outro, isto é imersa na língua, sendo, portanto, instância de funcionamento linguístico discursivo. Aqui há a possibilidade de reformulação por parte do sujeito. Essa reformulação é possível pelo reconhecimento da diferença entre o erro e o acerto e indica a inserção e o submetimento do sujeito ao funcionamento da língua.

Apresentadas as posições que marcam o processo de aquisição de linguagem, Freire se pautará na terceira posição para afirmar que podem haver outras formas de interpretação da linguagem da criança que propiciam outros efeitos que não o de deslocamento da criança, como na aquisição de linguagem normal. Neste sentido é na terceira posição que pode-se circunscrever

> *" um lugar incessante para se pensar a origem de desvios da/na linguagem, porque é observado que as crianças apresentam hesitações, repetições de sílabas e palavras, silêncios, prolongamentos de sons, erros e reformulações o que pode ser tomado como patológico. "* (Freire,2000:113)

Segundo a autora, a fala da criança quando na terceira posição, pode ser interpretada pelo outro, de duas formas opostas: 1) como desviante e 2) como não desviante. Na primeira, a interpretação da fala da criança como desviante permite a possibilidade de emergirem efeitos de estranhamento nessa mesma fala em sua relação com a língua. A interpretação que a mãe faz da fala da criança como uma produção desviante, promove um deslocamento de posição da criança em sua fala. Ocorre então, a reformulação que a leva a se constituir como falante. Por outro lado, na segunda, a mãe assume a produção da criança como não desviante, mantendo o dizer da criança alienado ao seu. Tal ato poderia gerar como efeito uma patologia de linguagem, já que a criança não tem a interpretação da mãe como espelho para poder estranhar/ reconhecer o que é da língua. Isto a impede de deslocar-se, cristalizando-a em uma posição que a constitui como “mau falante”.

Nesse sentido, a autora tece considerações sobre o outro e suas possibilidades de constituir-se em elemento detonador ou eliciador de sintomas diferentes - tanto de deslocameto como de congelamento de posição do outro na língua. Tal fato a aproximou dos casos patológicos da clínica psicanalítica de crianças, na qual o sintoma pode-se apresentar como: *“ um sintoma nomeado pela mãe e outro trazido pela criança. ”* (Faria,1998:). Ou, alçando as palavras da própria autora, a clínica de crianças deve situar o sintoma de duas maneiras diferentes devido à presença dos pais:

> *“ 1. Como sintoma **na** criança, sintoma enquanto atribuído à criança pelo discurso dos pais; 2. e como sintoma **da** criança, sintoma apresentado pelo sujeito em questão que é a própria criança.”(...) “ estamos propondo essa distinção entre o sintoma da criança e o sintoma na criança, porque consideramos que nos dois lugares há verdade. Há verdade de um sujeito, daquele que fala, e que é preciso escutar. ”* (Faria,1998:82)

O que Freire quer salientar com a convocação do trabalho de Faria é a necessidade de a Fonoaudiologia assumir uma escuta. Isso porque, para atender à demanda da criança e à demanda dos pais, é preciso uma escuta.

A noção de escuta, outro elemento valorizado por Freire para a constituição de uma estrutura patológica, é endossada por Leão(2001).

Leão afirma, em sua reflexão sobre a clínica das afasias, que a escuta é um elemento fundamental de deslocamento da leitura que se faz da linguagem/ sintomas do paciente afásico. Ou nas palavras da autora (2001):

> *“ A escuta refere-se à divisão do sujeito em falante/ouvinte, o que funciona como um elemento intermediador da língua e da fala e o efeito tomado não como um elemento, mas como uma unidade entre todos os elementos, pois atua como a embreagem na articulação de todos eles. ”* (Leão,2001:87).

Leão diz ainda que é preciso estabelecer um compromisso com a linguagem como um sistema de relações e diferenças a partir de leis internas de funcionamento, ou seja, a partir dos eixos metafórico e metonímico.

Conforme afirmado pela autora, na conclusão de sua análise, há a necessidade

> *“ do empreendimento de um diagnóstico diferencial de base estrutural para que a clínica fonoaudiológica possa constituir um método clínico que, de natureza discursiva, inclua o sujeito e a linguagem e persiga a eficácia terapêutica a partir de uma outra concepção de cura. ”* (Leão,2001:06).

O conceito de escuta apontado pelas autoras está atrelado ao de interpretação que, por sua vez, convoca uma perspectiva discursiva. Neste sentido,

trago outro trabalho em que a noção de estrutura clínica articula-se à tensão entre língua e discurso.

Para abordar a origem da gagueira, Azevedo e Freire (2001) acessam a proposta interacionista em aquisição de linguagem de Lemos(1995). Afirmam as autoras que a gagueira advém quando a criança encontra-se na terceira posição em relação à língua, e identificam essa posição pelos erros, hesitações, substituições que são interpretados pelo outro – a família, em especial – como desvios de linguagem. Essa interpretação, ao encontrar o sujeito em determinada posição no discurso, pode gerar a emergência da gagueira.

As autoras afirmarão que a gagueira é um fato discursivo que não está nem no sujeito, nem no ouvinte. Para ambas, a gagueira está em *" posições discursivas várias e provisórias que o sujeito toma em sua relação com o outro. "* (Freire e Azevedo,2001:153). Falar em posição discursiva significa assumir a noção de sujeito cindido, ou seja, um sujeito que não pode decidir sobre o "acerto" e o "erro", por estar submetido à tensão existente entre língua e fala.

> *" No discursivo, uma desarmonia excessiva nesta tensão pode levar a um efeito de estranhamento, que gerará no outro a atribuição de sentido patológico. No caso da gagueira, o sujeito privilegia o eixo da língua ou é silenciado pelas condições de produção. Em ambos os casos, há um desequilíbrio desta tensão. "* (Freire e Azevedo,2001:154)

O que as autoras colocam como pontos essenciais para o estabelecimento da estrutura da gagueira é a tensão entre a língua e a fala – tanto no plano do significantes quanto no dos sentidos – implicando aí, o outro e a escuta como elementos articuladores que podem propiciar ou não o efeito de estranhamento patológico.

Em todos os trabalhos apresentados nesta última seção, a dialogia está implicada nas formas preliminares de estruturação diagnóstica. Isso significa dizer que tal como na Psicanálise, a investigação diagnóstica na Fonoaudiologia ocorre na relação entre terapeuta e paciente. Isso significa implicar uma outra noção de sujeito diferentemente daquela assumida pela Medicina, na qual o sujeito é passivo e silenciado pelas doenças orgânicas pré-estabelecidas. Trata-se de um sujeito cindido que é ao mesmo tempo falante e ouvinte da linguagem. Se ele é falante e ouvinte da linguagem, ele é um efeito de linguagem.

O que estou afirmando a partir destas considerações é que não é sem motivo que a Fonoaudiologia levanta tantos elementos necessários a uma possível constituição semiológica. Pautar suas discussões no sujeito, no outro, na linguagem, na escuta, na interpretação, no efeito de estranhamento que subjaz as categorias estéticas, significa colocar em evidência elementos a serem considerados na estruturação de uma semiologia. Se há um sujeito que é efeito de linguagem, todos esses elementos estarão na composição de qualquer estrutura patológica de linguagem. Ou melhor, quando o que está em jogo é a linguagem, não é possível desarticular nenhum dos elementos circunscritos pelas autoras.

Reitero que para sermos falantes de uma língua, é preciso estarmos imersos nesta língua. E a aquisição dessa língua torna-se possível pelas interpretações que o outro nos atribui, aos nossos movimentos, aos nossos olhares, aos sons que emitimos, enfim, porque esse outro já está na língua e só tem a ela para ao outro se referir. Somos, portanto, sujeitos cindidos, divididos pela fala e pela escuta. Essa escuta está sob os efeitos de estranhamento em sua relação com o outro. E a atividade dialógica acontece porque, ao sermos capturados pela linguagem, somos, ao mesmo tempo, constituídos por um funcionamento autônomo da língua. Nota-se que o movimento de estruturação da linguagem é circular, ou seja, parte de um ponto para à ele retornar a cada jogo de encontro da linguagem.

Se há esta circularidade na estrutura da linguagem, é necessário e premente rompê-la, passo que darei a seguir, subvertendo a noção de doença que remete à homogeneização, condição impossível no campo da linguagem e da subjetividade.

4. PATOLOGIA DE LINGUAGEM: uma possibilidade de subversão da semiologia médica clássica

Pensar na semiologia, implica observar, circunscrever, analisar, identificar os sintomas que aparecem na fala patológica do sujeito. A partir deste último grupo de trabalhos, levantei a possibilidade de elencar alguns elementos indicadores para a construção de uma semiologia fonoaudiológica. Ao afirmar que todos esses elementos integram a estrutura que constitui o sujeito, uma vez que cada um deles toma sentido em sua remissão ao outro, identifiquei a existência de uma circularidade que sustenta esta estrutura. Neste sentido, alicerço meu raciocínio na forte articulação entre os conceitos teóricos de sujeito, língua e funcionamento de linguagem, que considero como estruturantes para todo e qualquer raciocínio sintomático, anterior e necessário a um raciocínio semiológico. Se consideramos que há na clínica fonoaudiológica um sujeito, isso implica considerar que este seja falante de uma língua, portanto, capturado pelo funcionamento desta língua. Falar em funcionamento da língua, significa lidar com os efeitos que esta língua pode produzir no próprio sujeito e no outro. Estes efeitos podem ganhar o estatuto de estranhamento ou de diferença pela relação que estabelecem com a língua.

Sendo assim, a primeira afirmação que faço é que o sintoma é apreensível diagnosticamente através da dialogia estabelecida entre terapeuta e paciente. Se ele é apreensível, é porque produz efeitos que podem ser de estranhamento ou de diferença. Ambos os efeitos possibilitam pensar na questão de que todos os falantes – patológicos ou não - estão submetidos à mesma estrutura de linguagem. O que diferenciará e caracterizará a patologia de linguagem será a predominância de um dos elementos do tripé estruturador do sujeito, ou seja, é possível delimitar-se estruturas patológicas a partir da relação entre o funcionamento da linguagem, a estrutura da língua e o sujeito da/na linguagem. Deve-se salientar que a desestruturação de um desses elementos, desestrutura os demais, promovendo a desordem.

É a aproximação da Fonoaudiologia à Lingüística estruturalista que marca a possibilidade de sustentação da noção de estrutura na clínica Fonoaudiológica. Isto porque, os elementos que a Lingüística estruturalista nos oferece a partir da articulação entre língua, fala e falante, possibilitam pensar-se em efeitos de linguagem, patológicos ou não. Nota-se que na Fonoaudiologia já existem elementos para a constituição de uma Semiologia, que pode ser articulada aos demais elementos da estrutura clínica. Resta levantar as possibilidades de articulação deste tripé estruturador e caracterizador da patologia, ressignificando a relação entre normalidade e patologia.

Considerada a afirmação de que o sintoma é estruturado pela articulação entre língua, fala e falante, deve-se adotar um outro conceito de patologia que afaste o reducionismo que ocorre na Fonoaudiologia em sua lida com a terapêutica dos problemas de linguagem. O que desejo sublinhar é que o conceito de patologia não

deve ser tomado como sinônimo do conceito de doença, mas assumido como parte da estrutura do sujeito.

Para explicar melhor meu ponto de vista, ou seja, a assunção de que tanto na fala normal quanto na fala patológica, há a presença de sintomas, farei um paralelo entre esta noção de patologia e a proposição de Aristóteles que afirma haver uma diferença quantitativa entre o normal e o patológico.

Aristóteles dirá que o verbete patologia - que deriva do grego “páthos” - significa sofrimento, paixão. De “páthos”, deriva-se também a palavra “passividade”, termo que desde a época dos gregos – através das apresentações teatrais – marca a presença constante de um sujeito que “ *não é nem racional, nem agente e senhor de suas ações ”* (Berlinck,1998:53), mas que encontra na representação da tragédia grega um lugar para falar da linguagem de sofrimento, ou seja, da “pathos-logos”.

Representar o sofrimento na tragédia grega significava atingir o objetivo da arte retórica, isto é, para que o orador pudesse conquistar seu público de modo a tocá-lo em seus mais diversos sentimentos, era preciso ter o poder de persuasão.

> *“ Obtém-se a persuasão nos ouvintes, quando o discurso os leva a sentir uma paixão, porque os juízos que proferimos variam, consoante experimentamos aflição ou alegria, amizade ou ódio. Como atrás dissemos, é mesmo este único fim a que visam os esforços dos autores atuais de artes oratórias. ”* (Aristóteles,1969:33).

Nota-se que para expressar a linguagem do sofrimento, era preciso instigar, através do poder de persuasão, a paixão no outro, no caso, o público ouvinte das tragédias gregas. O poder de persuasão fora estudado por Aristóteles que se preocupava com os processos da arte do falar.

A arte retórica, ou a arte do falar, implica não só o poder de persuasão, mas também o que há de persuasivo em cada caso. Desta forma, é preciso formular regras de criação a partir do orador e do ouvinte, já que ambos estão implicados na situação teatral grega, cenário escolhido por Aristóteles para seus estudos.

Aristóteles afirma que para permitir a experiência da linguagem do sofrimento durante as peças teatrais – de modo a obter o melhor efeito de persuasão do público ouvinte - eram utilizadas posições corporais em excesso, ou em desmesura que marcavam o discurso mito-poiético. Desta forma, começava-se a estabelecer o estudo dos processos de obtenção da arte retórica, sendo esta última entendida como a assunção de lugares/posições.

Os lugares da retórica são os meios de argumentação própria de três gêneros de discurso: o judiciário, o deliberativo e o demonstrativo. É a partir desses três gêneros, que Aristóteles realiza o estudo do discurso oratório. Paralelamente à afirmação de que existem os referidos gêneros da arte retórica, deve-se considerar a ocorrência de três categorias de ouvintes do discurso. São elas: a pessoa que fala; o assunto de que se fala; a pessoa a quem se fala[8].

[8] Este assunto será retomado mais adiante

Para se atingir a arte da retórica é preciso, entre outras coisas, promover um determinado efeito no ouvinte de modo a produzir uma sensação ou impressão, instigando no ouvinte o prazer. Desta forma, ao abordar a questão dos afetos, Aristóteles afirma que desde sempre as diferenças afetivas e prazerosas são quantitativas, por exemplo: todos amam, uns mais, outros menos. Desta forma, *“ O que não comporta excesso é um bem, mas se ultrapassa a medida conveniente é um mal. ”* (Aristóteles,1969:50). Este excesso de medida pode causar diferentes efeitos no ouvinte, seja ou não na retórica, que afetam as relações entre os discursos dos sujeitos caracterizando a patologia/ou sofrimento de linguagem.

> *“ O que se figura na tragédia é “pathos”, sofrimento, paixão, passividade que, no sentido clássico, quer dizer tudo o que se faz ou acontece de novo, do ponto de vista daquele ao qual acontece. Nesse sentido, quando “pathos” acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator. ”* (Berlinck,1998:53).

Vê-se que falar de excesso ou desmesura de linguagem, não é privilégio do campo clínico, porque aqueles sempre fizeram parte da linguagem do sujeito, como no caso das representações em Atenas.

Para reafirmar a noção de diferença quantitativa como o que distancia a normalidade e a patologia, alço o trabalho de Freud (1895) que rompe com a noção de opostos qualitativos entre a patologia e a normalidade, para referir que para que a psicologia seja uma ciência natural é preciso *“ representar os processos psíquicos*

como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim, esses processos claros e livres de contradição. " (Freud,1895:347).

A partir da diferença quantitativa estabelecida por Freud, tem-se uma espécie de graus de um contínuo no qual o mesmo fator, dada sua intensidade, pode gerar prazer ou desprazer.

> *" (...) quando a catexia(força, quantidade de energia) é mais intensa, eles(os neurônios) produzem desprazer; quando mais fraca, prazer – até que, devido à falta de catexia, sua capacidade receptiva se distingue. "* (Freud,1895:364).

Se, clinicamente, assumirmos esta posição de que a patologia difere da normalidade pelo excesso, ou pela desmesura, manteremos o sentido conceitual original da palavra patológico, afastando a necessidade de redefini-la. Por outro lado, ao afirmar que há uma variação quantitativa entre normal e patológico, o percurso para a delimitação do normal parte do patológico.

Trata-se de uma relação tal qual a apontada por Aristóteles, quando ele afirma que a retórica é uma arte que afeta à todos com a multiplicidade de seus efeitos. A retórica tem por objeto os contrários: bem e mal, justo e injusto, saúde e doença. No paralelismo aqui existente, aproximo-me da idéia de que a doença, assim como a saúde, é uma condição do ser humano, porque, segundo Aristóteles *" Com efeito importa examinar se o contrário está compreendido no contrário; se não*

está compreendido, refutaremos o adversário, se está compreendido, estabeleceremos nossa própria tese. " (Aristóteles,1969:153).

Se a lei do contrário impera na retórica, pode-se entender que só há saúde porque há doença e vice-versa, do mesmo modo relaciona-se bem e mal, vida e morte. Se um dos contrários só existe em detrimento do outro, pensa-se em uma relação de continuidade e não de temporalidade, pois os contrários tem a mesma potência. Isto é, pensar no patológico, implica necessariamente pensar no normal. Assim, todos os movimentos do falante, e os que lhe antecedem, colocam-no em um lugar específico que gera um determinado efeito dependendo da posição em que o ouvinte se encontra.

Segundo Aristóteles(1969), a linguagem e seus efeitos só pode existir por estar em constante funcionamento, e neste inclui-se as posições que cada um ocupa. É o que permite nos posicionarmos de maneiras diferentes diante de pessoas com posições diferentes. Essas instâncias não estão livres de outras relações que as sustentam, ou seja, as imagens e os efeitos estão em relação no momento em que o sujeito fala. Ou nas palavras de Berlinck (1998)

> *" o 'pathos' é sempre provocado pela presença ou imagem de algo que me leva a reagir, geralmente de improviso. Ele é então, o sinal de que eu vivo na dependência permanente do Outro. "* (Berlinck,1998:54).

As afirmações de Aristóteles são retomadas na Análise de Discurso de linha francesa, quando esta tematiza as posições discursivas. Isto é, a Análise do

Discurso, por ser uma teoria que lida com o sujeito do discurso, não dissocia o dizer do falante. Esse último está afetado pelo materialismo histórico de um sistema de relações sociais. A teoria assume que o sujeito é marcado ideologicamente por sua posição discursiva que está intimamente relacionada com as condições de produção, ou o contexto sócio-histórico cultural. As condições de produção são: quem fala, para que fala, o que fala, como fala, em que situação fala, de que lugar da sociedade e seus desdobramentos.

Seus pressupostos a levam ao encontro do que Aristóteles afirma ao abordar a questão da retórica, implicando nela a assunção de posições, lugares. Diz o autor que na arte retórica é preciso que se leve em consideração três elementos: a pessoa que fala, o assunto de que se fala e a pessoa a quem se fala. A cada um desses elementos, abre-se ainda outras relações, singulares, que marcam posições tanto no falante quanto no ouvinte.

O que estou querendo apontar com esses paralelos feitos com a Arte Retórica e com a Análise do Discurso é que, historicamente, o termo patologia no sentido tomado por essas disciplinas, distancia-se do entendimento que dele fez a Medicina e se aproxima daquele que interessa à Fonoaudiologia. Isto porque, se lidamos com a linguagem do sujeito – e não somente com seu corpo – estamos lidando com questões relativas à própria linguagem e seus efeitos patológicos. Reduzir a patologia a uma condição doentia, implica reduzir o discurso do sofrimento do sujeito a uma posição de desdém, ou seja, *“ uma opinião ativa relativamente ao que não parece digno de nenhuma consideração. ”* (Aristóteles,1969:99).

Retomo Berlinck(1998), para sustentar o raciocínio que estou desenvolvendo. O autor diz que, dependendo da leitura que se faz de “pathos”, pode-se ter duas acepções: a)uma acepção que refere-se a um acontecimento e nada mais, pautado na passividade do sujeito; b) outra que refere-se a um movimento do qual se pode tirar proveito, através da experiência mútua entre terapeuta e paciente, na qual a passividade deixa de ser o foco principal, para dar vazão aos afetos e efeitos da linguagem patológica.

Traçando um paralelo entre o dizer de Berlink e a Fonoaudiologia, proponho alçar a segunda acepção de patologia apontada pelo autor para pensar a clínica fonoaudiológica.

Isso significa dizer que as patologias de linguagem não se enquadram sob a ótica da doença do corpo, ou seja, o que se está propondo como ponto essencial para o início da estruturação da clínica Fonoaudiológica é a ressignificação da definição de doença, a partir da noção de patologia vista como um contínuo. Assim, a Semiologia da clínica médica clássica seria subvertida ao se identificar a normalidade e a patologia pelo “excesso ou desmesura”, elementos que mantém um certo parentesco com as noções de semelhança e diferença propostas por Rubino & Fonseca(1998) e Palladino(2001).

As autoras afirmam que só é possível identificar a diferença, se há nesta a existência de seu contrário, ou seja, a possibilidade de reconhecer também a semelhança. Se diferença e semelhança co-existem, é porque ambas fazem parte de uma estrutura patológica de linguagem. A normalidade por sua vez habita a

patologia à medida que há a predominância do efeito de semelhança na linguagem do sujeito.

Ressignificar a semiologia fonoaudiológica pensando na clínica enquanto estrutura, me parece ser o primeiro passo de um longo caminho a ser traçado pela fonoaudiologia no que diz respeito à fundação de sua clínica. Assumir os efeitos de estranhamento advindos do discursivo e alicerçados no tripé língua, fala e falante, significa outro passo que compõe a possibilidade de categorizações das estruturas semiológicas .

Essas estruturas semiológicas, nomeadas, definidas e organizadas em um conjunto nosológico homogêneo e co-variante, servirão de sustento à teorização de outros elementos da estrutura clínica com a consequente reestruturação dos procedimentos clínicos, formalizando o projeto ético com a qual a Fonoaudiologia contemporânea deseja se comprometer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assumir como objetivo deste trabalho, a constituição de uma semiologia fonoaudiológica atrelada à noção de estrutura clínica, significou, para mim, um grande desafio. Isso porque, no decorrer da elaboração desta pesquisa, pude observar que são poucos os trabalhos que tocam no tema proposto.

Ao atuar como fonoaudióloga clínica, senti a necessidade de esclarecer o conceito de clínica para, então, poder tocar na constituição de uma semiologia para a Fonoaudiologia. No entanto, o que se pôde observar através da busca das definições das doenças na Fonoaudiologia, é que aquelas definições não apresentavam qualquer possibilidade de estabelecimento do caráter semiológico do campo. Isso porque, como visto, a multiplicidade e o uso arbitrário das definições das doenças, em sua totalidade alçadas da Medicina, acabaram por reduzir a estrutura da clínica às técnicas terapêuticas.

O empréstimo da semiologia médica ao campo fonoaudiológico caracteriza um dos dois caminhos que a Fonoaudiologia percorreu historicamente, marcando o que Freire(2001) chamou de primeiro e segundo períodos assumidos pela Fonoaudiologia. O primeiro período é marcado pelas práticas que *“ se constituem*

sob a influência e o domínio da clínica clássica, aquela fundada sobre o fazer médico. " (Freire,2001:02). Pautar-se na prática da clínica médica, significa estruturar-se à semelhança da clínica clássica, ou seja, mantendo a articulação entre os quatro elementos fundantes da clínica clássica: semiologia, diagnóstico, etiologia e terapêutica. No entanto, como se pôde observar, a Fonoaudiologia, ao privilegiar a semiologia médica como o lugar que daria sentido às patologias de linguagem, não questionou as consequências da secção da estrutura da clínica médica. A falta de questionamento e de reflexão sobre a composição estrutural da clínica, impõe à Fonoaudiologia a posição de disciplina paramédica, posição que se mantém até hoje, afastando-a do projeto de constituir sua própria clínica.

Já o segundo período na história da Fonoaudiologia é marcado a partir do destaque dado à linguagem, em particular à terapêutica que, como diz Freire(2001) está (a linguagem) *" configurada sob a égide da Psicanálise que, por sua vez, se contrapõe à clínica clássica, promovendo sua subversão. "* (Freire,2001:02). A subversão feita neste segundo período, ocorreu devido à aproximação da Fonoaudiologia às ciências da linguagem, na busca de um avanço no que diz respeito ao conhecimento da linguagem. Desta forma, sendo a Psicanálise uma ciência que lida com o Inconsciente por meio da linguagem, nota-se

> *" um corte epistemológico que, como decorrência, deveria favorecer a subversão da clínica, à semelhança do movimento que deu lugar ao nascimento da Psicanálise em oposição à Psiquiatria. "* (Freire,2001:07).

Pôde-se observar que apesar da recusa da condição paramédica e do foco das pesquisas estar centrado ou no sujeito, ou na linguagem ou nos sintomas da patologia de linguagem – a discussão no campo fonoaudiológico não estava voltada para a constituição de sua própria clínica.

Embora seja possível reconhecer ambos os períodos, nota-se que em nenhum deles havia a preocupação com uma clínica que atendesse aos critérios de homogeneidade e co-variância entre os elementos que fundam qualquer clínica. Desta forma, a Fonoaudiologia permaneceu, nas suas ações, como diz Freire(2001), no estatuto “deontológico”- integração do conjunto de recomendações e deveres transmitidos ao paciente que devem ser seguidos no contexto do tratamento – e “propedêutico” –aquilo que prepara ou organiza o paciente para a ação terapêutica.

Deslocar-se deste lugar de técnica para instituir-se como uma clínica, começa a ser objeto de investigação a partir dos trabalhos de Freire que, ao esboçar formas preliminares de uma estrutura patológica, demonstra seu envolvimento não só com a terapêutica - como observado na grande maioria dos trabalhos que dão à linguagem um lugar de destaque – mas também com a estruturação de uma clínica comprometida com os critérios de co-variância e homogeneidade.

O compromisso assumido pela autora mantém a articulação de uma estrutura de linguagem que, como visto, pode ser patológica ou não; neste sentido, fez-se premente a subversão do conceito de doença para a assunção de uma noção de patologia de linguagem interna à Fonoaudiologia. Isso porque, se o olhar do Fonoaudiólogo permanece pautado pelo olhar médico, a doença de linguagem restringe-se a um conjunto de sintomas e signos encapsuláveis e homogeneizantes

que silenciam o sujeito, evidenciando apenas seu corpo, seu organismo. Sendo assim, segundo Amoroso(2000), os signos carregam o raciocínio lógico matemático que é aplicado para as patologias de linguagem no qual:

> *“ O signo estava relacionado à anamnese, ao diagnóstico e ao prognóstico. Já o sintoma, por ser oposto à saúde, por apresentar uma essência mórbida e uma causa próxima, possibilitava designar um estado como sendo patológico. A clínica se apropriava da função de compor e decompor a ordem natural dos sintomas e por isso, demandava um olhar analítico, sedimentado em uma lógica de operações; acreditava-se que a descrição da ordem natural dos sintomas permitiria que todos os fenômenos patológicos falassem uma linguagem clara e ordenada. ”* (Amoroso, 2000: 08).

Na Fonoaudiologia, quando o que está em questão é a patologia de linguagem, não se pode estabelecer uma forma de raciocínio pautada na lógica matemática de dedução, pois a linguagem apresenta-se imprevisível frente ao olhar do clínico. Desta forma, submeter a linguagem, tal como as doenças do corpo, à restrição dos manuais que reduzem o sujeito à sintomas pré-estabelecidos, impossibilita o enfrentamento da estruturação da clínica pelo fonaudiólogo. É preciso estabelecer a natureza dos signos clínicos para o estabelecimento da semiologia. Isso significa dizer que os signos clínicos devem estar pautados em uma noção de patologia de linguagem subvertida pela noção de doença aqui proposta. Só assim, poder-se-á dar continuidade à tarefa de constituição de uma semiologia e, consequentemente, da estruturação da clínica fonoaudiológica.

Faço minhas, as palavras de Dunker(2000):

> *“ A raiz do projeto clínico moderno reside no estabelecimento de uma semiologia, isto é, uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que devem se apresentar como diferenças significativas ao olhar do clínico. ”* (Dunker,2000:40)

Se a raiz do projeto clínico está na semiologia, é preciso começar com esta para que possa articulá-la ao diagnóstico, à etiologia e à terapêutica. O primeiro passo já foi dado. Resta ao fonoaudiólogo permanecer neste sentido para trilhar novos caminhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, L.. **Freud e Lacan. Marx e Freud: uma introdução crítica-histórica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal,1991.

AMOROSO, M. R. M.. **Os sentidos do sintoma na clínica fonoaudiológica**. São Paulo,2000. [Dissertação de Mestrado-PUC-SP].

ANDRADE, C. R. F.. **Diagnóstico e intervenção precoce no tratamento das guagueiras infantis.** São Paulo: Pró-Fono,1999.

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

_____.(a) **Diagnóstico e clínica de Linguagem**. São Paulo,2001 [Tese de Doutorado em Lingüística Aplicada e estudos da linguagem- PUC-SP]

_____(b) **O que é um diagnóstico de retardo de linguagem?** Texto apresentado no INPLA-PUC-SP,2001.

ARISTÓTELES **Arte retórica e arte poética**. Rio de Janeiro: Tecnoprint,1969.

AZEVEDO,J.B.. **Dicionário de Medicina Legal.** Bauru-S.P.: Editora Javoli, 1967.

BASSO, R. B.. **Retardo de Desenvolvimento de Linguagem: o Fonoaudiólogo e seu Paciente**. Campinas-SP,1995 [Dissertação de Mestrado do Instituto de Estudos da Linguagem, UNICAMP].

BERLINCK, M.T.. O que é Psicopatologia fundamental. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 1(1): 46-59, 1998.

CANGUILHEM, G.. **O Normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDIM,V.L.N.. Crescimento Crâniofacial. In: **Fissuras Labiopalatinas** Elisa B.C. Altmann. Carapicuíba-S.P.: Pró-fono, 1993.

CUNHA, M. C.. **O normal e o patológico em distúrbios da comunicação**. [Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC-SP,1986].

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

DOR , J.. **Estrutura e perversões**. Porto Alegre: Artes Médicas,1991.

_____ **Introdução à leitura de Lacan, o inconsciente estruturado como linguagem**. Porto Alegre: Artes Médicas,1992.

DUNKER,C.I.L. **Lacan e a clínica da interpretação**. São Paulo. CESPUC: Hacker,1996.

_____ Clínica, Linguagem e Subjetividade. **Revista Distúrbios da Comunicação.** São Paulo. vol. 12 (1) :Educ,2001.

FERREIRA,A.B.H. **Novo dicionário da língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1997.

FONSECA,S.C. **Afasia: a fala em sofrimento.** São Paulo,1995 [Dissertação de mestrado em distúrbios da comunicação - PUC-SP.]

FOUCAULT, M.. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária,1998.

FRAZÃO, Y.S.. **Paralisia Cerebral na clínica Fonoaudiológica: primeiras questões sobre linguagem.** São Paulo,1996. [Dissertação de mestrado em distúrbios da comunicação – PUC-SP]

FREIRE, R.M. **O objeto da Fonoaudiologia.** Trabalho apresentado no Congresso ABRALIM. Florianópolis S.C., 1999.

_____ **Diagnóstico nas Alterações de Linguagem Infantil.** Texto inédito, PUC-SP,1999.

_____ **A fundação da clínica fonoaudiológica.** Texto inédito, PUC-SP,2001.

FREIRE,R.M. e CORDEIRO,D.T. **Patologia de Linguagem: Uma nosologia**. Texto inédito,PUC-SP,1999.

FREIRE,R.M. e AZEVEDO, N. P.G. **Tragetórias de silenciamento e aprisionamento na língua: o sujeito, a gagueira e o outro.** Texto inédito, PUC-SP,2000.

FREITAS, M.Q. Tratamento Fonoaudiológico das Fissuras Labiopalatinas. In: Junqueira & Dauden(org.) **Aspectos atuais em Terapia Fonoaudiológica** . São Paulo :Pancast,1997.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica. In: Edição Standard Brasileira das **Obras completas de Sigmund Freud**, vol. 1, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

HORNSTEIN,L. **Introdução à Psicanálise**. São Paulo: Escuta,1989.

LACERDA,E.T. **Reflexões sobre a terapia da criança paralítico cerebral**. São Paulo,1987. [Dissertação de Mestrado - Programa de Distúrbios da Comunicação- São Paulo –PUC-SP].

LEÃO, F.C. **A clínica Fonoaudiológica: retrospectivas e prospectivas**. São Paulo,2001. [Dissertação de Mestrado- Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia – São Paulo - PUC-SP].

LEMAIRE, A. **Jacques Lacan uma introdução**. Rio de Janeiro: Campus,1989.

LÉVI-STRAUSS,C. A noção de estrutura em etnologia In : **Lévi-Strauss-Seleção de Textos**. São Paulo: Abril Cultural,1976.

LAUERMANN, A.F.R. Desvios Fonológicos em crianças: avaliação e tratamento. In: Junqueira & Dauden(org.) *Aspectos atuais em Terapia Fonoaudiológica .* São Paulo: Pancast,1997.

Medicina e Saúde Enciclopédia semanal da Família. São Paulo: Abril Cultural. Vols. I, II, IV, IX, X. ,1969.

MICHAELIS,M. **Moderno dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos,1998.

MILLAN, B. **A clínica fonoaudiológica: análise de um universo clínico**. São Paulo: EDUC,1993.

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

NICOLOSI,L., HARRYMAN,E., KRESHECK,J. **Vocabulário dos Distúrbios da Comunicação: Fala, Linguagem e Audição .** Fonoaudiologia , 3ª edição. Porto Alegre:Artes médicas,1989.

NUÑEZ, R. M. F.. **O estudo da fala de indivíduos com Síndrome de Down: uma relação entre dispraxia verbal e inteligibilidade da fala**. São Paulo,1996 [Dissertação de Mestrado em Distúrbios da comunicação -PUC-SP].

ORTIZ, K.Z. Terapia nas desordens de compreensão nas Afasias. In: Junqueira & Dauden(org.) **Aspectos atuais em Terapia Fonoaudiológica** . São Paulo: Pancast,1997.

PAGLIARI, V.L.F. **Articulação: Um momento em movimento**. São Paulo,1992. [Dissertação de mestrado em distúrbios da comunicação – PUC SP].

PALLADINO, R.R.R. **Reflexões sobre nosologia em Fonoaudiologia**. São Paulo. Texto inédito.(s.d.)

_____ Linguagem e (co)mensurabilidade dos fenômenos In: M. C. Passos(org.) **A clínica Fonoaudiológica em questão**. São Paulo: Plexus,2001. p.153-162.

ROUDINESCO,E., PLON,M. **Dicionário de Psicanálise** Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1998.

ROUQUAYROL, M.Z. e VERAS F.M.F. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: **Epidemiologia & saúde**.(s.d.)

RUBINO,R. & FONSECA, S.C. **Sobre o normal e o patológico na linguagem: algumas questões**. Texto inédito, PUC-SP,1998.

RUBINO,R. Os falantes tardios como uma categoria limite entre a normalidade e a patologia. Trabalho apresentado no V ENAL- **Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem**- PUC-RS- Porto Alegre,2000.

_____ Atraso e desvio na aquisição de linguagem. **Trabalho apresentado no INPLA-PUC-SP**,2001

SAUSSURE, F. de Curso de lingüística geral . São Paulo: Cultrix, 1989.

SPINELLI,V. P., MASSARI, I. C., TRENCHE, M. C. B. Distúrbios Articulatórios. In: **Temas de Fonoaudiologia** . São Paulo: Loyola,1993.

STEDMAN, **Dicionário Médico**. 25ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1996.

ZORZI, J. L. Distúrbios de Linguagem em crianças pequenas considerações sobre o desenvolvimento, avaliação e terapia da linguagem. In: Lopes Filho. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: ROCA, 1997.