Os mecanismos linguísticos de intervenção do terapeuta e seus efeitos na fala do paciente em sessões de clínica de linguagem

The therapist's linguistic mechanisms of intervention and their effects on the patient's speech in language clinic

Paula Ávila Nunes¹

paulanunes@utfpr.edu.br

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

RESUMO - Este artigo parte de dois pressupostos. O primeiro é o de que, em sessões de atendimento fonoaudiológico, vemos, no papel do clínico, uma expectativa de “correção” da fala (dita desviante) de seu paciente. O segundo é o de que, dessa expectativa, resulta uma configuração enunciativa muito peculiar: o terapeuta realiza diversas intervenções na fala do outro. Dado que essas intervenções se dão tanto no âmbito do *sentido* quanto no da *forma*, cabe a pergunta, objeto da investigação deste trabalho: que efeitos a intervenção linguística do clínico tem na fala de seu paciente? Para tentar respondê-la, faz-se uso do aporte teórico da Teoria da Enunciação de base benvenistiana para analisar transcrições de excertos de sessões clínicas de uma mesma criança em tratamento fonoaudiológico, buscando descrever os mecanismos de intervenção do terapeuta na fala do paciente e os efeitos dela decorrentes. Os resultados apontam para foco na *forma*, desconsiderando o *sentido*, fazendo-nos refletir sobre o *status* dessas intervenções quando comparadas àquelas feitas em contextos naturais, diferente daqueles da clínica.

Palavras-chave: enunciação, clínica de linguagem, intervenção.

ABSTRACT - This article is based on two presuppositions. The first one is that, in speech therapy sessions, the therapist is usually expected to “correct” the speech (considered deviant) of his/her patient. The second one is that from this expectation results a very peculiar enunciative configuration: the therapist makes several interventions in the speech production of his patient. Given these interventions are both on *meaning* and *form*, we thus ask, as the objective of this study: what effects do the therapist's linguistic interventions have on his/her patient's speech? In order to answer it, this article uses the Benvenistian enunciative perspective as theoretical framework to analyze transcriptions of excerpts of sessions in which a child is being treated, aiming to describe the therapist's mechanisms of intervention in the speech of his/her patient and the generated effects. The results point to a focus on *form*, disregarding *meaning*, which makes us reflect on the linguistic status of these interventions when compared to those made in different, natural contexts.

Keywords: enunciative studies, language clinic, intervention.

Iniciar esta reflexão requer que uma observação seja feita: trata-se de um texto escrito por um linguista, como o próprio título já sugere. Talvez isso não seja visto como um elemento de maior importância, uma vez que é próprio a um linguista falar sobre a linguagem em qualquer que seja a situação em que ela é empregada, o que inclui, evidentemente, a clínica de linguagem. Mas tal observação é feita por um motivo especial: o leitor encontrará, neste escrito, um olhar externo àquele de quem nela se envolve. Portanto, o que passo a abordar a seguir não tem a menor pretensão de questionar ou avaliar o fazer do terapeuta, tarefa que não somente seria impossível como também antiética por parte de um linguista. O objetivo das páginas que seguem, ao contrário, é evidenciar como uma

teoria da linguagem, no caso aqui específico, a Teoria da Enunciação de Benveniste, pode contribuir, com seu olhar externo, ao fazer terapêutico.

Isto posto, gostaria de referir ainda a mais alguns elementos expostos no título deste trabalho, o qual foi pensado com extremo cuidado, uma vez que condensa o objeto específico deste estudo. Atentemos, inicialmente, para o fato de que se trata de investigação acerca dos mecanismos *linguísticos* de intervenção do terapeuta. Ora, o complemento é crucial: trata-se de tudo aquilo que se configurar como intervenção por meio da fala, com a exclusão de gestos, acenos ou quaisquer outras formas de intervenção. E trata-se, igualmente, daquilo que denomino de *intervenção*. A escolha lexical tem por objetivo preci-

¹ Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Departamento Acadêmico de Linguagem e Comunicação. Av. Sete de Setembro, 3165, Rebouças, 80230-901, Curitiba, PR, Brasil.

sar que não se trata de *correção*, uma vez que tal termo implicaria a assunção de que há erros na fala do paciente, perspectiva essa que não encontra respaldo na teoria aqui mobilizada. Vejamos a transcrição de um recorte² de uma cena clínica para auxiliar na compreensão do que entendo por *mecanismo de intervenção* (Recorte 1)³.

Nas passagens em negrito, vemos algumas tentativas, por parte da terapeuta, de produzir um *efeito*, frequentemente corretivo, na fala de seu paciente. É a esse fenômeno – de uso da linguagem com vistas a um efeito na fala do outro – que dou, aqui, o nome de *mecanismo linguístico intervenção*⁴.

Ademais, a escolha por *efeitos*, no sintagma *efeitos na fala do paciente*, foi pensada em detrimento do termo *mudança*, e isso por um motivo simples: conforme observável no dado acima transcrito e nos que são apresentados adiante, o que chamo de *efeito* engloba não só mudanças, como também manutenção de fala. O *efeito* é, portanto, entendido como resultado da intervenção, mesmo que esse resultado seja, aparentemente⁵, nulo.

Esclarecidos esses pormenores, proponho, na primeira parte deste trabalho, refletir sobre a relação da Linguística com a Clínica, evidenciando que as particularidades da linguagem no contexto terapêutico condicionam a escolha por uma teoria de orientação enunciativa. Em seguida, parto para uma seção que, com base nos pressupostos da anterior, propõe análises de uma cena clínica em que intervenção e efeitos são analisados. A isso, segue a discussão, nesse momento restrita apenas a aspectos linguísticos, acerca dos dados expostos

e analisados previamente. Por fim, este texto se encerra com considerações que, a meu ver, podem ser de grande valia para o terapeuta de linguagem, apontando também possíveis repercussões que a discussão aqui realizada pode gerar para o campo da Linguística como um todo e, em especial, a de orientação enunciativa.

A linguística e a clínica

A escolha de uma teoria linguística para análise de fatos de linguagem oriundos de contexto terapêutico precisa ser pautada nas especificidades que dado contexto apresenta. É por essa razão que, para justificar a escolha de uma teoria de base enunciativa, inicio o percurso pensando em algumas das particularidades da linguagem no âmbito da clínica. Tais particularidades, em minha concepção, podem ser distribuídas em dois grandes grupos, que denomino de *assimetria* e *artificialidade*.

No primeiro grupo (*assimetria*), temos especificidades relacionadas aos sujeitos envolvidos no contexto terapêutico e ao próprio âmbito da clínica em si. Em termos enunciativos, a *assimetria* vivenciada na clínica é fruto, pois, do lugar de “eu”, ocupado pelos locutores envolvidos, e das circunstâncias específicas em que se dá a enunciação (cf. Benveniste, 1989, 1995).

Começemos por uma constatação trivial: a cena clínica instaura duas figuras que, utilizando os termos de Lier-de Vitto e Arantes (1998) e Castro (1998), pensados para a aquisição de linguagem, poderíamos chamar de um “já-falante”, na pessoa do terapeuta, e de um

Recorte 1. Cena 1.

Contexto Enunciativo: paciente e terapeuta desenham em uma folha de papel algum objeto que possua o som /s/ ou /ʃ/⁶. Após, dão dicas para que o outro adivinhe o que foi desenhado. Após algumas dicas dadas pela terapeuta, o paciente sugere o que pode estar desenhado.

- (01) P: Uma la.ta.
 (02) T: **Uma cai.x...**
 (03) P: Uma cau.xa.
 (04) T: **Uma o que?**
 (05) P: Uma cai.ssa!
 (06) T: ((balançando a cabeça que não)) **Com o som da chuva, como é que é?**
 (07) P: Uma cai.xa!
 (08) T: Ah, agora sim.

² Mais informações sobre as fontes dos dados são oferecidas na seção *A linguagem e a clínica: discussão de um caso particular de mecanismos e efeitos*.

³ Convenções de transcrição: **P**: fala do paciente; **T**: fala da terapeuta; (()): linha de comentário do transcritor; **Sí.la.ba**: fala com sílabas bem divididas; **Palav...**: hesitação; **Palavra?**: entonação de pergunta; **Palavra!**: entonação de exclamação.

⁴ Conforme antecipado, o gesto que a terapeuta faz com a cabeça, no turno (6), não é levado em consideração neste estudo, por não se tratar de um mecanismo linguístico *stricto sensu*.

⁵ Retomo o porquê da ênfase em *aparentemente* na seção *Considerações sobre a análise*.

⁶ A notação fonológica não aparece nas transcrições realizadas neste trabalho uma vez que não é propriamente a produção de determinados fonemas que se encontra sob análise, o que torna o uso de transcrição ortográfica mais interessante para fins de compreensão do que se quer analisar.

“não-falante”, na do paciente. Por mais que a teoria aqui mobilizada vá de encontro com a perspectiva de que o paciente é um “não-falante”, não podemos nos abster de considerar que pacientes são levados a tratamento por serem vistos (ou verem a si mesmos) como “incapazes de falar”, “incapacidade” essa que varia enormemente de um caso para outro. Poderíamos dizer, portanto, que a cena clínica instaura uma tensão entre o que é visto como “problema de fala” (do paciente) e “modelo de fala” (do terapeuta).

Isso condiciona, como poderá ser evidenciado nos dados analisados, que é somente aquele que já tem sua fala “organizada” que pode intervir na fala do outro. Não vemos, dessa forma, pacientes intervindo na fala de seus terapeutas, pois a ideia que é imputada à sua fala é exatamente a de ser aquela que precisa ser ajustada. As referidas condições estabelecem, portanto, o que chamo de *assimetria das condições de enunciação*, uma vez que, nesse contexto específico de enunciação, ao menos aos olhos de alguns, não é qualquer locutor que pode ocupar o lugar de “eu” que enuncia, uma vez que esse locutor não pode apresentar um “problema de fala”. Em termos enunciativos, poderíamos dizer ainda que o *aparelho formal da língua* do qual se apropria o paciente não é devidamente reconhecido pelo terapeuta (e provavelmente nem mesmo pelo paciente ou pelos que com ele convivem). E o problema está não na *apropriação* do aparelho, pois, inegavelmente, esse paciente enuncia. A questão parece residir, inversamente, no aspecto *formal* desse aparelho, o que nos leva a considerar o segundo grande bloco de particularidades da cena clínica, que chamei anteriormente de *artificialidade*.

O trabalho de Aresi e Flores (2008) é emblemático de como a condição formal (em oposição à condição significativa) da língua é vista em âmbito terapêutico. Os autores põem em evidência que a relação *forma-sentido*⁷ adquire, na clínica, contornos muito específicos quando em comparação ao uso linguístico em outros contextos. Prova disso é o par pergunta-resposta, que, analisado em seu funcionamento enunciativo, atesta que há uma tendência, por parte dos terapeutas, de fazer perguntas cujo foco é a *forma*, e não o *sentido*. Isto é, as perguntas têm por intuito fazer com que o paciente enuncie determinada *forma* linguística – normalmente alguma com a qual tenha dificuldade –, e não a intenção de obter informações, uso esse voltado ao *sentido*: “[p]erguntar é, antes de tudo, suscitar um ato de enunciação. [No entanto], no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem, a pergunta possui

um funcionamento específico, qual seja, o de solicitar um *uso de forma* como resposta” (Aresi e Flores, 2008, p. 93, grifos no original).

É o caso, por exemplo, da cena transcrita anteriormente, em que vemos que a intenção da terapeuta, nos turnos (2), (4) e (6), é apenas a de fazer com que o paciente pronuncie a palavra “caixa” de forma apropriada, uma vez que tal paciente foi encaminhado a tratamento por seus pais justamente por realizar trocas entre os fonemas /s/ e /ʃ/⁸.

O estudo de Aresi e Flores corrobora, além da valorização acentuada de aspectos formais, a crítica de Lowe (1996), para quem a Clínica instaura usos linguísticos artificiais. É o caso, por exemplo, de *feedbacks* quanto à fala do paciente, com expressões tais como “isso aí!”, “muito bem”, ou o “Ah, agora sim!” do turno (8) da interação reproduzida anteriormente. Ora, não é difícil imaginar o grau de estranhamento que tais expressões causariam em uma fala cotidiana se, ao pronunciarmos determinada palavra corretamente, fossemos agraciados com um comentário desse tipo.

Felizmente, o campo da Clínica de linguagem já progrediu, ao menos um pouco, no sentido de tornar o fazer terapêutico um pouco menos artificial:

Durante várias décadas, os distúrbios articulatórios e fonológicos foram tratados através de exercícios de repetição. Entretanto, Low, Newman e Ravsten (1989) propuseram procedimentos através dos quais a articulação e a fonologia poderiam ser adquiridas em contextos naturalistas e pragmaticamente válidos centrados na comunicação (Lowe, 1996, p. 177, grifos meus).

Ainda que o progresso em direção a atividades terapêuticas pragmaticamente válidas pareça ter efetivamente acontecido, ao menos minimamente, os exemplos analisados por Aresi e Flores e a própria cena reproduzida anteriormente demonstram que há ainda um caminho a ser percorrido para a implantação da proposta de Lowe, que tem por prerrogativa básica que “as atividades terapêuticas devem ter um potencial de *sentido* e um objetivo” (Lowe, 1996, p. 178, grifo no original⁹).

No entanto, essa é uma discussão que cabe aos profissionais da área clínica. De nossa parte, como linguístas, o que interessa observar (e que aqui não se faz mais do que esboçar) é que há particularidades inerentes ao uso da linguagem em contexto clínico, fruto de relações muito singulares entre *forma-sentido*. Dessa maneira, uma teoria cujo aporte teórico dê conta da abordagem da subjetividade na linguagem (e, dessa forma, daquilo que é particular

⁷ Ao fazer uso dos termos *forma* e *sentido* em itálico, assinalo que eles são tomados, neste escrito, segundo a concepção benvenistiana, explicitada nos textos *Os níveis da análise linguística* (1962/1964), publicado em *Problemas de linguística geral I* (Benveniste, 1995), e *A forma e o sentido na linguagem* (1966), publicado em *Problemas de linguística geral II* (Benveniste, 1989).

⁸ Conforme seção *A linguagem e a clínica: discussão de um caso particular de mecanismos e efeitos*.

⁹ O tradutor faz uma nota de rodapé na palavra *sentido*, que vale a pena ser reproduzida aqui: “*sensemaking* no original, que é uma palavra composta cujo significado literal é ‘fazer sentido’” (Lowe, 1996, p. 178).

nos diversos usos linguageiros) pode contribuir para o entendimento do funcionamento específico da linguagem nesse contexto. É por essa razão que tomo a Linguística da Enunciação, aqui representada pela teoria de Émile Benveniste, como eixo teórico para abordar os mecanismos de intervenção do terapeuta e seus efeitos na fala do paciente, de forma a dar subsídios para que o profissional da área da clínica de linguagem tenha mais instrumentos para entender esse funcionamento específico, instaurado pelas condições em que esse tipo de enunciação é produzida.

A linguagem e a clínica: discussão de um caso particular de mecanismos e efeitos

Para abordar o objeto deste trabalho, faço uso de dados que compõem o Banco de Dados ENUNSIL, gerados na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, no período de junho a julho de 2006. Os dados foram armazenados em vídeo e posteriormente transcritos para análise neste trabalho. As gravações foram realizadas durante o atendimento fonoaudiológico de uma criança de 6 anos de idade na época, encaminhada a tratamento pelos pais, que referiam que seu filho realizava constantes trocas dos fonemas /s/ e /ʃ/.

Para a análise dos fatos de linguagem apresentados, seguimos de perto os critérios estabelecidos por Benveniste (1989, p. 83): “na enunciação, consideraremos, sucessivamente, o próprio ato, as situações em que ele se realiza, os instrumentos de sua realização”. Assim, a análise que passo a realizar segue três etapas: (1) a descrição dos mecanismos linguísticos utilizados por terapeuta e seus efeitos na fala do paciente; (2) a explicitação de como funcionam na cena analisada; e (3) explicitação de como tais mecanismos e seu funcionamento configuram um tipo enunciativo particular (nesse caso, a enunciação em contexto clínico). Observemos o Recorte 2.

Recorte 2. Cena 2.

Contexto Enunciativo: terapeuta tem uma série de cartas na mão, com figuras cujos nomes apresentam o fonema /s/ ou /ʃ/. Ela dá dicas para que o paciente acerte o que está desenhado em cada uma. O desenho em questão é o de uma xícara. Após várias tentativas sem obter acerto por parte do paciente, a terapeuta tenta novamente.

- (1) T: xi...
- (2) P: Xi.cra!
- (3) T: Hã?
- (4) P: Si.cra!
- (5) T: Não conheço isso. Que que é isso?
- (6) P: Xi.cra!
- (7) T: Xi.ca.ra ((mostra figura para o paciente)). Como é que é o nome, então?
- (8) P: Xi.cra.
- (9) T: Xi.ca.ra. ((segue para a próxima carta))

Note-se, logo de início, que o jogo proposto pela terapeuta consiste na adivinhação de desenhos que contenham apenas os fonemas-alvo com que deseja trabalhar com seu paciente. Ainda que haja, efetivamente, aquilo que Lowe chama de “potencial de *sentido*”, uma vez que se trata mesmo de uma adivinhação, e não meramente de nomeação, há primazia, por parte da terapeuta, por questões de *forma* linguística.

Após várias tentativas de fazer P enunciar a palavra “xícara”, T oferece, em (1), o início da palavra que almeja ser enunciada pelo menino. Este entende a dica da terapeuta, e oferece, em (2), como resposta, “xi.cra”. Observe-se que, apesar da elisão da vogal *a*, na segunda sílaba, fenômeno inclusive bastante frequente em falantes que não estão em tratamento fonoaudiológico, P produz o fonema-alvo /ʃ/ sem nenhum problema.

No entanto, por algum motivo, que não podemos saber exatamente se é por não ter ouvido claramente ou apenas com o intuito de fazer P repetir o que dissera, T faz uso de uma pergunta interjetiva em (3). Tal pergunta tem um efeito bastante interessante na fala de P, manifestada no turno (4): se, em (2), sua fala foi perfeita em termos de produção do fonema desejado, sua fala em (4) se distancia mais daquela almejada pela terapeuta. Podemos inferir, a partir disso, que a interjeição “hã?” do turno (3) leva o pequeno paciente a gerar uma retomada de sua fala. Dado que P já observara que, em boa parte das vezes em que isso acontece, a intenção de T é que ele faça algum ajuste em sua fala, particularmente no que tange à produção do fonema com que tem dificuldade, P imediatamente cria a hipótese de que sua fala, em (2), apresenta incorreção.

A modificação realizada por P, de (2) para (4), revela seu extremo conhecimento da situação enunciativa em que está inserido. P já reconhece que a forma clássica de diálogo entre ele e a terapeuta se dá no sentido da correção e, particularmente, de correção na produção dos fonemas

/s/ e /ʃ/. Sua hipótese de que há algo errado com sua fala em (2) revela a capacidade que P tem de recuperar seu dito, a partir de uma sinalização de T, e ajustar o que nele considera estar errado.

Contudo, o mecanismo de intervenção de T em (3) teve efeito oposto ao desejado. Se seu objetivo era que P articulasse a segunda sílaba de “xícara” – o que podemos inferir por sua correção final em (7) e (9) –, mesmo sem expressá-lo diretamente, o pequeno entende que o problema não está na supressão da vogal, mas na produção de /ʃ/. Ora, a hipótese de P é perfeita: se toda vez que é corrigido, a correção incide sobre os fonemas de maior dificuldade para ele, nada mais justo que a retomada e correção de sua própria fala incida justamente sobre esse aspecto. Tal hipótese leva P a “ajustar” sua fala, produzindo em (4) a outra alternativa possível em seu ponto de vista, dado que o paciente já passa a considerar que há sempre duas (e somente duas) opções de alteração: a troca de /s/ por /ʃ/ ou o inverso.

Assim, poderíamos dizer que a intervenção de T em (3) não teve o efeito por ela desejado na fala de P. Na tentativa de fazer com que P retome mais uma vez sua fala, a terapeuta, em (5), usa a estratégia de negação da fala de P. Aqui, temos duas particularidades. Em “não conheço isso”, temos um uso linguístico que está atrelado unicamente à *forma*, pois dificilmente a terapeuta não sabe a que P se refere. Sua negação se dá, portanto, não no plano do *sentido*, mas no plano da *forma* que, como afirmei anteriormente, parece ter primazia no contexto clínico. Já em “que que é isso?”, temos um uso descrito por Aresi e Flores como uma pergunta que “tem como função solicitar um *uso de forma*” (2008, p. 92, grifo dos autores), e cuja resposta “é tão-somente da ordem da nomeação”.

Temos aqui um exemplo claro da especificidade da linguagem na clínica a que aludi no início deste trabalho, com a evidência explícita de que, nesse contexto específico, há relações muito particulares entre *forma* e *sentido*. A intervenção de T tem apenas *forma* de pergunta, apenas *forma* de um enunciado que tem por objetivo adquirir uma informação que não se tem. No plano do *sentido*, porém, a fala de T objetiva exclusivamente a geração de um enunciado específico, da ordem da nomeação, conforme afirma Aresi e Flores (2008): espera-se que P produza, finalmente, “xícara”. Ora, tal articulação específica de *forma-sentido*, nesse caso, seria muitíssimo improvável em um contexto outro que não o clínico. Isso porque a pergunta tem, canonicamente, o objetivo de incidir sobre o *sentido* da enunciação a quem se dirige, e não sobre sua *forma*¹⁰. Vemos aqui, um exemplo da artificialidade mencionada anteriormente.

Novamente, o efeito gerado por tal intervenção tem características muito particulares. Em (6), P volta a

produzir “xi.cra”. Seu raciocínio é perfeito, e poderíamos imaginá-lo da seguinte forma: “se eu [paciente] falei ‘xi.cra’ e ela [terapeuta] me corrigiu, falei ‘si.cra’ e ela me corrigiu de novo, vou voltar para ‘xi.cra’, porque um dos dois tem que estar certo”. Observe-se, novamente, o quão apurada é a percepção que P tem da situação enunciativa em que está inserido e de seu papel como locutor que é corrigido o tempo todo e sobre um aspecto particular. As hipóteses que o paciente cria sobre sua própria fala, na tentativa de corrigi-la, evidenciam sua adaptação à figura de um “não-falante”, que tem sempre sua fala corrigida pela “já-falante” que é a terapeuta. P parece entender que sua enunciação carrega um “problema de fala”, enquanto a enunciação de sua terapeuta é, no pleno sentido do termo, o “modelo de fala” a ser seguido por ele.

Observando que sua intervenção não teve, mais uma vez, o efeito desejado, uma vez que P continua não produzindo a segunda sílaba de “xícara” corretamente, T parte para um tipo de intervenção ainda não realizada até o momento: a repetição com silabificação. A repetição tem por objetivo claro oferecer o “modelo de fala” no qual P deve se espelhar. A silabificação, por seu turno, enfatiza ainda mais a assimetria presente entre os dois locutores: ao silabificar, T enfatiza a *forma* que P deve produzir, colocando em evidência, novamente, que quem detém a linguagem idealmente organizada é ela, não ele. Seu acréscimo de “como é que é o nome, então?” é mais um exemplo de pergunta com vistas à geração de uma *forma* particular. Ambos, paciente e terapeuta, já sabem que se trata de uma xícara. Não há dúvidas quanto ao *sentido*. Mas há dúvidas – somente por parte da terapeuta, é preciso que se sublinhe – quanto à *forma* utilizada por P para manifestar esse *sentido*, fato esse evidenciado nessa pergunta para checar o entendimento de P acerca do “modelo de fala” proposto por T.

E, mais uma vez, P nos surpreende ao não repetir, em (8), a fala de T, como poderíamos esperar que fizesse. Tal particularidade está diretamente ligada ao mecanismo de repetição utilizado por T em (7): ao repetir a palavra-alvo, T não sinaliza ao paciente que elemento específico de sua fala deve ser corrigido. Sem conseguir observar que os esforços da terapeuta se dão no sentido de fazê-lo enunciar a segunda sílaba de “xícara”, o paciente se atém à sua hipótese inicial e mantém a forma “xi.cra”, já proposta em (6). Afinal, em sua perspectiva, se não há problema no fonema /ʃ/, motivo pelo qual ele sabe que foi encaminhado a tratamento, então não há problema.

A terapeuta faz ainda um último esforço para tentar fazer com que P fale a palavra “xícara” da forma que ela deseja, ao fazer uso, pela segunda vez, de repetição e de silabificação, dessa vez não somente para servir de exemplo, mas também para reforçar a correção (que,

¹⁰ Salvo, evidentemente, casos em que um dos locutores não ouve ou não entende determinada *forma* utilizada por seu colocutor.

ironicamente, não aconteceu). E, justamente pela incapacidade de correção da fala de P, no formato que desejava, T parte para outra carta e, conseqüentemente, para outra palavra do jogo.

Considerações sobre a análise

Algumas particularidades da análise empreendida anteriormente merecem ser sublinhadas. A primeira delas diz respeito à hipótese inicial deste trabalho, qual seja, a de que toda a intervenção, por parte da terapeuta, gera algum efeito sobre a fala do paciente. Os efeitos mais perceptíveis são aqueles que levam a mudanças na fala de P, mas, e isso é de suma importância, até mesmo a manutenção de determinada forma linguística pode ser considerada um efeito. Como mencionado anteriormente, aquilo que poderia ser visto como “nulidade de efeito” não passa de uma aparência. Como exemplo, podemos observar a manutenção da forma “xi.cra”, nos turnos (6) e (8) da cena acima transcrita. Tal manutenção não é gratuita, e encerra uma complexa consideração, por parte do paciente, acerca de seu dizer. Em outras palavras, toda a intervenção gera efeitos, e o terapeuta precisa estar atento para não incorrer no erro de julgar que uma aparente falta de efeito seja indício de que nada se altera.

Um segundo ponto de interesse reside no fato de que mecanismos aparentemente iguais podem gerar efeitos completamente diferentes. Na cena em questão, vimos que as diferentes perguntas tiveram efeito diverso na fala do pequeno paciente. Da mesma forma, a repetição, ocorrida nos turnos (7) e (9) e manifestada por uma *forma* absolutamente igual, adquire *sentidos* absolutamente particulares à medida que a interação se desenvolve. Isto é, o mesmo mecanismo (mesmo em termos de *forma*, apenas) desempenha funções diferentes, o que é radicalmente afinado com a proposta enunciativa: em Enunciação, mesmo que a *forma* do enunciado seja a mesma, seu *sentido* é sempre novo, uma vez que se trata de uma nova enunciação, de um novo eu-tu-aqui-agora, condição essa que sempre gera algo novo e irrepitível.

Essa consideração também está em sintonia com o pressuposto levantado anteriormente de que somente uma teoria com aporte teórico sensível a tais sutilezas de sentido pode ser capaz de contribuir significativamente para a análise do funcionamento específico que os mecanismos de intervenção têm em cada instância particular em que são utilizados. Esse funcionamento particular só pode ser observado, portanto, quando diretamente relacionado ao sujeito que enuncia, pressuposto basilar de toda teoria enunciativa.

Ainda sobre mecanismos e seus efeitos, releva atentar para o fato de que não se pode estabelecer relação de univocidade entre eles. Isto é, o mesmo mecanismo nem sempre produz o mesmo efeito, como observado, por exemplo, nas perguntas e na repetição do caso analisado.

Ora, isso é de extrema importância para o fazer clínico, uma vez que o terapeuta não pode partir do pressuposto de que, ao utilizar determinado mecanismo para obter determinado objetivo, esse objetivo seja sempre alcançado. Ao contrário, e conforme apregoa a teoria aqui mobilizada, os efeitos na fala do paciente são sempre singulares e dizem respeito a cada instância enunciativa em que emergem. Assim, não há generalidade que possa ser aplicável na relação entre mecanismos e efeitos e, mais ainda, não há análise que possa ser generalizável a mais de um paciente.

O terapeuta, pois, deve atentar para isto: há mecanismos que parecem ter um efeito melhor (isto é, um efeito mais próximo do desejado pelo terapeuta) e aqueles que parecem, ao contrário, ter efeito diametralmente oposto ao idealizado. É o caso, por exemplo, do mecanismo de intervenção realizado pela terapeuta no turno (3). Tal mecanismo foi tão vago no sentido de orientar o paciente a recuperar e ajustar sua fala que produziu o efeito de fazer com que P ajustasse a *forma* de seu enunciado, deixando-o ainda mais distante daquilo que T gostaria que produzisse. Tendo isso em vista, a consciência do uso de diferentes mecanismos e das implicações por eles geradas na fala do paciente pode ser de grande valia para a Clínica de linguagem como estratégia para uma intervenção mais eficaz, isto é, mais condizente com o que é esperado pelo terapeuta.

Considerações finais

O que foi apontado até aqui nos encaminha a pensar na centralidade e na particularidade que a linguagem tem no fazer clínico. Tal centralidade, evidentemente, nunca foi questionada, uma vez que se trata propriamente de clínica *de linguagem*. No entanto, o que este texto tentou deixar claro é que há uma particularidade radical nos usos linguísticos que se instauram na cena clínica, peculiaridades essas que podem ser observadas por meio de uma teoria comprometida com a subjetividade na linguagem e com as singularidades que daí resultam.

Em termos de contribuição para o fazer clínico, a proposta apresentada aqui tenta sensibilizar o terapeuta, acostumado a estabelecer uma escuta especial da fala do outro, a permanecer atento à sua própria fala. Isto deve ser imperativo na Clínica: a fala do terapeuta, por gerar efeitos na fala do paciente, precisa ser cuidadosamente observada pelo clínico. Como sugerido na seção anterior, a observância das particularidades de *forma* e *sentido* que estão em jogo na cena clínica podem ser de extrema valia para o trabalho terapêutico, uma vez que, ciente de quais intervenções têm “mais sucesso” com determinados pacientes, o clínico pode, então, realizar intervenções mais eficazes e mais condizentes com o objetivo do tratamento de cada paciente. Se há algo que este trabalho pode contribuir à clínica dos distúrbios de linguagem é isto: demonstrar que a fala do terapeuta merece tanta atenção e investigação quanto a do paciente.

Adicionalmente, o trabalho chama atenção para a assimetria e artificialidade que, muitas vezes, se fazem presentes nesse contexto de interação. Atentar para as particularidades da linguagem nesse contexto equivale também a diminuir a assimetria entre paciente e terapeuta. Conforme já apontado por Aresi e Flores, o uso demorado de perguntas cujo objetivo é unicamente suscitar um *uso de forma* corre o risco de retirar do paciente seu lugar de locutor, seu lugar de fala. Ao desconsiderar o *sentido*, dando prioridade à *forma*, o clínico, mesmo que inconscientemente, passa ao paciente a imagem de que problemas na *forma* inviabilizam sua enunciação. É o caso, por exemplo, da negação “não conheço isso”, realizada pela terapeuta no turno (5) da transcrição anterior. Tal negação pode ser entendida como “não conheço essa *forma*, logo, desconheço o *sentido* do que você quer dizer”, o que, em última instância, equivaleria a dizer “você não é capaz de produzir *sentido*”.

Como tentei evidenciar, não só o paciente é capaz de produzir *sentidos* com os recursos, mesmo limitados, que possui, como também apresenta uma sensibilidade para a linguagem que, por vezes, poderíamos até pensar ser mais refinada que a da própria terapeuta. No caso em questão, P já sabe o que é esperado dele, e essa expectativa se dá pelas constantes intervenções que T realiza

na *forma* de seus enunciados. Esse pequeno paciente já reconhece que, para ter sua posição de locutor aceita pela terapeuta, precisa atentar muito mais para a *forma* do que propriamente para o *sentido*. E, se partirmos do princípio de que a linguagem serve para comunicar e para viver¹¹, o que está em jogo nessa cena clínica é algo bem distinto dos usos reais de linguagem que esse paciente encontrará fora do âmbito terapêutico. Esse paciente se apropria, evidentemente, do aparelho formal da língua. Por isso, fica a cargo do terapeuta observar as particularidades dessa apropriação, permitindo que P enuncie sua posição de sujeito e reconhecendo nele essa possibilidade, independentemente das questões de *forma* que se impõem como diferentes.

Nesse sentido, gostaria apenas de fazer uso da transcrição de uma última cena clínica para ilustrar um ponto que julgo de extrema importância (Recorte 3).

Não vou me ater à análise minuciosa que tal segmento poderia dar vazão. Antes, gostaria apenas de atentar para um exemplo que põe em relevo a necessidade de consideração, por parte do terapeuta, do *sentido* da fala de seu paciente. Temos, nesse último dado, algo que não se apresentou na segunda cena analisada. Observemos os turnos (10) e (14). Em (10), cansado de tentar explicar para T o que quer dizer, P pede que a terapeuta “deixe pra lá”, uma vez que seu esforço para explicar não é

Recorte 3. Cena 3.

Contexto Enunciativo: paciente faz dobradura com uma carta que contém o desenho de uma bruxa.

- (01) T: que que tu fez com a bruxa, pobrezinha?
 (02) P: Não, ela é do mal.
 (03) T: ela é do mal?
 (04) [P: não, não, não! Vai uma buxa se é do bem e do mal.
 (05) T: Que que é do bem e que que é do mal?
 (06) P: Vai uma buxas
 (07) [T: uma?
 (08) [P: que é do bem e do mal.
 (09) T: Uma o quê?
 (10) P: Ai, dexa pa lá, dexa pa lá, dexa pa lá, dexa pa lá!
 (11) T: Não deixo pra lá, eu quero que tu me explique. Eu não sei quem é essa pessoa que é do bem ou é do mal.
 (12) P: Ahn...
 (13) T: Como é que é o nome dela?
 (14) [P: Ahn, deixa eu falá! Tem uma bux- tem uma bu.xa que, que é do mal, e uma bu.xa que é do bem.
 (15) T: Ah. E por isso que tu fez um avião da bruxa?

Nota: O uso dos colchetes indica o momento em que há sobreposição de falas de terapeuta e paciente.

¹¹ “[...] diria que, bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para viver” (Benveniste, 1989, p. 222).

reconhecido pela terapeuta, que ainda se atém à questão da *forma* da palavra “bruxa”. Vejamos, mais uma vez, que o paciente pronuncia o fonema /ʃ/ de “bruxa” com perfeição. A intervenção da terapeuta se dá no sentido de que ele fale corretamente o encontro consonantal “br” da primeira sílaba. Ou seja, mais uma vez, o paciente apresenta dificuldade em um elemento que foge à demanda de seus pais, preocupados com as trocas dos fonemas /s/ e /ʃ/. Se a preocupação da terapeuta é “corrigir” essa alteração, chama atenção o fato de que ela o faz, por mais de uma vez, precisamente quando o paciente pronuncia o fonema-alvo de forma correta. O incômodo do paciente com a insistência da terapeuta sobre a *forma* é tanto que, em (14), ele chega a dizer “deixa eu falar”. Tal recorte poderia mesmo ser “traduzido” como “pare de me corrigir e ouça o que tenho a dizer”.

Creio que tal exemplo seja bastante ilustrativo das particularidades da linguagem na Clínica e, sobretudo, da necessidade de o terapeuta efetivamente escutar seu paciente, escutar sua enunciação, como um conjunto de *forma-sentido*, e não só em atenção à *forma*.

Por fim, gostaria apenas de ressaltar o quão profícuca pode ser a relação da Linguística com a Clínica dos

distúrbios de linguagem. Este texto se encerra, assim, com um convite para que também os linguistas estejam sensíveis às particularidades da linguagem nesse contexto e possam dedicar seus esforços em prol de estudos que a tomem como objeto. Tanto a Linguística quanto o fazer clínico poderiam se beneficiar sobremaneira dessa “parceria”.

Referências

- ARESI, F.; FLORES, V. do N. 2008. O funcionamento enunciativo do par pergunta-resposta em situação de clínica dos distúrbios de linguagem. *Calidoscópico*, 6(2):86-95.
- BENVENISTE, É. 1995. *Problemas de linguística geral I*. São Paulo, Pontes, 388 p.
- BENVENISTE, É. 1989. *Problemas de linguística geral II*. 2ª ed. São Paulo, Pontes, 294 p.
- CASTRO, M.F.P. de. 1998. Sobre a interpretação e os efeitos da fala da criança. *Letras de Hoje*, 33(2):81-87.
- LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L.M. 1998. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, 33(2):65-71.
- LOWE, R.J. 1996. *Fonologia: avaliação e intervenção – aplicações na patologia da fala*. Porto Alegre, Artes Médicas, 237 p.

Submetido: 17/07/2015

Aceito: 13/01/2016