

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

**A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PARTIR DA ESCUTA DE FALAS
SINTOMÁTICAS NA *CLÍNICA DE LINGUAGEM***

KÁLYTON CARVALHO RESENDE

Porto Alegre

2018

KÁLYTON CARVALHO RESENDE

**A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PARTIR DA ESCUTA DE FALAS
SINTOMÁTICAS NA *CLÍNICA DE LINGUAGEM***

Orientadora: Profa. Dra. Luiza Milano.

Trabalho de Monografia II apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Ao João e à Larissa pela confiança e pelos investimentos financeiros, dentre os quais o cursinho pré-vestibular: sem vocês, este percurso teria outra rota.

Ao Governo Federal pelas políticas de cotas e ações afirmativas que garantiram meus direitos à universidade federal pública e gratuita, casa do estudante, auxílio-alimentação, auxílio-saúde e auxílio-transporte. Enfrentamentos reais se colocaram neste percurso acadêmico, de modo que sou grato pelo privilégio de ter sido um dos poucos que chegaram até aqui.

Aos meus colegas de curso pelo apoio e pelo reconhecimento, especialmente à Larissa Lopes, Andressa Aires, Fernanda Nogueira, Renelle Millette, Bruna Grassi, Kerolin, Bruna Denardi, Carla Vanessa. Aos professores, técnicos, colegas de estágios e pacientes por terem contribuído com a minha formação. À Nina por me ensinar os caminhos da ética fonoaudiológica com dedicação e respeito. À FADEM, onde aprendi os desafios da interdisciplinaridade e o prazer de acreditar neste percurso. Ao Giovane Fernandes Oliveira, pela ajuda, pela consultoria e pelo apoio nesse processo de escrita.

Aos meus amigos, aos meus irmãos na fé e à instituição religiosa Brasa Church e à Comunidade Abrigo por me ensinarem sobre o amor ao próximo e por lutarem integralmente pelos direitos dos que mais sofrem na busca por justiça social.

Aos meus amigos Pierre Emanuel, Amanda Maia, Carlos Eduardo, Emily Priscila, Maria Eduarda, Hyury, Carol Zanfir, Flávia, Julio Veiga, Dianita, Lili, Vinícius Lemos, Victória Fogazzi, Anna Cláudia, Gustavo Meneghetti, Jaqueline Meneghetti, Thales Schmitt e Christy pela relação fraternal, pela escuta, pelos conselhos, pelas trocas, pelos aprendizados. Quem tem amigos tem tudo. Eu amo vocês.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luiza Milano, pela confiança e por ter aceitado me orientar. Sou grato por cada palavra, ensino, escuta e trocas dentro e fora de sala de aula. Eu te admiro muito, tu és uma grande inspiração para mim. Sem ti, este percurso não teria sido leve e prazeroso. Ao meu querido professor, orientador de estágio, coordenador de extensão e supervisor, Prof. Dr. Jefferson Lopes Cardoso, pela paciência, pela escuta e pela dedicação em ajudar a extrair o melhor de mim. À profa. Dra. Maira Olchik pela oportunidade de aperfeiçoar minha formação e de me reinventar enquanto profissional. À profa. Dra. Adriane Teixeira pela

oportunidade de bolsa voluntária, por ampliar meus horizontes e por acreditar em mim, obrigado por tudo.

À minha família de Goiás por todo suporte e amor. Cheguei aqui por vocês.

À minha família gaúcha, em especial à família Moser. Obrigado, Alexander Moser, Sabine Moser, Stefan Moser e Aline Moser! Vocês me “devolveram” a humanidade. Sou grato por terem me emprestado o amor, o suporte, os conselhos, a escuta, as trocas. Vocês fizeram esse percurso fazer sentido. Hoje eu acredito em mim porque vocês acreditaram em mim primeiro. Ao Jéferson Schimitt (*in memoriam*), à Adelei Schimitt e ao Thales Schimitt por terem me acolhido como um dos seus nesta terra gaúcha. Vocês muram a minha vida.

Eu agradeço a todos que não foram citados, mas que, de alguma forma, contribuíram para eu chegar exatamente onde estou. Sou grato a todos pelo privilégio de ser.

Falar é um ato político.

RESUMO

O presente trabalho refere-se à particularidade da intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de falas sintomáticas na *clínica de linguagem*. Para compor a fundamentação teórica, foram feitos deslocamentos de noções da linguística da enunciação benvenistiana e da clínica de linguagem. A metodologia da pesquisa caracteriza-se como delineamento qualitativo descritivo retrospectivo de noções pertinentes à intervenção fonoaudiológica, bem como transcrição e análise de cunho enunciativo de um recorte de uma cena clínica. Não se trata, portanto, de um estudo de caso. Mais especificamente, analisamos a particularidade do sintoma de linguagem que apresenta assimetria significativa. A unidade de análise é o diálogo pela via do brincar. As categorias de análise articulam-se entre a semantização, a significação e a sintagmatização a partir da noção de *assimetria significativa* que surge na fala do paciente. Trabalharemos com a noção de *escuta terapêutica* que supõe sentido para aquilo que o sujeito enunciou. Nessa perspectiva, a intervenção atua na co-referência. Além disso, reflexões oriundas da clínica psicanalítica contribuirão para as noções aqui tratadas sobre clínica e sujeito. Por fim, os encaminhamentos deste trabalho demonstrarão as implicações pertinentes à intervenção fonoaudiológica em pacientes com falas sintomáticas no âmbito da clínica de linguagem. Destacaremos os efeitos de uma intervenção a partir da escuta terapêutica da fala do paciente em relação à posição que ambos, terapeuta e paciente, ocupam enquanto falantes na instância de discurso.

Palavras-chave: Intervenção. Fonoaudiologia. Escuta. Falas sintomáticas. Clínica de Linguagem.

ABSTRACT

The present work refers to the particularity of speech-language intervention through listening to symptomatic speech in the language clinic. In order to compose our theoretical foundation, the linguistics of the Benvenistian enunciation and the language clinic were employed. The research methodology is of a qualitative, descriptive, retrospective design of notions pertinent to speech-language intervention, and also involved the transcription and analysis of enunciations sourced from of a real clinical scene. It is not, therefore, a case study. More specifically, we analyze the particularity of language symptoms that present significant asymmetry. The unit of analysis is dialogue through play. The categories of analysis are articulated between semantization, meaning and syntagmatization, based on the notion that significant asymmetry arises in the patient's speech. We will work with the notion of therapeutic listening that assumes meaning in what the subject has enunciated. From this perspective, intervention constitutes listening / co-referencing. In addition, reflections from the psychoanalytic clinic will contribute to the notions discussed here about clinic and subject. Finally, the guidelines of this work will demonstrate the pertinent implications for speech-language intervention in patients with symptomatic speech in the context of the language clinic. We will emphasize the effects of an intervention through the therapeutic listening of the patient's speech and relate them to the positions that therapist and patient occupy as speakers in the speech instance.

Keywords: Intervention. Speech therapy. Listening. Symptomatic speech. Clinic of Language.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Síntese esquemática da relação enunciação-clínica.	32
--	----

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
2 ENUNCIÇÃO: UMA BREVE ANCORAGEM BENVENISTIANA	12
2.1 Teria a linguagem apenas uma função instrumental?	12
2.2 <i>Eu-tu</i> : primeiro ponto de ancoragem benvenistiana	15
2.3 O lugar da língua em Benveniste	16
2.4 O valor da significação, semantização e sintagmatização em Benveniste.....	23
2.5 Aspectos da enunciação	28
3 CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM.....	37
3.1 Clínica de linguagem	37
3.2 Fala sintomática	39
3.3 Escuta fonoaudiológica.....	42
3.4 Intervenção fonoaudiológica.....	44
4 METODOLOGIA E ANÁLISE DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PARTIR DA ESCUTA DE FALAS SINTOMÁTICAS.....	48
4.1 Metodologia de Análise	48
4.2 Transcrição.....	49
4.3 Análise	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ANÁLISES.....	56
6 ENCAMINHAMENTOS FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	60
ANEXO.....	62

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste trabalho, buscaremos evidenciar a particularidade da noção de *intervenção* para a clínica fonoaudiológica¹ de linguagem a partir da escuta de falas sintomáticas. Para tanto, são articuladas as noções de *clínica de linguagem, fala sintomática, escuta e intervenção fonoaudiológica* a partir de deslocamentos operados dos pressupostos teóricos da Teoria da Enunciação de Émile Benveniste. Aviso ao leitor que abordarei termos oriundos do campo clínico, portanto essa proposta implica a particularidade da intervenção fonoaudiológica em *clínica de linguagem* a levar a consideração conceitos inerentes à formação clínica do fonoaudiólogo (cf. capítulo 3). Além do mais, farei uma breve leitura de autores da psicanálise, pelo fato de a psicanálise ser, ainda, o campo clínico com maior tradição na reflexão acerca dos conceitos de clínica e das relações entre sujeito e linguagem.

O objetivo geral desta pesquisa é abordar a noção de *intervenção* no âmbito clínico fonoaudiológico, elegendo conceitos da Teoria da Enunciação para a construção do aspecto teórico-clínico daquilo que estamos considerando como assimetria significativa na fala sintomática. Essa operacionalização acontece a partir dos deslocamentos feitos das categorias de análises *significação, semantização e sintagmatização* para a escuta fonoaudiológica. Já o objetivo específico é analisar a escuta que o terapeuta assume ao intervir em falas sintomáticas que apresentam assimetria de ordem do significante para, a partir disso, verificar os efeitos dos desdobramentos que a intervenção fonoaudiológica pode causar na posição do paciente durante um atendimento.

Nossa hipótese é a de que a intervenção opera a partir da escuta, na co-referência. Para confirmar essa hipótese, elegemos como unidade de análise o diálogo. Quanto à metodologia, o presente estudo caracteriza-se por um delineamento qualitativo descritivo retrospectivo de recorte oriundo de um atendimento fonoaudiológico. Portanto, não se trata de um estudo de caso.

No que concerne aos pressupostos teóricos da Teoria da Enunciação, estes serão apresentados no capítulo dois deste trabalho para fundamentar as noções teórico-clínicas aqui tratadas para a intervenção na clínica de linguagem, pois analisaremos as vicissitudes da posição

¹ Cf. item 3 deste trabalho.

do paciente com falas sintomáticas que apresentam assimetria significativa na instância do discurso em relação à escuta terapêutica.

Já no capítulo três, apresentaremos o lugar de falante que o paciente com fala sintomática apresenta ao demandar um tratamento fonoaudiológico, pois ele vê-se em falta frente aos outros ouvintes/falantes (SILVEIRA, 2017) na instância do discurso. Por sua vez, o terapeuta escuta a fala sintomática e a instaura² na instância do discurso semantizando e sintagmatizando a fala do paciente das trocas simbólicas no discurso.

No capítulo quatro, por fim, analisaremos os efeitos que essa escuta da assimetria significativa causa ao intervir na posição ocupada pelo paciente, o qual se vê reconhecido nessa relação de falante e ouvinte no instante em que o terapeuta co-refere, semantizando, significando e sintagmatizando aquilo que escutou de sua fala. Nesse sentido, o fonoaudiólogo ocupa o lugar de interlocutor (*tu*) que escuta aquilo que o paciente (*eu*) diz, enquanto possibilita ao paciente enunciar da forma como ele consegue, a partir da referência (*ele*) e da co-referência a uma instância de discurso. Tal escuta terapêutica, transcendente a posição do paciente (*eu-tu*), atualiza-se por meio de falas em relação (SURREAUX, 2006, p. 188).

Sendo assim, esta proposta de articulação entre a Teoria da Enunciação e a Clínica de Linguagem procura verificar como a teoria enunciativa repercute na clínica fonoaudiológica de linguagem. Conceitos como *referência*, *co-referência*, *significação*, *semantização* e *sintagmatização* imbricam-se, compondo a análise dos efeitos que a escuta do fonoaudiólogo assume ao intervir na posição do paciente com fala sintomática.

Por fim, os encaminhamentos deste trabalho destacam as implicações pertinentes à intervenção fonoaudiológica em pacientes com falas sintomáticas no âmbito da clínica de linguagem. Destacaremos os efeitos de uma intervenção a partir da escuta da assimetria significativa da fala do paciente em relação à posição que ambos, terapeuta e paciente, ocupam como falantes na instância do discurso no âmbito da clínica.

² Segundo Gouvêa (2011), há duas modalidades lógicas envolvidas na ideia de inclusão da fala sintomática na instância de discurso. De um lado, temos a inclusão como o elemento que pode ser contado como “um” dentro do conjunto. De outro, temos a inclusão como parte na qual o elemento está “contido em”, mas não “pertence a” (cf. GOUVÊA, 2011). Neste trabalho, o elemento de inclusão é o inusitado que brota na enunciação a partir dos conceitos de *semantização* e *significação* (cf. item 2).

2 ENUNCIÇÃO: UMA BREVE ANCORAGEM BENVENISTIANA

O presente trabalho inicia sua fundamentação teórico-clínica com os alicerces da Teoria da Enunciação e, a seguir, da *Clínica de Linguagem*, além de alguns desdobramentos a partir da base de nossa reflexão: a concepção benvenistiana de linguagem. Elegemos conceitos como *significação, semantização, sintagmatização, referência e co-referência, forma e sentido*, os quais verificaremos nas análises das aplicações clínicas (cf. capítulo 4). Cabe sublinhar que esse é apenas um percurso de leitura dos textos de Benveniste, havendo outros percursos possíveis para a Fonoaudiologia. Evidentemente, abordo o assunto como fonoaudiólogo e não como linguista. Tal abordagem não é unânime entre os fonoaudiólogos, daí a necessidade de deslocamentos importantes para a clínica de linguagem.

Segundo Flores (2010), uma observação preliminar para falar em enunciação é importante, pois, em síntese, cada texto de Benveniste, dedicado ao estudo da enunciação, estabelece categorias de análise distintas. Assim como proposto por Flores (2010), é necessário selecionar um *corpus* teórico de referência dos textos para introduzir as noções que aqui serão trabalhadas.

O conceito de enunciação não aparece em *Da subjetividade na linguagem*, artigo de 1958, cujas noções utilizaremos para fundamentar a relação intersubjetiva no discurso. No entanto, Benveniste teoriza, nesse texto, sobre algo que ele virá a chamar de *enunciação* no artigo *O aparelho formal da enunciação*, de 1970, com base no qual fundamentaremos os conceitos de *enunciação, significação, semantização e sintagmatização* a partir do quadro figurativo da enunciação, para introduzirmos aspectos pertinentes às características discursivas na clínica fonoaudiológica de linguagem. Além disso, utilizaremos o texto *A forma e o sentido na linguagem* de 1966/1967 e *Semiologia da língua*, de 1969.

2.1 Teria a linguagem apenas uma função instrumental?

No texto *Da subjetividade na linguagem*, de 1958, o linguista Émile Benveniste nos provoca a pensar sobre a natureza da linguagem. Seria ela apenas um instrumento de comunicação? Benveniste, no início do capítulo, originalmente escrito para um jornal de

psicologia³, levanta problemas a respeito da linguagem. Ele introduz a questão dessa forma: “se a linguagem é, como se diz, instrumento de comunicação, a que deve ela essa propriedade?” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 284). Como isso se justifica?

Os aspectos conceituais da linguagem vêm sendo discutidos amplamente entre os diferentes estudiosos que a utilizam como objeto de estudo, porém Benveniste fundamenta a linguagem evidenciando seu aspecto inerente à condição humana. De fato, a humanidade não encontrou um meio melhor, nem mesmo tão eficaz para comunicar-se, afirma o autor. Por isso a importância de essa evidência ser justificada, pois é o que vemos: a linguagem como um instrumento de transmissão entre falantes no qual ambos os participantes do diálogo falam de uma situação de discurso em comum.

Nessa direção, o linguista nos dá alguns exemplos para justificar esse conceito relativamente simplista de linguagem, no qual ela é tomada como simples “instrumento” de comunicação (uma ordem, uma pergunta, um anúncio). Segundo o autor, o efeito dessas transmissões suscitaria um comportamento (resposta) no interlocutor.

Contudo, quase em tom de ironia, Benveniste supõe que, a partir dessa conceituação, teríamos de admitir que essa resposta vinda do interlocutor desenvolveria um comportamento da linguagem de estímulo e resposta. “Será que é da linguagem que se fala aqui?” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 284). Quando estamos falando da linguagem como transmissão, sabemos que esse papel de transmissão pode caber a meios não linguísticos, como, por exemplo, a direcionalidade do olhar, o corpo, o som, a música, a arte, o brincar como recurso terapêutico, o que ganha relevo na situação discursiva na clínica fonoaudiológica.

Benveniste pontua, em seu texto, que a noção de linguagem como instrumento material deve despertar a nossa desconfiança, bem como todas as noções do senso comum a respeito da linguagem, pois falar de instrumento é pôr em oposição a humanidade à sua natureza, e a linguagem está na natureza do homem, daí seu caráter inerente ao ser humano.

Porém, instrumentos como a picareta, a flecha e a roda não estão na natureza, de forma que são ótimos exemplos para pensarmos no conceito de linguagem defendido por Benveniste, pois são fabricações, criações, instrumentos feitos pela humanidade, isto é, para seu uso instrumental. A linguagem, no entanto, está na natureza da humanidade, que não a fabricou. Aproveitamos este momento para justificar que a clínica de linguagem não se define como instrumental. Em outras palavras, essa definição de ordem do instrumental seria inconsistente com suas práxis clínica, pois não pretende fabricar e nem criar a linguagem no paciente.

³ O texto *Da subjetividade na linguagem* foi publicado originalmente em *Journal de psychologie*, jul.- set. 1958, P.U.F. Em *Problemas de Linguística Geral I*, tal texto constitui o capítulo 21.

Assim, assumir a linguagem como simples instrumento seria pura ficção pragmática. Constituiria uma hipótese ingênua pensar que existiu um homem original e suficiente que encontrou outro homem na mesma condição de originalidade e com ele sentou para elaborar a linguagem. Se deslocarmos este pensamento para a prática clínica, teríamos de admitir que o terapeuta assumiria este lugar de originalidade na linguagem, da qual seria detentor da língua e passaria a fabricar linguagem no paciente. Ao pensarmos assim, desconsideraríamos o que Surreaux (2006) considerou como falas em relação entre terapeuta-paciente, conceito importante para a clínica de linguagem.

Não atingimos nunca a humanidade separada da linguagem e não a vemos inventando-a. Não encontramos alguém reduzido a si mesmo procurando conceber a existência sem outro falante, somos efeito e ao mesmo tempo afetado pela fala do outro, o inesperado que surge no diálogo marca a importância da clínica de linguagem. Segundo Benveniste, “é um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do conceito de homem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 285). Desse modo, Benveniste propõe que todas as características da linguagem são suficientes para tornar suspeita a sua assimilação a um instrumento, que tende a dissociar da humanidade a propriedade da linguagem.

O vaivém das palavras sugere uma troca simbólica que assume uma função veicular na estrutura do diálogo, pois pressupõe a intersubjetividade e a reciprocidade. A palavra, nesse texto de 1958, é concebida como a atualização da língua que assegura a comunicação; para isso, é preciso atualizá-la entre os interlocutores para que estes possam referir e co-referir a uma situação de discurso em comum no diálogo. É na linguagem que devemos buscar essa aptidão do sentido para que cada palavra selecionada no processo de atualização da língua em discurso, ao ser empregada, represente um sentido durante uma situação de discurso.

Benveniste utiliza o axioma mais importante do texto ao afirmar que “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito; porque só a linguagem fundamenta na realidade, na sua realidade que é a do ser, o conceito de “ego” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 286). O fundamento dessa subjetividade da qual Benveniste trata é a capacidade do locutor de se propor como sujeito, o que se determina pelo *status* linguístico da pessoa. Isto é, a emergência do sujeito pelo *status* da pessoa é uma propriedade fundamental da linguagem. De acordo com o autor,

encontramos aí o fundamento da subjetividade eu-tu, que se determina por esse status da “pessoa”. A consciência de si mesmo só será possível se experimentada por contraste. Eu não emprega eu a não ser dirigindo-se a alguém, a um tu. Essa é a

condição de diálogo que é constitutiva da pessoa, pois implica em reciprocidade. (BENVENISTE, 1958/1991, p. 286).

Logo, o diálogo é o fundamento da intersubjetividade na linguagem. A realidade remete sempre ao instante do discurso, o que implica temporalidade e referência. Portanto, o fundamento da subjetividade está no exercício da língua. De acordo com Benveniste, não há outra forma de identificar objetivamente a identidade do sujeito da enunciação que não seja pelo que ele diz sobre si mesmo. Isso porque, como consta no texto, “única é a condição do homem na linguagem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 287).

Contudo, o termo instrumental para a clínica de linguagem revela uma noção reducionista sobre a intervenção fonoaudiológica, ou seja, falta uma concepção de linguagem que seja consistente com a prática clínica, pois tende a colocar em oposição terapeuta-paciente à sua natureza, e a linguagem não está dissociada da cena clínica.

Discutiremos a seguir em torno da relação terapeuta-paciente, condição da *intersubjetividade* na linguagem. Para isso, faremos deslocamentos ancorados nas formas linguísticas *eu-tu* que indicam a *pessoa*.

2.2 *Eu-tu*: primeiro ponto de ancoragem benvenistiana

Supor que há uma posição transcendente ocupada pelo *eu* é primordial numa relação intersubjetiva, seja qual for o grau de presença do alocutário na estrutura do discurso, pois essa posição marca um lugar subjetivo da passagem de locutor a sujeito. Ora, “a ‘subjetividade’ de que tratamos aqui é a capacidade do locutor para se propor como sujeito” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 286). Trata-se da posição subjetiva que o sujeito, ao falar, ocupa na estrutura do diálogo; vemos aí uma unidade psíquica que assegura o grau de presença de *tu* ou, como acrescenta Benveniste, também em *Da subjetividade na linguagem* (1958), trata-se da consciência de que *eu* se caracteriza por ser transcendente a *tu*, uma transcendência temporal, vinculada ao presente da enunciação, o qual se renova a cada vez que um dos interlocutores toma a palavra e assume a posição de *eu*.

Segundo Benveniste, “essa condição de diálogo é que é constitutiva da *pessoa*, pois implica em reciprocidade” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 286). Segundo Flores (2013) as características das pessoas *eu* e *tu* consiste no fato de que *eu* pode se tornar um *tu* invertendo-se na alocação, pois “a linguagem só é possível porque cada locutor se apresenta como *sujeito*, remetendo a ele mesmo como *eu* no seu discurso” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 286). Ao

deslocarmos para a clínica de linguagem, por exemplo: o paciente com ausência de fala, ou que fala muito pouco, ainda que não enuncie “eu” ocupa uma posição subjetiva transcendente ao terapeuta.

De acordo com Benveniste, “essa polaridade não significa igualdade nem simetria: *ego* tem sempre uma posição de transcendência quanto a *tu*” (BENVENISTE, 1991, p. 286). Em outras palavras, a polaridade entre *eu-tu* desvela outra condição fundamental da enunciação ao supor o conceito de *intersubjetividade* no processo de comunicação. Ou seja, a *intersubjetividade* pressupõe assimetrias, isto é, há outras diferenças para além das posições discursivas.

Outras classes de signos compartilham do *status* dos pronomes *eu* e *tu*. De acordo com Benveniste “são os indicadores das *dêixis*: demonstrativos, advérbios, adjetivos, que organizam as relações espaciais e temporais em torno do “sujeito” tomado como referência: “isto, aqui, agora” e suas numerosas correlações “isso, ontem, ano passado, amanhã”, etc.”. (BENVENISTE, 1958/1991, p. 288). Sempre, porém, o momento de participação é uma referência ao “presente” da enunciação, isto é, ao *aqui-agora*. Assim, o tempo em que se fala no diálogo é eternamente o presente, sendo esse tempo linguístico a própria referência do discurso. Em última análise, a temporalidade enunciativa revela a intersubjetividade inerente ao próprio exercício da linguagem.

Muitas noções pertinentes à fonoaudiologia aparecerão sob uma luz diferente se as análises clínicas da estrutura do diálogo estiverem condicionadas à intersubjetividade na linguagem. Sendo assim, *eu-tu*, além de posições diferentes que indicam a categoria linguística da *pessoa*, elas apontam também para uma reflexão a respeito das possíveis assimetrias no emprego da língua em ação na instância de discurso pelo sujeito⁴.

Apresentaremos a seguir, uma breve reflexão sobre o lugar da língua em Benveniste. Para isso, deslocaremos conceitos como *referência*, *co-referência*, *significação*, *semantização* e *sintagmatização* para compor a análise dos efeitos que a escuta do fonoaudiólogo assume ao intervir na posição do paciente com fala sintomática.

2.3 O lugar da língua em Benveniste

⁴ Segundo Flores (2013), sujeito é o efeito de constituição do homem na linguagem e pela linguagem. O interessante desta conceituação, vista por Benveniste, é decorrente da capacidade de o locutor se propor como sujeito. O locutor passa a sujeito via categoria de pessoa, o fundamento linguístico da subjetividade. Ora, é necessário que o sujeito, em determinada situação de discurso, atualize a língua em discurso.

Benveniste apresenta dois modos distintos de significação da língua em *A forma e o sentido na linguagem* (1966/1989). “há para a língua duas maneiras de ser língua no sentido e na forma”, a saber, a língua como semiótica e a língua como semântica (BENVENISTE, 1966/1989, p. 229). Conforme (BENVENISTE, 1969/1989, p. 65-66), admitimos que há no modo semiótico *reconhecimento* de forma e sentido e no semântico *compreensão*⁵ de forma e sentido, sendo a última submetida à referência para que se faça a co-referência relativa à situação de discurso. Isso porque de acordo com Lichtenberg (2004) “um locutor semantiza e, porque semantiza, sintagmatiza *para* um alocutário.” (LICHTENBERG, 2004, p. 191), isso quer dizer que a sintagmatização serve à semantização (essas duas noções serão explicadas na seção seguinte). Ou seja, o terapeuta precisa *compreender* a forma e o sentido da fala sintomática no modo semântico, pois a compreensão da referência é relativa à instância de discurso.

Contudo, a dificuldade de compreender a forma e o sentido da fala sintomática pode marcar aquilo que brota como interrogante para o terapeuta em uma determinada situação de discurso. Isso porque essa diferença entre os signos de um mesmo sistema é o que marca sua significância⁶ em emprego e ação.

O fonoaudiólogo em clínica de linguagem lida muitas vezes com a “falta de sentido” na fala do paciente no discurso, da qual a referência muitas vezes se perde no diálogo. Ora, se assumirmos que a fala sintomática carece de sentido e referência, o trabalho clínico consiste em associar a fala do paciente por meio da semantização-sintagmatização, engendrando-a no discurso para que ambos possam compor sintagmas que expressem sentido⁷ em uma frase, à uma dada instância de discurso. De acordo com Benveniste “O *sentido* é de fato a condição fundamental que todas as unidades de todos os níveis devem preencher para obter *status* linguístico”. (BENVENISTE, 1969/1989, p. 130).

Segundo Flores (2013), as relações de vaivém entre o semiótico e o semântico não têm um método *a priori* do qual poderiam decorrer as análises. Sendo assim, “cada texto, cada discurso, cada frase requer um método elaborado para si em função dos objetivos que se tem

⁵ “Compreensão, por sua vez, é noção relativa ao sintagma, e remete à intersubjetividade. O exercício da língua, cujo processo se descreve por apropriação – agenciamento, atualização ou sintagmatização-semantização – tem, como fim, a co-referência, que considera língua e situação enunciativa.” (LICHTENBERG, 2004, p. 32)

⁶ Estou ciente que em Benveniste há uma flutuação terminológica, sobretudo em relação aos termos “significado”, “sentido”, “significação”, “significância”. Embora esse último termo seja pouco empregado, neste trabalho consideramos o conceito de *significância* a palavra que admite sentido ao ser empregada pelo locutor. Ou seja, constituída de significação para o falante, a qual se atualiza cada vez que um dos interlocutores a tomam e a compreendem na instância de discurso com *significância*.

⁷ Segundo Flores (2013) *Sentido* para Benveniste nessa passagem, “deve ser entendido como a possibilidade de referência ao nível superior, o que ele chamará adiante de *integração*.” (FLORES, 2013, p. 131)

com a análise” (FLORES, 2013, p. 158). Poderíamos dizer, teoricamente, que a intervenção fonoaudiológica, proposta neste trabalho, busca analisar a fala sintomática associando a forma e o sentido no modo semântico por meio da significação, semantização e sintagmatização a partir da escuta da assimetria significativa.

Seguindo nessa direção, a intervenção a partir da escuta de fala sintomática em clínica de linguagem lida com a dificuldade de compreensão da assimetria significativa em sua forma (na frase) e seu sentido (referência enunciativa) no semântico na atualização da língua em discurso feita pelo paciente. Ou seja, durante o diálogo, o fonoaudiólogo escuta, questiona a fala do paciente e busca integrá-la para compor o sentido à instância enunciativa.

Segundo Benveniste: “o *sentido* de uma unidade linguística define-se como a sua capacidade de integrar uma unidade de nível superior” (BENVENISTE, 1964/1989, p. 136). Nesse caso, à instância de discurso. Benveniste acrescenta que “a noção de sentido, porém, tem ainda outro aspecto” (BENVENISTE, 1964/1989, p. 136). Este outro aspecto interessa a clínica de linguagem, pois diz respeito ao questionamento a partir da escuta da fala sintomática de “*qual é esse sentido?*” (BENVENISTE, 1964/1989, p. 136, grifo do autor). A escuta da fala sintomática será retomada com maior profundidade no capítulo três.

Em outras palavras, a fala sintomática evoca um sentido do terapeuta ao ser atualizada na instância de discurso pelo paciente. Seguindo o modelo de Flores (2013), faremos uma relação didática para responder à pergunta enfatizada por Benveniste no parágrafo acima “*qual é esse sentido?*”:

- (a) Quando se diz que um elemento tem sentido, afirma-se que ele tem a propriedade de *constituir e integrar*;
- (b) Quando se pergunta *qual é o sentido*, afirma-se que a língua serve para *estabelecer uma certa relação com o mundo* e, nesse caso, impõe-se outra tarefa de descrição e caracterização, bastante distinta da anterior, pois está-se agora no plano do discurso. (FLORES, 2013, p. 134, grifos do autor).

Benveniste introduz o sentido da *frase*, definindo-a como pertencente ao discurso. Logo, a fala sintomática pertence ao discurso, pois se trata de um elemento que tem sentido e tem a propriedade de constituir e integrar unidades significantes (signos convertidos em palavras) no plano do discurso por meio de frases.

No entanto, surge uma questão interessante para a clínica de linguagem: se a fala sintomática tem seu sentido na frase (criação indefinida, variedade sem limite), cuja expressão é o discurso (BENVENISTE, 1969/189, p. 139), o que a tornaria inteligível? Ora, a dificuldade de compreender a fala sintomática que apresenta assimetria significativa, muitas vezes, está em

estabelecer uma certa relação com o mundo, ou seja, à referência relativa à situação de discurso. Segundo Benveniste:

A frase é uma unidade, na medida em que é um segmento de discurso, e não na medida em que poderia ser distintiva com relação a outras unidades do mesmo nível - o que ela não é, como vimos. É, porém, uma unidade completa, que traz ao mesmo tempo sentido e referência: sentido porque é enformada de significação, e **referência porque se refere a uma determinada situação**. Os que se comunicam têm justamente isso em comum: uma certa referência de situação, sem a qual a comunicação como tal não se opera, sendo **inteligível** o “sentido”, mas permanecendo desconhecida a “referência” (BENVENISTE, 1989, p. 139, aspas do autor, negritos meus).

Em outras palavras, o que tornaria inteligível a fala sintomática, segundo nossa reflexão, seria: no semântico a dificuldade de *compreender* a forma (assimetria significante) e de *compreender* o sentido (ideia global). Conforme o autor, no texto *A forma e o sentido na linguagem* (1966), “o significante não é apenas uma sequência dada de sons que a natureza falada, vocal, da língua exigiria; ele é **a forma sonora que condiciona e determina o significado**” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 225, grifos meus). O *sentido*, nesta definição a seguir, interessa à clínica de linguagem ao ser apresentada como um “conjunto de procedimentos de comunicação **identicamente compreendidos** por um conjunto de locutores” (BENVENISTE, 1989, p. 222, grifo meu). Logo, na fala sintomática lidamos com a *compreensão* da forma da sintagmatização das palavras na frase (que pode ou não apresentar assimetria significante), e com a *compreensão* do sentido da ideia global dessas palavras na frase (permanecendo desconhecida a referência).

Em *A forma e o sentido na linguagem* o autor parte de uma visão que no primeiro momento poderia colocar em oposição a forma e o sentido. Para Benveniste, forma e sentido não se opõem. Ou seja, a direção da escuta fonoaudiológica pressupõe *significação*, *semantização* e *sintagmatização* no modo semântico da língua entre terapeuta-paciente no processo de comunicação, isto porque muitas vezes a forma e o sentido na fala do paciente não está compreendida pelo terapeuta, mas evoca sua atualização por meio da *frase*. Como afirma Benveniste: “É no discurso atualizado em frase que a língua se forma e se configura.” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 140).

Segundo Flores (2013), ao abordar o modo semiótico, explica que o signo para Benveniste não é mais a noção saussuriana, mas é marcada por outro princípio: o uso. São os falantes de uma língua que determinam o sentido do signo. Dessa maneira, a forma e o sentido, pensado por Saussure, de acordo com Flores (2013):

está ligado ao modo semiótico de existência da língua e, nesse modo, ele tem forma e sentido. A *forma* no semiótico diz respeito ao significante. O *sentido* no semiótico diz respeito às relações de oposições com os outros signos da língua. [...] O significante é a forma; o significado é o sentido. (FLORES, 2013, p. 60, grifos do autor).

Flores (2013), Benveniste aborda o signo no domínio do *semiótico* em sua forma e sentido de acordo com a citação acima, trata-se da organização e denotação conceptual da abstração dos signos. Já no domínio do *semântico*⁸ a unidade é a *frase*, as palavras são agenciadas para expressar uma ideia à uma instância de discurso. Flores (2013), explica que a materialidade do semântico

expressa o exercício do locutor que, para atribuição de referência, se insere na língua, apropriando-se desse sistema e atualizando signos, com a finalidade de referir uma ideia que expressa sua atitude e a situação de discurso. (FLORES, 2013, p. 63).

Em outras palavras, o critério da *significação* da fala sintomática no modo semântico busca *compreender* a conversão da língua em discurso por meio de sintagmas para atribuir sentido e referência à situação de discurso. De acordo com Lichtenberg (2004), estes critérios da significação “objetivam a atribuição de co-referência” (LICHTENBERG, 2004, p. 191). Desse modo, apresentaremos no capítulo três a noção de escuta para a intervenção fonoaudiológica (cf. seção 3.3). De acordo com Benveniste em *Semiologia da Língua*, “é necessário então que todo signo seja tomado e **compreendido** em um SISTEMA de signos. Esta é a condição da SIGNIFICÂNCIA” (BENVENISTE, 1969/1989, p. 45, caixa alta do autor, negrito meu).

Todavia, é na língua em ação que devemos buscar os critérios da significância, os quais por vezes revelam sua propriedade de significar no instante em que tais signos são engendrados na instância de discurso. Contudo, o signo se reveste de um sentido particular na intersubjetividade estabelecida em cada instância de discurso. Segundo Benveniste, “o caráter comum a todos os sistemas e o critério de sua ligação à semiologia é a sua propriedade de significar ou SIGNIFICÂNCIA, e sua composição em unidades de significância, ou SIGNOS.” (BENVENISTE, 1969/1989, p. 52, grifos do autor).

Sendo assim, podemos retomar a questão essencial do signo, que é a de significar, de sair do universo fechado dos signos. Desse modo, podemos observar que o discurso constrói sobre o fundamento semiótico uma semântica própria. Ou seja, a significação passa pelo sentido no discurso que é intencionada tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta na clínica de

⁸ “modo específico de significância que é engendrado pelo discurso. Trata-se do domínio da língua em emprego e em ação” (FLORES, 2013, p. 160).

linguagem, pois é produzida pela semantização e sintagmatização das palavras para compor a *frase*. Seguindo nessa direção, a palavra retém apenas uma pequena parte do valor que a mantém enquanto signo pertencente ao sistema semiótico, tendo em vistas sempre a atualização semântica.

A significação revela que, mesmo o paciente utilizando diferentes recursos semiológicos (como a música e outras representações artísticas na clínica de linguagem), ao se apropriar do sistema da língua, busca uma resposta semântica de retorno para associar aquele signo em questão à instância de discurso. Ou seja, nossa hipótese é a de que o paciente espera que o terapeuta (seu interlocutor), ao escutar a fala sintomática, atribua na co-referência (intervenção) sentido àquela situação de discurso.

Na clínica de linguagem, essa afirmação a respeito da atribuição do sentido⁹ consiste em significar, semantizar e sintagmatizar a fala sintomática utilizados durante o diálogo. Contudo, toda significação está condicionada à semiologia, de forma que, embora o valor de um signo não linguístico seja definido no interior do sistema ao qual pertence, esse signo é passível de ser interpretado pelo sistema linguístico. Desse modo, terapeuta e paciente encontram estratégias na própria língua para atribuir sentido à uma referência no discurso.

Flores (2013) conclui que: “Não há dúvidas: o sentido do signo, unidade do domínio semiótico, é definido como o uso que os falantes fazem dele, uso este *reconhecido* intralinguisticamente” (FLORES, 2013, p. 140). Em outras palavras, na clínica de linguagem, o sentido da fala sintomática é definido no uso que terapeuta-paciente fazem dela de acordo com a situação de discurso.

Segundo Benveniste, a língua interpreta todos os outros sistemas. A interpretância é o modo de significação da língua que significa outros sistemas, assim como ela própria. Segundo Lichtenberg (2008), há na língua uma relação de homologia entre os sistemas, os quais se designa como língua (ou semiótico) e discurso (ou semântico). Esta relação homóloga entre os sistemas da língua tem como base a *significação*.

Esse modo de significação no semântico só será possível se terapeuta-paciente compreenderem, reconhecerem, associarem, conectarem signos constitutivos de valor simbólico no seu uso (como a música e outras representações artísticas). Essas noções são importantes para a clínica fonoaudiológica que aqui se propõe. De acordo com Benveniste:

Uma coisa ao menos é certa: nenhuma semiologia do som, da cor, da imagem será formulada em sons, em cores, em imagem. Toda semiologia de um sistema não-

⁹ “Significar é ter um sentido, nada mais”. (BENVENISTE, 1969/1989, p. 227).

linguístico deve pedir emprestada a interpretação da língua, não pode existir senão pela e na semiologia da língua. (BENVENISTE, 1969/1989, p. 61).

O signo terá seu valor se o interlocutor, ao escutar, compreende-lo como unidade significante que evoca associações, mesmo se sua realização for inteligível em relação ao esperado para aquela situação de discurso.

A respeito da *significação* do domínio semiótico (signo), de acordo com Benveniste, deve ser *reconhecido*:

Todo o estudo semiótico, em sentido estrito, consistirá em identificar as unidades, em descrever suas marcas distintivas e em descobrir os critérios *cada vez mais sutis* da distintividade. **Desta forma, cada signo será chamado afirmar sempre e com maior clareza sua própria significância no seio de uma constelação ou em meio ao conjunto de signos.** Tomando nele mesmo, o signo é puramente idêntico a si mesmo, pura alteridade em relação a qualquer outro, base significante da língua, material necessário da enunciação. **Existe quando é reconhecido como significante** pelo conjunto dos membros da comunidade lingüística, e evoca para cada um, a grosso modo, as mesmas associações e as mesmas oposições. Tal é o domínio e o critério do semiótico. (BENVENISTE, 1989/1969, p. 65, *itálicos do autor, negritos meus*).

Já a *significação* do modo semântico (o discurso), deve ser *compreendido*:

Com o semântico entramos no modo específico de significância que é engendrado pelo DISCURSO. Os problemas que aqui se colocam são função da língua como produtora de mensagem. Ora, a mensagem não se reduz a uma sucessão de unidades que devem ser identificadas separadamente; **não é uma adição de signos que produz o sentido**, é ao contrário, o sentido (“o intencionado”), concebido globalmente, que se realiza e se divide em “signos” particulares, que são as PALAVRAS. Em segundo lugar, o semântico toma necessariamente a seu encargo o conjunto dos referentes, enquanto que o semiótico é, por princípio, separado e independente de toda referência. **A ordem semântica se identifica no mundo da enunciação e ao universo do discurso.** (BENVENISTE, 1969/1989, p. 65-66, *maiúsculas do autor, negritos meus*).

A diferença entre reconhecer o signo e compreender o discurso, está no modo diferente como ambos são inter-relacionados no uso da língua. Primeiro, é importante reconhecer a particularidade de cada manifestação do sujeito no processo de apropriação¹⁰ do sistema da língua. Segundo, é importante compreender que há uma nova significação para cada atualização da língua em discurso, pois a atualização semântica se engendra à enunciação e exprime um sentido novo a cada discurso.

Benveniste ainda afirma que, “nas formas patológicas de linguagem, as duas faculdades estão frequentemente dissociadas” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 66). Ora, estão dissociadas pela dificuldade da compreensão da forma e do sentido que compõem a fala sintomática no

¹⁰ “Tornar próprio a um uso.”. FLORES, 2013, p. 173)

domínio semântico, pois, ao falar, o paciente evoca uma interpretação do terapeuta, em termos clínicos, que o fonoaudiólogo realize associações a partir da **escuta**.

Passaremos para a compreensão semântica, investigaremos a natureza da *frase*. Entra-se “no domínio da língua em emprego e em ação” (BENVENISTE, 1989/1969, p. 229). Não obstante, faremos deslocamentos a respeito da fala sintomática no domínio do semântico em sua forma e sentido.

2.4 O valor da significação, semantização e sintagmatização em Benveniste

Na seção anterior, abordamos as relações de forma e sentido no domínio semiótico e semântico. Iniciaremos a reflexão com uma questão, como se dão as relações da forma e do sentido no domínio semântico para a fala sintomática?

A unidade do semântico é a palavra, já a palavra encontra sua expressão na *frase*. A forma do semântico é o sintagma, sua referência enunciativa. O sentido do semântico é a *ideia* que ela exprime: “o sentido da frase é de fato a *ideia* que ela exprime” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 230). De acordo com Flores (2013) esse sentido se realiza por meio do sintagma (sintagmatização), pela ação que as palavras exercem uma sobre as outras: “a *ideia* só encontra forma num agenciamento sintagmático” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 230).

Nossa proposta para a clínica de linguagem é a de inter-relacionar a forma e o sentido por meio da significação, semantização e sintagmatização da fala sintomática. Ou seja, no modo semântico, a fala sintomática pode apresentar *assimetria significativa* em sua forma, e falta de *referência* em seu sentido.

Em outras palavras, a semantização ocupa um lugar na atribuição de valores significantes para determinar o sentido numa *frase*, isto acontece por meio de agenciamentos das palavras¹¹ em forma de sintagmas para expressar a *ideia* à uma determinada referência enunciativa. Segundo Lichtenberg (2008):

Por atribuição de referência, entendemos uma certa relação com o “mundo”. Veja-se que o termo é *atribuição de referência* e não qualquer outro, como *referência*, *referenciação*, etc. *Atribuição de referência*, nesta visão, não se dá por uma relação biunívoca, afinal a língua, para Benveniste, assim como para Saussure, não é uma nomenclatura. É relativa à existência, é por meio dela que o “mundo” passa a existir. E este mundo é o de quem usa a língua, é o *seu* mundo, que envolve não apenas quem diz, mas toda a cena enunciativa: a quem a palavra se dirige, o tempo e o espaço deste dizer. Este mundo que se materializa pela tomada da palavra – um ato – denuncia

¹¹ “A palavra de quem a toma envolve um trabalho com a língua, pois inserção na língua desencadeia um processo: apropriação, atualização, sintagmatização e semantização.” (LICHTENBERG, 2008, p. 133)

aquele que usa a língua, bem como os demais componentes do quadro enunciativo: ele se impregna por todos os fatores que constituem a enunciação. Como a atribuição de referência é perpassada por todo o processo de enunciação, ela não se restringe a marcas, identificáveis no enunciado, mas é extensiva a toda uma formulação, própria à utilização da língua: sintagmatização e semantização. Nesta ótica, atribuição de referência confunde-se com *idéia*, materializada na frase, expressão de sentido. (LICHTENBERG, 2008, p. 7).

Sendo assim, trata-se da utilização da língua entre terapeuta-paciente. Em outras palavras, é quando o paciente semantiza e, porque semantiza, ele mesmo sintagmatiza para o seu terapeuta. Por sua vez, o terapeuta semantiza o que o paciente sintagmatizou e, porque semantizou, ele sintagmatiza para o paciente. Eis a condição da referência e co-referência para a intervenção fonoaudiológica. Contudo, sem perder de vistas a significação da fala sintomática: compreensão na forma e no sentido.

Neste momento, esse processo de semantização-sintagmatização pressupõe compreensão da forma e compreensão do sentido no modo semântico da fala sintomática. Isto é, a partir do efeito da escuta que determinado significante X, por exemplo, causa no diálogo ao ser empregado pelo locutor no lugar de Y. Se o significante X, ao ser atualizado pelos interlocutores, designar um valor diferente de Y, nesse caso a *significação* de Y passaria a ser X, relativo à instância de discurso. A semantização da fala sintomática é idêntica à sinonímia entre o *sentido* daquilo que o paciente quis dizer e *forma* daquilo que ele sintagmatizou. Ou seja, sem o modo semântico a fala sintomática não seria fala sintomática, não seria sequer fala. Qualquer fala só existe no semântico, pois o semiótico é pura virtualidade, é pura abstração. É no semântico que existe todo e qualquer discurso, toda e qualquer enunciação.

Para Benveniste “a questão é mais de definir o sentido, enquanto que revela da ordem semiótica. No plano do significado, o critério é: isso significa ou não?” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 227). Em outras palavras: qual é o sentido deste significante que surge em uma determinada situação de discurso no diálogo? Na clínica de linguagem buscamos compreender tanto a forma, quanto o sentido da fala sintomática relativa à situação de discurso. De acordo com Benveniste,

a linguagem é atividade significante por excelência, a imagem mesma do que pode ser a **significação**; todo e qualquer modelo significativo que possamos construir será aceito na medida em que se parecer em tal ou tal de seus aspectos àquele da linguagem. (BENVENISTE, 1966/1989, p. 223, negrito meu).

Essa concepção de linguagem poderia ser resumida da seguinte forma: “antes de qualquer coisa, a linguagem significa, tal é seu caráter primordial, sua vocação original que transcende e explica todas as funções que ela assegura no meio humano” (BENVENISTE,

1966/1989, p. 222). Isso porque, "bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para viver" (BENVENISTE, 1966/1989, p. 222). A significação decorre da atribuição do valor¹² que determinados signos, ao serem atualizados na instância de discurso, assumem na relação terapeuta-paciente pelo processo de semantização e sintagmatização.

A respeito da semântica, Benveniste diz que:

A noção de semântica nos introduz no domínio da língua emprego e em ação; vemos dessa vez na língua sua função mediadora entre o homem e o homem, entre o homem e o mundo, entre o espírito e as coisas, transmitindo a informação, comunicando a experiência, impondo a adesão, sustentando a resposta, implorando, constringendo; em resumo, organizando toda a vida dos homens. **Ora, a expressão semântica por excelência é a frase.** (BENVENISTE, 1966/1989, p. 229, grifos meus).

Passaremos para a reflexão da *semantização* da língua, pois o valor sintagmático das palavras em uma frase é relativo à enunciação e à sua referência no discurso. Essa noção introduz um princípio norteador para esse trabalho, ao assumirmos que “é no uso da língua que um signo tem existência; o que não é usado não é signo; e fora do uso o signo não existe. (BENVENISTE, 1966/1989, p. 227). Ou seja, terapeuta e paciente semantizam as formas sintagmáticas ao empregá-las no diálogo. Benveniste diz que: “a frase é então cada vez um acontecimento diferente; ela não existe senão no instante em que é proferida e se apaga neste instante; é um acontecimento que desaparece” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 231).

Segundo Flores (2013), a *semantização* é a:

Conversão individual da língua em discurso. **Processo relativo ao uso da língua para atribuição de referência à atividade do sujeito e à situação enunciativa.** Embora o uso da língua seja descrito como processo que compreende apropriação, atualização, sintagmatização e semantização, o último item engloba os demais, pois semantização resume todo o trabalho com a língua: a conversão da língua em discurso. (FLORES, 2013, p. 160, negrito meu).

É por esse caminho que trilhamos na busca por uma reflexão de *semantização-sintagmatização* para a clínica de linguagem, possibilitando ao fonoaudiólogo escutar qualquer palavra durante um diálogo como possibilidade de associação. Para isso, é necessário passar pela conversão individual da língua em discurso: semantização. Ou seja, para que terapeuta e paciente possam atualizar os possíveis sentidos em uma dada situação de discurso.

¹² “Cada signo entra numa rede de relações e de oposições com os outros signos que o definem, que o delimitam no interior da língua” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 227). Ainda: “cada signo tem de próprio o que o distingue dos outros signos. Ser distintivo e ser significativo é a mesma coisa” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 228).

É na intersubjetividade, condição do diálogo, que “o sentido da frase implica referência à situação de discurso e à atividade do locutor” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 230). No semântico, Benveniste coloca em relevo a questão da *referência*. Segundo Flores (2013), a referência está ausente no domínio semiótico, porém no domínio semântico é característica fundamental. Devemos investigar, na clínica de linguagem, o sentido na unidade semântica, que é a palavra, cuja expressão é a frase que acontece por meio de sintagmas (sintagmatização). A conexão entre a palavra e a ideia é relativa à atitude do sujeito e à situação do enunciado (semantização). Ou seja, a “sintagmatização está a serviço da semantização” (FLORES, 2013, p. 160).

Segundo Benveniste, “se o ‘sentido’ da frase é a ideia que ela exprime, a ‘referência’ da frase é o estado de coisas que a provoca, a situação de discurso ou de fato a que ela se reporta e que nós não podemos jamais prever ou fixar” (BENVENISTE, 1966/1989, p. 231). Essa não fixação abre a possibilidade de o interlocutor, ao escutar, não tomar as palavras como detentoras de significações fixas, mas escutar uma cadeia significante que o leve a semantizar a *palavra* a partir da referência do diálogo.

Dessa forma, a assimetria significativa, empregada no discurso, não teria efeito de evidência¹³ para o fonoaudiólogo, pois a mesma *palavra* ou expressão usada em repetidas vezes tem um caráter polissêmico e atualizado. Conforme Benveniste, “o que se chama de polissemia não é senão a soma institucionalizada, se pudermos falar assim, destes valores contextuais, sempre instantâneos, aptos a se enriquecer e a desaparecer, em resumo, sem permanência, sem valor constante” (BENVENISTE, 1989/1966, p. 232).

Sempre haverá o querer-dizer do locutor ao empregar uma sequência de palavras na composição de uma frase (sintagmatização), pois esta comporta sentido (ideia) e referência (situação que a provoca). Por outro lado, há restrições de formas sintagmáticas para enunciar a sua *ideia*. A forma e o sentido da *frase*, através do agenciamento das palavras, são engendrados no discurso durante o diálogo pelo processo de *semantização* e *sintagmatização* com a finalidade de compreender o sentido. De acordo com Benveniste:

Assim, o “sentido” da frase está na totalidade da ideia percebida por uma compreensão global; a “forma” se obtém pela dissociação analítica do enunciado processada até as unidades semânticas, as palavras. Além disso, as unidades não podem mais ser dissociadas sem deixar de preencher sua função. Esta é a articulação semântica. (BENVENISTE, 1966/1989, p. 232).

¹³ “para o mesmo sujeito, os mesmos sons não são jamais reproduzidos exatamente e que a noção de identidade não é senão aproximativa mesmo quando a experiência é repetida” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 82-83).

Em outras palavras, a forma e o sentido na fala sintomática, por um lado, pode ser compreendida pelo terapeuta, devido a compreensão global da ideia do paciente ao atualizar a língua em discurso, desse modo, não podemos negar que ele tentou agenciar as palavras em sintagmas em busca de atualizar o sentido ao seu enunciado. Por outro lado, a fala sintomática pode não ser compreendida quando apresentar assimetria significativa, devido a falta de compreensão dos sintagmas e referência enunciativa (situação que a provoca).

Qual seria, então, o critério da *semantização*, da *significação* e da *sintagmatização* para a intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de falas sintomáticas? Ora, a *significação* decorre da atribuição do valor que determinados signos assumem na atualização da língua entre terapeuta-paciente à instância do discurso. Para isso, a *semantização* cumpre a função de compreender a conversão da língua em discurso entre terapeuta-paciente, processo relativo ao uso da língua para atribuição de referência. Já a *sintagmatização* é a condição sintática por quem utiliza a língua. Segundo Flores (2013) a respeito da sintagmatização:

relativo ao estabelecimento de inter-relações entre as palavras que constituem o enunciado. A noção de sintagmatização está atrelada à semantização. Estabelecem-se conexões entre palavras porque há uma ideia a ser expressada, relativa à atividade do sujeito e à situação enunciativa. Desse modo, sintagmatização está a serviço de semantização (FLORES, 2013, p. 160).

Sendo assim, faremos breves deslocamentos do modo semântico para a clínica de linguagem. Ao analisarmos a língua, a partir do domínio semântico, verificamos o agenciamento da unidade da palavra na construção da *frase*. A *forma* (sintagma) estaria dificultada pela *compreensão* do agenciamento das palavras para produzir o *sentido* (ideia) na frase. Nesse caso, na clínica de linguagem, a *referência* é colocada em questão na instância de discurso, permanecendo desconhecida a situação que a provoca. Isto é, o paciente com fala sintomática que apresenta *assimetria significativa* sintagmatiza e agencia as palavras para compor a frase. Porém, o que dificulta a compreensão é o *sentido* das palavras no domínio do semântico (relativo à referência), que é a ideia global para aquele sentido no agenciamento das palavras em uma determinada situação de discurso.

Para Benveniste a referência de uma frase é a situação do discurso¹⁴. A situação de discurso na clínica de linguagem é condição única à referência, daí a possibilidade de intervir.

¹⁴ Circunstância de espaço, tempo e pessoa de realização da enunciação (FLORES, 2013, p. 125)

Ou seja, a situação de clínica de linguagem atenta-se para a intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de fala sintomática.

Em outras palavras, *escutamos* na fala sintomática a compreensão de sua *forma* e a compreensão de seu *sentido*, para então, intervir a partir da *co-referência*. Ou seja, a *forma* do sintagma que representa o *sentido* da frase é a ideia que ela exprime, podendo indicar a *referência* para o terapeuta por meio da direcionalidade de olhar; do corpo e da voz; de redução e/ou aumento de sintagmas em uma frase; de recortes de palavras ao serem agenciadas com o objetivo de remeter a uma parte da ideia na frase; de neologismos. Por todos os possíveis efeitos de linguagem, tendo sempre em vista o sentido relativo à situação de discurso.

A seguir, adentraremos no texto *aparelho formal da enunciação*, de 1970, e faremos deslocamentos sobre os aspectos pertinentes à clínica fonoaudiológica.

2.5 Aspectos da enunciação

No texto *O aparelho formal da enunciação* (1970), definições de subjetividade e intersubjetividade não aparecem. Contudo, tais noções subjazem à reflexão desenvolvida e a fundamentam. Nesse texto, Benveniste busca desenvolver o conceito de língua a partir do fenômeno da enunciação.

Para tanto, o autor, logo no início do texto, diferencia duas formas diferentes de interpretar a língua: a língua enquanto sistema formal de signos (caráter estrutural) e a língua enquanto ato individual de utilização (caráter discursivo). De acordo com Benveniste, o caráter estrutural diz respeito ao emprego das formas, definido como o “conjunto de regras [que fixam] as condições sintáticas nas quais as formas podem ou devem normalmente aparecer, uma vez que elas pertencem a um paradigma que arrola as escolhas possíveis” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 81). Já o caráter discursivo concerne ao emprego da língua (enunciação), compreendido como um “mecanismo total e constante que, de uma maneira ou de outra, afeta a língua inteira” (BENVENISTE, 1989, p. 82), isto é, a conversão da língua em discurso por um ato individual de utilização.

De acordo com Flores “entende-se, com isso, que ela [a enunciação] é um ponto de vista da análise que considera o sentido, que incide em cada um dos níveis separadamente e/ou em inter-relação.” (FLORES, 2013, p. 163). Esse ponto de vista da análise que considera o sentido interessa a clínica de linguagem ao apontar que a enunciação é um ato e um processo: “ela é um ato porque, através dela, o locutor transforma a língua em discurso e essa transformação se

dá, entre outros motivos, como um processo de agenciamento de formas e sentidos (FLORES, 2013, p. 164).

Nossa análise pressupõe a subjetividade na linguagem (cf. item 2.1). Os aspectos da enunciação para essa seção comporão: *realização vocal*; *semantização* e o *quadro formal de realização*.

Sobre a *realização vocal da língua*. Trata-se da abordagem enunciativa da realização fônica do sistema linguístico. Ressaltamos, através dessa perspectiva, que se trata de colocar em evidência o caráter singular de cada manifestação fônica da língua, conforme se pode acompanhar nas seguintes palavras de Benveniste:

Os sons emitidos e percebidos, quer sejam estudados no quadro de um idioma particular ou nas suas manifestações gerais, como processo de aquisição, de difusão, **de alteração** – são outras tantas ramificações da fonética – procedem sempre de atos individuais (BENVENISTE, 1970/1989, p. 82-83, grifo meu).

Através da particularidade das manifestações, Benveniste marca o aspecto da subjetividade na realização fônica. Considerando que a língua comporta em sua própria estrutura a possibilidade de realização singular dela pelos sujeitos falantes, cabe aos fonoaudiólogos em clínica de linguagem escutar aquilo que o paciente enunciou como possibilidades de associações. Vemos, porém que

Na prática científica procura-se eliminar ou atenuar os traços individuais da enunciação fônica recorrendo a sujeitos diferentes e multiplicando os registros, de modo a obter uma imagem média de sons, distintos ou ligados. Mas cada um sabe que, para o mesmo sujeito, os mesmos sons não são jamais reproduzidos exatamente, e que a noção de identidade não é senão aproximativa mesmo quando a experiência é repetida em detalhe. (BENVENISTE, 1970/1989, p. 82-83).

Percebe-se, assim, que tradicionalmente na linguística, bem como na clínica fonoaudiológica, há a tendência a “eliminar ou atenuar os traços individuais da enunciação fônica”. Porém, o estudo da enunciação, tal qual o da prática clínica assumida neste trabalho, enquanto ato individual, consiste em revelar a possibilidade de estudar a língua a partir de sua não generalização, mas em seu caráter subjetivo, a cada instância de discurso.

Como afirma Benveniste, “estas diferenças [da enunciação fônica] dizem respeito à diversidade das situações nas quais a enunciação é produzida” (BENVENISTE, 1989, p. 83). No entanto, na situação da clínica fonoaudiológica, especialmente de linguagem, o que toma

relevo para as análises são os traços individuais das alterações da enunciação fônica, pois delas advêm alterações na compreensão da forma e do sentido causada pela fala sintomática na instância de discurso.

Analisaremos agora o aspecto da *semantização* enquanto produtora da enunciação, seu aspecto operatório. Segundo Benveniste, “a enunciação supõe a conversão individual da língua em discurso” (BENVENISTE, 1989, p. 83). Como o sentido do discurso se forma em palavras? Ora, pelo processo de semantização da língua, pois o sentido do discurso exprime-se em palavras, na elaboração da frase por meio de sintagmas. Benveniste aponta: “é a semantização da língua que está no centro deste aspecto da enunciação, e que ela conduz à teoria do signo e à análise da significância (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83).

Nesse sentido, a *semantização* é algo que diz respeito ao modo semântico de ser da língua. É devido à semantização, no emprego da língua, que os signos linguísticos não são fixos e seus sentidos são atualizados. Contudo, são manifestações que atualizam os sentidos dos caracteres formais da enunciação no interior da língua. No entanto, o modo como essa conversão de sentidos se formam em palavras permanece “uma questão muito difícil e pouco estudada ainda” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83).

Cabe ainda algumas palavras sobre o conceito de *referência*¹⁵. Sabemos que a referência é a instância de discurso que mantém o sentido do diálogo entre os falantes, por meio da frase. Ou seja, na clínica de linguagem o sentido das palavras são atualizados na instância de discurso e resulta da relação terapeuta-paciente.

A condição da *referência*, em *O aparelho formal da enunciação* (1970), tal qual para a clínica de linguagem, remete à situação de discurso. Isso porque a referência coloca em relação os interlocutores em uma situação de discurso para formarem sentidos que emanem da enunciação no aqui-agora:

Por fim, na enunciação, a língua se acha empregada para a expressão de uma certa relação com o mundo. A condição mesma dessa mobilização e dessa apropriação da língua é, para o locutor, a necessidade de referir pelo discurso, e, para o outro, a possibilidade de co-referir idênticamente, no consenso pragmático que faz de cada locutor um co-locutor. A referência é parte integrante da enunciação.

¹⁵ “[...] a linguagem refere-se ao mundo dos objetos, ao mesmo tempo globalmente, nos seus enunciados completos, sob a forma de frases, que se relacionam com situações concretas e específicas, e sob forma de unidades inferiores que se relacionam com ‘objetos’ gerais ou particulares, tomados na experiência ou forjados pela convenção lingüística. Cada enunciado, e cada termo do enunciado, tem assim um *referendum*, cujo conhecimento está implicado pelo uso nativo da língua” (BENVENISTE, 1964/1991, p. 137, grifos do autor).

Estas condições iniciais vão reger todo o mecanismo da referência no processo de enunciação, criando uma situação muito singular e da qual ainda não se tomou a necessária consciência. (BENVENISTE, 1970/1989, p. 84).

Estas condições iniciais garantem a possibilidade da intervenção fonoaudiológica a partir do escutar e co-referir falas sintomáticas na clínica de linguagem.

Benveniste propõe como outro aspecto da enunciação o “quadro formal de sua realização” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83), sendo este “o objeto próprio destas páginas [de *O aparelho formal da enunciação*]” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83). O que se segue a partir daqui é, portanto, uma tentativa de “esboçar, no interior da língua, os caracteres formais da enunciação a partir da manifestação individual que ela atualiza” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83). Buscaremos descrever, nas análises do recorte clínico (cf. capítulo 4), os aspectos da enunciação que permitem terapeuta-paciente apropriarem-se dela na clínica de linguagem.

Segundo Benveniste, na enunciação, consideramos: o próprio ato; as situações em que ele se realiza; os instrumentos de sua realização. Para isso, o locutor refere pelo discurso na mesma situação em que mobiliza a língua, que, por sua vez, atualiza-se nessa situação. Analisaremos o texto *O aparelho formal da enunciação* (1970) a partir dessa perspectiva de enunciação como um “ato individual de utilização”; à luz dessa análise, buscaremos conceber tal ato de utilização da língua na relação com o locutor que dela faz uso.

Benveniste esclarece o que ele considera como ato:

O ato individual pelo qual se utiliza a língua introduz em primeiro lugar o locutor como parâmetro nas condições necessárias da enunciação. Antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade de língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância de discurso, que emana de um locutor, forma sonora que atinge o ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno. (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83-84).

A enunciação é constitutivamente intersubjetiva, pois esse ato supõe diálogo. Nas palavras de Benveniste:

Desde que ele [o locutor] se declara locutor e assume a língua, ele implanta o *outro* diante de si, qualquer que seja o grau de presença que ele atribua a este outro. Toda enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocação, ela postula um alocutário. (BENVENISTE, 1970/1989, p. 84).

Para Benveniste, “o que em geral caracteriza a enunciação é a acentuação da relação discursiva como parceiro, seja este real ou imaginado, individual ou coletivo.” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 87). O autor afirma que a situação discursiva possui “um centro de referência interno” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 84), de modo que, “na enunciação, a

língua se acha empregada para a expressão de uma certa relação com o mundo.” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 84), sendo essa relação com o mundo a referência constituída na situação de discurso, a partir da intersubjetividade estabelecida entre o locutor e o alocutário. “A referência é parte integrante da enunciação” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 84). Ou seja, na clínica de linguagem terapeuta e paciente referem e correferem no discurso.

O enunciado é o produto da enunciação, de maneira que “é preciso ter cuidado com a condição específica da enunciação: é o ato mesmo de produzir um enunciado, e não o texto do enunciado, que é nosso objeto” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 82). Podemos afirmar que, na concepção de Benveniste, estuda-se o próprio ato de enunciação a partir dos rastros deixados no enunciado pelos interlocutores que colocam a língua em funcionamento durante um diálogo. Em todas as análises, buscam-se os rastros deixados pelos parceiros da alocação ao fazerem uso da língua. Tais rastros são os índices específicos e os procedimentos acessórios, os quais marcam a presença do locutor no discurso.

Flores (2013) resume em linhas gerais que: “o quadro formal da enunciação é constituído pelo ato, no qual estão implicados o locutor e alocutário, situação na qual se constitui a referência por meio do discurso, e os instrumentos de realização, específicos e acessórios.” (FLORES, 2013. p. 197).

Apresentaremos a seguir uma síntese esquemática da relação entre a reflexão de ancoragem benvenistiana e deslocamentos para a clínica de linguagem.

Quadro 1 - Síntese esquemática da relação enunciação-clínica.

Ancoragem benvenistiana	Deslocamentos para a clínica de linguagem
Teria a linguagem apenas uma função instrumental?	
“É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição de homem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 285).	Não encontramos alguém reduzido a si mesmo procurando conceber a existência sem outro falante. Na clínica de linguagem, terapeuta e paciente são efeitos da e, ao mesmo tempo, afetados pela fala um do outro, pois o inesperado que surge no diálogo marca a importância do fazer clínico.

<p>“Única é a condição do homem na linguagem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 287).</p>	<p>Não há outra forma de identificar objetivamente a identidade do sujeito na clínica de linguagem que não seja pelo que ele diz sobre si mesmo. Isso porque paciente e terapeuta deixam marcas da subjetividade na linguagem.</p>
<p>“Todos os caracteres da linguagem, a sua natureza imaterial, o seu funcionamento simbólico, a sua organização articulada, o fato de que tem um <i>conteúdo</i>, já são suficientes para tomar suspeita essa assimilação a um instrumento, que tende a dissociar do homem a propriedade da linguagem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 285, grifo do autor).</p>	<p>A clínica de linguagem não se define como instrumental. Em outras palavras, essa definição de ordem instrumental seria inconsistente com suas práxis, pois não pretende fabricar nem criar a linguagem no paciente. O termo instrumental para a clínica de linguagem revela uma noção reducionista sobre a intervenção fonoaudiológica.</p>
<p>O lugar da língua em Benveniste</p>	
<p>“O <i>sentido</i> é de fato a condição fundamental que todas as unidades de todos os níveis devem preencher para obter <i>status</i> linguístico” (BENVENISTE, 1969/1991, p. 130, grifos do autor).</p>	<p>Na clínica de linguagem, buscamos analisar as inter-relações dos níveis e das unidades linguísticas constitutivos da fala sintomática para expressar um sentido de acordo com a situação enunciativa.</p>
<p>“[...] cada texto, cada discurso, cada frase requer um método elaborado para si em função dos objetivos que se tem com a análise” (FLORES, 2013, p. 158).</p>	<p>Na clínica de linguagem, sugerimos analisar as inter-relações dos domínios semiótico e semântico da fala sintomática em busca da expressão de um sentido de acordo com a situação enunciativa por meio da significação, da semantização e da sintagmatização.</p>
<p>O valor da significação, da semantização e da sintagmatização em Benveniste</p>	
<p>“[A frase] É, porém, uma unidade completa, que traz ao mesmo tempo sentido e referência: sentido porque é enformada de significação, e referência porque se refere a</p>	<p>A dificuldade da fala sintomática, muitas vezes, está em estabelecer uma certa relação com o mundo, ou seja, em produzir uma referência dada a uma determinada situação</p>

<p>uma determinada instância de discurso. Os que se comunicam têm justamente isso em comum: uma certa referência de situação, sem a qual a comunicação como tal não se opera, sendo inteligível o ‘sentido’, mas permanecendo desconhecida a ‘referência’ (BENVENISTE, 1989, p. 139, aspas do autor, negrito meu).</p>	<p>de discurso. Isso se dá devido à singular relação forma-sentido estabelecida no modo semântico pela assimetria significante, na qual a forma (o sintagma, isto é, o agenciamento das palavras na frase) e o sentido (isto é, a ideia global da frase), da maneira como estão articulados, comprometem a construção da referência.</p>
<p>“[...] nas formas patológicas de linguagem, as duas faculdades estão frequentemente dissociadas” (BENVENISTE, 1989, p. 66).</p>	<p>Ora, estão dissociadas pela dificuldade da compreensão da forma e do sentido que compõem a fala sintomática no domínio semântico, pois, ao falar, o paciente evoca uma interpretação do terapeuta, em termos clínicos, o que requer que o fonoaudiólogo realize associações a partir da escuta.</p>
<p>“Todo o estudo semiótico, em sentido estrito, consistirá em identificar as unidades, em descrever suas marcas distintivas e em descobrir os critérios <i>cada vez mais sutis</i> da distintividade. Desta forma, cada signo será chamado a afirmar sempre e com maior clareza sua própria significância no seio de uma constelação ou em meio ao conjunto de signos” (BENVENISTE, 1989/1969, p. 65, grifos do autor).</p>	<p>Toda fala (discurso/enunciado/frase resultante de uma enunciação) já está no modo semântico. O modo semiótico é pura virtualidade, é a língua como abstração, como objeto científico. O terapeuta não lida com o semiótico: lida sempre com o semântico e com a relação deste com o semiótico, mas nunca apenas com o semiótico.</p>
<p>“Com o semântico entramos do modo específico de significância que é engendrado pelo DISCURSO. Os problemas que aqui se colocam são função da língua como produtora de mensagem. Ora, a mensagem não se reduz a uma sucessão de unidades que devem ser identificadas separadamente; não é uma adição de signos que produz o</p>	<p>Sem o modo semântico, a fala sintomática não seria fala sintomática, não seria sequer fala. Qualquer fala só existe no semântico. Novamente: o semiótico é pura virtualidade, é pura abstração. É no semântico que existe todo e qualquer discurso, toda e qualquer enunciação. Ao analisarmos a língua a partir do domínio semântico, verificamos o</p>

<p>sentido. [...] A ordem semântica se identifica ao mundo da enunciação e ao universo do discurso” (BENVENISTE, 1969/1989, p. 65-66, maiúscula do autor, negritos meus).</p>	<p>agenciamento das palavras na construção da frase. A <i>forma</i> (sintagma) dificultaria a compreensão do agenciamento das palavras para produzir o <i>sentido</i> (ideia). Nesse caso, na clínica de linguagem, a <i>referência</i> é colocada em questão na instância de discurso.</p>
<p>Aspectos da enunciação</p>	
<p>“Os sons emitidos e percebidos, quer sejam estudados no quadro de um idioma particular ou nas suas manifestações gerais, como processo de aquisição, de difusão, de alteração – são outras tantas ramificações da fonética – procedem sempre de atos individuais” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 82-83, grifo meu).</p>	<p>Na situação da clínica fonoaudiológica, especialmente de linguagem, o que toma relevo para as análises são os traços individuais das alterações da enunciação fônica, logo elegeremos a semantização, a significação e a sintagmatização da <i>assimetria significativa</i> como categorias de análise, pois delas advêm alterações na forma e no sentido causada pela fala sintomática na instância de discurso.</p>
<p>“É a semantização da língua que está no centro deste aspecto da enunciação, e que ela conduz à teoria do signo e à análise da significância” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83).</p>	<p>Nesse sentido, a semantização é algo que diz respeito aos modos semântico e semiótico de ser língua. É devido à semantização do semiótico, no emprego da língua, que os signos linguísticos não são fixos e têm seus sentidos atualizados quando convertidos em palavras</p>
<p>“O ato individual pelo qual se utiliza a língua introduz em primeiro lugar o locutor como parâmetro nas condições necessárias da enunciação. Antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade de língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância de discurso, que emana de um locutor, forma sonora que atinge o ouvinte e</p>	<p>Podemos afirmar que, na concepção de Benveniste, estuda-se o próprio ato de enunciação a partir dos rastros deixados no enunciado pelos interlocutores que colocam a língua em funcionamento durante um diálogo. Em todas as análises, buscam-se os rastros deixados pelos parceiros da alocação ao fazerem uso da língua. Tais rastros são os índices específicos e os procedimentos</p>

que suscita uma outra enunciação de retorno” (BENVENISTE, 1970/1989, p. 83-84)	acessórios, os quais marcam a presença do locutor no discurso.
---	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após esse mergulho nos pressupostos advindos da concepção de linguagem da teoria enunciativa benvenistiana, anuncio ao leitor que adentraremos, a seguir, na discussão dos pressupostos clínicos deste trabalho. Conceitos característicos à clínica de linguagem serão apontados e esclarecidos para os encaminhamentos das análises dos casos clínicos.

3 CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM

Neste capítulo, abordaremos alguns aspectos da particularidade da *Clínica de Linguagem*. Para realizar este percurso, atentaremos para certas noções que ainda merecem esclarecimentos/detalhamentos nesse campo: *clínica de linguagem*, *fala sintomática*, *escuta fonoaudiológica* e *intervenção fonoaudiológica*.

3.1 Clínica de linguagem

A *clínica de linguagem*¹⁶ evidencia a especificidade de uma intervenção clínica que é particular em cada caso e requer uma reflexão respaldada nas noções de *linguagem* e de *fala sintomática*¹⁷ (cf. item 1). A forma particular do fonoaudiólogo intervir em falas sintomáticas demanda, como observa Surreaux (2006), “princípios básicos que norteiam o trabalho na *clínica de linguagem*”. Essa clínica acolhe a fala que se apresenta como sendo da ordem do sofrimento no discurso para desenvolver uma hipótese sobre o funcionamento de linguagem do paciente. Para tanto, partimos da escuta/fala em uma referência enunciativa: um jogo, uma brincadeira, uma conversa, uma narrativa, um desenho como via para a intervenção na clínica fonoaudiológica de linguagem. Sendo assim, o fonoaudiólogo proporciona clinicamente ao paciente um lugar no discurso, reconhecendo-o como falante e possibilitando-lhe ocupar espaços enunciativos nas trocas simbólicas com o outro.

Nessa abordagem, na *clínica de linguagem*, o fonoaudiólogo não busca, de forma incisiva ou instrumental, “reformatar” a fala do paciente. Embora, muitas vezes, a demanda seja por essa “reforma”, o fonoaudiólogo busca, pelo contrário, sustentar um lugar no diálogo permeado por um enunciado, procurando escutar o irregular da fala do paciente como sua possibilidade atual de ocupar uma posição subjetiva.

Nesse espaço enunciativo, o fonoaudiólogo dá lugar ao inusitado que brota da fala do paciente para fazer emergir o que em outros espaços é reprimido ou negligenciado em sua fala.

¹⁶ “Aquilo que aqui estou nomeando como *clínica de linguagem* tem a caracterização de uma intervenção clínica no campo do *sintoma de linguagem*. Ou seja, trata-se do trabalho com sujeitos que têm um sofrimento no âmbito da linguagem” (SURREAUX, 2006, p. 132, grifos da autora). Tais preocupações são também pertinentes à clínica fonoaudiológica.

¹⁷ A clínica de linguagem considera a fala sintomática do paciente enquanto parte integrante da constituição linguística e subjetiva do falante nas trocas simbólicas no discurso.

Trata-se de um trabalho que se diferencia da fala em situações cotidianas, pois compõe a fala sintomática em sua especificidade.

É na intersubjetividade que o paciente revela, expõe, mostra e sofre ao se colocar como enunciador na cena clínica. Essa presença no diálogo implica enfrentar a escuta que o outro, do lugar de um *suposto saber*¹⁸, fará sobre o sofrimento do paciente quando este se propuser como falante, ao mesmo tempo, formula hipóteses sobre a fala do paciente, pois a queixa, muitas vezes, incide sobre as complicações durante o diálogo.

Algumas considerações se fazem importantes ao leitor quando nos propomos a falar sobre intervenção no campo da Fonoaudiologia. Não buscamos, nesse espaço clínico, ensinar o paciente a falar ou a escrever, prática desenvolvida por outras especialidades nas quais não temos formação (a atividade pedagógica, por exemplo); não buscamos “reformatar” o modo de falar do paciente; não buscamos analisar as motivações do desejo do inconsciente, objeto de outro campo clínico (a psicanálise); não buscamos fazer uma análise estritamente linguística, porque tratamos de um sujeito que sofre ao apresentar sintoma de linguagem.

A clínica de linguagem se propõe a escutar o sujeito em sua integralidade. É justamente o fonoaudiólogo, em sua especialidade clínica, que sustentará uma relação (aparentemente) muito similar às outras experiências do paciente no diálogo, o qual possibilitará uma intervenção que acontece em transferência no modo singular de estar no discurso, a fim de produzir efeitos a partir dessa escuta no diálogo em contexto clínico. Ora, é na clínica de linguagem que o fonoaudiólogo ocupa o lugar de quem escuta e, ao mesmo tempo, formula hipóteses sobre o paciente no diálogo. A clínica é o espaço onde o paciente expõe sua fala singular para colocar-se como falante no discurso sem ser censurado, seja escrevendo com muita dificuldade ou falando com muita resistência. Obviamente, o fonoaudiólogo deverá considerar a multiplicidade de fatores que podem levar um sujeito a ter dificuldades ao enunciar.

Não se pode negligenciar a instância do corpo, da voz, do arcabouço orgânico e fisiológico que possibilita – ou não – que um sujeito fale. Frente a um paciente que não fala, ou fala muito pouco, o clínico de linguagem não pode, nem deve, descartar uma investigação acerca daquilo que é um dos pré-requisitos para que o sujeito fale. Assim, a investigação das instâncias audiológica e neurológica deve sempre ser levada em consideração. Da mesma forma, a questão cognitiva deve ser investigada. (SURREAUX, 2006. p. 102).

¹⁸ O paciente se dirige ao terapeuta, em quem pressupõe um saber. Assim, o lugar do terapeuta é um lugar onde simultaneamente se deposita as expectativas de cura, assim como todas as ansiedades do paciente e da família (cf. SURREAUX, 2006, p. 147).

A interdisciplinaridade na clínica de linguagem é o que sustenta o trabalho com pacientes com fala sintomática. Adentraremos na próxima seção na fala sintomática. Esse trabalho pressupõe intersubjetividade, sendo a fala sintomática a possibilidade atual de o paciente enunciar; trata-se, então, de como essa fala é escutada pelo fonoaudiólogo, visto que tal escuta é o modo pelo qual o terapeuta acessa os possíveis sentidos do dizer do paciente.

3.2 Fala sintomática

Segundo Gouvêia (2011), a fala sintomática, antes de ser diagnosticada por um especialista, passa por uma série de leituras e releituras feitas por familiares, instituições de ensino, instituições de saúde ou por qualquer autoridade que busca normatizar ou patologizar a fala do sujeito. Por isso, esta parte do trabalho tem o objetivo de apresentar ao leitor a noção de *fala sintomática*, pois é a partir dela que se intervém na clínica de linguagem.

Para isso, faz-se necessário explicar o que se entende por fala sintomática na *clínica de linguagem*. Tomamos a fala do paciente como um sintoma que define aquilo que se apresenta ao fonoaudiólogo como sintoma na fala. Essa fala sintomática, segundo Surreaux (2006), diz da posição de sofrimento do paciente ao se propor como falante. Será fundamental para o terapeuta escutar o lugar que tal fala singular ocupa, sem partir da dicotomia normal/patológico (SURREAUX, 2006). Sabendo que a demanda de fala é sempre uma demanda de escuta, será necessária uma noção de *escuta* (conforme apontaremos a seguir) que contextualize a rede de simbolizações do paciente¹⁹, pois é nesse contexto que se encontra o paciente com sofrimento na história de suas trocas simbólicas no âmbito da linguagem (SURREAUX, 2006).

Será importante entender como a fala sintomática funciona na estrutura de linguagem do paciente, pois este se vê em falta e sem prestígio social toda vez que se propõe a falar. Essa queixa de “mal falante” advém da repetição desses atos de fala singulares, pois é essa sua condição de falante na intersubjetividade do diálogo.

Portanto, é no diálogo que o sujeito desfruta do engendramento das redes de simbolizações que fundamenta a realidade do seu ser no discurso. Sabemos que enunciar é assumir a posição de falante/ouvinte no diálogo através de um enunciado, para, em seguida, abandoná-la em favor de um *tu*, quando este assume também a posição de falante a partir da possibilidade de reciprocidade.

¹⁹ Segundo Silveira (2017), “é necessário supor valor no dizer do paciente para escutar aquilo que ele nos diz.”

Logo, enunciar implica o desejo de ocupar um espaço na estrutura do diálogo sob a condição de reciprocidade e reversibilidade no discurso. Nossa hipótese é a de que o paciente deseja instaurar essa fala singular no discurso para ser compreendido e, por sua vez, ser reconhecido como falante pelo interlocutor, pois essa é sua condição na linguagem, uma condição intersubjetiva.

Durante o diálogo, ao ocupar esse espaço no discurso, o paciente com fala sintomática apresenta uma lógica de difícil compreensão. Segundo Surreaux (2006):

[...] os pacientes subvertem com suas falas a homogeneidade linear do recorte das unidades. Como num sonho ou num lapso, os elementos se relacionam de forma tão imprevisível que, muitas vezes, as relações sintagmáticas e associativas apresentam-se reordenadas por **uma lógica de difícil compreensão**. (SURREAUX, 2006, p. 40, grifos meus).

Nesse sentido, o paciente apresenta uma assimetria significativa ao falar, subvertendo a lógica da compreensão no diálogo das representações significantes. Isso marca o seu lugar singular em relação à escuta do interlocutor na instância de discurso. Este é outro ponto que diferencia o trabalho na clínica de linguagem de interlocuções cotidianas.

Tais considerações são fundamentais porque, no âmbito da clínica de linguagem, é necessário que o fonoaudiólogo possa lidar com a imprevisibilidade no diálogo para evitar abordar a fala sintomática através de uma descrição que tenha efeito de evidência.

Esta fala que comporta falha deveria produzir interrogantes àquele que a escuta, principalmente se este for um fonoaudiólogo, não tomando-a como algo da ordem do patológico, mas considerando o mal-estar e sofrimento trazido pelo sujeito – daí, fala sintomática, aquela que comporta um sintoma, de um sujeito que sofre. (SURREAUX, 2006).

Isso porque o paciente sofre nas trocas simbólicas durante um diálogo e sofre também por não se ver em posição de prestígio entre os indivíduos da sua comunidade de fala. No entanto, esse sintoma deve ser analisado em sua singularidade considerando o sofrimento do paciente, a demanda e o diagnóstico para a intervenção.

Considerando que a enunciação é a atualização da língua em discurso numa situação enunciativa, a clínica de linguagem passa a ter a possibilidade de intervir na fala do paciente desde o lugar que ele se propõe como falante. Cabe, então, ao fonoaudiólogo analisar esse lugar desde o qual cada paciente pode (ou não) enunciar (SURREAUX, 2006).

Portanto, na instância de discurso na clínica, a fala sintomática que se apresenta é posta em questão ao ser escutada pelo terapeuta. Dessa escuta, deveria advir questionamentos e possíveis associações da fala do paciente, pois a fala sintomática dificultaria a compreensão. Entretanto, não se trata apenas dessas limitações, resultantes das diferenças discursivas entre a posição do terapeuta e a do paciente. Há também algo que marca essa diferença no significante, pois há uma interrogação em relação ao sentido da fala do paciente no agenciamento da palavra.

Consideramos que a assimetria significativa é de difícil compreensão por colocar em questão a referência à instância de discurso. Em outras palavras, sem referência para seu sentido, a fala sintomática se tornaria inteligível em sua forma sintagmática. Afinal, sabemos que na fala cotidiana isso acontece com frequência, seja pelo mal-entendido ou pela falta de compreensão (domínio sobre o assunto) do enunciado em questão.

Partimos da hipótese de que a especificidade do trabalho fonoaudiológico em clínica de linguagem está em escutar a particularidade da assimetria que a fala sintomática apresenta. Embora mal-entendidos e falta de compreensão aconteçam na clínica de linguagem, há algo de específico na fala de pacientes com fala sintomática. Durante o diálogo na clínica, a fala dos pacientes apresenta um risco maior devido à assimetria significativa não ser compreendida, de acordo com a relação das funções de semantização e sintagmatização para co-referir. A assimetria significativa apresenta dificuldade de compreensão tanto em sua forma (sintagma), quanto em seu sentido (ideia), dificultando uma certa associação com o outro no decorrer do diálogo. Esta dificuldade de associar a fala sintomática à uma certa relação com o diálogo, dificulta a busca pela compreensão dos sentidos possíveis.

Nesse caso, a assimetria significativa dificulta a rede de representações durante as trocas simbólicas no instante em que a palavra é atualizada em discurso. Acontece que a fala sintomática, ao apresentar assimetria significativa, pode dificultar a construção da co-referência. Essa dificuldade de significação no modo semântico da fala sintomática torna difícil ao alocutário compreender aquela fala como pertencente ao sistema da língua.

São os atos de fala que sustentam a referência, de modo que o paciente possa co-referir e refletir sobre seu sintoma por meio da intervenção em transferência²⁰, abrindo-se, assim, a possibilidade de modificar sua posição discursiva frente aos outros falantes.

²⁰ De acordo com Surreaux: “para Freud, a transferência é repetição e a repetição é a transferência do passado esquecido. O paciente repete na transferência, através de sua produção inconsciente, situações significativas de seu passado. Lacan dirá que a transferência é a colocação em ato da realidade do inconsciente. Pensando a transferência no âmbito clínico geral, pode-se tomá-la como um espaço de demanda e vínculo afetivo intenso entre o paciente e o terapeuta. O paciente se dirige ao terapeuta, em quem pressupõe um saber. Assim, o lugar do

De acordo com Bastarrica (no prelo), “na fonoaudiologia, devemos ter em mente que por mais que não atuemos diretamente na transferência, intervimos *em* transferência, ou seja, com os efeitos desta na terapia”. Sendo assim, paciente e terapeuta interrogam a fala sintomática de modo que ela passe a se modificar discursivamente. Nesse contexto, o terapeuta exerce uma função importante de suporte ao escutar o paciente que se depara com seu sintoma a cada ato de fala durante a travessia do seu desfiladeiro na clínica de linguagem.

Sendo assim, a assimetria significativa não exclui o paciente do discurso, e sim torna singular seus atos de fala durante o diálogo. Dessa maneira, o diálogo, mais do que os traços que estruturam o sujeito no discurso, é a possibilidade de ser referir e co-referir à instância de discurso, onde causa efeito no outro, ao mesmo tempo em que é afetado pelo dizer desse outro (GROISMAN; JERUSALINSKY, 1988, p. 143). O fonoaudiólogo, por sua vez, busca aliviar as tensões causadas pela assimetria significativa que eventualmente se apresenta na fala sintomática do paciente. Essa intersubjetividade instaurada entre terapeuta e paciente vai ao encontro do que diz Benveniste sobre ser “um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem” (BENVENISTE, 1958/1991, p. 285).

O sentido da assimetria significativa da fala sintomática brotará da atualização da língua em discurso por meio de um enunciado intercambiado entre os falantes na situação de discurso. E, se o sentido não brotar, resta a pergunta ao fonoaudiólogo: o que está impedindo o surgimento do sentido da fala do paciente em questão? A resposta a essa pergunta coloca em cena a noção de *escuta fonoaudiológica*, abordada na seção seguinte.

3.3 Escuta fonoaudiológica

Conforme Silveira (2017), a noção de *escuta* produz indagações acerca dessa concepção para a Clínica de Linguagem, devido ao papel que a escuta desempenha no fazer fonoaudiológico. A fonoaudióloga aponta argumentos em teorizações oriundas da Linguística, por este ser o campo com notável dedicação aos estudos dos elementos da língua, do ato de fala e dos sujeitos envolvidos no discurso (SILVEIRA, 2017, p. 8).

A noção de *escuta*, para Silveira (2017), envolve uma investigação que não está voltada somente ao sentido fisiológico, mas para o sentido do discurso (semantização e

terapeuta é um lugar onde simultaneamente se depositam as expectativas de cura como também todas as ansiedades do paciente e da família” (SURREAUX, 2006, p. 147).

sintagmatização). Nessa perspectiva, a autora provoca uma reflexão instigante no campo da Fonoaudiologia, de modo a não limitar o paciente à inação, isto é, à passividade no contexto da terapia. Silveira (2017) sublinha também a diferença entre a escuta psicanalítica e a escuta fonoaudiológica, aponta que há uma especificidade na escuta fonoaudiológica, da qual supõe: (a) escutar o paciente com sensibilidade; (b) supor valor na fala sintomática no dizer do paciente; (c) propor que a escuta tem por objetivo desdobrar²¹ o sofrimento causado na linguagem. A diferença da escuta psicanalítica está na escuta específica da fala sintomática.

Silveira (2017) se baseia em Saussure para formular uma noção de escuta que interesse à intervenção fonoaudiológica, considerando o lugar do falante, o do ouvinte e o da própria escuta. Segundo a fonoaudióloga, na escuta da fala, não há desassociação dos órgãos vocais do aparelho fonador que possibilitam o som da abstração da impressão acústica (significante), pois “não se pode desconsiderar o fato de que tal aparelho possibilita a produção de sons que passarão a ser significantes na língua” (SILVEIRA, 2017, p. 12). A autora salienta o valor dessa escuta do significante – impressão acústica – para o tratamento na clínica de linguagem que tem a tarefa de identificar os elementos da língua que participam do ato comunicativo, a partir da ideia de que a língua é um conjunto de convenções sociais. À luz dessa leitura, defendemos que a prática fonoaudiológica ancorada em uma noção de *escuta* repercute significativamente na intervenção a partir da co-referência no ato de fala.

Verificamos que na compreensão do discurso, também há uma espécie de sintagmatização, visto que o alocutário precisa apreender a conexão das palavras no interior da frase para, então, captar o sentido desta.

Sabemos que a fala sintomática poderá dificultar a escuta do fonoaudiólogo. Todavia, não tratamos a fala sintomática como sendo sempre assimétrica, e sim assumimos que contém assimetrias que podem dificultar a compreensão da forma e do sentido do dizer do paciente. Muitas vezes, a assimetria causa uma dificuldade para compreender o sentido daquilo que o paciente referiu durante o diálogo. Essa assimetria significante evoca uma escuta no processo de construção da co-referência, nesse caso, o terapeuta precisa estar atento ao dizer do paciente para não interpretar a fala sintomática segundo a força do seu imaginário²². Na clínica de linguagem a fala do paciente fica suspensa pelo fonoaudiólogo para que, a partir da escuta,

²¹ Termo utilizado pela autora.

²² O terapeuta assume que pode obter o conhecimento fechado do sentido que observa na fala do paciente e nisso reside a onipotência ou a força do imaginário: uma confiança cega na possibilidade de atribuição de sentido traduzido. (Spina-de-Carvalho, 2003).

possa intervir clinicamente e dar lugar àquilo que se apresenta como assimetria significativa. Ou seja, associando a fala sintomática à situação de discurso.

Consideramos que a assimetria significativa advém da diferença em relação a forma e ao sentido, e não da relação hierárquica entre a imagem acústica do paciente e a do terapeuta. Ou seja, não se trata da hierarquia quanto ao modo ideal de fala, mas de uma não compreensão/correspondência quanto à forma e ao sentido no modo semântico. O paciente, ao designar um significante para determinado signo, utiliza-se de palavras para compor sentidos em sua fala relativa à situação enunciativa.

Em contrapartida, a assimetria significativa causa inicialmente uma tensão na escuta por parte do fonoaudiólogo, até que essa assimetria passe a ser compreendida em sua forma e sentido pelo processo de semantização e sintagmatização em determinada situação enunciativa. Consideremos simetria a correspondência acústica que resulta em compreensão em relação ao sentido que representa dimensões regulares quanto à forma e ao sentido no processo de atualização da língua em discurso.

Silveira (2017) lembra ainda que todo o processo linguístico se fundamenta no envio de uma mensagem de um remetente a um destinatário. Para tanto, esse movimento requer um contexto possível, um código comum aos interlocutores e uma certa conexão psicológica entre ambos. Trata-se de uma instância de discurso, a referência do diálogo. É nesse contexto, conforme a autora, que a terapia sustenta a permuta de formas simbólicas com o outro.

Adentraremos a seguir na especificidade do que estamos considerando como intervenção fonoaudiológica em Clínica de Linguagem a partir de falas sintomáticas.

3.4 Intervenção fonoaudiológica

Tendo em vista que são poucas as publicações sobre a intervenção fonoaudiológica propriamente dita em Clínica de Linguagem, e a falta de fontes sobre o assunto por mim percebida durante a graduação, justificam o meu empreendimento nesta parte do trabalho. Alerto o leitor de que inicialmente buscarei suporte em leituras de autores da Psicanálise, área com ampla teorização sobre intervenção clínica.

Primeiramente, falar em clínica pressupõe *intervenção*, mas o que essa noção representa para o fazer do fonoaudiólogo com pacientes que apresentam falas sintomáticas?

Em geral, a queixa dirigida ao fonoaudiólogo diz respeito a uma intervenção que seja “reformatória” da ordem do instrumental. Essa queixa advém da comunidade de falantes que

talvez criem ideias normativas de como se deve falar. Então, pergunto-me: como essa queixa (pedido por um tratamento), oriunda do âmbito institucional (família, escola, hospitais, profissionais da saúde em geral), elabora demanda para o paciente durante o atendimento?

Essa queixa parte da ideia de que alguma coisa não está certa com a fala do paciente, impondo um limite que define a fronteira entre o que é normal (quando o sujeito ocupa o lugar de falante que tal padrão social espera) e o que é patológico (quando transgredir a lógica normativa do ideal da fala). Essa fronteira entre os espaços enunciativos do sujeito é a linha que separa e define os “adequados” e os “inadequados”, os “aptos” e os “inaptos” a viver em uma determinada comunidade de falantes, segundo o esperado para uma determinada idade, sexo, classe social, escolaridade, “embora essa linha seja constantemente manipulada por sistemas corporativos com a finalidade de atender aos seus fins particulares”²³.

A respeito da noção de *intervenção* em linguagem, propomos que a atividade dialógica requer escuta e relação transferencial²⁴, as quais passam a ser alicerces de um processo terapêutico na Clínica de Linguagem, “na qual a língua é posta em funcionamento com vistas à construção/reconstrução do discurso” (CUNHA, 1997, p. 82). O fonoaudiólogo ocupa o lugar de alguém que escuta²⁵ o sentido daquilo que o paciente diz, enquanto paciente e terapeuta mantêm suas falas numa relação engendrada²⁶ no discurso a partir de uma mesma situação de discurso.

A partir das indagações feitas por Jerusalinsky (2016) no âmbito da Psicanálise, afirmamos que, no contexto da Fonoaudiologia, essa busca reformatória se intensifica, colocando-nos numa posição instrumental de “consertar” os “inadequados” com falas sintomáticas para, então, devolvê-los adequadamente ao convívio do discurso social. Qual é a tarefa da Fonoaudiologia ao intervir em falas sintomáticas? Normalizá-las? Devemos transformar nossa clínica em uma oficina meramente instrumental que força os sujeitos com fala sintomática para que se submetam aos imperativos das instituições reguladoras? Ou proporemos uma escuta de acordo com a demanda e as possibilidades do paciente? Em que consiste a intervenção na clínica de linguagem? Com que direito poderíamos impor a um sujeito falar de determinada maneira? Supondo que tivéssemos esse direito, em nome de quem o

²³ Conforme se pode ler em *Inserção de crianças e adolescentes na cultura* (JERUSALINSKY, 2016, p. 65-78).

²⁴ Segundo a fonoaudióloga Bastarrica (no prelo), “nesses momentos, o terapeuta ocupa o lugar de interlocutor que escuta, reconstruindo a todo momento o seu fazer juntamente com o paciente”.

²⁵ Essa noção de *escuta* será retomada no item 3.3 deste trabalho.

²⁶ Nem sempre esse engendramento corresponde a uma forma fixa ou a um sentido esclarecido. Tal correspondência se dá no processo de atualização, tanto dos significantes quanto dos significados dos atos de fala que constam no momento da enunciação.

faríamos? Em nome de qual ética estamos impondo uma intervenção que não escuta a demanda do paciente, que não respeita seu desejo, que impõe, em nome de um saber, ao paciente ajustar-se aos imperativos de um padrão de fala? O uso da expressão *imperativo* se justifica porque, no decorrer de meu percurso de graduação, percebi diversas situações em que se evidenciavam uma certa imposição da nossa lógica de falante como modelo de fala para o paciente, ignorando-se o momento do tratamento, a demanda, a escuta, o diagnóstico, a relação estabelecida clinicamente entre terapeuta e paciente, a tensão que a fala sintomática causa durante o diálogo.

Quais são os efeitos que essa lógica imperativa causa na posição de falante dos pacientes na Clínica Fonoaudiológica? Obviamente, essas questões não serão respondidas em sua totalidade em um Trabalho de Conclusão de Curso, porém abrem novas perspectivas para trabalhos futuros sobre a intervenção fonoaudiológica.

Sendo assim, propõe-se, através das reflexões produzidas neste trabalho, uma análise da intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de falas sintomáticas que explora a co-referência como princípio da intervenção fonoaudiológica no âmbito clínico. Ou seja, a partir da semantização da escuta da fala do paciente e, porque semantizou a fala do paciente, co-referiu sintagmatizando, logo intervindo.

Pretende-se responder às seguintes questões no desenvolvimento deste capítulo: quais os efeitos da co-referência na intervenção fonoaudiológica em casos de pacientes com fala sintomática? Como a intervenção opera a partir de uma escuta que abrange as categorias de análise semantização, a significação e a sintagmatização na promoção de sentidos?

Acreditamos que a escuta constitui uma ferramenta clínica para a intervenção do terapeuta e que a fala sintomática, muitas vezes, causa uma tensão pela falta de compreensão da referência causada pela assimetria significativa que se coloca na construção da co-referência (*ele*) de um determinado enunciado. Evidencia-se, na intervenção, que cada atendimento tem um mecanismo enunciativo particular, para isso: (a) depende da forma como o paciente e o terapeuta produzem sentidos que se atualizam na relação intersubjetiva das trocas simbólicas; (b) da forma como o terapeuta escuta, transcendentalmente, a fala do paciente (relação *eu-tu*); (c) da forma como o paciente é reconhecido como falante nas trocas discursivas.

Assim, embora possa haver assimetrias no diálogo com o paciente, não podemos perder de vista que o locutor, por meio da sintagmatização, atualiza a língua em discurso, o que promove sentidos para a escuta terapêutica (semantização) do *diferente* significativo em questão. Nessa direção, Benveniste afirma que a sintagmatização das palavras, que se dá na língua-discurso, produz “uma semântica própria, uma significação do intentado” (BENVENISTE,

1966/1989, p. 233-234). Logo, há sempre um querer-dizer do locutor quando ele toma a palavra para referir, querer-dizer este que o alocutário deve buscar compreender na co-referência.

Nossa hipótese é a de que a intervenção em Clínica de Linguagem acontece no funcionamento do discurso, o que é sempre um ato inédito para o paciente e para o terapeuta, pois leva, muitas vezes, a irregularidades, a rupturas, a subversões e a assimetrias, porém com vistas à produção de sentidos, sem deixar de levar em conta a demanda no momento do tratamento.

Devido à singularidade da fala sintomática, em cada enunciado, a intervenção insere-se numa situação específica que aponta para os elementos do quadro enunciativo (*eu-tu-aqui- agora*), onde o sujeito se vale de procedimentos acessórios para enunciar. Ou seja, é nesse instante que o paciente age sobre o diálogo, buscando instaurar uma nova realidade por meio de sua fala no discurso.

Como essa produção de fala sintomática é escutada pelo terapeuta? Ora, se todo enunciado emana de uma relação intersubjetiva, de uma referência enunciativa, não há como pensar em intervenção fonoaudiológica que não leve em conta as marcas deixadas pela história única da forma de o paciente enunciar. Essa investigação das marcas é o que se pode afirmar ou o que se pode negar da história pregressa da fala do paciente, pois diz respeito à relação do locutor com a língua (*eu-ele*)²⁷. Isso porque, como defende Benveniste, “a relação do locutor com a língua determina os caracteres linguísticos da enunciação” (BENVENISTE, 1989, p. 82), relação esta que é sempre da ordem da subjetividade.

Quais são as estratégias usadas pelo fonoaudiólogo para construir sentidos no discurso? Como o fonoaudiólogo é questionado em sua posição de saber sobre a fala do paciente? Não nos interessa apenas saber o que fazer com o que está sendo falado pelo paciente, mas como essa fala sintomática que apresenta assimetria significativa ou falta de referência é escutada pelo fonoaudiólogo. Quais efeitos da intervenção geram na posição do paciente ao ser reconhecido e ser compreendido na clínica como falante? São essas instigantes e complexas questões que me levaram a trilhar este percurso. Seguirei com esses questionamentos no capítulo seguinte, em que apresento as análises de fragmentos de casos clínicos.

²⁷ “Cada eu tem a sua referência própria e corresponde cada vez a um ser único, proposto como tal. Qual é, portanto, ‘a realidade’ à qual se refere eu ou tu? Unicamente uma ‘realidade de discurso’, que é coisa muito singular” (BENVENISTE, 1956/2005, p. 278).

4 METODOLOGIA E ANÁLISE DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PARTIR DA ESCUTA DE FALAS SINTOMÁTICAS

O presente estudo apresenta delineamento qualitativo descritivo retrospectivo, portanto, para abordar o objeto deste trabalho, faço uso de dados que compõem à pesquisa “A análise enunciativa na Clínica dos Distúrbios de Linguagem”²⁸, registrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o número 20569. Os dados foram armazenados em vídeo e posteriormente transcritos para análise nesta pesquisa.

Para nortear a análise que faremos, serão deslocadas a partir da teoria benvenistiana as seguintes noções teóricas: a) a *subjetividade na linguagem*; b) a *referência* e a *co-referência* no discurso; c) a *significação*, a *semantização* e a *sintagmatização*.

4.1 Metodologia de Análise

Os dados deste estudo são oriundos de um paciente em atendimento fonoaudiológico. Essa análise não se trata de um estudo de caso, mas de uma teorização a partir do achado clínico que se apresenta na fala sintomática com assimetria significante. Anteriormente à coleta de dados, os responsáveis pelo participante assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o pesquisador responsável assinou o Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação dos Dados.

Os atos enunciativos são transformados em fatos de linguagem, os quais são recortes da cena enunciativa. Tais recortes são transcritos, pois a transcrição do fato de linguagem é o registro necessário à análise. Esta tem como unidade analítica o diálogo coletado via brincadeira livre em cena clínica, pois esse diálogo envolve estratégias que operam na intervenção. Cada vez que terapeuta-paciente fazem uso da palavra, apropriam-se dos recursos linguísticos disponíveis no sistema da língua, organizando-os sintaticamente, com vistas a expressar sentidos.

²⁸ Agradeço ao prof. Dr. Jefferson Lopes Cardoso, coordenador do grupo de estudo que permitiu o uso dos dados para as análises do recorte nesse trabalho. A minha participação no grupo de estudo contribui muito para as minhas reflexões.

Conforme Mello (2012), “o locutor elege as formas que melhor expressam o sentido que pretende atribuir a seu discurso, pois, ao tomar a palavra, o locutor fala de si ou de sua relação com o mundo, dirigindo-se a um alocutário, numa instância discursiva única.” (MELLO, 2012, p. 47). Ou seja, ao fazermos uma análise fonoaudiológica de mecanismos que o terapeuta-paciente elegem para promover o sentido no diálogo para fala sintomática. Desse modo, não podemos fazer generalizações sem levar em consideração o momento do tratamento, a situação discursiva, o diagnóstico, uma vez que cada instância discursiva é única. Nossa hipótese é de que a intervenção opera a partir da escuta, logo na co-referência.

Os dados obtidos serão apresentados por meio de um recorte enunciativo, que representa um fragmento da transcrição do diálogo estabelecido entre terapeuta (T:) e paciente (P:) apresentados no cabeçalho. A análise e a transcrição seguirão a fundamentação teórica enunciativa benvenistiana e serão realizadas de acordo com a escrita gráfica tradicional, mantendo os traços de oralidade na sua apresentação.

Esse recorte enunciativo será mostrado em forma de quadro. Já os turnos de fala dos interlocutores serão numerados obedecendo-se à sequência de realização. Além disso, palavras e frases dentro dos (parênteses) indicam uma descrição da cena feita pelo analista. Interrogações dentro de parênteses (?), por sua vez, sinalizam segmentação ininteligível para o analista. A análise dos dados será exibida logo após a transcrição do recorte enunciativo.

4.2 Transcrição

O paciente P, do sexo masculino, tinha 7 anos no momento da coleta do dado em análise e estava em atendimento desde os 6 anos, com diagnóstico de distúrbio de linguagem e com queixa de trocas na fala. O recorte tem duração de 2:00 minutos. Essa transcrição foi feita especificamente para este trabalho.

T: terapeuta	P: paciente
	(1) La lala lala (cantando)
(2) Tu te molhou pra vir pra cá?	
	(3) Aaa taa taa aqui tá a minha fofóita

(4) Tua comida favorita tá toda aí?	
	(5) É, i acora sôa (entrega para T a panelinha com a comida feita por P)
6) Tá, tá aqui tá o prato (aponta para um prato vazio)	
	7) Issu é o teu (entrega o prato para T)
8) Issu tudo é meu?! (expressão de surpresa)	
	9) É
10) Vai servir pra mim ou eu posso me servir?	
	11) É, então, então é, i issu também
12) Nossa, mas assim eu vou engordar! Ou ficar muito gorda! (surpresa)	
	13) Tudo bem (entonação de consolo)
14) Tudo bem não! Depois as roupas não vão mais caber em mim mmmm (som de se alimentando) vamú vê se tá bom. Que comida éssa que tu fez?	(P. observa T. comento no segmento de fala “vamú vê se tá bom”).
	15) Ma comida di pipikinho!
16) De quê? (entonação de dúvida)	
	17) Sí afaci cu piquapi côm pidenta
18) Que comida é essa?	
	19) Pidenta! Tudo é pidenta
20) Pimenta? Mas assim eu vou sair correndo daqui. Precisa de muita água. Ó uma água pra ti.	(no seguimento de fala “pimenta?”, P. acena com a cabeça afirmando)
	21) Não, áaaagua não!
22) Não. Muita cede ess... muita cede essa comida. Tem muita pimenta	
	23) Tudo bem (entonação de consolo)
24) Quase (?) podia comer pimenta	
	25) (?) pouco água
26) Um pouquinho	
	27) Só um pouquinho uma... mmmm tchuco de pinenta

28) Suco de pimenta também?	
	29) É
30) Aahhh eu gosto de suco de laranja	
	31) Tem pi... não tem suco de alânja (rindo)
32) Aí não! (fingindo que bebe algo na panelinha)	
	33) É pinenta!
34) (Ri) Esse aqui também é?	
	35) É!
36) (Finge que bebe) ahhh vô morrê	
	37) Vai!
38) Vô morrê de tanta pimenta!	
	39) É (bebe também)
40) Vai me salvar?	
	41) Não!
42) Como não? Aquele dia tu me deu vários (?)...	

4.3 Análise

Em nossas análises, observaremos como se dá a intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de falas sintomáticas. Tendo em vista a construção da referência enunciativa via diálogo sob condição da significação, semantização e sintagmatização neste recorte de cena clínica. O diálogo acontece por meio de uma brincadeira: fazer comida. O brincar na fonoterapia assume uma função lúdica que consiste em uma técnica de trabalho.

Observamos que em (2) T faz uma pergunta à P. É importante destacar que a interrogação é um enunciado construído para suscitar uma “resposta” do alocutário. A pergunta de T refere-se à instância de discurso vivenciada no tempo passado (“molhou”), isto é, a uma instância de discurso que passou e não ao presente da enunciação. P, desde o lugar de “tu”, co-refere em silêncio à situação de discurso. P, em (3), atualiza o diálogo (“*aqui tá a minha fofóita*”).

Vale destacar que, no enunciado “aqui tá a minha fofóita”, evidenciamos a fala sintomática de P ao empregar “fofóita” no lugar de “favorita”. Porém, não há uma assimetria significativa que coloque em questão a compreensão do sentido que frase exprime para a escuta de T. É por meio da semantização e sintagmatização que a relação de sentido e referência é possível.

Em (4), ao escutar (“aqui tá a minha fofóita”), T compreende o sentido daquela frase. Portanto, T semantiza atualizando o sentido da frase, ao mesmo tempo que sintagmatiza e associa a fala sintomática à situação de discurso co-referindo ao diálogo por meio de pergunta (“tua comida favorita tá toda aí?”) em (3).

Em (5), P responde “É” e co-refere que (“acora”) aquela comida servida por P pertence à T. Em (6), T pressupõe que será servida em seguida a comida favorita de P. Em (7), P refere que o prato de comida que ele tem em mãos, da qual serviu primeiro, pertence *agora* à T (“issu é o teu”). Nesse momento, há um mal-entendido que não foi causado pela fala sintomática (“acora”), tampouco por uma assimetria significativa que dificultasse a compreensão do sentido da frase. Acontece que P estava servindo primeiro sua comida favorita para T em (5). No entanto, T não entendeu a sequência, logo vemos o mal-entendido em (6) (“Tá, tá aqui tá o prato”). Constatamos o mal-entendido na tentativa de co-referência em (8) (“issu tudo é meu?!”), quando T fica surpresa com aquela quantidade de comida sendo servida para ela. P co-refere em (9) positivamente confirmando o sentido escutado por T em (8). Verificamos que o mal-entendido ocorreu devido à dificuldade de T compreender a referência em (5) que expressava a *ideia* do que P queria dizer.

Em (10), T busca novamente confirmar se aquela quantidade toda de comida em (8) era mesmo só para T e, portanto, co-refere buscando confirmação se o sentido do enunciado de P era mesmo aquele. Observamos em (9) e (11) que P novamente afirma que aquele prato com aquela quantidade de comida era realmente todo para T. Vemos novamente um mal-entendido: P ao ser questionado por T sobre a quantidade de comida em (8), diz que a quantidade estava reduzida, a partir da expressão de T no sintagma em (8) (“issu tudo é meu?!”), nesse momento P compreende a frase como algo positivo, pois já havia servido T em (5). Não é à toa que P sintagmatiza em (11) (“é, então é, e issu também”), servindo mais uma panelinha de comida. Verificamos nesse recorte o processo de semantização e sintagmatização de uma situação de mal-entendido entre terapeuta-paciente que não foi causado pela fala sintomática, mas que ambos buscam o sentido na co-referência relativa à situação de discurso. Logo, T sintagmatizou em (8), porque antes semantizou que aquela quantidade de comida era suficiente. P co-refere

sintagmatizando o que compreende da frase (11), isto é, a ideia de que T gostou da quantidade de comida e que talvez poderia querer mais.

T, por sua vez, em (12), co-refere atualizando o sentido acerca da quantidade de comida que P está propondo e que fará com que T no tempo futuro engorde. P co-refere em (13) consolando T de que o efeito futuro de (“ficar muito gorda”) por comer a quantidade proposta no ato do discurso diz respeito a uma consequência futura. Em (14), T co-refere o enunciado de P negando o sentido de (“tudo bem”) e, em seguida, co-refere seu enunciado em (12) retomando o sentido das consequências futuras (“depois as roupas não vão mais caber em mim”). No entanto, T continua fazendo de conta que come em (14) (“mmm”). Logo, T retorna ao presente da enunciação em (“vamu vê se tá bom”) e atualiza a referência perguntando qual o tipo de comida favorita que P fez.

P co-refere e sintagmatiza o tipo de comida (“ma comida di pipikinho”) em (15). Contudo, o sentido da frase não é compreendido por T devido à assimetria significativa (“di pipikinho”). T co-refere questionando o sentido em (16) (“de quê?”), a partir da co-referência, busca intervir com essa pergunta modificando a forma e o sentido do tipo de comida no sintagma (15). P co-refere em (17) estendendo a quantidade de sintagmas em sua frase para compor o sentido de seu enunciado, com a finalidade de explicar o tipo na comida. Verificamos nesse seguimento de falas em relação que a sintagmatização está a serviço da semantização, a operar uma estratégia de intervenção que compõe o sentido referente à frase e à situação enunciativa.

Em (18), T co-refere a sua pergunta feita anteriormente em (14) (“que comida é essa que tu fez?”). Nesse momento, T recorta um segmento da frase de P (“ma comida”) para significar o enunciado a fim de dar continuidade à situação de discurso. Observamos aqui a busca constante de T por compor sentido para a assimetria significativa em suas intervenções. Ao co-referir, T utiliza uma estratégia que recorta a menor unidade de sentido para semantizar a partir da referência enunciativa: o tipo de comida. Lembramos ao leitor que a assimetria significativa, neste recorte, dificultou a escuta de T para compreender a ideia, isto é, o querer-dizer de P. Por isso, vemos uma sequência de perguntas por parte de T em (16) e (18), pois T não escutou a assimetria significativa como efeito de evidência, mas entrevistou buscando a compreensão da forma e do sentido daquele significante em questão.

P recorta seu segmento de fala em uma palavra que exprime o sentido do seu enunciado em (17) (“pidenta”) para que T compreendesse em (19): (“pidenta! Tudo é pidenta”). Na

compreensão do discurso escuta, também há uma espécie de sintagmatização, visto que o alocutário precisa apreender a conexão das palavras no interior da frase para, então, captar o sentido desta.

Em (20), T confirma o sentido do enunciado de P e, em seguida, atualiza novamente a situação de discurso: (“mas assim eu vou sai correndo daqui”), e propõe uma solução, dando um novo sentido (“precisa de muita água. Ó uma água pra ti”). Nesse momento, P co-refere discordando de T, em (21), quando nega a proposta de T em (20) (“ó uma água pra ti”). Verificamos a seguir que há uma certa resistência por parte de P em ampliar os possíveis sentidos para que o vem a ser (“pimenta”). Como podemos ver a seguir, T co-refere e busca um acordo para amenizar a situação de discurso em (22), indicando um sentido possível para beber água devido a sede causada pela pimenta. Em (23), P com voz de consolo, parece aceitar a sugestão. Em (25) indica a quantidade de água. Em (26), T aceita a condição.

No entanto, em (27), P modifica o sentido da bebida para (“tchuco de pinenta”) mantendo o sentido inicial de (19). O interessante, nesse segmento, é a mudança da *forma* (“*pidenta*”) em (17) e (19) para *pinenta* em (27) e (33). Vemos aí os efeitos da intervenção fonológica a partir da escuta de falas sintomáticas nos atos de fala. Em (28), T questiona a possível fixação do significante (“pinenta”) por P, pois o mesmo havia indicado o possível fechamento do *sentido* em (19) (“pidenta! tudo é pidenta”). Em (29), P co-refere positivamente, reafirmando o sentido anterior do seu enunciado de que tudo é pimenta.

Em (30), T propõe atualizar na brincadeira uma outra categoria de suco, o que faz ampliando as possibilidades de sentido. Como podemos ver em (30), T introduz seu gosto particular de suco, diferente de pimenta. P em (31), parece entender a intenção de T e co-refere, negando seu desejo por uma outra categoria de suco e ri da situação (“não tem suco de alânja”). Em (32), parece que T fica incrédula frente à situação de fixação do significante (“pinenta”), mas continua “bebendo” o tal suco de pimenta. No entanto, P não tem certeza em (32) se T entendeu que era pimenta o que ela “bebia” e, em (33), frente à reação de T, ele reafirma (“É pinenta!”), apontando para o copo. Em (34), T ri, pois não se vê livre da situação de discurso imposta por P de beber pimenta, afinal o sentido é esse: (“tudo é pidenta”). T questiona P e co-refere buscando novamente outra atualização de sentido para a bebida em sua mão: (“esse aqui também é?”). P segue confirmando em (35). P parece se divertir, através da situação de discurso, com os rumos da brincadeira.

Em (36), T continua “forçada” a fazer a vontade de P e continua “bebendo” pimenta, até que busca novamente atualizar a referência e, como estratégia, enuncia sobre os efeitos que a situação do presente pode causar no futuro. T enuncia em (36): (“ahhh vô morre”), como se só a morte pudesse findar a situação apresentada na brincadeira. T se vê na condição de uma única saída em (38), aceitando a situação futura anunciada (“Vô Morrê de tanta pimenta!”), pois parece que T entende que a única maneira de sair da situação para modifica-la é “morrendo” na brincadeira e, portanto, bebe pimenta para encaminhar a finalização da situação de discurso. P novamente afirma positivamente em (39). Em seguida, T pergunta em (40) (“Vai me salvar?”), colocando P na posição de decidir a situação de discurso. Em (41), P co-refere negando a possibilidade de salvar T daquela situação. Em (42) vemos T incrédula com a resposta de P. Buscando outra saída, T atualiza novamente a referência, porém, dessa vez, ao passado, um lugar que não existe a não ser na instância de discurso, na qual a referência é o *aqui-agora*.

Passaremos a seguir para as considerações finais das análises do recorte clínico com o objetivo de esclarecer as noções aqui mobilizadas da teoria da enunciação e Clínica de Linguagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ANÁLISES

Partimos da hipótese de que há particularidades na relação entre a escuta do terapeuta e a fala sintomática do paciente. A assimetria significativa não pode ser escutada por parte do terapeuta com efeito de evidência da forma e do sentido daquilo que o paciente enunciou, mas deveria suscitar interrogantes acerca do diferente significante que surgiu no diálogo.

Na análise acima, percebeu-se que, de fato, há momentos em que a fala sintomática apresenta uma assimetria significativa que dificulta a compreensão da forma (sintagma) e do sentido (a ideia) referente à situação enunciativa. Para co-referir, terapeuta-paciente utilizaram estratégias disponíveis na própria língua para atualizarem os possíveis sentidos da fala sintomática que podem surgir durante o diálogo na clínica de linguagem.

Percebeu-se que na escuta há uma espécie de sintagmatização, visto que o alocutário precisa apreender a conexão das palavras no interior da frase para, então, captar o sentido desta no discurso por meio da semantização. Tudo indica que esses achados da *escuta*, da *intervenção* na *co-referência* e a *assimetria significativa*, parecem ser elementos clínicos bastante importante para a intervenção fonoaudiológica a partir da escuta de fala sintomática na Clínica de Linguagem.

Destacamos que, à luz do referencial teórico aqui mobilizado, as categorias de análise de significação, semantização e sintagmatização podem ser bastante produtivas em relação à intervenção fonoaudiológica. Em nossas análises, procuramos evidenciar que a intervenção em Clínica de Linguagem opera a partir da escuta (na co-referência) e que o fonoaudiólogo necessita de uma fundamentação teórica consistente e coerente com sua especialidade.

Parece-nos que a *assimetria significativa* é o foco da intervenção fonoaudiológica em Clínica de Linguagem, do qual o clínico não pode fugir da escuta, visto que o paciente tentou elaborar um significante para ser atualizado e passar a comungar através da língua com seu terapeuta. Nessa perspectiva, o fonoaudiólogo não pode negligenciar a escuta desse significante que apareceu assimetricamente no contexto do diálogo. Sabemos que não é uma tarefa fácil, mas é justamente este o trabalho: ampliar a escuta desse significante singular que brotou na cena enunciativa.

Os interrogantes que emanam da fala sintomática marcam lugar para a escuta fonoaudiológica em Clínica de Linguagem, pois o clínico procura compreender a forma e o

sentido na fala do paciente. Portanto, o estranhamento que surge na escuta fonoaudiológica é causado por elementos que compõem a intersubjetividade na linguagem.

Neste trabalho, consideramos que a assimetria significativa é um dos possíveis efeitos que compõem a fala sintomática. Ou seja, o estranhamento, a dúvida, ou a pergunta feita pelo terapeuta, ao intervir a partir da escuta de falas sintomáticas que apresentam assimetria significativa, pode fazer o paciente escutar-se, possibilitando, assim, deslocamentos em sua fala.

Contudo, a assimetria significativa se apresenta na diferença que há entre a forma e o sentido do que o paciente falou (o que ele sintagmatizou para compor a frase), e o que foi escutado (semantizado) pelo terapeuta. Em outras palavras, o efeito que marca a diferença entre a forma e o sentido da fala sintomática passa pela escuta do terapeuta, possibilitando a intervenção. Portanto, a noção de assimetria significativa não é sinônimo de fala sintomática, pois partimos da hipótese de que há diferentes efeitos que podem causar o sofrimento na fala do paciente. Dessa forma, não se trata de classificar a assimetria significativa como uma "doença" ou um quadro nosológico, mas como um dos possíveis efeitos que compõem a fala sintomática. Conforme Surreaux (2006)

“não basta lidar com a noção de patologia apriorística, cuja aplicabilidade é limitada. Sem dúvida, ela aponta um conhecimento sobre o que é visível (ou audível) na fala do paciente, mas jamais falará sobre a forma particular de cada sujeito estar na linguagem” (SURREAUX, 2006, p. 92).

A partir da semantização, da significação e da sintagmatização, na instância de discurso, o fonoaudiólogo resgata a compreensão da forma e do o sentido da assimetria significativa, que, aliás, não apareceu no enunciado do paciente por acaso. Essa formulação singular feita pelo paciente apareceu numa tentativa de enunciar, pois o paciente dispõe de recursos na própria língua e no próprio diálogo para produzir sentidos.

Acreditamos que amplas perspectivas se abrem para futuros trabalhos na Clínica de Linguagem, a fim de contribuir com essas noções fundamentais para a escuta clínica do sintoma de linguagem e sua operacionalização na intervenção fonoaudiológica.

6 ENCAMINHAMENTOS FINAIS

Neste trabalho, procuramos evidenciar a particularidade da noção de *intervenção* para a clínica fonoaudiológica de linguagem, intervenção esta que opera a partir da escuta que leva em consideração a semantização, a significação e a sintagmatização de falas sintomáticas que podem apresentar assimetria significativa. Para tanto, foram articuladas as noções de *clínica de linguagem, fala sintomática, escuta e intervenção fonoaudiológica* a partir dos pressupostos teóricos da Teoria da Enunciação de Émile Benveniste. Essa proposta implicou uma abordagem em *Clínica de Linguagem* importante à formação clínica do fonoaudiólogo. Além disso, fizemos uma breve leitura de autores da Psicanálise para compor a nossa reflexão.

O nosso objetivo de pesquisa foi abordar, a partir do meu percurso de formação clínica, uma noção de *intervenção* no âmbito da fonoaudiologia na clínica de linguagem. Para tanto, elegemos conceitos da teoria enunciativa benvenistiana para construir e deslocar aspectos teórico-clínicos que permitissem uma reflexão sobre aquilo que se nos apresenta como *assimetria significativa* na fala sintomática de pacientes em tratamento a partir das categorias de análises de significação, semantização e sintagmatização. Procuramos refletir sobre a escuta que o fonoaudiólogo assume ao intervir em falas sintomáticas para, a partir disso, analisar os efeitos dos desdobramentos que a intervenção fonoaudiológica causa na posição do paciente de acordo com o tempo, a queixa, o diagnóstico, o momento e a direção do tratamento.

No que diz respeito à análise, utilizamos uma metodologia cuja unidade incidiu sobre o brincar via diálogo em cena clínica, unidade esta a partir da qual realizamos a transcrição e a análise de fatos enunciativos. Levantamos a hipótese de que a intervenção clínica fonoaudiológica opera a partir da escuta da fala sintomática que apresenta assimetria significativa durante o diálogo.

Estamos cientes de que analisamos os efeitos da particularidade da escuta da assimetria significativa a partir do recorte de uma cena clínica de apenas um paciente com fala sintomática. Esclarecemos que não se trata de um estudo de caso, mas de uma teorização sobre o tema.

Sendo assim, esta proposta articulou-se entre a Teoria da Enunciação e a Clínica de Linguagem, procurando verificar como a teoria enunciativa repercute na clínica fonoaudiológica de linguagem. Nesse sentido, colocamos em relação conceitos teóricos enunciativos para analisarmos os efeitos que a escuta fonoaudiológica produz ao intervir na posição do paciente com fala sintomática.

Por fim, como encaminhamentos finais deste trabalho, destacamos as implicações da busca pelo sentido da assimetria significativa pertinente à intervenção fonoaudiológica em pacientes com falas sintomáticas no âmbito da Clínica de Linguagem. Vale destacar ainda a busca por uma intervenção que opera a partir da escuta de falas sintomáticas, no âmbito da clínica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem.** Tese de Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

BASTARRICA, T. G. **A concepção de transferência na clínica fonoaudiológica.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

BASTARRICA, T. G. **Clínica de Linguagem: questões sobre o conceito de transferência.** Porto Alegre, no prelo.

BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral I.** São Paulo: Pontes, 1991.

BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral II.** São Paulo: Pontes, 1989.

CUNHA, M.C. **Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território.** São Paulo: Plexus Editora, 1997.

DEUS, V. F. **A ininteligibilidade de fala na clínica fonoaudiológica.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

FLORES, V. N. **A enunciação e os níveis da análise linguística.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE TEXTO, ENUNCIÇÃO E DISCURSO (SITED), 2011. Anais do SITED. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2011, p. 396-402. GOUVÊA, G.; FREIRE, R.; DUNKER, C. **Sanção em Fonoaudiologia: um modelo de organização dos sintomas de linguagem.** **Caderno Estudos da Linguagem**, São Paulo, v. 53, n. 1, jan./jun., p. 08-25, 2011.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

KUHN, T. Z. **Enunciação e sintoma de linguagem: por um estudo sobre a construção da co-referência em casos de retardo de linguagem.** **Organon**, Porto Alegre, n. 40/41, p. 179-214, jan./dez., 2006.

LICHTENBERG, Sônia. **Para o estudo da sintaxe da enunciação.** **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 185-196, dez. 2004.

LICHTENBERG, Sônia. **Sintaxe da enunciação: noção mediadora para reconhecimento de uma linguista da enunciação.** Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Programa de Pós-

Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2006.

MELLO, V. H. D. **A sintagmatização-semantização: uma proposta de análise de texto.** 145f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

SILVEIRA, M. D. **O lugar da escuta na clínica de linguagem: contribuições linguísticas.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

SURREAUX, L. M. **Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem.** 202f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2006.

SURREAUX, L. M. **Hipótese sobre o funcionamento da linguagem.** *Organon*, Porto Alegre, n. 40/41, p. 157-178, jan./dez., 2006.

SURREAUX, L. M; BRENDER, S. **Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem.** *Cadernos do IL*. n.º 42, p. 129-145, Porto Alegre, junho de 2011.

SOUZA, A. P. R; ZIMMERMANN, V. B. **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: Caminhos possíveis.** 1ed. São Paulo: Instituto langage, 2016, p. 368.

ANEXO

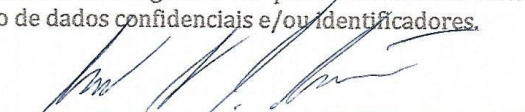
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Considerando os princípios éticos que orientam as pesquisas que envolvem seres humanos, este documento visa esclarecer o envolvimento dos participantes no processo investigatório. Com isso, prima-se pela autonomia dos sujeitos na decisão sobre a colaboração na pesquisa: *A análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem.*

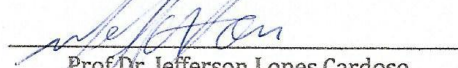
Essa investigação se justifica por contribuir para a compreensão da complexidade da linguagem quanto aos seus aspectos patológicos, bem como auxiliar nas instâncias de avaliação, diagnóstico e terapia na clínica dos distúrbios de linguagem, a partir da análise desses distúrbios.

Dentre as etapas a serem desenvolvidas na pesquisa, destaca-se a que envolve diretamente os sujeitos pesquisados: *o registro em vídeo de situação de atendimento clínico fonoaudiológico* (na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e Clínica de Fonoaudiologia da UFRGS). O registro em vídeo será feito por professor fonoaudiólogo integrante da equipe da pesquisa.. A esse respeito, informamos que o uso das imagens ficará restrito ao grupo de pesquisa, garantindo-se a confidencialidade e privacidade das informações coletadas e o anonimato dos participantes do estudo, quando de sua divulgação. Nenhuma alteração a respeito desse aspecto será feita sem conhecimento prévio e autorização por parte dos sujeitos da pesquisa. Os dados ficarão armazenados em um banco de dados específico da pesquisa.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa têm as seguintes garantias: garantia de esclarecimento sobre quaisquer aspectos da pesquisa antes e durante o seu desenvolvimento; garantia de poder abandonar a pesquisa antes e durante o seu curso sem prejuízo para si; garantia de sigilo que assegure a privacidade dos envolvidos no processo investigatório no que se refere à não-identificação nominal e à não-informação de dados confidenciais e/ou identificadores.



 Ass. dos pais ou responsáveis



 Prof. Dr. Jefferson Lopes Cardoso
 (pesquisador responsável - UFRGS)

Fones: 32641379 e-mail: Jefferson.cardoso@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santana, Porto Alegre, RS - fone (51) 33085066, e-mail: cep-psico@ufrgs.br).