Fabiana Cunha Leão

A Clínica Fonoaudiológica:

Retrospectivas e Prospectivas

Mestrado em Fonoaudiologia

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2001

Fabiana Cunha Leão

A Clínica Fonoaudiológica:

Retrospectivas e Prospectivas

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof^{a}. Dr^{a}. Regina Maria Freire.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2001

COMISSÃO JULGADORA

À Isadora, minha filha, a quem eu peço
perdão pelas minhas falhas.

Agradecimentos

À Profª. Drª. Regina Maria Freire, pela orientação precisa e presença constante. Ressalto meu profundo reconhecimento de sua humildade em compartilhar seus conhecimentos e de sua incansável dedicação à área fonoaudiológica.

À Profª. Drª. Maria Francisca Lier-De Vitto, pelas questões e sugestões valiosas levantadas durante o Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, por sua valiosa contribuição, por meio de sugestões e esclarecimentos, durante o Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, pelo Estágio de Docência na disciplina de Avaliação de Linguagem da PUC-SP. Agradeço sua atenção e disponibilidade.

A CAPES, pelo auxílio financeiro indispensável à realização desta dissertação.

A Patrícia Barbosa e Milton, pela amizade constante e acolhimento afetivo neste percurso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação desde a época da graduação.

À Isadora, minha filha, que gostando ou não, teve que lidar com as minhas ausências e pelo encorajamento de seus dizeres nos momentos difíceis: "Mãe, isso é fácil... é só encher aí de letrinhas".

À Janda Cunha, minha tia, por tantas coisas, pelas quais jamais conseguiria agradecer em palavras... Fonte de inspiração de luta e determinação na busca da essência do ser humano e da vida.

Aos meus pais, pelo cuidado afetuoso dispensado à minha filha na minha ausência.

A todas as dificuldades que a vida nos impõe, que são responsáveis por nos tornarmos mais fortes e com mais fé: uma fé que, a despeito de todas as aparências mundanas em contrário, nos faz crer que vivemos em um universo que faz sentido.

E a todos aqueles que passaram pela minha vida e que me deixam feliz pelo simples fato de terem cruzado o meu caminho. Alguns, percorrendo ao meu lado, e tantos outros, que apenas vi entre um passo e outro. Mesmo os mais distantes, de um passado longínquo, continuam alimentando-me com alegria, pois cada pessoa que passa em nossa vida é única e sempre deixa um pouco de si e leva um pouco de nós, sabendo que há os que levaram muito, mas que não há os que não deixaram nada.

A DEUS pela vida e por ser o maestro de toda esta orquestra.

E à VIDA, pelos seus contrastes dos quais a perda faz parte, a queda faz parte, a morte faz parte... Um espaço de tempo em que

precisamos aprender com o ganho e a perda, com o acerto e o erro, com o triunfo e a queda, com a vida e a morte.

Resumo

Este trabalho pretende mostrar duas formas de configuração da clínica fonoaudiológica a partir da articulação dos princípios e conceitos que norteiam os seus procedimentos. Reconheço, por um lado, uma clínica de inspiração positivista e, por outro lado, uma clínica que almeja o estatuto de clínica da subjetividade.

Para pensar estas duas formas de configuração clínica, busco, a princípio, uma breve compreensão das clínicas médica *(clínica da positividade)* e psicanalítica *(clínica da subjetividade)* a fim de referir como os sentidos dessas clínicas perpassam a clínica fonoaudiológica. A seguir, levanto questões clínicas a partir das afasias como lugar de discussão, as quais remetem, por um lado, à uma clínica fonoaudiológica clássica e, por outro lado, à uma outra perspectiva clínica comprometida com a linguagem como sistema de relações e diferenças que implicam leis internas de funcionamento. Concluo apontando para a necessidade do

estabelecimento de uma outra diagnóstica e terapêutica à Fonoaudiologia comprometidas com a sua eficácia.

Abstract

This study intends to show two forms of configuration of the phonoaudiological clinic taking into account the principles and concepts which guide its procedures. On one hand, I recognize a clinic of positivist inspiration and, on the other hand, a clinic which aims at the status of subjectivity clinic.

In order to reflect about these two forms of clinic configuration, I search, at first, for a brief understanding of the medical clinic *(positivist clinic)* and of the psychoanalytical *(subjectivity clinic)* to discuss how their meanings pass by the phonoaudiological clinic. After this, I raise clinical questions concerning aphasia. These questions send us, on one hand, to the classic phonoaudiological clinic; on the other hand, to another clinical perspective committed to language as a system of relations and differences which imply internal laws of functioning. I conclude

highlighting the necessity of establishing other diagnosis and therapeutic forms to Phonoaudiology committed to its efficiency.

Índice

Página

Introdução 01

1. As Inspirações Clínicas da Fonoaudiologia:
A Positividade e a Subjetividade 07

1.1. A Clínica da Positividade 08

1.2. A Clínica da Subjetividade 20

2. A Clínica Fonoaudiológica Clássica:
Uma Submissão da Linguagem ao Funcionamento Cerebral 32

3. A Clínica Fonoaudiológica e o Compromisso com a Linguagem:
Uma Outra Perspectiva Clínica 59

3.1. Os Processos Metafóricos e Metonímicos 66

3.2. O Sujeito no Intervalo dos Significantes 77

Conclusão 88

Referências Bibliográficas..... 92

Introdução

Como fonoaudióloga clínica venho sendo tocada por descontentamentos e inquietações a respeito da clínica fonoaudiológica, em especial como vem sendo abordados o diagnóstico e a terapêutica.

Da graduação, a qual realizei em uma instituição de ensino que iniciava seus investimentos na área fonoaudiológica[1], recebi uma formação clássica em Fonoaudiologia. Esta formação solidificou-se com o início da minha prática clínica na cidade de São Paulo, quando passei à integrar uma equipe com um médico e outras fonoaudiólogas de tendências neurolingüistas.

Este contexto de formação implicou a efetivação de uma atuação clínica voltada a um diagnóstico e terapêutica com a valorização dos dados somáticos como prioritários. O diagnóstico e a terapêutica eram tomados a partir da descrição de sintomas próprios à patologia que o paciente apresentava. Patologia essa diagnosticada anteriormente na/pela Medicina.

[1] Graduei-me em uma das primeiras turmas da Universidade Católica de Goiás.

O paciente era nomeado deficiente auditivo, paralítico cerebral, fissurado, gago, disártrico, afásico e outras tantas denominações advindas da área médica. Nesta concepção, para legitimar a avaliação fonoaudiológica, ou mesmo a terapêutica a ser empreendida, bastava buscar na Medicina as características previamente determinadas para cada patologia. O paciente era tomado como um exemplar de uma dada doença, tirando do diagnóstico a sua circunscrição e atribuindo à terapêutica um caráter curativo direcionado ao restabelecimento de uma normalidade padrão.

No entanto, a própria prática clínica impunha-me questões que as referências somáticas não conseguiam responder. Os procedimentos de avaliação a serem desenvolvidos no decurso do processo terapêutico e o enquadramento do paciente em um quadro patológico, na maioria das vezes, não esgotavam a compreensão de suas possibilidades.

Com as minhas inquietações ainda presentes, iniciei o Mestrado na PUC-SP, um percurso que, pautado em uma leitura de autores críticos a essa prática, possibilitou-me reconhecer as minhas questões como sendo inerentes a um

campo de conhecimento em busca de uma identidade clínica.

A análise da história da Fonoaudiologia, realizada por FIGUEIREDO NETO (1988) e BERBERIAN (1995), mostra um submetimento do diagnóstico e da terapêutica a uma forma positivista de pensar a clínica. Desde os primórdios da área, o diagnóstico e o estabelecimento do tratamento mais indicado já eram ditados pelos médicos[2].

Esta relação da Fonoaudiologia com a Medicina referida historicamente apresenta-se ainda vigente na atualidade. Uma parcela significativa da área fonoaudiológica toma os sentidos da clínica médica não somente como uma forma de se pensar a clínica, mas como referência semiológica e nosográfica a ser alçada na classificação/ordenação das perturbações da linguagem.

Exemplar desta situação é a incorporação do CID 10 e do DSM IV[3] pela Fonoaudiologia como resposta à necessidade de designar/nomear a doença. Orientado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia[4], o fonoaudiólogo faz uso da classificação internacional de doenças a partir de um

---

[2] A esse respeito remeto o leitor à dissertação de mestrado de FIGUEIREDO NETO (1988).
[3] O CID é um sistema de codificação oficial que estabelece um número às patologias e aos procedimentos médicos e o DSM um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
[4] A esse respeito ler Informativo do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região – SP, Nº 37 Novembro/Dezembro 2000. p. 7.

paralelo entre o DSM IV e o CID 10.

Um olhar panorâmico sobre a área fonoaudiológica na atualidade, refere uma outra forma de pensar a clínica para além das suas bases constitutivas assentadas na clínica da positividade. Esta outra possibilidade advém dos estudos de alguns fonoaudiólogos que, interpelados pelas questões clínicas, buscaram retomar a gênese da área e discutir a atuação clínica. Uma discussão que, embora pautada em diferentes inspirações, vem imprimindo uma mudança paradigmática na área[5].

Pautada pelo/no estado da arte, esta dissertação pretende apresentar duas formas de configuração da clínica fonoaudiológica a partir da articulação dos princípios e conceitos que norteiam os seus procedimentos. Reconheço, por um lado, uma clínica de inspiração clássica que chamarei de positivista, e por outro, uma clínica que se contrapõe à primeira por almejar o estatuto de clínica da subjetividade. Para pensar o estatuto desta última, tomo a clínica psicanalítica como lugar de inspiração, não por ser a única que tem afetado a

[5]A respeito do percurso do campo fonoaudiológico, seus deslizamentos e deslizes, recomendo ao leitor ler CUNHA, 1997. p. 13-32.

Fonoaudiologia, mas por reconhecê-la como um espaço teórico que pode iluminar as minhas reflexões.

Para isto, no primeiro capítulo, proponho uma compreensão dos princípios e conceitos que norteiam as clínicas médica e psicanalítica para refletir se e como os seus sentidos perpassam (ou poderiam perpassar) a clínica fonoaudiológica.

A seguir, circunscrevo algumas questões clínicas fonoaudiológicas, privilegiando as afasias como lugar de debate. Vale salientar que as afasias são aqui tomadas não como foco desta dissertação, mas como um lugar propício à reflexão sobre a clínica fonoaudiológica a ser empreendida no decorrer do trabalho. Sua escolha advém do fato de ter interessado à áreas tão díspares como a Medicina, a Lingüística Estrutural e a Psicanálise, e por ter se oferecido à Fonoaudiologia em sua natureza ímpar de problema orgânico e simbólico desafiando–a em sua vocação clínico- terapêutica.

No segundo capítulo, aponto para uma abordagem das afasias reconhecendo uma clínica fonoaudiológica clássica que submete a linguagem ao funcionamento cerebral.

No terceiro capítulo, reconheço uma outra abordagem das

afasias a partir de um compromisso com a linguagem como sistema de relações e diferenças que implicam leis internas de funcionamento. Esta abordagem é o que representa, a meu ver, uma outra perspectiva clínica que pode oferecer à Fonoaudiologia o estabelecimento de um diagnóstico e terapêutica comprometidas com a eficácia do tratamento.

Por último, concluo apontando a necessidade do empreendimento de um diagnóstico diferencial de base estrutural para que a clínica fonoaudiológica possa constituir um método clínico que, de natureza discursiva, inclua o sujeito e a linguagem e persiga a eficácia terapêutica a partir de uma outra concepção de cura.

Capítulo 1

As Inspirações Clínicas da Fonoaudiologia:

A Positividade e a Subjetividade

Como o escopo desta dissertação é pensar a clínica fonoaudiológica, começo por fazê-lo, operando uma radicalização e reduzindo à duas as configurações clínicas que inspiram a Fonoaudiologia no delineamento de seus procedimentos. Por um lado, tomo a *clínica da positividade*, que encontra seu representante maior na clínica médica, e, por outro, a *clínica da subjetividade*, que tem na clínica psicanalítica um lugar de assentamento.

Esta necessidade de deslocamento a uma compreensão dos princípios e conceitos que norteiam cada uma destas clínicas se coloca pelo reconhecimento de que a forma de se pensar a clínica depende de uma filiação a pressupostos teóricos/metodológicos que a norteiam. No âmbito deste trabalho, tomo as inspirações que a Fonoaudiologia tem alçado das clínicas médica e psicanalítica, não por serem únicas, mas por serem representativas de dois movimentos significativos da área.

Cada forma de configuração clínica é constituída a partir de elementos que delimitam e orientam os procedimentos clínicos. Por essa razão, as duas formas de clínica, *a médica* e *a psicanalítica*, são, a meu ver, importantes para que possamos pensar se e como os seus elementos perpassam (ou poderiam perpassar) a clínica fonoaudiológica.

Para tanto, retomo, neste primeiro capítulo, os sentidos que estes elementos imprimem privilegiavelmente nas clínicas médica e psicanalítica, para poder refletir sobre a clínica fonoaudiológica. Uma clínica que deve passar pelas duas formas de clínica, mas ultrapassá-las em busca de sua singularidade.

1.1. A Clínica da Positividade

De acordo com SOUZA (1991), o termo *clínica,* de origem grega *"kline"*, refere-se a leito, à ação de cuidar diretamente dos enfermos. A atitude de cuidar das pessoas com algum sofrimento físico ou psíquico está presente desde os primórdios da vida do homem e foi, ao longo da história, constituindo-se como um saber cada vez mais complexo e organizado.

A Medicina é uma área que funda a experiência clínica. A

constituição desta área como um saber gradativamente complexo e organizado propiciou o nascimento da clínica em uma estrutura com atividades práticas encadeadas.

Este encadeamento das ações clínicas implica o diagnóstico como fundante da clínica médica, pois é a partir dele que as condutas serão articuladas e o tratamento mais indicado proposto. O diagnóstico refere-se a um procedimento no exercício da clínica que permite determinar a natureza da doença. De acordo com FOUCAULT, *"o conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença"* (1998:7).

A área médica mostra a focalização na doença, uma remissão primeira ao funcionamento do corpo. Os seus objetivos concentram-se em conhecimentos sobre o corpo e os agentes que prejudicam o seu funcionamento, subsidiados pelo pensamento linear de causalidade.

Para FOUCAULT (1998), o nascimento da clínica, como fato histórico, ocorreu com o surgimento do método anátomo-clínico. O corpo humano e seu funcionamento ganharam visibilidade e a atuação clínica tornou-se lugar do perceptível e do enunciável. A essa nova percepção interessa a localização da doença no corpo humano, em uma relação direta e causal entre lesão e doença.

A introdução do método anátomo-clínico no cenário da Medicina tornou possível a espacialização da doença no corpo: formas patológicas e massas anatômicas se sobrepõem. Como refere FOUCAULT, *"... o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico"* (1998:1).

No início do século XIX, a pergunta do final do século XVIII *"o que é que você tem?"* é substituída pela pergunta *"onde é que dói?"*, o que mostra o estabelecimento do vínculo causal entre sintoma e perturbação de partes específicas e visíveis do organismo. A cada sintoma uma correlação anatômica. Os médicos se interessam diretamente pelo corpo do doente. Um corpo como o lugar de inscrição da doença.

A possibilidade de localizar a lesão (sintoma no corpo) seria o caminho certo para a *'cura'*: *determina-se com precisão o órgão do corpo que sofre, explica-se como o órgão se tornou sofredor* e *indica-se o que é preciso fazer para que deixe de sofrer*. Isso representou um marco das maiores conquistas para a Medicina moderna.

A Medicina incorporou um caráter de cientificidade, transformando a clínica em um espaço para a investigação

científica. A descoberta da anatomia patológica propiciou uma reorganização do saber médico. Essa descoberta foi subsidiada pelo impacto dos pressupostos filosóficos do positivismo[6], que remete a uma *"concepção, através da qual a mecânica dos corpos e da sociedade está submetida a leis invariáveis e a ordem fixa dos fenômenos [...] estabelece um universo fechado onde as relações possuem um campo de variações restrito e tecnicamente controlável; passível de ser explicado por leis cada vez mais constantes e universais e por princípios cada vez mais gerais"* (SOUZA, 1991: 65).

O caráter de cientificidade propiciou à Medicina a configuração das doenças no corpo humano de forma cada vez mais elaborada[7]. Uma elaboração comprometida, por um lado, com a busca de uma causalidade (etiologia) e, por outro lado, com o estabelecimento de uma classificação e ordenação das doenças em quadros nosológicos definidos.

A possibilidade de classificar/ordenar as doenças teve uma relação direta com a configuração de um certo olhar. Um olhar que remete a clínica médica a uma conotação de dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente no intuito de interpretar os sinais significativos do corpo.

---

[6] Este paradigma, centrado no modelo físico e matemático, foi idealizado por AUGUSTO COMTE.
[7] Como vemos na atualidade os avanços tecnológicos, entre os quais a neuroimagem.

De acordo com FOUCAULT (1998), a Medicina iniciou a experiência clínica fundamentada na configuração de um certo olhar. Um olhar puro e qualitativo para a percepção da doença no doente.

> *"Como distinguir, sob a mesma febre, a mesma tosse, o mesmo esgotamento, a pleurisia da tísica, se não se reconhece naquela uma inflamação seca dos pulmões e nesta um derrame seroso? Como distinguir, senão por sua qualidade, as convulsões de um epiléptico que sofre de inflamação cerebral das de um hipocondríaco afetado por um ingurgitamento das vísceras? Percepção sutil das qualidades, percepção das diferenças de um caso a outro, fina percepção das variantes..."* (op.cit.:13).

Desta forma, o enfoque do olhar é fundamental à efetivação do diagnóstico na área médica. O procedimento diagnóstico é realizado a partir de um conjunto de sinais/sintomas localizáveis no corpo. Esses sinais/sintomas, os quais podem ser físicos, funcionais, biológicos, tornam-se visíveis pela queixa do paciente, pelo toque e apalpação do médico no corpo do paciente ou por exames complementares. Os sinais/sintomas eqüivalem ao funcionamento do corpo de uma forma visível e transparente. Os fatos que podem parecer obscuros na descrição da queixa do

paciente tornam-se claros ao realizar-se a investigação clínica.

De acordo com DOR (1991), o diagnóstico médico constitui-se como a busca de uma *etiologia* e de um *diagnóstico diferencial*. A etiologia refere-se à pesquisa da causa da afecção e o diagnóstico diferencial consiste em examinar os sinais comuns de diferentes tipos de afecções com a doença em questão.

Para tanto, a clínica médica dispõe de um arsenal de investigação que se desdobra simultaneamente em duas orientações complementares: a investigação anamnésica, que busca recolher os fatos comemorativos da enfermidade, e a investigação armada, centrada sobre o exame direto do paciente por meio de mediadores instrumentais, técnicos e biológicos.

A articulação entre os dados recolhidos nas investigações anamnésica e armada promove o estabelecimento do diagnóstico médico, o qual obedece a duas funções: a semiológica, que busca efetuar uma discriminação baseada na observação de certos sinais específicos, e a nosográfica, que coloca em perspectiva o estado patológico em relação a uma classificação.

A classificação e ordenação das doenças referem-se à busca de uma Semiologia, a qual representa o sustentáculo da clínica

moderna. Por um lado, as doenças são agrupadas em um conjunto ou classe de acordo com as suas semelhanças e, por outro, são ordenadas a partir do estabelecimento de regras para a articulação entre os diferentes tipos de sinais/sintomas.[8]

Tanto a Lingüística como a clínica médica utilizam-se da Semiologia como "ciência dos signos", nos seus referenciais teóricos. No entanto, para cada uma dessas disciplinas há uma acepção diferente de Semiologia. Os signos para a Medicina implicam uma relação direta com a realidade da doença. Por isso, são signos que se apresentam como elo de causalidade entre o signo e o referente e não como designação significante-significado como o é o signo para a Lingüística.

Os signos, na clínica médica, articulam-se de forma simultânea ou sucessiva e é essa articulação que deve ser captada pelo olhar clínico do médico. Um olhar a partir do qual um conjunto de operações, que advém do *raciocínio lógico*, é apreendido na busca da classificação/ordenação das doenças, para dirigir-se ao prognóstico e à terapêutica. Por um lado, o diagnóstico baseia-se na simultaneidade dos signos, apreensíveis

[8] A exemplo da classificação/ordenação das doenças na Medicina temos o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão) da OMS e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico) da Psiquiatria.

pelo exame clínico, e, por outro, na sucessão dos signos ao longo do tempo, alçados pela história da doença (anamnese).

Por essa razão, a clínica médica correlaciona a especificidade dos sinais/sintomas (signos) e a identificação de um diagnóstico. A eficácia da terapêutica de uma clínica, assim configurada, depende da regularidade e da estabilidade das ocorrências causais que intervêm no corpo. Há uma relação causal direta entre um sintoma e o diagnóstico, pois é por meio dos sinais/sintomas que a Medicina denomina e classifica suas doenças.

Com o estabelecimento do diagnóstico, a partir da nomeação da doença, o médico passa à elaboração do prognóstico, isto é, a evolução provável da doença na dependência da terapêutica prescrita. Isso se deve ao fato de que a cura do mal que acomete o organismo é o foco central que reside no horizonte da terapêutica médica. Uma terapêutica que procura *"recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como aberração"* (CLAVREUL, 1983:36).

A doença, como objeto de estudo da Medicina, refere-se a um conceito normativo e de homogeneidade entre os doentes. Como afirma FONSECA, *"o doente cede lugar à doença, o sujeito ao organismo, o caso particular ao universal"* (2000:70). A própria etimologia

do termo *doença* refere-se à *"falta ou perturbação da saúde"*.[9]

De acordo com CLAVREUL (1983), para a área médica, a doença *"é a testemunha de que o organismo não é mais capaz, pelo menos temporariamente, de assegurar a manutenção de suas constantes biológicas e este é o fato que justifica a intervenção médica, postulando que o saber médico é capaz de assegurar o que o organismo não sabe mais fazer"* (op. cit.:135). Uma intervenção[10] pautada em um "juízo de valor", ou seja, decide-se se alguém está doente ou em bom estado de saúde, se está normal ou anormal. É nesta constatação que o autor aponta a ordem médica[11] como sendo não somente da alçada da ciência, mas acima de tudo uma ordem jurídica. A área médica decide sobre os casos e suas necessárias intervenções.

A doença é tomada como uma entidade, despossuindo dela o doente, o que remete a uma relação instituição médica-doença e não médico-doente. Uma relação que exclui o sujeito, pois para tratá-lo é preciso objetivá-lo, e ao fazê-lo, o sujeito deixa de ser sujeito para transformar-se em <u>objeto de conhecimento</u>.

---

[9] Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Ed. Nova Fronteira, 1998.
[10] O termo intervenção, aqui, é usado para designar a atuação direta do médico ao paciente.
[11] Para CLAVREUL, a Medicina é antes de qualquer coisa o que instaura uma ordem – *a ordem médica.*

> *"Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente [...] O paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses"* (FOUCAULT, 1998: 8).

Em um espaço clínico assim configurado não há implicação médico/doente. O paciente é um objeto representado por seu corpo. Ainda nos dizeres de FOUCAULT:

> *"Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo"* (1998:7).

Desta forma, o delineamento da clínica médica é estabelecido a partir da configuração do olhar clínico do médico centrado nos signos do corpo como terreno de instalação/evolução da doença. Os signos caracterizam-se pela exclusão do sujeito e são apreensíveis por um olhar sedimentado em uma lógica de operações.

Estas operações são o sustentáculo da clínica médica, pois propiciam a articulação dos elementos desta clínica, quais sejam, a *semiologia médica* e a *teoria da causalidade*, a *diagnóstica* e a *terapêutica.*[12] É por meio da semiologia médica e da teoria da causalidade que se efetua a diagnóstica, da qual uma terapêutica é estabelecida.

Da relação da Fonoaudiologia com a Medicina podemos abstrair alguns pontos fundamentais no delineamento de seu diagnóstico e de sua terapêutica, pois a clínica fonoaudiológica teve as suas bases constitutivas assentadas no modelo de clínica médica.

Primeiramente, nota-se que as denominações nosológicas presentes na clínica fonoaudiológica, advindas da Medicina, são determinantes do diagnóstico e do processo terapêutico fonoaudiológico. A anamnese, a avaliação, a devolutiva, a orientação aos familiares, a intervenção terapêutica e a alta, como realizadas classicamente, subordinam-se à classificação patológica da Medicina.

[12] Elementos referidos por DUNKER em seu texto: **Clínica, Linguagem e Subjetividade**, a sair, pela Revista Distúrbios da Comunicação da PUC-SP, 1º Semestre de 2001.

Por essa razão, os sentidos da clínica médica perpassam a clínica fonoaudiológica, classicamente, em todos os princípios e conceitos que norteiam a sua atuação clínica.

A doença de linguagem tem uma relação direta com o funcionamento do corpo. O sintoma de linguagem é sempre um sinal de alteração do corpo, uma alteração visível e transparente, o que remete a clínica fonoaudiológica a uma implicação de homogeneidade e previsibilidade das condutas diagnóstica e terapêutica na busca da *" 'cura' do mal que acomete o organismo"* (FONSECA, 2000:70).

Como ressalta FREIRE: *"O atendimento fonoaudiológico, embora não cirúrgico ou medicamentoso, persegue objetivos semelhantes aos da clínica médica – restabelecer o estado de normatividade do corpo biológico"* (1999:2).

O sujeito que procura atendimento fonoaudiológico é apagado em detrimento da doença de que ele é portador. O sujeito é um exemplar de determinada doença, e, neste caso, a referência somática do dado é tomada como principal.

Resta-nos pensar se este modelo de configuração clínica possibilita à Fonoaudiologia circunscrever uma especificidade e uma eficácia terapêutica. Ao que me parece, uma clínica

configurada desta forma é um tanto quanto reducionista se focarmos o atendimento a sujeitos com patologias de *linguagem*.

Afirmo ser reducionista não por ser a clínica médica uma clínica de configuração inadequada a seus fins. A configuração desta clínica vai ao encontro do compromisso com o seu objeto – *a doença* – apreensível como resultado (efeito) de uma alteração do funcionamento do corpo (causa). O corpo, como referido pela Medicina, tem um funcionamento visível que pode ser mensurado a partir de um modelo de normatividade. Já o objeto da Fonoaudiologia – *a linguagem e suas perturbações* – não tem o mesmo estatuto de apreensibilidade. Há uma diferença na natureza dos objetos da Medicina e da Fonoaudiologia.

A linguagem não é algo visível que possa ser mensurado e apreensível pelo olhar a partir de um modelo normativo. A meu ver, a adoção da configuração da clínica médica na Fonoaudiologia resultou na aplicação de testes avaliativos pautados no modelo de língua como um sistema fechado e gramatical. Por essa razão, os testes mensuram as faltas/falhas a partir de um modelo normativo e a terapêutica busca colocar/recolocar a ‘ linguagem’ dentro de um parâmetro padrão ideal do bem falar.

1.2. A Clínica da Subjetividade

A Psicanálise, cujo objeto é o inconsciente e seus efeitos, efetivou uma subversão em relação aos elementos da clínica médica na constituição de seus procedimentos clínicos. A constituição de sistemas de classificação e ordenação dos signos (Semiologia) apresentou-se inconveniente à Psicanálise, pois a natureza de seu objeto, para além da ordem orgânica, nada apresentava de visível/apreensível pelo olhar.

FREUD subverteu a configuração de um certo olhar pela escuta da fala. O método foi deslocado do *olhar* para o *escutar*, o que levou a clínica psicanalítica a circunscrever-se na dimensão do *dizer e do dito*. Uma dimensão em que é dada ao paciente a posição de sujeito do seu dizer e ao analista a posição de escuta do que é dito. Ao contrário da possibilidade diagnóstica na Medicina, em que, por meio de uma investigação armada, define-se o perfil da doença, na clínica psicanalítica a investigação diagnóstica depende do estabelecimento de uma relação terapeuta/paciente.

Por essa razão, como ressalta DOR, na Psicanálise, *"... o estabelecimento do diagnóstico se subtrai aos dados empíricos*

objetivamente controláveis. Sua avaliação é essencialmente subjetiva, na medida em que se sustenta a partir do discurso do paciente, e toma apoio na subjetividade do analista que ouve" (1997:14).

O deslocamento do método analítico do *olhar* para a *escuta* relaciona-se diretamente ao abandono da relação signo-referente e a um interesse pela singularidade e instabilidade da relação significante-significado. Uma singularidade/instabilidade que impôs à Psicanálise a não adoção de uma catalogação semiológica e nosográfica dos dados clínicos e sim de uma dinâmica estrutural.

Na Psicanálise, não há uma busca classificatória exaustiva e uma descrição objetiva dos sinais/sintomas, mas um diagnóstico estrutural, o qual impõe uma nova atitude epistemológica, uma outra relação de apreensão do objeto.

A atitude estruturalista, como refere DOR (1992), requer uma nova inteligibilidade que rompe com certas formas de se relacionar com os objetos. Isso implica pensar a existência de sistemas de relações entre elementos e objetos que não são apreensíveis diretamente. As relações não aparecem imediatamente entre os elementos e objetos. É preciso uma outra forma de descrição do objeto quanto à sua natureza, qualidades e propriedades específicas. É preciso *"dar-se a*

possibilidade de fazer advir relações, aparentemente dissimuladas, que existem entre eles ou entre seus elementos" (op. cit.:22).

Isto foi de grande interesse à Psicanálise, pois os processos psíquicos (do inconsciente) não são passíveis de observação direta sem que se exija a participação ativa do paciente (por meio de seu discurso). A concepção estrutural dos processos psíquicos inconscientes permitiu definir um modelo de estruturação psíquica fundamental. É a partir desse modelo que se apreendem efeitos de regulação interna (leis internas), os quais vão indicar os perfis estruturais dos quais se determinará a estabilidade de certos traços específicos, os traços estruturais.

A relação entre o diagnóstico e a escolha do tratamento é uma relação singular, pois não remete à implicação lógica como na clínica médica. O analista deve estar apto a se apoiar em certos elementos estáveis tanto na elaboração do diagnóstico quanto na escolha da condução da cura que daí depende. O balizamento necessita de grande vigilância, pois a racionalização causalista precipitada e fundada num encaminhamento hipotético-dedutivo que não considere o dizer do dito remete a uma *"interpretação selvagem"*, como referido por FREUD.

Na clínica psicanalítica, é com a noção de estrutura que

se deve contar para se estabelecer um diagnóstico, pois se supõe a entrada em cena de uma cadeia de procedimentos intrapsíquicos e intersubjetivos que dependem da dinâmica do inconsciente. É uma dinâmica que não apresenta um balizamento estável entre o sintoma psíquico e o diagnóstico psicanalítico. Razão pela qual foi preciso que a topografia das afecções psicopatológicas fosse definida a partir de um certo modo de balizamento que considera a causalidade psíquica e o caráter imprevisível dos efeitos do inconsciente.

Para a Psicanálise, há um determinismo particular que opera nos processos psíquicos, o qual é denominado de causalidade psíquica. Essa causalidade procede por outras vias que não se assemelham à noção de causalidade tomada pela clínica médica, pois não obedecem às linhas de regularidades estáveis entre causa e efeito. Na determinação de um diagnóstico não há inferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos. É uma causalidade retrospectiva que não segue uma temporalidade, um caráter de soma, de acúmulo, pois não é objeto de leis, pelo menos no sentido empírico e restrito que o termo toma nas ciências exatas.

Desde o início da área, o diagnóstico colocava-se como questão para FREUD que pensava a sua problemática no campo das patologias psíquicas. A necessidade de um diagnóstico para determinar/orientar o tratamento era fundamentalmente percebida, mas havia a presença de certa ambigüidade. Por um lado, havia a necessidade de estabelecer precocemente um diagnóstico para determinar o tratamento e, por outro, tal diagnóstico só poderia ser confirmado após um certo tempo de tratamento, um tempo de observação mediante uma análise aprofundada.

Por essa razão, o ato diagnóstico psicanalítico depende de um certo tempo de análise, sem o qual uma avaliação diagnóstica não pode ser efetivada de forma segura. Esse tempo necessário à observação, anterior a qualquer decisão ou proposta de tratamento, é o tempo dedicado às entrevistas preliminares.

> *"A expressão entrevistas preliminares corresponde em Lacan ao tratamento de ensaio em Freud [...]. Trata-se de um tempo de trabalho prévio, à análise propriamente dita [...]. Este é o momento em que, por princípio, a questão diagnóstica está em jogo"* (QUINET, 1997:18).

Autorizar o início do tratamento é um ato psicanalítico que necessita de um trabalho prévio à decisão de aceitar um

paciente em análise, *as entrevistas preliminares*, a partir das quais o analista tem que transformar o tratamento de ensaio em análise propriamente dita.

Para QUINET (1997), as entrevistas preliminares têm três funções: sintomal, diagnóstica e transferencial. A função sintomal (sinto – mal) implica o questionamento da demanda, a qual não pode ser aceita em estado bruto. A demanda deve se desvencilhar do sintoma, e esse, do qual o sujeito se queixa, deve ser elaborado como "sintoma analítico".

> *"É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo"* (op. cit.: 20).

A função diagnóstica das entrevistas preliminares relaciona-se à possibilidade de orientação na condução da análise. Essa possibilidade depende de um diagnóstico diferencial, cuja dimensão é estrutural, anterior à entrada em análise propriamente dita para que não ocorra um erro de ordem prática, o que provocaria muitas despesas inúteis e um descrédito do método de tratamento.

A outra função das entrevistas preliminares, a transferencial, refere-se à base da estratégia do analista na direção da análise, e à qual o diagnóstico deve estar correlacionado. O estabelecimento da transferência é necessário para o início da análise. O surgimento do sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada em análise, sujeito esse vinculado ao saber.

A transferência é uma transferência de saber, na qual o sujeito, por ilusão, acredita que sua verdade encontra-se já dada na figura do analista e que este a conhece de antemão. O analista empresta sua pessoa para encarnar esse sujeito suposto saber, mas não deve identificar-se com essa posição de saber de maneira alguma, o que seria um grande equívoco.

Como ressalta QUINET (1997), a posição do analista não é a de saber, nem a de compreender o paciente, pois se há algo, a saber, é que a comunicação é um mal-entendido. A posição do analista, para além da posição de saber, é uma posição de ignorância, *"não uma ignorância ignara, mas a ignorância douta*[13]*"* (op. cit.: 31).

A *ignorância douta* é definida como "um saber mais elevado

[13] Este termo utilizado por QUINET é um termo de Nicolau di Cusa (século XV).

e que consiste em conhecer seus limites". É um convite à prudência e à humildade, a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto. O saber que o analista tem de outros casos não pode ser transposto para aquele caso. Cada caso é um caso novo e como tal deve ser abordado.

A esse respeito, QUINET toma os dizeres de FREUD, em seu texto "O início do tratamento", no qual ele compara a Psicanálise com o jogo de xadrez. *"Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais dos jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade das jogadas que se desenvolve após a abertura desafia qualquer descrição deste tipo"* (1997:32). Por essa razão, FREUD apenas formalizou algumas recomendações para o início do tratamento.

Para a Psicanálise, a noção de patológico remete à idéia de *sofrimento*, no qual *um sujeito* apresenta-se implicado. O sentido do sintoma não é *único, fixo e literal,* o que implica uma singularidade e heterogeneidade dos sujeitos. O sintoma do paciente não é tomado como um exemplo dos sintomas que se repetem nos indivíduos portadores de uma determinada patologia, mas visto como *ocorrência*. Isto refere-se a um ponto fundamental de distinção do delineamento do

diagnóstico na Medicina e na Psicanálise.

Esta distinção fundamenta-se no sentido que cada clínica atribui à doença e ao sintoma. Para a Medicina, direcionada pela perspectiva positivista de ciência, baseada em experimentação/mensuração, a doença é caracterizada como desvio da norma e o sintoma como algo localizável no funcionamento orgânico. Já a Psicanálise, por meio da inclusão dos processos psíquicos na formação dos sintomas, desarticula uma inferência direta/causal entre sintoma e diagnóstico e toma a noção de patologia como sofrimento, como ocorrência.

Para esta clínica, a causalidade psíquica, ao contrário da clínica médica, procede por uma descontinuidade entre causa e efeito, o que impõe um enfoque do problema à luz dos processos inconscientes, os quais requisitam uma participação ativa do paciente, uma participação de palavras. Essa participação impõe a necessidade das entrevistas preliminares no alçamento da opacidade dos dizeres para além do engano da comunicação. Este procedimento, além do estabelecimento do *diagnóstico diferencial*, busca evitar a interrupção da análise após certo tempo, pelo *questionamento da demanda* e pela *questão da transferência* na

ligação do paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista.

A Psicanálise, ao tomar o sintoma para além do orgânico, inscreve-o na instância simbólica da linguagem. Inicialmente, FREUD, a partir de seus estudos das afasias, refere-se a efeitos sobredeterminados do aparelho de linguagem, que implicam a divisão do sujeito e, consequentemente, o conceito de inconsciente. LACAN, posteriormente, a partir da sua releitura de SAUSSURE, baseia seus estudos na proposta de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem.

Assim, os sentidos desta clínica muito têm a oferecer à clínica fonoaudiológica, não somente pelas teorizações de funcionamento de linguagem e de sujeito da proposta lacaniana[14], mas também como um lugar propício para a Fonoaudiologia pensar as suas questões clínicas, apesar da diferença de objetos entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise.

As questões clínicas fonoaudiológicas devem pautar-se no caráter de heterogeneidade e imprevisibilidade dos sintomas de linguagem, o que implica uma interpretação outra para além da

[14] Questões que serão vistas no Capítulo 3.

descrição de sintomas predeterminados/normativizados. Uma interpretação que toma a linguagem em sua condição de subjetividade e, no entanto, que necessita de um certo tempo destinado à observação para análise dos processos discursivos desviantes na efetivação de um diagnóstico.

É preciso que a Fonoaudiologia estabeleça uma outra forma de relação com o seu objeto, a linguagem e suas perturbações, que não seja em uma remissão direta apreensível somente em sua corporalidade (funcionamento do corpo). Uma corporalidade tomada pela configuração de um olhar, mas, ao contrário, uma linguagem que tem uma instância simbólica e que necessita de uma escuta. Não uma escuta analítica dos processos inconscientes, mas uma escuta fonoaudiológica que toma a linguagem como lugar de inscrição do sintoma.

Capítulo 2:

A Clínica Fonoaudiológica Clássica:

Uma Submissão da Linguagem ao Funcionamento Cerebral

Neste capítulo, passo a circunscrever a clínica fonoaudiológica clássica que toma uma forma de clínica positivista na relação com seu objeto - *a linguagem e suas perturbações*. Para referir esta clínica, tomo a questão das afasias como um lugar propício à reflexão por ser esta uma perturbação que tem um caráter orgânico (lesão cerebral) e outro simbólico (perturbação da linguagem). As afasias marcam presença na clínica fonoaudiológica e o seu estudo foi de grande interesse à Medicina, à Lingüística e à Psicanálise.

À Medicina (Neurologia) interessou o conhecimento dos sintomas afásicos como indícios do funcionamento cerebral; à JAKOBSON, no âmbito da Lingüística Estrutural, interessaram as

manifestações patológicas de linguagem e à Psicanálise, os discursos patológicos dos afásicos foram de grande interesse nos estudos iniciais de FREUD, os quais o levaram a teorizações sobre aparelho de linguagem e posteriormente sobre aparelho psíquico. Por esta razão, as afasias são um marco importante e o conhecimento de suas manifestações tem sido, ao longo do tempo, tomado como sustentáculo de algumas áreas de conhecimento.

A afasia é um termo médico que faz presença na clínica fonoaudiológica. Esse termo, remetido à tipologia médica, é definido como um distúrbio da linguagem adquirida em conseqüência de lesão cerebral, mais especificamente nas áreas cerebrais responsáveis pelo *comando motor da fala* ou pela *compreensão das palavras faladas*.

O percurso terminológico da afasia é marcado pelo discurso localizacionista que correlaciona lesão cerebral e sintoma de linguagem. Esta tendência localizacionista teve como precursores os trabalhos de BROCA e WERNICKE[15]. Os estudos de BROCA, iniciados à época dos primeiros experimentos de investigações em cadáveres, o levaram à

[15] Ainda que antecedidos, no início do século XIX, por GALL, BOUILLAUD e DAX.

determinação da terceira circunvolução frontal esquerda como a área da faculdade da linguagem articulada, conhecida como "Área de Broca" (1861). Desde então, Broca passou a apresentar inúmeros casos clínicos caracterizados por estudos anátomo-clínicos nos quais assinalou perda da capacidade de articulação das palavras, uma perturbação na produção da linguagem.

Por outro lado, em 1874, WERNICKE direcionou seus estudos à problemática da perda da compreensão da linguagem. Em seus trabalhos confirma que a parte anterior do cérebro era responsável pelos movimentos, como apontado anteriormente por Broca, e a parte posterior pelas impressões sensoriais. O autor localizou a primeira circunvolução temporal esquerda como a área auditiva da fala e apontou que, uma vez lesionada, acarretaria perda de compreensão da linguagem. WERNICKE designou o termo "afasia sensorial" para essa perturbação e "afasia motora" para os achados de BROCA. Para estabelecer uma distinção entre esses dois tipos, o autor refere-se a uma diferenciação na configuração dos sintomas pertinentes a cada um. Na afasia motora há pouca fala, mas a compreensão da linguagem é apropriada e na afasia sensorial há grande quantidade de fala,

mas inapropriada e a sua compreensão está prejudicada.

Para BROCA, os fundamentos da fala constituem-se de: uma "idéia" cuja perda chamou de alogia; uma "conexão e uma convenção, estabelecidas entre a idéia e a palavra" cuja perda chamou de amnésia verbal; a "arte de combinar os movimentos dos órgãos articulatórios para determinada palavra", cuja perda seria a afemia (termo que TROUSSEAU substituiu por afasia em 1864) e a "função muscular dos órgãos da articulação", cuja perda chamou de alalia mecânica.

Estes estudos ganharam notoriedade na abordagem médica da afasia. Estudos que, direcionados pela perspectiva positivista de ciência, baseada em experimentação/mensuração, foram propiciados pela idéia de que para todo sintoma de linguagem deveria haver uma correlação anatômica cerebral.

É nesta concepção que os profissionais que lidam com a afasia, afasiologistas e fonoaudiólogos, têm buscado, tradicionalmente, entender e descrever tal quadro nosológico dentro de uma abordagem organicista, considerando-o na perspectiva de uma relação de causalidade direta entre lesão

cerebral e sintoma de linguagem. Como aponta SPINELLI, *"os primeiros estudos de afásicos calcados na anátomo-patologia marcam até hoje a concepção médica biologizante acerca da linguagem: ela é produto da anatomia e da fisiologia"* (1997: 24).

Com uma assumida convicção de causalidade direta lesão/sintoma, os afasiologistas e os fonoaudiólogos, empreenderam-se na premissa de uma correlação direta entre cérebro/linguagem. A linguagem é circunscrita a um centro motor e a um centro sensorial estabelecidos a partir de uma correlação direta e causal entre lesão (interno) e sintoma (externo).

É neste empreendimento que a afasia constituiu-se como alvo de muito interesse para a área médica e os seus sintomas foram, ao longo do tempo, muito bem definidos**.** Como afirma ORTIZ (1997), o fenômeno da afasia é muito antigo e praticamente a totalidade dos seus sintomas foi descrita muito antes do século XX. Porém, a grande quantidade de indivíduos lesionados cerebrais com problemas de fala e linguagem entre os sobreviventes à Segunda Guerra Mundial obrigou a sociedade do pós-guerra a organizar atividades de reabilitação dos lesados, estando os afásicos em um lugar preponderante. Uma resposta imediata a esse fato foi a publicação de um vasto número de

tratados sobre a afasia e sua avaliação. Quanto à avaliação de pacientes afásicos, observou-se a elaboração de um grande número de testes-padrão, os quais constituem um procedimento avaliativo muito usado na clínica fonoaudiológica clássica para avaliação do comportamento lingüístico.

Historicamente, os testes-padrão foram criados com o intuito de obter a localização de lesões cerebrais. Os sintomas de linguagem são tomados para inferir à área lesada e são a esta relacionados. Ainda que alguns fonoaudiólogos busquem avaliar sujeitos afásicos pautados em teorizações neuropsicológicas que ressaltam o plano mental como intermediador do cérebro/linguagem, o objetivo primeiro, de inferir a área lesada, não é abolido de suas testagens. Isto aparece claramente nos dizeres de KAGAN & SALING ao se referirem à abordagem de Luria manifesta no procedimento de avaliação:

> *"Os princípios básicos de sua abordagem analítica são aplicáveis, seja qual for o propósito da investigação neuropsicológica. Por exemplo,* ***um fonoaudiólogo pode estar interessado na localização do dano e no entendimento da natureza do problema primário*** *que está por trás do distúrbio de linguagem de um indivíduo. Um neurolingüista pode estar interessado em*

relacionar estágios de codificação e decodificação a áreas diferentes do cérebro [...] ***Ambos, no entanto, precisam descobrir o problema primário que relaciona dano cerebral à sintomatologia clínica"*** (1997:49) (ênfases minhas).

A abordagem neuropsicológica de Luria à organização cerebral da atividade mental foi influenciada pelos ensinamentos de PAVLOV e VYGOTSKY. A organização cerebral das funções mentais superiores, proposta por LURIA, refere-se a uma tentativa de resolver o conflito entre a visão mecanicista da localização cerebral e a visão integral ou holística, a qual sugere que a função mental deveria ser concebida globalmente e considerada como um produto do funcionamento do córtex inteiro.

Por um lado, LURIA acreditava ser necessário abolir a idéia de que processos mentais complexos pudessem ser localizados em uma única área focal do cérebro e, por outro, que tais atividades envolvessem o cérebro inteiro de um modo indiferenciado. Para tanto, LURIA dividiu o cérebro em três unidades sob bases estrutural-funcionais, sendo que cada unidade foi subdividida em zonas corticais hierárquicas (primária, secundária e terciária). A unidade I é constituída pelo tronco

cerebral e sistema límbico, a unidade II pelos lóbulos occipital, temporal e parietal, e a III pelos lóbulos frontais.

UNIDADES

I	II	III
Controle do tônus, vigília e estado mental.	Recepção, análise e armazenamento de informações.	Programação, controle e verificação de atividade.

ZONAS

Primária: Recebe ou envia impulsos para a periferia.
Secundária: Processa informações que entram ou prepara programas para a ação.
Terciária: Responsável pela participação integrativa de muitas áreas.

As funções mentais superiores são conceituadas como sistemas funcionais de composição extremamente complexa, requerendo a cooperação de muitas partes diferentes do cérebro. Assim, *"Ao tentar localizar sistemas funcionais, como a linguagem expressiva, por exemplo,* ***a tarefa é identificar as diversas áreas focais do cérebro que contribuem especificamente para o sistema funcional como um todo"*** (KAGAN & SALING, 1997:20) (ênfase minha).

A correlação causal cérebro/linguagem é mantida nesta concepção, pois LURIA não se afasta da relação entre lesão cerebral e um tipo particular de sintoma. Há uma mesma

abordagem localizacionista cérebro/linguagem. O autor apenas teoriza sobre o cognitivo como intermediador do funcionamento cerebral e funcionamento lingüístico, o que, de certa forma, é uma questão presente em todas as propostas de testes-padrão, ainda que implicitamente.

Vários são os testes-padrão para avaliação de sujeitos afásicos, entre os quais *o Teste Minnesota para o Diagnóstico Diferencial da Afasia*, proposto por HILDRED SCHEULL (1948/1955/1965); *Eisenson's Examining for Aphasia*, de EISENSON (1954); *Language Modalities Test for Aphasia*, de WEPMAN & JONES (1961); *Functional Communication Profile*, de MARTHA TAYLOR SARNO (1972); *Teste de Boston para Avaliação Diagnóstica da Afasia*, elaborado por GOODGLASS e KAPLAN (1972/1983); *Teste Rio de Janeiro de Reabilitação das Afasias*, proposto por JAKUBOVICZ (1996) e testes que se baseiam na *Abordagem Neuropsicológica de Luria.*

Estes testes de avaliação das afasias constituem-se em procedimentos avaliativos de caráter descritivo que, além de objetivar a localização topográfica da lesão cerebral, estabelecem critérios de classificação das afasias. Esses critérios partem de

conhecimentos anátomo - fisiológicos do sistema nervoso central e do uso empírico da linguagem para localização cerebral da área lesada. Os sintomas afásicos são classificados de acordo com uma divisão da capacidade comunicativa em compreensão/expressão e falta/desvio de linguagem.

Os testes-padrão são constituídos por atividades metalingüísticas e os resultados submetidos a uma leitura estatística. O critério de avaliação do tipo de afasia é baseado no sucesso ou insucesso do afásico em uma ou mais destas atividades. Com o intuito de ilustrar o conteúdo dos testes, apresento algumas atividades mais usuais propostas ao afásico como representativas da maioria das baterias de testes:

1. Discriminação de palavras pareadas por traços distintivos mínimos (pato/bato, mão/pão, inferno/inverno etc.);
2. Repetição de fonemas, palavras monossilábicas, palavras de extensão maior, frases e parágrafos lidos pelo examinador;
3. Soletração de palavras;
4. Emissão oral e escrita de *"linguagem automática"* em séries como: alfabeto, números, dias da semana e meses do ano;
5. Emissão de *"linguagem coloquial"* no que se refere à

habilidade de cumprimentar pessoas, referir dados biográficos (próprio nome, idade, profissão etc.) e informar sobre como está o tempo e sobre preferências pessoais;

6. Formação de palavras a partir de fonemas iniciais;
7. Formação de frases a partir de palavras fornecidas pelo examinador;
8. Completar frases a partir de proposições dadas pelo examinador;
9. Denominação de palavras (oral ou escrita) a partir de objetos concretos, figuras e fotos apresentadas pelo examinador;
10. Reconhecimento auditivo e visual de letras, palavras e frases emitidas pelo examinador;
11. Definição de palavras oferecidas pelo examinador;
12. Descrição de quadros a partir de figuras apresentadas pelo examinador;
13. Compreensão de antônimos e de flexões em gênero, número e grau;
14. Compreensão de conceitos opostos e conceitos espaciais;
15. Compreensão de conceitos sintáticos (artigos, pronomes, tempos verbais etc.);

16. Leitura em voz alta de letras, sílabas, rótulos, palavras, frases e parágrafos;
17. Compreensão de leitura silenciosa de parágrafos e/ou pequenos textos;
18. Reconhecimento e reprodução de formas geométricas;
19. Cópia de letras, números, palavras, frases e parágrafos;
20. Ditado de letras, palavras e frases;
21. Nomeação escrita;
22. Escrita espontânea;
23. Capacidade de estruturar sintaticamente as suas expressões escritas;
24. Capacidade de manipular dinheiro e marcar horas no relógio;
25. Realização de operações matemáticas (adição, subtração, multiplicação e divisão) e problemas matemáticos.

Os testes são divididos em linguagem oral e linguagem escrita, o que mostra uma visão de modalidades diferentes de linguagem (oral/escrita). O conteúdo dos testes-padrão apoia-se basicamente em duas referências. A primeira, direcionada à Lingüística estruturalista tradicional, busca os desvios na comunicação oral e/ou escrita em relação às regularidades do

sistema da língua e está restrita às palavras e frases. A análise dos dados baseia-se na descrição de erros em uma visão normativa. Como exemplo, tomo uma análise feita por JAKUBOVICZ (1996) da escrita de um afásico submetido a um ditado, no qual, devendo escrever: *'Durante as férias muita gente gosta de viajar para as montanhas'*, ao fazê-lo, escreveu: *'Terminada as férias muita gente gosta de variar para lontanhas'*.

> *"Pode-se verificar que durante foi trocado por terminada, que a palavra viajar foi trocada por variar, que na palavra montanha houve uma troca de fonemas (M/L) e que o artigo /AS/ foi omitido. O que se observa é que não aconteceram erros distanciados demasiadamente da realidade lingüística"* (op.cit.:7).

A segunda referência dos testes-padrão diz respeito ao que é da ordem do cognitivo/perceptual, e estão em cena os processos cognitivos como: atenção, memória, discriminação visual e auditiva, organização temporal e espacial entre outros. Esse compromisso com o cognitivo/perceptual tem sido referenciado pela idéia de que <u>a linguagem pode ser transmitida à medida que o sujeito se apresente como um organismo dotado de capacidades</u>

perceptuais e cognitivas[16]. Há uma preocupação central com o que responde pela possibilidade de acesso ao material lingüístico[17], pois grande parte da avaliação concentra-se em testar a percepção auditiva/visual.

Nesta concepção, as atividades propostas ao afásico são fundamentais para o diagnóstico das afasias, na busca de visibilidade dos sintomas apresentados. Desde o início dos estudos afasiológicos houve necessidade de se conhecerem amplamente as suas manifestações sintomáticas, as quais propiciaram o surgimento de um grande número de definições dos quadros e taxonomias. As definições mais comumente encontradas na literatura clássica da afasia são: anomia, estereotipia, jargão, agramatismo, parafasia e neologismo. Passo a descrevê-las.

Anomia: inabilidade para denominar objetos mostrados à pessoa. Nos distúrbios afásicos, vias de regra, são encontradas duas variedades de anomia quando o estímulo é apresentado:

[16] A esse respeito, remeto a leitor ao texto de ANDRADE (2000).

[17] A exemplo disso, a proposta terapêutica de SCHUELL, conhecida como "Abordagem de Estimulação Auditiva", parte do princípio de que em todos os tipos de afasia sempre há déficit nos processos auditivos, resultando na recepção dos estímulos verbais de forma reduzida.

ausência de emissão do nome do objeto ou a presença de nomeação incorreta. No primeiro grupo, o paciente pode até oferecer explicações e descrições (ainda que por gestos) sobre o objeto, mas não consegue nomeá-lo. No segundo grupo, o paciente emite um outro nome para designar o objeto. Essa inabilidade de nomear corretamente os objetos é comumente encontrada entre os pacientes afásicos, os quais, por exemplo, ao terem que nomear "tapete", dizem "mesa", para "sapato" dizem "meia", para "banheiro" dizem "quarto", para "lápis" dizem "caderno", e assim por diante.

A designação de um objeto por outro pode implicar, na concepção clássica, uma distorção perceptual. O paciente apresenta falhas na percepção do objeto, o que pode ser avaliado a partir de estratégias como mostrar ao paciente várias possibilidades de nomes para que escolha o correto ou pedir para parear figuras como lápis com o nome lápis, caderno com o nome caderno. Não havendo a distorção perceptual, é constatado apenas que há uma incapacidade de nomeação.

Estereotipia: o paciente tenta comunicar-se e emite apenas repetições perseverativas e involuntárias de uma

determinada palavra ou expressão conhecida ou mesmo sem sentido. BAUDELAIRE, que quando ficou afásico somente conseguia dizer "cre nom" e o paciente de BROCA que somente podia dizer "tan tan", são exemplares de estereotipias.

Jargão: refere-se a uma produção verbal sem uma identificação precisa. É uma emissão sem significado lingüístico, perfeitamente articulada, num ritmo extremamente rápido que pode ser encontrado não somente na fala espontânea, mas também na denominação de figuras e objetos, na descrição de gravuras e em narrativas. A presença de jargões implica características como: a fluência verbal sem problemas apráxicos nem articulatórios, a espontaneidade verbal sem demora em responder ou iniciar a fala e o ritmo de fala mais rápido que o normal. Por um lado, pode ser encontrado jargão caracterizado pela emissão de termos incomuns na língua, mas que parecem ter uma certa organização sintática, como por exemplo: "As pachetas que se fradam aqui em jadizam são entorques gambiadas". Por outro lado, pode ser encontrado um conjunto de palavras usadas constantemente, mas sendo

empregadas de forma incompreensível e incoerente, por exemplo, “O bom é velho de Deus servindo à suas pessoas”.

Agramatismo: alterações na estrutura sintática, caracterizada pela omissão de elementos gramaticais. As dificuldades na organização da estrutura sintática implicam a presença de sentenças incompletas, conhecidas como “estilo telegráfico”. Algumas dificuldades encontradas podem envolver: omissão ou troca de artigos, preposições e pronomes pessoais; inversão da subordinação e da coordenação sintática; emprego constante de verbos no infinitivo; perda da distinção entre as várias formas da flexão gramatical, entre outras.

Parafasias: refere-se ao emprego de um nome inapropriado, mas ainda assim há a presença de uma palavra de certa forma relacionada com o nome correto. Há basicamente três tipos de parafasias: parafasia fonética, quando há distorção na produção dos fonemas; parafasia fonêmica, quando há trocas, omissões, acréscimos de fonemas ou de sílabas e parafasia semântica, quando há troca de um vocábulo por outro, estando os dois relacionados semanticamente.

Na parafasia fonética, acredita-se que o paciente escolhe mal

o gesto motor, acarretando dificuldades em iniciar o fonema e executá-lo devido à hipotonia dos órgãos articulatórios. Como exemplo temos: troca de fonemas sonoros por surdos, como: bato/pato, dado/tato, ou fonemas nasais por orais, como: mão/pao, balão/balao. Na parafasia fonêmica, há uma má seleção na série de fonemas ou sílabas, deformando a estrutura literal das palavras. Por exemplo, omissão de gato por ato, sapato por pato, substituição de casa por tasa, computador por compitador, transposição de máquina por mánica, duplicação como macaco por macacoco, de fonemas ou sílabas no início, meio ou final das palavras. Na parafasia semântica, o paciente emprega um nome no lugar de outro, mas com semelhança conceitual. Por exemplo, troca por proximidade, fósforo por cigarro, troca por oposição, bom por mau, ou troca em uma mesma categoria semântica, morango por cereja.

Neologismo: ocorre quando há presença de seqüências fonêmicas ou grafêmicas que obedecem às regras da língua, mas são incompreendidas, não sendo dicionarizadas. As palavras não têm significação e não têm relação alguma com o objeto apresentado. Por exemplo, bicicleta por bruqueta, caminhão por taiamonte, menino

por mocamano, entendeu por varinedeu e outros.

Toda esta semiologia (anomia, estereotipia, jargão, agramatismo, parafasia e neologismo) está diretamente relacionada ao diagnóstico. É por meio de tais sinais/sintomas que a classificação das afasias se torna possível. Os testes são utilizados para identificar quais modalidades da linguagem estão prejudicadas e delinear o tipo de afasia que o paciente apresenta.

As classificações das afasias, propostas tradicionalmente, podem variar de uma a outra, mas sempre apresentam uma relação unívoca distúrbio lingüístico/lesão cerebral. A base das classificações é o local da lesão. Por isso, o mais comum é a afasia ser subdividida em afasia motora (ou de Broca) e afasia sensorial (ou de Wernicke) ou ainda afasia motora eferente e afasia motora aferente, como proposto por LURIA.

Como exemplo, tomo a classificação utilizada por JAKUBOVICZ & MEIMBERG (1988), a qual divide as afasias em três grupos: afasias de expressão (anartria pura, afasia de Broca, afasia transcortical motora e agrafia pura), afasias de compreensão (surdez verbal pura, cegueira verbal pura, afasia de Wernicke e afasia

transcortical sensorial) e afasias de compreensão e expressão (afasia de condução e anomia). É uma classificação sempre subsidiada pela inferência causal cérebro/linguagem.

Esta relação inferencial é o sustentáculo de uma concepção inata de linguagem. O vínculo causal cérebro/linguagem e a separação da linguagem em produção/compreensão (motor/sensorial), remetida à dicotomia entre interno (não-observável) e externo (observável), adotados pela clínica clássica, propiciam uma remissão da linguagem ao cérebro como seu centro. Assim, a partir dos sintomas lingüísticos dos pacientes afásicos (observável) supõe-se a existência de um dispositivo inato (não-observável) que seria o responsável pelo funcionamento da linguagem.

O cérebro é tomado como a materialidade desta estrutura inata[18]. Como ilustrativo, tomo os dizeres de JAKUBOVICZ ao aludir à sua proposta de usar o recurso de facilitação para obtenção de respostas do afásico: *"O uso de facilitação funcionaria [...] como um ativador da* ***linguagem "adormecida" no cérebro..."*** (1996:7)(ênfase minha). Ou ainda, referindo-se aos objetivos do teste, a autora

[18] A esse respeito ler FONSECA (1994).

aponta que, ao considerar *"as características específicas da linguagem a ser reestruturada"*, o terapeuta obterá *" a melhor maneira de* ***despertar tal linguagem"*** (JAKUBOVICZ, 1995: 256) (ênfase minha).

Desta forma, assim como o diagnóstico, a possibilidade de estabelecimento de um prognóstico relaciona-se diretamente ao funcionamento cerebral. Os fatores prognósticos considerados de maior relevância são os neurológicos como: localização e extensão da lesão. Como aponta BASSO (1993):

> *"Todos os fatores devem ser considerados conjuntamente, mas podemos afirmar que os fatores individuais têm apenas um papel secundário. Os fatores realmente relevantes são a gravidade inicial do problema (que está intimamente ligada à extensão e à localização da lesão) e a reabilitação"* (op. cit.: 74).

O fechamento de um diagnóstico e prognóstico leva à realização de um planejamento terapêutico anterior ao início do tratamento propriamente dito. O prognóstico é determinado pela idéia de plasticidade cerebral como única condição para a terapêutica. Isso implica uma terapêutica voltada à atividades que possibilitem ao cérebro aprender/reaprender a linguagem perdida.

A possibilidade da linguagem afásica (re)adequar-se ao

padrão de normalidade tem uma relação direta com uma reorganização do funcionamento cerebral. Como ilustração, tomo os dizeres de JAKUBOVICZ (1996) ao relatar o caso de um paciente que, submetido à realização de um ditado, a princípio, erra, mas logo a seguir percebe o seu erro e imediatamente se autocorrige sem nenhuma intervenção da terapeuta.

> *"... A observação de que houve uma autocorreção imediata e sem nenhuma intervenção de fora levou-me à conclusão que as correções internas fazem parte do processo da linguagem desestruturada. A autocorreção indica um* ***nível de funcionamento cerebral ainda em fase de acomodação ou em vias de se normalizar****"* (op. cit.:8)(ênfase minha).

Estas são questões que descrevem a clínica fonoaudiológica clássica e que nos remetem a alguns pontos importantes, sobre os quais passo a discorrer.

O olhar sobre os manuais formais de avaliação das afasias, designados por *testes-padrão*, aponta para uma prática diagnóstica, e, consequentemente, uma terapêutica centradas no modelo de clínica médica, uma *clínica da positividade*. Este modelo de clínica implica uma relação de causa e efeito a qual

possibilita que os sintomas sejam apreendidos diretamente do funcionamento do corpo de forma visível e transparente.

O sintoma de linguagem é uma alteração visível do corpo. Na questão das afasias, o sintoma (perturbação da linguagem) é uma conseqüência de uma lesão cerebral e é definido previamente tendo por base um quadro de referência lesão-sintoma.

A linguagem é tomada como uma propriedade do sujeito, um objeto como outro qualquer que o sujeito tem que saber sobre. Um saber que, como refere DE LEMOS (1991), em relação à linguagem, é algo estranho. A busca de um saber sobre a língua e a linguagem é algo almejado por lingüistas, o que não implica que não saibam a língua ou uma língua.

> *"Falar uma língua é saber essa língua [...] Se já se sabe a língua, se a linguagem já nos põe em movimento, já funciona em nós através dessa língua que se sabe, o que há ainda a saber?"* (op. cit.: 6).

Esta é uma questão que se coloca para a autora também em sua reflexão sobre a linguagem poética[19]. Para DE LEMOS, o saber sobre o funcionamento da linguagem do poeta não faz com que sejamos poetas.

[19] Texto: A Poética: Entre a Fala e a Linguagem (s.d.).

"... O escritor não é capaz de dar uma explicação satisfatória de seu fazer poético nem tem seu valor diminuído por isso: nenhuma clara compreensão do que se passa no fazer poético torna [...] qualquer um de nós poetas"(s.d. : 3).

Desta forma, é importante refletirmos sobre a validade do uso de testes-padrão pautados em atividades metalingüísticas para avaliar a linguagem do afásico, ou melhor, o 'conhecimento' que ele tem da linguagem. A esse respeito acredito ser valioso tomar o relato de um sujeito, que, afásico, passou pela experiência da afasia e de se ver como se fosse uma terceira pessoa observando a si mesmo, como é o caso do escritor português, J. C. PIRES:

"Quando menos espero descubro que alguém se aproxima dele com uma ficha de doente na mão [...] Aponta-lhe a chávena que está em cima da mesa de cabeceira: Que é isto? Pára. Espera, a olhá-lo. A seguir uma esferográfica: E isto? E isto?, pergunta ainda, com uma chave ou outra coisa na mão. [...] Ele percebe que o estão a investigar, por mais anulado que se encontre não se considera tão à margem como isso. [...] Se não o entendiam quando perguntava, esquecia e passava adiante (remetia-se ao seu

horizonte descampado). Mas quando era perguntado [...] entendia ou intuía que o estavam a experimentar em perspicácias ingênuas e com um quê de ridículo. Eram um estendal de desperdícios mais que vistos e sabidos aqueles testes" (1998:36/37).

O uso de testes-padrão aponta para um saber sobre a linguagem e sobre o sujeito (já definido pela doença) que direciona a relação terapêutica a uma posição de saber/não saber advinda de um modelo pedagógico. Esta relação terapêutica apaga do afásico a sua qualidade de sujeito para que se torne um objeto de conhecimento já predeterminado e estabelecido pela história da doença. O sujeito afásico é colocado na posição daquele que não sabe e que são os outros que sabem e devem falar em seu lugar.

Na situação de teste, o examinador se coloca na posição de <u>detentor do saber</u> sobre o sujeito e sobre a linguagem, a qual pretende avaliar, e o sujeito afásico é colocado na posição de quem <u>não sabe</u> e <u>deve responder</u>. Fato esse que por si só pode resultar em um efeito de fracasso ou de silenciamento dos dizeres do afásico. Como explica um sujeito afásico: *" A gente não sabe as palavras e se cala [...] São as pessoas que falam em nosso lugar... Além de*

tudo, quando a gente fala, não é mais como antes... a gente se cala". [20]

As dificuldades lingüísticas dos afásicos só são tomadas na tentativa de generalização/organização dos distúrbios em parâmetros quantitativos de análises comparativas. Não há submissão do fonoaudiólogo aos dizeres do afásico como indícios do efeito do funcionamento de linguagem sobre esse sujeito, ou seja, não há escuta. Esta atitude propicia um assujeitamento do afásico a uma ciência positivista, na qual os sintomas podem ser avaliados/generalizados/classificados.

O sujeito afásico é submetido e definido pela doença. Não há a mínima possibilidade do sujeito ser tomado em sua singularidade. Uma singularidade que implique a sua relação com a linguagem e com a sua própria doença. A esse respeito, considero valioso o depoimento de um afásico que relata suas impressões sobre as atitudes dos médicos [21]: *"... Eu não sinto que eles se interessam por mim como pessoa, com minhas inquietações. Eu sou um belo caso. Eles me perguntam com um tom infantilizado e como se eu estivesse*

---

[20] Depoimento retirado do capítulo A Afasia do Afásico. In: **O Afásico: Convivendo com a Lesão Cerebral**. PONZIO, 1995. p. 16.

[21] Idem.

bêbado [...] São distantes. Têm o olhar frio da ciência". E, em seguida, explica o que sente em um breve exame de linguagem: *"Quando me mostraram um lápis e eu disse casa, eu sou incompreendido.* ***Eu não posso dar o que eles querem: o desempenho"*** (R. A) (ênfase minha).

Por essa razão, a avaliação nada mais é que a especificação de dados imutáveis e previsíveis do funcionamento do corpo e a terapêutica que daí decorre será voltada à supressão dos sinais/sintomas como forma de eliminação do quadro instalado pela patologia. Uma herança das ciências positivistas.

Capítulo 3:

A Clínica Fonoaudiológica e o Compromisso com a Linguagem:

Uma Outra Perspectiva Clínica

A Fonoaudiologia, como vimos no capítulo anterior, inspira-se, tradicionalmente, nos estudos afasiológicos para a elaboração dos procedimentos de avaliação de pacientes afásicos; estudos que implicam uma relação de causalidade direta cérebro/linguagem como sustentáculo das bases neurológicas da linguagem.

Como refere FONSECA (1995), nesta concepção, a relação de causalidade cérebro/linguagem *"não está implicada no sentido de 'afetar' mas, sim, no de 'submeter'"* (op.cit.:80). O funcionamento lingüístico está submetido ao funcionamento cerebral. Desta

forma, na abordagem da afasia, a linguagem não ganha estatuto de lugar privilegiado que permita ao fonoaudiólogo a construção de um dizer sobre os dizeres do paciente. Mas se pensarmos que a própria Medicina reconhece seus limites no atendimento a sujeitos afásicos, podemos abrir caminho a uma outra reflexão.

Se o paciente procura um fonoaudiólogo, é porque ele necessita de uma terapêutica que o médico não pode oferecer. Questão claramente delineada por FONSECA: *"talvez seja o momento de se indagar sobre o porquê não de uma clínica médica da afasia e o porquê sim de uma clínica fonoaudiológica"* (1998:57). O funcionamento cerebral circunscreve o objeto de estudo da Medicina. O médico, atendendo ao compromisso com seu objeto, *"reserva para si mesmo o estabelecer de um diagnóstico e o 'intervir' no cérebro"* (FONSECA, 1995:138).

Por essa razão, a autora, em sua dissertação de mestrado, discute amplamente a questão da causalidade cérebro/linguagem, e aponta, a partir das reflexões de Freud, para a possibilidade de haver <u>implicação</u> entre os domínios cerebral e lingüístico ao invés de submissão. Para ela, a lesão cerebral não pode ser considerada um ' veredicto', uma vez que a linguagem do afásico é passível de modificação.

> *"Se a lesão sempre implica uma limitação, ainda assim, o lingüístico pode se abrir. É no jogo entre dizeres, nas sessões de terapia fonoaudiológica, que se abrem novas possibilidades de dizer. É nesse sentido que, também, se pode afirmar que o lingüístico abre espaços de subjetivação: espaços de dizer e implicar-se nesse dizer"* (FONSECA, 1999:75).

FREUD foi uma peça importante na constituição desta proposição outra para a abordagem das afasias. Esse autor, em discussão que encaminha sobre a afasia, aponta para a ocorrência de sintomas lingüísticos na ausência de lesão cerebral. Este fato desencadeia apontamentos outros que deixam ver a fragilidade da correlação causal e direta lesão/sintoma, a contraposição à idéia de que a linguagem é meramente um 'reflexo cerebral' e abre espaço para discussões acerca da oposição normal/patológico.

Estes apontamentos, os quais, na Fonoaudiologia, foram inaugurados por FONSECA (1995), abrem espaço à reflexão. Espaço que, a meu ver, reclama um dizer por não mais poder retirar da Fonoaudiologia o estatuto de uma clínica de linguagem, e, em conseqüência, uma clínica que deve

circunscrever uma especificidade e uma eficácia terapêutica.

Nesta perspectiva clínica, o diagnóstico da afasia, como realizado na clínica fonoaudiológica clássica, fica restrito a um discurso que *"... se direciona a falar mais do cérebro que da linguagem ou do próprio sujeito"* (VIEIRA, 1997:54). O sujeito afásico, constituído na e pela linguagem, é apagado, reduzido a uma limitação orgânica que impede o seu desempenho como falante de uma língua. Este fato relaciona-se à constituição dos testes-padrão em uma perspectiva de conhecimento objetivo baseado em mensuração/experimentação. Como aponta J. L. ANTUNES:

> *"O conhecimento científico das alterações das funções nervosas superiores obtém-se em regra por interrogatórios exaustivos, secos, monótonos, e recorrendo a testes padronizados, ou seja, perguntas idiotas cientificamente testadas e estatisticamente aferidas"* (op. cit. In: PIRES, 1998:8).

Com o intuito de circunscrever a possibilidade das afasias serem abordadas na avaliação fonoaudiológica como uma questão de linguagem, tomo a seguir as reflexões de JAKOBSON. Reflexões que propiciaram um <u>afastamento da relação de causalidade direta lesão/sintoma e a possibilidade</u>

de tratar a afasia como uma questão de linguagem. Esse autor estabeleceu um compromisso com a "ordem da linguagem" com vistas à autonomia do funcionamento de linguagem.

> *"Se a afasia é uma perturbação da linguagem, como o próprio termo sugere, segue-se daí que toda descrição e classificação das perturbações afásicas devem começar pela questão de saber quais aspectos da linguagem são prejudicados nas diferentes espécies de tal desordem"* (1988:34).

De forma inovadora, JAKOBSON propôs aplicar critérios da lingüística estrutural à interpretação e à classificação das afasias, sendo essas discutidas à luz de uma teoria de funcionamento da linguagem. Funcionamento esse que implica o duplo corte da linguagem referido por SAUSSURE e que JAKOBSON insiste como sendo uma bipolaridade que envolve dois modos de arranjo que organizam as entidades lingüísticas nos *eixos da seleção* e *da combinação.* Para falar é preciso efetuar duas séries de operações simultâneas: de um lado, selecionar um certo número de unidades lingüísticas no léxico e, por outro, combinar as unidades lingüísticas escolhidas. Assim, a *seleção*, que supõe a

escolha de um termo entre outros, implica uma possibilidade de substituição dos termos entre si e a *combinação* remete à relação de contigüidade dos elementos significativos entre si.

O eixo da seleção (eixo paradigmático) e eixo da combinação (eixo sintagmático) cortam a linguagem em sua totalidade. Essa distinção primeiramente foi operacionalizada por SAUSSURE entre língua e fala. Na medida em que as duas dimensões participam da linguagem, cada uma opera segundo um dos dois eixos. O eixo das seleções diz respeito ao sistema da língua como escolha lexical e o eixo das combinações está ligado à fala como utilização dos termos lexicais escolhidos.

Desta forma, para JAKOBSON, na estrutura da linguagem, os termos encontram-se associados por *similitude* ou por *contigüidade.* Essa proposição levou o autor à discriminação de dois grandes tipos de afasia, de acordo com o tipo de processo que esteja deteriorado: de seleção/similitude ou de combinação/contigüidade. No caso da deterioração da linguagem incidir sobre a seleção, o afásico encontra dificuldade em encontrar palavras. No lugar da palavra procurada utiliza uma outra que se encontra (em oposição à primeira) em uma relação de

contigüidade. Inversamente, quando é a combinação que está dificultada, o afásico procede por *similitude*. São possibilidades patológicas da linguagem que evidenciam uma propriedade específica do discurso que se desdobra de acordo com dois tipos de operações, as *operações metafóricas,* que implicam o eixo das seleções, e as *operações metonímicas*, que implicam o eixo das combinações.

O discurso pode desenvolver-se ao longo de duas linhas semânticas diferentes: um tema leva a outro, quer por similaridade, quer por contigüidade. Assim, pode-se falar em processo metafórico no primeiro caso, e de processo metonímico no segundo caso.

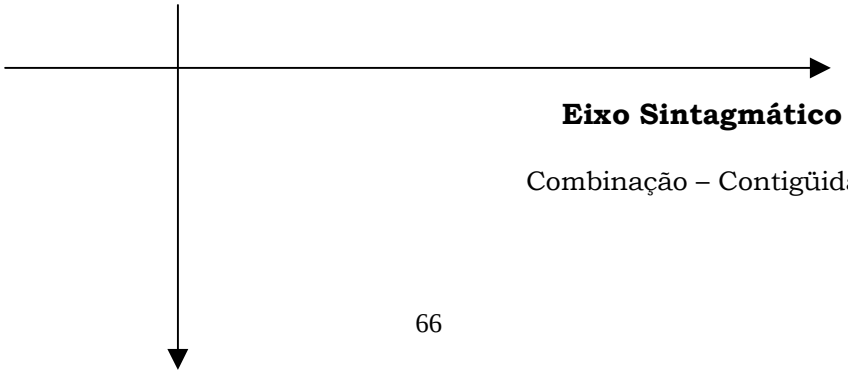
JAKOBSON, ao teorizar sobre os processos metafórico/metonímico, dá um passo para além do orgânico e na direção da singularidade que marca a relação do falante com a língua. Para SAUSURE, o seu objeto é a língua enquanto sistema e não seu modo de funcionamento na fala individual e em diferentes tipos de discurso. JAKOBSON avança em relação ao estruturalismo saussureano no sentido de incluir o falante no funcionamento da língua.

O uso de figuras de linguagem para nomear esse duplo caráter da linguagem foi o movimento de significação também

responsável pela ruptura da significação estável que faz da interpretação uma antecipação e da referência uma correspondência do enunciado com estados de coisas no mundo. Para além da significação estável, os processos metafórico e metonímico avançam no entendimento de seu papel de leis de composição interna da linguagem. Composição que tanto pode propiciar acertos como o que é da ordem do equívoco, do inesperado. As *faltas/falhas* também são colocadas em cena como possibilidades de linguagem.

3.1. Os Processos Metafóricos e Metonímicos

De acordo com as reflexões de JAKOBSON, tomar a linguagem a partir de leis de composição interna implica que o funcionamento de linguagem nos sujeitos (patológicos ou não) consiste em um deslizar pelos dois eixos, *paradigmático* (eixo da língua) e *sintagmático* (eixo da fala).



Eixo Sintagmático – Eixo da fala

Combinação – Contigüidade - Metonímia

Ex.: A menina caiu da cama.
A Maria caiu da cama.
O João caiu da cama.

Eixo Paradigmático – Eixo da Língua

Seleção – Similitude - Metáfora

Há um eixo de seleção das unidades da língua, no qual uma palavra substitui outra por similaridade (metafórico) e outro de combinação das unidades da língua, em que duas palavras mantêm uma relação de contigüidade (metonímico). No eixo metonímico ou sintagmático, as unidades lingüísticas vão desde as unidades menores, *os fonemas*, até as unidades maiores, *as sentenças* ou contextos ainda maiores do que a sentença, o que faz desse eixo uma organização linear de elementos dispostos uns após os outros. Por exemplo, na sentença: "*A Maria caiu da cama*", cada palavra é composta de unidades menores, como em */ M/*, */a/*, */r/*, */i/*, */a/*, que, por sua vez, como palavra se une a outras palavras formando uma seqüência significativa.

No entanto, as unidades que se combinam no eixo metonímico são substituíveis, pertencem a um elenco de elementos, semelhantes ou equivalentes entre si, os quais podem ocupar a mesma posição. Por exemplo, na palavra */cama/*, o fonema */c/* poderia ser substituído por */d/*, e

assim teríamos */dama/*, ou por */f/*, e teríamos */fama/*, sendo que essas substituições vão mudando o contexto significativo. As substituições também podem ocorrer com as sentenças sem alterar o contexto significativo. Desse modo, *"menina caiu"* poderia ser substituído por */garota/ /caiu/*, ou */menina/ /escorregou/* e assim por diante. Por essa razão, no eixo metafórico podemos dizer que os elementos se associam por ausência e no eixo metonímico, os elementos se combinam em presença, *um de cada vez*.

Estes dois eixos de funcionamento da linguagem atuam ao mesmo tempo, de forma solidária. No entanto, é possível reconhecer algumas formas peculiares de funcionamento em que há projeção de um eixo sobre o outro, como é o caso da poesia e da prosa. Na poesia há uma projeção metafórica, e na prosa, uma projeção metonímica. Uma peculiaridade que também incide sobre a linguagem afásica.

Esta concepção estrutural de funcionamento da linguagem propicia que as afasias sejam abordadas a partir de um outro prisma. As produções desviantes inerentes aos dizeres de sujeitos afásicos representam uma forma peculiar de funcionamento da linguagem com o predomínio de um

eixo sobre o outro. Por esta razão, JAKOBSON afirmou a existência de dois grandes tipos de afasia: *afasia por dificuldade em seleção/substituição*, um predomínio do eixo metonímico, e *afasia por dificuldade em combinação*, um predomínio do eixo metafórico. É importante ressaltar, aqui, que predomínio não significa que um eixo encontra-se preservado e o outro comprometido, mas que há projeção de um eixo sobre o outro, apesar da atuação simultânea dos dois eixos.

É uma concepção estrutural de funcionamento de linguagem que propicia à clínica fonoaudiológica uma forma alternativa de análise de dados dos dizeres dos sujeitos afásicos, como mostro a seguir.

O predomínio do eixo metafórico ou do eixo metonímico é ilustrado a seguir a partir de segmentos de sessões de terapia fonoaudiológica[22]. As transcrições foram realizadas em ortografia regular e as reticências são usadas para marcar as pausas. Os dizeres do terapeuta estarão em letras romanas e dos pacientes em itálicas. Os terapeutas são identificados por (T) e os pacientes pela letra inicial de seus nomes (P) e (O).

[22] Sessões realizadas na Santa Casa de Misericórdia. Os dados transcritos pertencem ao Banco de Dados do Laboratório de Observação de Linguagem do Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia da PUC-SP.

O predomínio do eixo metafórico sobre o metonímico é apresentado nos dizeres do paciente (P). Eles caracterizam-se por uma dificuldade de deslizamento no eixo metonímico e uma parada no eixo metafórico. A análise clássica das afasias talvez afirmasse que os dizeres desse sujeito afásico são desconexos, fragmentados e agramaticais, devido à grande incidência de *anomias, parafasias e neologismos*.

Segmento 1:

1-(T) – Pedro Sérgio.
2-(P) – Pedro Sérgio.
3-(T) – Do que mesmo? (a terapeuta olha para um papel colocado na mesa).
4-(P) – (O seu Pedro olha para o papel colocado na mesa).
5-(T) – Pedro.
6-(P) – Pedro Sérgio é...é má..
7-(T) – Pedro Sérgio, como é que é o nome inteiro?
8-(P) – É.
9-(T) – Morê…
10- (P) – Mê, Mê, é dé, bé.
11- (T) – Morê…
12- (P) – Moreira (aponta para o papel na mesa com o polegar da mão esquerda).
13-(T) – Fi…
18- (P) – Filho, Filho.

No segmento *6- (Pedro Sérgio é...é má)*, o paciente, impedido de deslizar metonimicamente, efetua uma condensação do significante Moreira (má) e no segmento *10- (Mê, Mê),* uma

condensação de *Morê* (anteriormente dito pela terapeuta) e um movimento de abertura *(é dé, bé)* que parece migrar de *Sérgio* (também dito anteriormente pela terapeuta). Vale salientar que a condensação[23] ocorre como um mecanismo metafórico, uma substituição significante, que funde os elementos entre si.

Segmento 2:

1-(T) – Quin...
2-(P) – Quintal.
3-(T) – (riso).
4-(P) – (riso).
5- (T) – Quintal não, quin.
6- (P) – Quintal, quin, quitá é.
7- (T) – Quindim.
8- (P) – Quital.
9- (T) – Quindim.
10-(P) – É pá, rá, lá.
11-(T) – Lembra esse docinho aqui de ovo.
12-(P) – É, é.
13- (T) – Quindim fala.
14-(P) – Tabiu, quidiu, quidiu ó.
15-(T) – Quindim.
16- (P) – Quindiu.

O paciente, ao dizer o vocábulo solicitado, efetua substituições metafóricas a partir do dito da terapeuta, como nos mostram os

[23] A condensação (dos sonhos) nas proposições de FREUD refere-se a elementos latentes que, por apresentarem características em comum, irão fundir-se entre si. Todos estarão representados no nível manifesto por um único elemento.

segmentos *2, 6 e 8*. Logo a seguir, o paciente inicia um movimento de deslocamento metonimicamente metafórico *14-(Tabiu, quidiu até quindiu)*.

Segmento 3:

1-(T) – Mê.

2-(P) – Meia.

3-(T) – Meia, não.

4-(P) – (Olha para a figura, apertando os olhos).

5-(T) – Meren…

6-(P) – Merá, meia.

7-(T) – Merengue.

8-(P) – Milangue.

9-(T) – De morango.

10-(P) – Moran, morando.

11-(T)- Merengue de morango, olha que delícia!

O paciente, aqui, também apresenta, substituições significantes caracterizadas por proximidade metafórica *(meia, merá, milangue, moran, morando)* como nos mostram os segmentos *2, 6, 8 e 10.*

Segmento 4:

1-(T) – Sr. Pedro, faz um favor pra mim, pega essa caneta que tá aí em cima.

2-(P) – (O Sr. P. pega a caneta da mesa).

3-(T) – Como é o nome disso aqui?

4-(P) – Ah.

5-(T) – Qual que é o nome?

6-(P) – É lá, é paneta.

7-(T) – Como?

8-(P) – Paneta.

9-(T)- Paneta.

10- (P) – (riso).

11- (T) – Paneta, põe a paneta lá pra mim, é paneta o nome disso.

12- (P) – Que, é pá, rá, um.

13- (T) – É paneta.

14-(P) – Não, não (começa a dizer palavras baixinho, como se tentasse lembrar das palavras).

15-(T) – Paneta.

16-(P) – Não é.

17-(T) – Cá...

18- (P) – Caneta.

O paciente, ao tentar nomear *caneta*, substitui um significante por um outro significante, em uma relação de similaridade. É efetuada a substituição de *caneta* por *paneta* e no segmento *12- (... é pá, rá...)* a substituição continua de *pá* por *rá* na tentativa de deslocamento ao significante mais apropriado. Uma substituição que a terapeuta restringe de imediato: *17- (Cá...)*.

Vale ressaltar, aqui, que, como nos diz DOR, a *"substituição entre dois termos efetua-se, na maioria das vezes, com a ajuda de uma similaridade semântica ou de uma similaridade homofônica"* (1992:51). A apresentação acima, do segmento *1* ao *4*, parece implicar uma similaridade homofônica, diferentemente de similaridades semânticas, nas quais ocorreriam fatos desviantes como: *morango por cereja, tapete por sofá, banheiro por cozinha* e outros. Essas substituições, na

análise clássica das afasias, recebem a designação de parafasias.

Por outro lado, a exemplo do predomínio do eixo metonímico sobre o eixo metafórico, apresento a seguir os dizeres da paciente (O). Estes, por caracterizarem-se pelo predomínio do eixo metonímico sobre o metafórico, remetem a dificuldades de contenção dos dizeres, o que propicia uma abertura (ampliação) a uma grande variedade de sentidos. Na análise clássica das afasias, esses dizeres seriam tomados como característicos de *agramatismo*, *parafasias* e *neologismos* em uma análise segmentada de cada palavra ou frase.

Segmento 1:

1-(T) – E a casa que a senhora vai morar lá na casa do Amilton, não tá pronta?

2-(O) – É não, é dele também, é bem perto, é bom de ... é bébu, bébu, é bom.

3-(T) – Falta o que fazê?

4-(O) – Tá terceira, tenê, ... casa, a cor dele.

5-(T) – Que que tá faltando fazer na casa pra senhora morar?

6-(O) – A sa cabei de bacu fuzera (aponta com o dedo indicador esquerdo para o teto) vai dá jeito ainda, um eichinho, um eichinho.

7-(T) – Só falta um pedacinho?

8-(O) – É (balança a cabeça pra frente e pra trás como se afirmasse algo) eu gosta muito de lá.

9-(T) – É laje que falta?

10-(O) – É, é todo chalê que baixo (aponta o dedo indicador esquerdo para o teto) que fica aqui embaixo.

11-(T) - E o que tem na casa?

12-(O) – Qual mesmo?

13-(T) – A casa que a senhora vai morar, um quarto...

14-(O) – É. Um quarto, dezoito grande, duas salas...

15-(T) – Duas salas?

16-(O) – Dois, dois.

17-(T) – Banheiro...

18-(O) – Sim... duas, como é?

19-(T) – Dois banheiros?

20-(O) – É.

21-(T) – Mas só pra casa só pra senhora?

22-(O) – A outra vez, a outra vai morá lá, a outra também.

23-(T) – Ah, a outra menina, sua filha.

24-(O) – É, é, graças a Deus tô tão é sacrifício.

25-(T) – Tá fazendo sacrifício?

26-(O) – É o homem ajudou hoje ela vem pra aí, esteve lá não foi, não foi trabalhá, amanhã vai passando aí (com o dedo indicador esquerdo, aponta em diversas direções da sala).

Segmento 2:

1-(T) – Essa é a Neide, ela tava grávida aqui?

2-(O) – Tá

3-(T) – Tava?

4-(O) – É, é , tava não, tá gorda, tá bem mais, aquenta mais aí.

5-(T) – Tá mais gorda?

6-(O) – Gorda, gorda.

7-(T) – Mas é de grávida?

8-(O) – Agora tá, agora ela assim, é gorda, é agora é arama.

9-(T) – Ó aqui é ela tava grávida, e a senhora falô que agora ela tá gorda, mas não tá grávida?

10-(O) – Não, ela tava, nessa é é bom, de bô se via, aqui é porque sabe, que tá assim que dé, dé, déra, agora aqui, ela tava, quê gorda agora mesmo, naquele tempo agora tá cleona dé de mãe, ela falô agora.

Os dizeres dos dois sujeitos afásicos (P) e (O), cada um a seu modo, referem-se a um funcionamento de linguagem peculiar que envolve o deslizamento nos dois eixos: metafórico e metonímico. Um funcionamento que implica uma regularidade.

No primeiro caso (P), os dizeres condensados remetem a um movimento de restrição (fechamento) e, no segundo (O), os dizeres remetem a um movimento de ampliação (abertura). Esse fato implica uma terapêutica discursiva voltada à especificidade de cada um desses movimentos que trazem à cena uma escuta/interpretação fonoaudiológica para além de uma (meta)linguagem gramaticalmente concebida. Uma escuta/interpretação que deve referir-se à *ampliação* ou *contenção* dos dizeres dos sujeitos afásicos.

A análise clássica das afasias, como vimos, tem um compromisso com a descrição e classificação dos sintomas de linguagem a partir de uma concepção normativa. Esta atitude pode implicar uma higienização[24] dos dados, pois os dizeres afásicos são dizeres que fogem à regra. Por essa razão, as reflexões de JAKOBSON muito podem interessar à Fonoaudiologia, uma vez que

[24] Expressão usada por DE LEMOS (1982).

suas teorizações vão exatamente ao encontro desses dizeres, justamente pelas manifestações patológicas da linguagem serem o ponto central das preocupações deste autor.

3.2. O Sujeito no Intervalo dos Significantes

Outra questão importante na abordagem das afasias, além de sua descrição como linguagem em funcionamento a partir do predomínio de um eixo (metafórico/metonímico) sobre o outro, é a noção de sujeito. Para tecer considerações a esse respeito, tomo o conceito de sujeito proposto por LACAN.

O conceito de sujeito, na proposição lacaniana, tem uma relação direta com a primazia do significante. Para LACAN, os processos metafóricos e metonímicos, especialmente o metafórico, mostram o caráter primordial do significante, no sentido em que é tomado como *substituição significante*. Uma substituição que governa os significados, ou seja, os significados extraem a sua coerência da articulação dos significantes. O exemplo dado anteriormente, em que a palavra */c/ama* pode ser alterada para */d/ama* ou */f/ama* conforme a substituição da unidade significante, pode ser ilustrativo de como essa substituição

significante é que movimenta a significação.

No entanto, o sentido que advém das substituições significativas necessita da inclusão do sujeito. Um sujeito no intervalo dos significantes. O significante é o que representa um sujeito para outro significante. Desta forma, o caráter primordial do significante atua em relação ao significado, assim como em relação ao sujeito. A língua determina a fala e predetermina o sujeito sem que esse o saiba. Há uma dominação do sujeito pelo significante, o que representa uma das propriedades mais fundamentais na relação do sujeito com seu discurso. Como refere DOR:

> *"A supremacia do significante se traduz, portanto, eletivamente, por uma dominação do sujeito pelo significante, que o predetermina lá mesmo onde ele descrê escapar a toda determinação de uma linguagem que ele pensa controlar"* (1991:45).

A noção de sujeito, na proposta lacaniana, rompe com a noção de sujeito como fonte de sentidos, que sabe o que diz e que é constituído anteriormente ao dizer. O sujeito relaciona-se com a língua constituída, a qual preexiste à entrada do sujeito e que demanda legitimidade ao outro no dizer. Uma legitimidade que

implica considerações a respeito da noção de efeito e de escuta.

A noção de efeito articula-se a um efeito de linguagem, uma vez que o sujeito vai ser aquilo que o significante representa para outro significante. O efeito de linguagem opera por estar presente no sujeito, num ponto de ancoragem de sentidos. Por essa razão, o efeito de linguagem articula-se à noção de um sujeito dividido, um sujeito que se escuta. O efeito é entendido como uma conseqüência lógica advinda da divisão do sujeito, do fato de o sujeito escutar-se.

A exemplo de um efeito de linguagem, temos o efeito poético que age sobre o próprio poeta. Ele pode ser o outro de si mesmo até para rejeitar a sua própria poesia. O poeta diz e atua como outro. Outro exemplo pode ser observado nos relatos de sujeitos afásicos sob efeito de estranhamento de seus próprios dizeres. Como nos mostra o depoimento de uma fonoaudióloga que passou pela experiência de estar afásica: *"... há uma mistura de incredulidade, de negação e a plena sensação de que há uma outra pessoa além daquela que está emitindo aquelas palavras desconexas, é como se nos perguntássemos: "mas quem é que está aí falando por mim estas coisas desconexas?" "*[25]

[25] Depoimento retirado do capítulo A Situação do Afásico no Brasil. In: **O Afásico: Convivendo com a lesão cerebral.** PONZIO, 1995. p. 211.

É um depoimento que aponta para um sujeito que se remete a duas posições: aquele que diz e aquele que se coloca como o outro de seus próprios dizeres. Duas posições perfeitamente articuladas na busca de legitimidade do dizer na língua constituída. No caso do sujeito afásico há um efeito de estranhamento que vem da ordem da escuta, ele não se reconhece como sujeito no que diz.

A mesma situação mostram os dizeres de J. C. PIRES, o escritor português que passou pela experiência da afasia, e, sobretudo, pela experiência de se ver como se fosse uma terceira pessoa observando a si mesmo:

> *"Silêncio brusco. Eu e a chávena debaixo dos meus olhos. De repente viro-me para a minha mulher: "Como é que tu te chamas?" pausa. "Eu? Edite". Nova pausa. "E tu?" "Parece que é Cardoso Pires", respondi então [...] Espantoso como bruscamente o meu eu se transformou ali noutro alguém, noutro personagem menos imediato e menos concreto [...] o que me parece desde logo implacável e irreversível é a precisão com que em tão rápido espaço de tempo fui desapossado das minhas relações com o mundo e comigo próprio. Como se acabasse de dar início a um processo de despersonalização, eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa (Ele, ou o*

meu nome é) que ainda por cima se tornava mais alheio e mais abstrato pela imprecisão parece que" (1998:24/25).

O efeito de linguagem surge em uma dimensão temporal diferente da linearidade do dizer. Pela sucessão dos elementos da língua, parece apontar para uma continuidade no tempo, um "ir sem volta".[26] Os efeitos nos dizeres, ao contrário, têm uma dimensão lógica e não temporal. Uma dimensão que implica um movimento de volta sobre os dizeres que rompe com a linearidade. É neste rompimento que surgem o sujeito (sujeito-efeito) e o outro (outro-efeito) como efeitos de linguagem. O outro é aquele que tem uma posição de outro no dizer, é o sujeito do estranhamento do dizer.

A esta articulação, LACAN estabeleceu um conceito original que ele chama de ponto–de-estofo[27], que é o ponto de convergência do dizer com os sentidos. Um sentido que se dá retroativamente, em uma dimensão de posterioridade.

O conceito de ponto-de-estofo é um conceito em que Lacan aponta para a relação significante/significado como uma relação

[26] Expressão de NOVAES, 1995. p. 89.
[27] No uso comum, o ponto-de-estofo é o ponto onde convergem as linhas de costura de um estofamento de sofá.

fluida e que está sempre prestes a se desfazer.[28] É o ponto por meio do qual o significante se associa ao significado na cadeia discursiva. Uma associação que circunscreve a significação ao conjunto da seqüência falada e não a unidades elementares que sucedem no tempo. O signo só faz sentido retroativamente, pois a significação só advém ao final de sua própria articulação significante.

É na articulação do sujeito-efeito com o outro-efeito que se produz a significação. Esta articulação se dá na ordem da escuta, pela divisão do sujeito. De acordo com NOVAES (1995), neste movimento de dizer e escutar-se, a criança (em processo de aquisição de linguagem) e o sujeito na esquizofrenia são exemplos de um não estranhamento dos próprios dizeres. No entanto, a criança tem a mãe que a ressignifica e o esquizofrênico não é afetado por nenhum outro, o que lhe impede a possibilidade de ressignificação, pois ele não pode se escutar pelo que o outro diz.

Estas duas circunstâncias dos dizeres, da criança e do esquizofrênico, apontam para circunstâncias similares na questão das afasias. O sujeito afásico, dependendo de sua

[28] DOR, 1992. p. 39.

articulação como o sujeito e o outro de seus dizeres, pode sofrer efeito de um movimento de retroação sobre seus próprios dizeres ou não. Ou ele apresenta efeito de estranhamento do que diz ou esse estranhamento terá que vir de um outro (no caso terapêutico, do terapeuta).

Na primeira hipótese, o afásico sofre um efeito do movimento de ressignificação que implica *"... um sujeito interrogado que, mesmo na "corda bamba", não abdica da posição de intérprete: um sujeito no intervalo dos significantes"* (LIER-DE VITTO & FONSECA, 1997:59). O efeito de linguagem implicaria, aqui, um sujeito instigado pela linguagem e submetido às restrições discursivas. Na segunda hipótese, o afásico, sem sofrer o mesmo efeito de ressignificação, necessita da interpretação e restrição discursivas advindas de um outro lugar.

FONSECA (1995) apresenta, em sua dissertação de mestrado, uma análise dos dizeres de dois pacientes afásicos[29], os quais exigem, de acordo com a autora, posturas diferentes da terapeuta em relação à interpretação de seus dizeres.

Os dizeres de um dos sujeitos (N) apresentam-se fragmentados

---

[29] Remeto o leitor à leitura da análise detalhada dos dizeres desses dois sujeitos afásicos na dissertação de mestrado da fonoaudióloga SUZANA CARIELO DA FONSECA, 1995. p. 107-135.

e dispersos, abrindo-se em uma pluralidade de direções, o que requer da terapeuta uma interpretação vinculada à restrição, ou seja, um movimento de fechamento. Para tanto, a terapeuta deve submeter-se aos dizeres do paciente em uma leitura que envolve um movimento de retroação, de ressignificação. Um movimento de retorno que o paciente não pode fazer.

Já os dizeres do outro afásico (J) são marcados por pausas, hesitações e repetições. Para a autora, as hesitações colocam o sujeito na posição de "um outro" afetado por seu dizer. O dizer o interroga, o divide entre a posição de quem produz e de quem ouve. O paciente ocupa a posição de intérprete, ou seja, fica sob efeito do que diz. Um sujeito interrogado e em dialogia com o seu dizer.

Desta forma, a posição do terapeuta diante dos dizeres do paciente afásico deve submeter-se à posição do sujeito na linguagem. Esse fato a autora denominou de "mútua determinação", o que, de acordo com ela, impossibilita a idéia de um terapeuta em controle, pois em cada possibilidade do sujeito há a necessidade de uma posição específica do terapeuta.

A meu ver, estas são questões fundamentais a um diagnóstico fonoaudiológico que propicie uma relação de

coerência com a terapêutica. Para tanto, o diagnóstico e a terapêutica devem estar articulados a um compromisso primeiro com a linguagem do paciente. É importante ressaltar que esse compromisso necessita de uma base teórica e de um método (técnica) que possibilite *"o conhecimento e a transformação de seu objeto em uma prática específica"* (ALTHUSSER, 1995:55)

Os apontamentos teóricos apresentados neste capítulo remetem à possibilidade de uma outra relação da Fonoaudiologia com seu objeto particular. É um caminho que se abre à construção de um dispositivo de avaliação de linguagem para além das atividades metalingüísticas e dos aspectos perceptuais/cognitivos. Uma construção necessária não só na questão das afasias, mas em qualquer fato desviante de linguagem[30].

O diagnóstico de linguagem deve ser realizado tendo por base um compromisso com a linguagem e seu funcionamento. Por um lado, um funcionamento que necessita ser descrito, e, por outro, uma análise de como esse funcionamento age sobre o sujeito. A linguagem será, neste procedimento clínico, o objeto a

[30] A expressão fatos desviantes de linguagem é introduzido por LIER-DE VITTO em seu texto: Teoria como ideologia na abordagem dos fatos desviantes de linguagem, a sair nos **Anais do 6º Congresso Internacional de Pragmática**.

ser diagnosticado e o meio de obtenção/apreensão diagnóstica.

Por essa razão, a relação terapeuta/paciente precisa estar implicada, não como uma função de comunicação, na qual necessita-se de emissor/receptor e mensagem, mas como sujeitos cindidos pelo funcionamento de linguagem em falantes/ouvintes. É uma cisão da ordem da escuta que vai estar presente tanto no terapeuta como no paciente.

O diagnóstico fonoaudiológico das perturbações de linguagem requer um outro modo de compreensão do fenômeno lingüístico. A linguagem deve ser tomada como um sistema de relações e diferenças a partir de leis de funcionamento interno, o que, a meu ver, nos remete à possibilidade do uso de um diagnóstico estrutural que possibilite a direção do tratamento.

O diagnóstico estrutural refere-se a um diagnóstico diferencial que implica pensar as estruturas clínicas e os traços estruturais. Trata-se de uma outra relação com a questão da *Semiologia Clínica Fonoaudiológica* para além da apropriação das denominações nosológicas advindas da Medicina.

Preliminarmente, ao pensar a possibilidade de um diagnóstico estrutural, acredito ser importante à Fonoaudiologia

não perder de vista os seguintes elementos: *a língua constituída*, a *fala do paciente*, a *escuta* e o *efeito*. Estes são elementos fundamentais à elaboração de uma diagnóstica fonoaudiológica nas patologias de linguagem. A escuta refere-se à divisão do sujeito em falante/ouvinte, o que funciona como um elemento intermediador da língua e da fala e o efeito tomado não como *um* elemento, mas como uma unidade entre todos os elementos, pois atua como a embreagem na articulação de todos eles.

O empreendimento de se chegar a um diagnóstico fonoaudiológico a partir de estruturas e traços estruturais dos fatos desviantes de linguagem requer da área uma reflexão sobre a sua prática clínica para vislumbrar o que os dados têm a dizer.

Esta é uma necessidade que, dentre outras coisas, pode operacionalizar um delineamento de um método clínico discursivo que inclua o sujeito e a linguagem e comprometa-se com a eficácia terapêutica e com uma outra concepção de cura. Um desafio que se apresenta à clínica fonoaudiológica e a todos que vislumbram na Fonoaudiologia a sua possibilidade de constituir-se como ciência.

Conclusão

Do exercício de compreensão das clínicas da positividade e da subjetividade operado no primeiro capítulo com o intuito de circunscrever os seus princípios e conceitos, parece-me importante ressaltar a diferença que há entre o objeto da Fonoaudiologia e aqueles privilegiados por cada uma destas clínicas.

O campo da Medicina inspirou a constituição clínica da Fonoaudiologia. Esta inspiração levou a área fonoaudiológica a uma abordagem de seu objeto direcionada à linguagem em uma relação direta com o funcionamento do corpo. O sintoma de linguagem foi tomado como um sinal de alteração do corpo. Por essa razão, a avaliação de linguagem e a terapêutica foram

alçadas a partir de um padrão de normalidade. Uma avaliação que entende as faltas/falhas na linguagem como algo que se apreende por sua forma observável e transparente e a terapêutica que persegue a colocação/recolocação dos dizeres do paciente na linha reta da normalidade.

A clínica psicanalítica vem inspirando uma parcela da Fonoaudiologia no alçamento da linguagem em seu caráter de heterogeneidade, fluidez e imprevisibilidade. A linguagem é tomada em sua condição de subjetividade que, como tal, demanda um certo investimento para a observação e análise dos processos discursivos desviantes que resultarão na efetivação de um diagnóstico. A terapêutica que daí decorre não mais refere-se à visão curativa inerente a um modelo normativo, mas à uma visão de deslocamento do sujeito e de sua linguagem em relação a si próprio. Estrutura-se aqui uma outra perspectiva de relação com o objeto particular da Fonoaudiologia - *a linguagem e suas perturbações.*

A linguagem passa a ser considerada em uma instância simbólica que necessita de uma escuta para além da descrição de sintomas operada pela clínica fonoaudiológica

clássica. Como mostra o apelo de um sujeito afásico: *"Claro, eu não podia falar. Eu estava como que emparedado... Eu queria um médico que me escutasse... mesmo não sabendo falar"* (L.M.)[31].

A escuta/interpretação necessita de um comprometimento do fonoaudiólogo com a linguagem, com a posição que o sujeito ocupa nesta linguagem e com a relação que o sujeito estabelece com a sua própria doença. Penso este compromisso tomando a linguagem em seu funcionamento a partir de leis internas – os processos metafóricos e metonímicos – que incluem o sujeito e sua posição na linguagem e os efeitos da linguagem e da doença sobre o sujeito. Entre esses efeitos estão a possibilidade de *aceitação* ou *negação* da doença[32]. A aceitação implica uma entrega à posição discursiva na qual a doença coloca o sujeito e a negação o impele à uma luta para deslocar-se desta posição.

Estas colocações têm uma implicação na efetivação de uma diagnóstica e de uma terapêutica. Há um caminho que necessita

---

[31] Este depoimento é retirado do capítulo A Afasia do Afásico. In: **O Afásico Convivendo com a Lesão Cerebral**. PONZIO, 1995. p.7.

[32] Penso aqui, nas afasias que causam impedimentos ao sujeito: impedimentos de linguagem e/ou motores. Em outras patologias de linguagem também esta relação do sujeito com a "doença" é importante, ou seja, o uso que ele faz da doença.

ser trilhado na construção de uma Semiologia voltada ao estabelecimento de estruturas e traços estruturais que particularizem os fatos desviantes de linguagem e indiquem um direcionamento terapêutico eficaz.

O compromisso com o funcionamento da linguagem já nos permite uma descrição preliminar que circunscreve duas estruturas: uma cujo funcionamento de linguagem é predominantemente metafórico e outra onde se reconhece um funcionamento de linguagem de cunho predominantemente metonímico. Mas, quais seriam os traços estruturais que definiriam os tipos clínicos? É preciso ir além para que possamos estabelecer um conceito estrutural dos fatos desviantes de linguagem.

Um desafio que permanece, e, por esta razão, tecer uma conclusão para este trabalho de dissertação, no sentido etimológico do termo, é impossível, pois este trabalho encerra uma etapa apenas para dar início a outra...

Bibliografia

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan. Marx e Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

AMOROSO, M. R. M. **Os Sentidos do Sintoma de Linguagem na Clínica Fonoaudiológica**. São Paulo, 2000. [Tese – Mestrado – PUC-SP]

ANDRADE, L.M. **Reflexão sobre a Avaliação de Linguagem na Clínica Fonoaudiológica**. Texto inédito/ PUC-SP, 1995.

ANDRADE, L.M. Audição e Linguagem: A Natureza é a Mesma? In: FREIRE, R.M. – **Fonoaudiologia: Seminários de Debate**. São Paulo: Roca, 2000. p.45-50.

ARANTES, L. O Fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro. In: M.F. LIER–DE VITTO - **Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994. p. 23-37.

_____ **Produções Desviantes Sintomáticas: De como não distinguí-las das não sintomáticas**. Texto inédito/ PUC-SP, (s.d.).

ARRIVÉ, M. **Linguagem e Psicanálise: Lingüística e Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BASSO, A. Fatores de Prognóstico em Afasia. In: MANSUR, L. L. & RODRIGUES, N. – **Temas em Neurolingüística: Série de Neuropsicologia**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, Vol. 2 : 63-77, 1993.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e Educação**. São Paulo: Ed. Plexus, 1995.

BOHADANNA, E. Estrutura e Estruturalismo: O vazio da Significação. In: **Estrutura em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Cadernos de Psicanálise, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Ano XIII, Nº7: 13-19, 1991.

CARRASCO, M. C. O. **Anamnese ou Entrevista: Desfazendo Equívocos na Clínica Fonoaudiológica**. São Paulo, 1999. [Tese – Mestrado – PUC-SP]

CLAVREUL, J. **A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia**. 2. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.

CUNHA, M. C. **Diagnóstico fonoaudiológico: sua natureza e função**. Texto inédito/ PUC-SP, 1997.

CUNHA, M.C. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a Fronteira como Território**. São Paulo: Editora Plexus, 1997.

DE LEMOS, C.T.G. Sobre a Aquisição de Linguagem e seu Dilema (pecado) Original. **Boletim da Abralin**, Recife, ed. UFP, vol. 3, 1982.

_____Interacionismo e Aquisição de Linguagem – **D.E.L.T.A.**, vol. 2, 1986.

_____ **Saber a língua e o saber da língua**. Texto inédito/ IEL, Unicamp, 1991.

_____ Los Processos Metafóricos e Metonímicos como Mecanismos de Cambio - **Substratumm**, vol.1 (1) :121 – 134, 1992.

_____ Língua e Discurso na Teorização Sobre Aquisição de Linguagem. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, vol. 30 (4): 9-28, 1995.

_____ **A Poética: Entre a Fala e a Linguagem**. Texto inédito/ IEL, UNICAMP, (s.d.).

_____ **Processos Metafóricos e Metonímicos: seu estatuto descritivo e explicativo na aquisição da língua materna.** Texto inédito/ IEL, UNICAMP, (s.d.).

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

_____**Introdução à Leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____ **Estruturas e Clínica Psicanalítica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1997.

_____ **O Pai e sua Função em Psicanálise**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. Texto Inédito. **Revista Distúrbios da Comunicação -** PUC-SP (No Prelo).

FIGUEIREDO NETO, L. E. **O Início da Prática Fonoaudiológica na Cidade de São Paulo**. São Paulo, 1988. [Tese – Mestrado – PUC-SP]

FONSECA, S.C. – Afasia, Algumas Questões. In: M.F. LIER–DE VITTO - **Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994. p. 103-112.

_____**Afasia: A Fala em Sofrimento**. São Paulo, 1995. [Tese – Mestrado - PUC-SP]

_____Lesão X Sintoma: uma Questão sobre a Causalidade**.** **D.E.L.T.A.**, Vol.14 (2):455-466, 1998.

_____ A Instância Clínico-Terapêutica da Fonoaudiologia. In: FREIRE, R.M. – **Fonoaudiologia: Seminários de Debate**. São Paulo: Roca, 2000. p. 69-78.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. São Paulo: Ed. Forense Universitária, 1998.

FREIRE, R. M. Análise da Afasia sob uma Perspectiva Discursiva. In: PASSOS, M.C. – **Fonoaudiologia: Recriando seus Sentidos.** São Paulo: Plexus, 1996. p.137-156.

_____ **O Objeto da Fonoaudiologia**. Texto inédito/PUC-SP, 1996.

_____ **Fonoaudiologia e Lingüística: Modos de Interpretação da Linguagem**. Texto inédito/PUC-SP, 1996.

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

FREIRE, R. & CORDEIRO, D.T. **Patologia de Linguagem: uma nosologia**. Texto inédito/ PUC-SP, 1999.

GARCIA, C. Estrutura em Lingüística e Psicanálise. In: **Estrutura em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Cadernos de Psicanálise, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Ano XIII, Nº7: 21-26, 1991.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à Metapsicologia Freudiana. Volume 1: Sobre as Afasias (1891) O Projeto de 1895**. 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à Metapsicologia Freudiana**. **Volume 2: A Interpretação do Sonho (1900)** 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

GOMES, M. M. **Classificações e Critérios Diagnósticos em Neurologia**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1999.

GOODGLASS, H. & KAPLAN, E. **The Assessment of Aphasia and Related Disorders**. 2. Ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1983.

HAGE, S. R. V. **Avaliando a Linguagem na Ausência da Oralidade: estudos psicolingüísticos**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 1997.

Informativo do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região – SP, Nº 37 Novembro/Dezembro 2000. p. 7.

JAKOBSON, R. “Dois Aspectos da linguagem e Dois Tipos de Afasia”. **Lingüística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1988.

JAKUBOVICZ, R. Um Teste para a Reabilitação das Afasias. In: MARCHESAN, I.Q., BOLAFFI, C., GOMES, I.C.D., ZORZI, J.L. – **Tópicos em Fonoaudiologia**. Vol. 2. São Paulo: Editora Lovise, 1995. p. 255-291.

_____ **Teste de Reabilitação das Afasias**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

JAKUBOVICZ, R. & MEINBERG, R. **Introdução à Afasia: elementos para o diagnóstico e terapia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1988.

JENKINS, J. J. E COL. **Afasia en Adultos Según Schuell: diagnóstico, prognóstico y tratamiento**. 2. ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1976.

JORGE, M.A.C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

KAGAN, A. & SALING, M. **A Afasiologia de Luria: Teoria e Aplicação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LACAN, J.; KAMMERER, T.; WARTEL, R.; ZARIFIAN, E.; CAROLI, F.; LEGUIL, F.; GINESTET, D.; OLIVIER-MARTIN,R.; SAMUEL-

LAJEUNESSE, B; SIMON, P.; LANTÉRI-LAURA, G. & GORI, R. **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

LANDI, R. Com Jakobson, Sobre a Afasia. In: M.F. LIER–DE VITTO - **Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994. p. 91-102.

_____ **Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações**. São Paulo, 2000. [Tese – Mestrado – PUC-SP]

LANNES, E. S. Palavras. In: **Estrutura em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Cadernos de Psicanálise, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Ano XIII, Nº7: 9-11, 1991.

LEMOS, M. T. **A Língua que me falta: uma Análise dos Estudos de Aquisição de Linguagem**. Unicamp, 1994. [Tese – Doutorado – IEL - Unicamp]

LIER-DE VITTO, M. F. Teoria como ideologia na abordagem dos fatos desviantes de linguagem. **Anais do 6º Congresso Internacional de Pragmática**. (s.d.) (No prelo).

LIER-DE VITTO, M. F. & FONSECA, S. C. "Reformulação" ou "Ressignificação"?. In: **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. Campinas, (33): 51-60, 1997.

NOVAES, M. **Os Dizeres nas Esquizofrenias: uma cartola sem fundo**. Campinas, 1995. [Tese – Doutorado – IEL-UNICAMP]

Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira., 1998.

ORTIZ, K. Z. Avaliação e Terapia dos Distúrbios Neurológicos da Linguagem e Fala. In: LOPES FILHO, O.C. – **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Editora Roca, 1997.

PALLADINO, R. R. **O Discurso em Fonoaudiologia: A Construção de uma Subjetividade**. In: Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 4(2): 137 – 146, 1991.

_____ **O Diagnóstico em Linguagem**. Texto inédito/ PUC-SP, (s.d.).

_____ Encontros e Desencontros da Fonoaudiologia. In: Passos, M.C. - **Fonoaudiologia: Recriando seus Sentidos**. São Paulo: Ed. Plexus, 1996. p.45-51.

_____ **A Linguagem e a Psicanálise: Alguns Comentários acerca deste Encontro**. Texto inédito/ PUC-SP, 1998.

_____**Questões sobre o Diagnóstico Fonoaudiológico em Crianças**. In: Distúrbios da Comunicação. São Paulo, 11 (1): 111-124, 1999.

PEREIRA, C. M. **Fonoaudiologia em Atenção Primária à Saúde: a questão do sintoma na clínica fonoaudiológica**. São Paulo, 1998. [Tese– Mestrado – PUC-SP]

PIRES, J. C. **De Profundis, Valsa Lenta**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

PONZIO, J., LAFOND, D., DEGIOVANI, R., JOANETTE, Y., TUBERO, A. L. e HORI, C.N. **O Afásico: convivendo com a lesão cerebral**. São Paulo: Ed. Santos – Maltese, 1995.

QUINET, A. **As 4+1 Condições da Análise**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

RUBINO, R. & FONSECA, S. **Sobre o Normal e o Patológico na Linguagem: Algumas Questões**. Texto Inédito/PUC-SP, (s.d.).

SANTAELLA, L. & NÖTH, W. Os Estudos da Linguagem e do Signo. In: **O Falar da Linguagem**. Série Linguagem. nº 1 . São Paulo: Lovise, 1996. p. 72-85.

SANTANA, A. P. **O Lugar da Linguagem Escrita na Afasiologia: Implicações e Perspectivas para a Neurolingüística**. São Paulo, 1999. [Tese-Mestrado-PUC-SP]

SILVEIRA BUENO, F. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora FTD, 1996.

SPINELLI, M. Pensando a Linguagem. In: **O Falar da Linguagem**. Série Linguagem. nº 1 . São Paulo: Lovise, 1996. p. 17-22.

_____ Os Problemas de Comunicação na Clínica dos Distúrbios do Desenvolvimento Infantil. In: **Estilos da Clínica: Revista sobre Infância com Problemas**. São Paulo, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Vol. 1 (3): 21-29, 1997.

SOBRINO, A. **Dizer o Dito: A Questão da Interpretação na Fonoaudiologia**. In: Distúrbios da Comunicação. São Paulo, 8 (1): 23-39, 1996.

SOUZA, L. A. P. **Clínica & Linguagem: presságios de um entre os possíveis encontros**. São Paulo, 1991. [Tese –Mestrado - PUC-SP]

SURREAUX, L. M. Silêncios Constitutivos. In: **Fonoaudiologia Brasil**. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Ano 2 (2): 6-13, 1999.

TOSCHI, L. S. Fonoaudiologia, Lingüística e Psicanálise: reflexões teórico-práticas sobre a contribuição deste encontro na clínica fonoaudiológica. In: **Fonoaudiologia Brasil**. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Ano 1 (1) : 10-17, 1998.

VAN RIPER, C. & EMERICK, J. **Correção da Linguagem: Uma introdução à patologia da fala e à audição**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VIEIRA, C. H. **Um Percurso pela História da Afasiologia: Estudos Neurológicos, Lingüísticos e Fonoaudiológicos**. Curitiba, 1992. [Tese – Mestrado – UFP]

_____ Avaliação do Afásico. In: **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, Educ, Vol.09 (01): 53-61, 1997.

_____ O Sujeito entre a Língua e a Linguagem. In: **O Sujeito entre a Língua e a Linguagem**. Série Linguagem. nº 2 . São Paulo: Lovise, 1997. p. 63-70.