

## AVALIAÇÃO DO AFÁSICO

*Cleybe Hiole Vieira\**

Gostaria de iniciar este texto enfocando um ponto-problema relativo à avaliação de afásicos. Refiro-me a uma condição do sujeito afásico que tenho podido observar com frequência em minha atividade clínica e, também, como supervisora de estágio na PUC do Paraná. Relacionada a ele (a este ponto-problema) parece estar a grande incidência de abandono de tratamento por pacientes afásicos, mesmo durante o período dito de avaliação. Estes são pacientes em estado de depressão profunda. Há, ao lado desses casos, outros, em que os pacientes “permanecem em tratamento” mas que nele não se engajam, ficam alheios, ou seja, “estão ali” para o terapeuta enquanto “corpo presente”. Quero chamar a atenção para o fato de que, a partir do reconhecimento dessas duas condições diferentes, mas igualmente problemáticas, alguns temas serão destacados por mim. Achei por bem abordar a “avaliação do afásico”, levando em conta esses acontecimentos repetitivos no atendimento desses pacientes.

Parece que a afasia, de que uma pessoa é portadora, é assumida, pelos profissionais que lidam com ela, como uma insígnia, um rótulo, que reduz o

---

\* Fonoaudióloga, PUC-PR.

sujeito a um título que o marca. “Marca” que retira dela sua identidade, seu nome. O sujeito não é mais “o João”, “o José”: é “o afásico”. Apaga-se, com isso, a pessoalidade, a subjetividade, uma singularidade e corre-se o risco de situar o sujeito na generalidade de uma história comum a todos os afásicos: a história da doença. História essa que diz da patologia e não do sujeito. Quando se diz “o meu paciente afásico”, perdida está nesse dizer “a pessoa que tem um nome” e um sofrimento próprio.

Atendo-me ao termo “afasia”, necessário parece ser, também, precisar essa entidade nosológica. Pretendo me deter nos quadros de afasia traumática ou decorrentes de AVC, em pessoas não muito idosas. Ou seja, naquelas em quem os sintomas afásicos não estejam associados à degeneração cortical típica de quadros de envelhecimento.

Quanto ao termo “avaliação”, vou tomá-lo como momento diagnóstico e introduzir nele duas perguntas, que tomo como necessárias, quais sejam:

- O que tem essa pessoa?
- O que é isso? (esse acontecimento)

Numa perspectiva histórica, veremos que, desde os seus primórdios, a avaliação do paciente afásico tem se caracterizado como procedimento que se direciona a falar mais do cérebro do que da linguagem ou do próprio sujeito. O que se pretende, a partir dos sintomas, é “inferir sobre a” ou “relacioná-los à” área lesada. Esse foi o objetivo, pode-se dizer, principal e característico das primeiras décadas dos estudos sobre as afasias – penso aqui em Broca, e arrisco dizer que essa tendência não tem sido diferente.

A linguagem era (é?) implicada, apenas, como empiria, a partir da qual se poderia inferir o funcionamento do cérebro. A própria classificação das afasias em “sensorial” e “motora” fala em favor do que disse acima, e ela nada mais diz do que da localização cerebral da área lesada.

Para a realização de diagnósticos, elaboraram-se inúmeros testes – os conhecidos “testes-padrão”. Certo é que muitos anos se passaram desde então e, atualmente, a tecnologia disponível na área médica deveria nos livrar das “testagens”. Difícil é, contudo, abandonar o pensamento organicista a respeito das afasias. Percebo que os fonoaudiólogos, quando insistem nos testes, ainda hoje, não parecem estar

preocupados com o funcionamento cerebral. A questão (ilusão) para eles parece ser a de, ao utilizá-los, poder “falar da linguagem”.

Vale chamar a atenção, também, para o fato de que “linguagem” é entendida ou reduzida a modalidade (oralidade-escrita) e ajustável ou acoplável à dicotomia compreensão e expressão. Analisa-se o grau de comprometimento de tais habilidades enquanto sintomas designáveis como anomias, parafasias, agramatismos, etc.. Sintomas esses que remetem sempre a uma falta/falha relativamente a um parâmetro/padrão (ideal) do “bem falar”. Parâmetro, diga-se, ditado pela “gramática escolar”. Ora, a gramática é uma *abstração* que nada pode dizer da *fala* faltosa e, muito menos, do funcionamento da linguagem que permanece em movimento e movimentando os pedaços de fala que circulam pela voz dos afásicos. Não é por acaso, como se vê, que as designações atribuídas a essa fala são comumente precedidas pela partícula de negação “a”: *anomia*, *agramatismo* e outras. É que as gramáticas não podem produzir uma designação positiva (cf. Arantes, 1994; Fonseca, 1995) da fala dos afásicos – e isso tem importância.

Importante é, também, que *o sujeito* na linguagem, aquele que fala, fica apagado, esquecido por trás das baterias de testes. De fato, parece ser correto dizer que não há indagações a respeito do sujeito. Quando se fala em “sujeito”, o que se pode depreender sob esse título “indivíduo” (“não dividido”, como assinalou Lier-De Vitto, 1994). Sujeito, nesse caso, é uma entidade identificável a um organismo acometido por uma lesão cerebral. É por essa razão (entre outras) que as provas de avaliação nos testes-padrão, menos que dizer do sujeito, remetem-nos invariavelmente a uma limitação orgânica de um ser.

Avaliar o afásico, ou melhor, o sujeito afásico e não seu cérebro ou “descrever” (meramente) os sintomas afásicos, parece implicar outras questões. Questões teóricas, que envolvem tematizar concepções de linguagem e de sujeito. Discussões que me parecem ser da maior relevância porque delas decorrerão a possibilidade (ou não) de o afásico vir a fazer problema nas avaliações e nas terapias enquanto sujeito na linguagem.

Pensar uma outra forma de abordar a questão da avaliação de afásicos talvez não seja, mesmo, fora de hora. Basta ter em conta, para começar, que se fica afásico

subitamente – de uma hora para outra –; quer dizer, uma pessoa está bem até que um mal-estar físico se apresenta e, como que num passe de mágica (eu diria num pesadelo), não consegue falar mais. Daí, então, após um período de internação hospitalar, advém a alta médica, um alívio (?), muita esperança é depositada nesse momento que se inicia. Alguns pacientes têm a certeza de que tudo, ou o pior, já passou.

Recrio esse cenário porque ele não é sem conseqüências para o momento em que o paciente afásico e seus familiares procuram o fonoaudiólogo. Sendo assim, no meu entender, a avaliação deve ser tomada como tendo início no momento mesmo em que o paciente e os seus familiares se perguntam sobre “o que fazer” naquela situação de total estranhamento, de perplexidade com relação ao momento presente, de dúvidas sobre o futuro e de perda (ou medo da perda) do que o paciente foi antes.

É nesse cenário primeiro que as primeiras indagações sobre a “avaliação” na clínica fonoaudiológica devem, segundo entendo, aparecer, no que concerne aos pacientes afásicos. Indagações que trazem à cena questões relacionadas à transferência e, nesses casos, acima de tudo, à do *luto*. Mesmo não querendo/não sabendo sobre os efeitos desses acontecimentos, eles certamente estarão operando na clínica fonoaudiológica e isso porque dela participam sujeitos.

Falo, aqui, em transferência no sentido lacaniano:

o que se transfere é um saber suposto a um sujeito suposto saber [...] Este saber de transferência é um saber insabido do sujeito de transferência, mas suposto ao analista, por aquele que ignora. (Stryckman, 1994, p. 264)

Esse lugar designado a um terapeuta por aquele que vem procurar um tratamento é um lugar complexo, pois determina, também e simultaneamente, o lugar do paciente. O paciente, ao dirigir uma demanda a outrem, assume o lugar daquele que ignora e situa o terapeuta no daquele que deve saber. Mas, qual é o saber do terapeuta? Não mais do que um saber teórico, técnico e, como tal, genérico e que não pode abranger um saber antecipado sobre *aquele paciente* que o procura. Pode-se arriscar dizer que é o paciente que “sabe” mais de si – pelo menos ele está mais em sintonia com seu estado e seus sentimentos.

Mais que isso, o paciente afásico, geralmente, chega até nós numa posição de desamparo frente ao seu estado de “descontrole” da fala/linguagem. É que a lesão cerebral, o *real* do corpo faz presença e marca o sujeito como uma verdade.

Não podemos desconsiderar, como fonoaudiólogos, que existe algo mais para além de um saber teórico/médico sobre as afasias. Não podemos esquecer daquele outro saber que nos fala do sujeito e de nós como “suposto saber”. Isso porque, sem esse reconhecimento, um saber teórico/técnico reina e se transforma em absoluto e único – e sob domínio apenas do terapeuta. Por esse viés, não resta outro lugar para o paciente senão aquele de quem “não sabe” e que, por isso, deve falar aquilo que o terapeuta quer que ele diga como resposta nos testes de avaliação.

Gostaria de retomar, aqui, as palavras de um psicomotricista argentino, Esteban Levin, que também considera relevante para a prática clínica a transferência, numa clínica que tem como objeto a ação de um corpo:

O poder que a transferência proporciona ao terapeuta é unicamente poder de analisá-la, desdobrá-la, evitando, assim, que o que é “suposto” se transforme em abuso do poder. (1989, p. 115)

Não pretendo ser tomada, pelo leitor, como psicanalista. Penso ser clara a diferença dos objetos da psicanálise e da fonoaudiologia. Sem ser redundante, a primeira pretende incidir sobre o inconsciente e o fonoaudiólogo “mesmo reconhecendo o inconsciente na linguagem, limita a sua atuação (...) à linguagem enquanto lugar do sintoma” (Basso, 1995, p. 25).

A articulação apropriada a ser encaminhada num tratamento, e aqui estou considerando que a “avaliação” já é o início do tratamento propriamente dito<sup>1</sup>, é a de levar em conta o sujeito, aquele que é estruturado na e pela linguagem.

Quero dizer que a fala do afásico fala dele. Ele está nela como sujeito, mesmo que para nós seus dizeres soem como “palavras mortas”. De fato, elas estão habitadas porque por elas o sujeito se faz falante, elas são enunciados.

---

1. Isso porque se abandonaria a postura de que esse momento seria o período de coleta dos dados para então, depois de uma retro-avaliação à família e paciente, se iniciar o trabalho.

Gostaria de chamar a atenção para o fato de que a “perda da linguagem”, como característica amplamente assumida do quadro afásico, recorre em todas as definições de afasia presentes na literatura. Falar em “perda da linguagem” parece um equívoco por si só, pois confunde linguagem com modalidade (oralidade) e retira da linguagem a língua. “Deixar de falar” não significa que o sujeito esteja “fora da linguagem”. A rigor ele ali está. Suas manifestações falam disso: ele chora, ele “entende”, ele sinaliza, etc. mesmo quando não pode falar.

Mas, deixemos isso em suspenso por ora para avançar um pouco mais na discussão sobre a condição subjetiva do paciente afásico. Diz-se que ele “perde”: o que se perde? Que perda é essa? É “perda que o perde, na qual ele (o sujeito) ‘se’ re-acha perdido. Inaugura-se ‘o tempo de compreender’, a partir deste *flash-back*, que é momento de retorno” (Moulin, 1994, p. 122).

Esse “se re-achar perdido” traz à tona a questão do luto. “Algo se perde” efetivamente e isso impõe pensar em *luto*:

luto que designa a perda em seu efeito de choque e na repercussão deste choque, a perda no Real, e também o sofrimento no nível do Imaginário, e ainda o trabalho correlativo a esta perda, o do Simbólico. (Idem, *ibidem*)

A citação acima deixa ver que o trabalho de luto é um trabalho do significante: é o luto como operação de linguagem, na necessária e inevitável simbolização e imaginarização dessa perda, dessa ruptura, desse buraco no Real:

Buraco que o trabalho de luto deve conduzir a simbolizar como falta [...] simbolização que não se opera senão por uma mobilização dos significantes do sujeito. O que equivale a dizer que esta mobilização é trabalho de restauração do Ideal do eu, de re-investimento da fantasia no espaço psíquico. (Idem, 1994, p. 121)

De fato, assumir que o sujeito é constituído na linguagem é fazer referência ao fato de que a linguagem o determina, o institui. A partir desse ponto de vista, o momento de avaliação fonoaudiológica é também o momento de o paciente se deparar com suas limitações no real do corpo.

Como disse acima, o trabalho de luto deve promover uma re-organização do Ideal do Eu. Nisso, o sujeito afásico e não o organismo lesionado vem à tona como questão. Evidentemente, trata-se, desde a avaliação, de se recompor uma interseção

do sujeito afásico com o discurso social, com uma rede de significantes na qual o sujeito se reconheça, com a qual possa se identificar, para que uma reorganização venha a ocorrer. Deve-se, nesse ponto, levar em conta a função da transferência e o trabalho de luto. Para isso, as atividades terapêuticas (aqui incluindo as avaliativas) deveriam contemplar o que o sujeito pode e tem a falar. Os pedaços de fala são habitados, como já disse.

Penso que, nessa direção, a teoria interacionista, conforme sugerida e desenvolvida por Cláudia Lemos (1992,1995), sobre a linguagem e a aquisição da linguagem e suas conseqüências, que têm sido exploradas por Lier De-Vitto (1994,1995)<sup>2</sup> a respeito das patologias da linguagem, pode favorecer discussões e trajetos alternativos. Isso porque, nela, linguagem e sujeito são termos imbricados e de mútua implicação. Mais que isso; nela, a linguagem está no foco.

Nessa proposta teórica, a linguagem é entendida como funcionamento regido por leis próprias e não instrumento representativo de outros domínios, como o cognitivo, o cerebral ou o social. “Funcionamento” que captura o sujeito. Rompe-se, assim, com a noção de sujeito epistêmico ou psicológico – aquele “em controle” de sua fala e de suas ações. Noção, essa, de sujeito e de outro (igualmente sujeito) submetidos ao seu funcionamento – o da linguagem. Entende-se porque esse outro, assim concebido, não pode ter papel de ensinar a linguagem ou de facilitar o “acesso” à linguagem. Ele é “suposto saber”, não instância do “saber sobre” a linguagem.

Daí os “erros”, presentes nas falas das crianças em aquisição de linguagem, serem concebidos como “possíveis de língua”. Noção essa que marca um diferencial importante em relação a outras posições teóricas: há funcionamento da língua nos erros. Ponto importante de diálogo, ao meu ver, com as questões presentes nas patologias<sup>3</sup>, pois “erro” na linguagem é o que institui a clínica das patologias da linguagem.

Para a fonoaudiologia, cabe assumir que seu compromisso é com a fala do paciente, ou seja, seu objeto teórico é a linguagem, mesmo que em sua dimensão patológica (Arantes e Rubino). Se, na afasiologia, não podemos ignorar que há um cérebro lesionado, dele nada podemos dizer. Ele é objeto da neurologia que, ao

---

2. Por Lier-De Vitto e por seus orientandos no LAEL, PUC-SP.

3. Ver Lier-De Vitto (1994) na introdução ao livro *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*.

realizar o encaminhamento do paciente afásico para a fonoaudiologia, reconhece seu limite de intervenção terapêutica. A relação entre cérebro e linguagem não é de causa e efeito (Vieira, C., 1993 e Fonseca, S., 1995). Não é por acaso que a atuação do fonoaudiólogo é lingüística e deve incidir sobre a linguagem. Entretanto, parece-me que o fonoaudiólogo, frente ao quadro tão devastador e surpreendente que é a afasia, recorre ao neurológico para se indagar sobre a sua clínica (e lá não encontra respostas).

Assumir pressupostos como os acima apresentados implica romper com a noção de uma clínica de controle, de ensino/aprendizagem. Com isso, o lugar do terapeuta e do paciente também se modificam. Em se tratando de linguagem, não há um “que sabe” o que o outro tem a falar. Ambos estão submetidos ao funcionamento da língua e sofrem os efeitos dos dizeres que se apresentam na cena clínica. Assim, também os procedimentos de avaliação devem ser reformulados. A testagem por meio de provas pré-estabelecidas não é compatível com este referencial teórico, como espero ter podido assinalar. Procurei, neste texto, sublinhar a importância de não se reduzir o afásico à afasia na clínica fonoaudiológica. Procurei, também, sinalizar um caminho teórico possível para a consideração desta clínica.

## **Resumo**

*Este artigo trata da avaliação do afásico na clínica fonoaudiológica, tomando como pontos de reflexão e discussão:*

- a condição do próprio sujeito afásico perante a sua doença;*
- a concepção de avaliação comprometida mais com um dizer sobre o cérebro do que sobre a linguagem e sobre o sujeito;*
- a concepção de linguagem e de sujeito assumida de forma explícita ou não, o que determina simultaneamente tanto o lugar do terapeuta como o do paciente.*

*A autora também considera importante colocar em cena, para discussão, as noções de transferência e de luto, conforme desenvolvidas na teoria lacaniana.*

**Abstract**

This study discusses the aphasic's evaluation in the language therapy. The points to be discussed are:

- the aphasic's condition towards the illness;
- the conception of evaluation more committed to a talk related to the brain than to language or to the subject;
- the concept of language and subject undertaken or not in a definit way, which determines simultaneously not only the therapist's place but also the patient's.
- the author also emphasizes the notions of transference and mourning, taken from Lacan's theory.

**Referências bibliográficas**

- ARANTES, L. (1994). "O fonoaudiólogo: este aprendiz de feiticeiro". In: Lier-De Vitto (org.) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez.
- BARALO, F.(1993). Lo que dicen los chicos que no hablan. *Escritos de la infancia*, n. 2. Buenos Aires, Publicación de la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, pp. 43-47.
- BASSO, R.B. (1995). *Retardo de desenvolvimento de linguagem: o fonoaudiólogo e seu paciente*. Tese de mestrado. Unicamp, Campinas, São Paulo.
- FONSECA, S.C. (1995). *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de mestrado, PUC-SP.
- LEMONS, C. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de Câmbio. *Substratum*, vol.1, nº 1. Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1995). Língua e discurso na teorização sobre aquisição da linguagem. *Letras de hoje*, nº 30. Porto Alegre, EDIPUCRS.
- LEVIN, E. (1989). "A transferência na terapia psicomotora". In: Jerusalinsky, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LIER-DE VITTO, M.F. (1994). *Os monólogos da criança: delírios da língua*. Tese de doutorado, Unicamp (no prelo).
- \_\_\_\_\_ (1994). *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez.

*Cleybe Hiole Vieira*

- \_\_\_\_\_ (1995). Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. *Revista dos distúrbios da comunicação*, vol.7, n. 2, pp. 163:172. São Paulo, Educ.
- MOULIN, J. (1994). Do dolo ao luto pela travessia do olh(a)r. *Dicionário de psicanálise: Freud & Lacan*. Salvador, Ágalma, 1994.
- STRYCKMAN, N. (1994) Transferência: historicidade do conceito de transferência. *Dicionário de psicanálise: Freud & Lacan*. Salvador, Ágalma.
- VIEIRA, C.H. (1993). *Sobre as afasias: re-leitura de uma história*. Dissertação de mestrado, UFPR.

*Recebido em ago/97; aprovado em out/97*