
A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas*

Suzana Carielo da Fonseca**

Cleybe Hiole Vieira***

Resumo

O objetivo deste trabalho é tomar a afasia como lugar de discussão do problema teoria/ideologia no campo da patologia e clínica de linguagem. Linguagem é a palavra-chave. Entendemos que se a ela não é feita uma proposição problemática, uma abordagem teórico-clínica não pode ser vislumbrada. Isso porque a ideologia ocupa o lugar da teorização. Fazer da linguagem uma proposição problemática no campo da terapia de linguagem envolve enfrentar questões relativas ao sujeito, ao outro, aos erros e à mudança. Não é, portanto, qualquer concepção de linguagem que preenche a exigência de restrição entre hipóteses teóricas e abordagens clínicas.

Palavras-chave: afasia; linguagem; terapia de linguagem.

Abstract

This paper aims at making aphasia the locus for the discussion of the problem theory/ideology in the field of language therapies. Language is the keyword. We assume that, if language is not taken as a problematic proposition, a theory on techniques with regard to language therapy cannot be devised. This is exactly when and why ideology takes the place of theory. Making language a problematic proposition in the field of speech therapy involves evaluating what theoretical approach to language is able to contemplate questions related to the subject, the other, errors and change. Then it is not any language conceptualization what fulfills the requirements between theoretical hypothesis and clinical procedures.

Key-words: aphasia; language, language therapy.

** Fonoaudióloga doutora pelo LAEL – PUC-SP; professora do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP; fonoaudióloga da Deric-PUC-SP. *** Fonoaudióloga doutora pelo LAEL – PUC-SP. Professora e coordenadora do curso de Fonoaudiologia da PUC-PR.

Resumen

El objetivo de este trabajo es aceptar la afasia como un tema de discusión del problema teoría/ideología en el campo de la patología y la clínica del lenguaje. Lenguaje es la palabra llave. Entendemos que si ella no es una proposición problemática, un abordaje teórico-clínico no se puede vislumbrar. Es exactamente cuando y porque la ideología ocupa el lugar de la teoría. Hacer del lenguaje un problema de proposición en el campo de la terapia del lenguaje, involucra enfrentar preguntas relativas al sujeto, al otro, a los errores y a los cambios. No es por tanto cualquier concepto de lenguaje que llena las exigencias de restricción entre las hipótesis teóricas y abordajes clínicos.

Palabras clave: afasia; lenguaje; terapia del lenguaje.

O objetivo deste trabalho é tomar a afasia como lugar de discussão do problema teoria/ideologia no campo da patologia e terapia de linguagem. Linguagem é aí palavra-chave. E, por isso, se ela não é feita uma “proposição problemática”, ela não adquire o estatuto de objeto e, conseqüentemente, uma abordagem teórico-clínica não pode ser vislumbrada. Abre-se, assim, espaço para que a “ideologia” ocupe o lugar de uma teorização. Ideologia é entendida aqui como sintoma do não estabelecimento de uma relação de restrição entre teoria e ações clínicas. A problematização dessa relação será feita a partir (1) do exame da interface entre a neurologia e o campo da patologia e clínica de linguagem e, (2) da análise das ações clínicas propostas neste último.

Considerando que, ainda que hoje em dia o termo “afasia” esteja circunscrito ao campo da patologia, é preciso lembrar que ele foi primeiramente usado na filosofia para designar “a condição de um homem no fim dos argumentos” (Broca, 1875). Note-se que a “afasia”, nesse caso, *não se refere a uma condição patológica*. Sua circunscrição a uma categoria nosológica realizou-se no campo da medicina. Ali, como se sabe, a “afasia” foi usada para denominar e descrever certos tipos de distúrbios cerebrais. Isso explica porque a tipologia neurológica inclui termos, tais como: “afasia sensorial”, “afasia motora”, afasias *aférentes e eferentes*, “afasia transcortical”, dentre outros. Interessante notar que, nessas denominações, o que qualifica a desordem lingüística (implicada no termo “afasia”) é uma terminologia organicista. Tal composição reflete a articulação lesão-

sintoma que, no campo da neurologia, postula uma relação de *causalidade direta* entre os domínios cerebral e lingüístico.¹

Deve-se atentar para o fato de que a mencionada causalidade direta entre domínios jamais foi feita “proposição problemática” no campo da neurologia,² que é organicamente orientado. Por isso, *o cérebro – não a linguagem – é feita “proposição problemática”*. De todo modo, se isso é aceitável na afasiologia médica, não o é para a área da patologia e clínica de linguagem. Note-se que essa área é qualificada pelo termo (palavra-chave) “linguagem”.

De acordo com Milner, ao definir seu objeto, um programa científico

(...) delimita, de antemão, o conjunto de proposições problemáticas que lhe serão acessíveis ou inacessíveis. A ciência prediz que os problemas que lhe serão inacessíveis são desprovidos de significação, de interesse. (1989, p. 29)

Nesse sentido, o que distingue dois programas de pesquisa é que eles tratam de diferentes ordens de problemas. Além disso, a relação entre abordagens teóricas e dados precisa ser avaliada. A teorização no campo da medicina é relativa ao funcionamento cerebral. Neste caso, para atender à demanda de restrição que a teoria impõe, os fatos lingüísticos não são qualificados como dados porque eles são fatos empíricos externos ao funcionamento cerebral – distúrbios da linguagem não são dados logicamente deduzidos do conjunto de proposições estabelecidas para o funcionamento cerebral.

¹ Para uma discussão mais detalhada acerca da questão da causalidade, ver Fonseca, S. C. (1995, 1998, 2002).

² Os trabalhos de Jackson (1874/1958) e Freud (1891) devem ser tomados como exceções.

Entende-se porque, embora sinalizando uma perturbação cerebral, a “linguagem” não é feita proposição problemática. Ela é externa ao discurso teórico dos afasiologistas médicos e expõe a independência de tal discurso àquele relativo à linguagem. Isso porque a referida assunção de uma relação causal direta entre lesão e sintoma não leva em conta a autonomia do funcionamento lingüístico. A “ignorância” necessária que qualquer teorização comporta parece, nesse caso, referir-se à autonomia do funcionamento da língua, postulada pela lingüística.³

O discurso organicista sobre a afasia não inclui, como se vê, a linguagem no rol de suas proposições problemáticas. Os fatos lingüísticos são entendidos como meros desvios de comportamento. Isso não difere do modo como, no senso comum, as desordens afásicas são tratadas: reconhece-se a existência (evidente!) de desordens na linguagem. É por isso que a teoria (sobre a linguagem) é transmutada em ideologia nos estudos afasiológicos de natureza organicista.

Sendo a linguagem desprovida de “interesse teórico”, o médico delega um “fazer clínico” ao fonoaudiólogo. Esse gesto parece confirmar a hipótese de que, ainda que não explicitamente admitida, “a linguagem é espaço do desconhecido no campo da medicina” (ver Fonseca, 1995). Gesto conseqüente das restrições teórico-metodológicas impostas às ações clínicas nesse campo. Por isso, o tratamento médico da afasia se restringe à medicação e/ou cirurgia mas, como assinalou Vieira, “por nenhuma dessas duas vias se torna possível [...] o restabelecimento da linguagem” (1992, p. 246).

Entende-se, então, por que os fonoaudiólogos são incumbidos do restabelecimento da linguagem. É precisamente deste ponto de vista que a palavra “afasia” deve ser reexaminada. Se, na clínica médica, está atrelada ao funcionamento cerebral, na clínica fonoaudiológica, ela deve ser uma referência ao sintoma na linguagem. O que pretendemos colocar em relevo é que a “afasia” deve tornar-se um problema (ou, nas palavras de Milner, uma “proposição problemática”) na área da patologia e clínica de linguagem. Só assim a almejada teorização pode enunciar problemas para uma abordagem clínica consistente, e vice-versa.

Contudo, isso não tem sido realizado nas propostas fonoaudiológicas de reabilitação das afasias. De fato, quando se referem à afasia, os fonoaudiólogos cedem ao discurso organicista da causalidade.⁴ Em outras palavras, eles não rompem com o discurso da relação causal cérebro-linguagem.⁵ Alguns procedimentos de avaliação são exemplares da submissão dos fonoaudiólogos ao diagnóstico clínico organicista.⁶ Sintomas motores, visuais, auditivos, lingüísticos e emocionais contam igualmente como sintomas a serem descritos. É preciso assinalar que uma avaliação desse tipo implica uma “rotulação de comportamentos” e que a linguagem é um, em uma série de sintomas. Sendo assim, nenhum sintoma específico é selecionado como problemático. Conseqüentemente, nenhuma teorização pode ser tecida porque o contorno necessário de um problema não é delineado.

Muito mais difícil, senão impossível, é desenvolver uma teorização sobre procedimentos clínicos. No que concerne o tratamento propriamente dito, deve-se dizer que, freqüentemente, ele se constitui num processo de re-aprendizagem da linguagem. Os passos da terapia são assentados no método comportamentalista de estímulo-resposta-reforçamento. Note-se que o fonoaudiólogo se apóia na ilusão do “saber” o que significa “bem falar” e, também, do saber “o que fazer”, “onde” e “como” intervir nas produções desviantes dos pacientes. Interessante é que o fonoaudiólogo “não sabe” o que dizer quando indagado acerca dos sucessos ou insucessos terapêuticos. Esta situação desconfortável revela o que denominamos aqui “ideologia” porque uma “porção significativa de subjetividade” não está sob controle, como pontuou Da Costa (1997). Cumpre enfatizar que se os fonoaudiólogos têm sido afetados pela pedagogia, não têm sido afetados pela lingüística – campo que elegeram como objeto a língua (ou o seu funcionamento). Assumimos que deixar-se afetar pela lingüística é uma condição para a elaboração de uma abordagem teórica da linguagem no *setting* clínico da terapia da fala.

A base da lingüística científica é a postulação de Saussure de que há leis lingüísticas, isto é, leis que governam o funcionamento da linguagem.

³ Sobre isso, ver Saussure (1916/1991).

⁴ Ver Fonseca (2000), (2002) e Landi (2000).

⁵ Relação que desproblematiza, como já dissemos, o segundo termo dessa seqüência.

⁶ Ver, por exemplo, Schuell (1955/1965), Marcolino (2001).

Funcionamento é a palavra-chave. Duas consequências podem ser derivadas dessa postulação e elas afetam tanto o discurso da relação causal lesão-sintoma quanto os procedimentos pedagógicos assumidos no campo da patologia e clínica de linguagem. No primeiro caso, porque “funcionamento” implica admitir a autonomia do lingüístico. A questão é que, uma vez assumida tal autonomia, a relação direta e causal cérebro-linguagem deve ser re-examinada. Fonseca (1995) propôs que se abordasse essa questão assumindo que se trata de uma relação entre dois tipos diferentes de funcionamento (o funcionamento do cérebro e o funcionamento da linguagem) ao invés de uma relação entre o funcionamento cerebral e o comportamento lingüístico. Tendo a afasia como foco da discussão, a autora concluiu que “há autonomia, mas não independência, entre domínios tais como o cérebro e a linguagem” (p. 79).

No segundo caso, a hipótese da autonomia do funcionamento lingüístico é um obstáculo à pedagogia porque “funcionamento” implica que não há controle da linguagem. Ao contrário, o sujeito-falante está a ele submetido, ou seja, está sob seu controle, de acordo com Lemos, C. (1995) e Lier-De Vitto (1994). Parece importante trazer à cena a afirmação de Saussure, segundo o qual “os indivíduos [...] não são conscientes das leis da língua” (1916/1991, p. 87). Levando isso em conta, como pensar que a linguagem possa ser ensinada?

Se a linguagem não pode ser ensinada, como pensar a possibilidade de intervenção no seu funcionamento? É preciso atentar para o fato de que a terapia de linguagem não tem sido capaz de abandonar uma “abordagem pedagógica” do sintoma. Finalmente, é preciso assinalar, também, que as observações feitas acima visam representar o caráter problemático da relação teoria-técnica quando, e se, a linguagem é uma questão.

A discussão encaminhada anteriormente será, a partir de agora, o solo para a análise de segmentos de sessões com dois diferentes pacientes afásicos:

Segmento 1:

1. (T) – Qual a rádio que você mais gosta?
2. (N) – *a toca ... transamérica.*
3. (T) – Transamérica?
4. (N) – *Transamérica.*

5. (T) – É?
6. (N) – *Legal.*
7. (T) – Toca mui muita coisa legal lá?
8. (N) – *Legal.*
9. (T) – Qual que você gosta que ... qual o cantor que você gosta?
10. (N) – *Transamérica.*
11. (T) – Ah, mas que que você ouve na transamérica?
12. (N) – *É ... não sei Suzana.*
13. (T) – Hum, deixa eu ver um cantor ... Lulu Santos, você gosta?
14. (N) – ... *Santos é é ... Nenê, minha mãe trabalhando. Minha mãe, sabe?*
15. (T) – Sua mãe trabalhando ...
16. (N) – *É ... trabalhando. Não dormi pra cá eles vão () embora, cabô. Põe música, música () pra cá Nenê.*
17. (T) – O dia todo, o Nenê/
18. (N) – *(interrompendo T.) Minha mãe, melhor mãe, caramba! () a ... a ...*
19. (T) – Sua mãe vai trabalhá, hum ...
20. (N) – *Suzana, que que é isso? (rindo) (pegando um objeto sobre a mesa).*
21. (T) – (rindo) Deixa eu ver se eu entendi, (N). Sua mãe sai pra trabalhá
22. (N) – *Trabalhá.*
23. (T) – Você fica em casa, né?
24. (N) – ().
25. (T) – Aí você liga o rádio ... e fica ouvindo música.
26. (N) – *É o músico pra cá, minha tia, certo? Primo pra cá, pra cá ...*

Nesse segmento, nota-se que a fala do paciente é marcada por pausas, hesitações e interrupções. Tais características fazem desse dizer um dizer fragmentado no qual pedaços/restos de um já dito são colocados lado a lado e “não fazem texto” (M. T. Lemos, 1992). Do ponto de vista teórico, essa fala pode ser caracterizada como uma progressão metonímica⁷ sem “restrição sintática”. Se, contudo, tomarmos o diálogo entre terapeuta e paciente, a fala do paciente – que “não faz texto” nela mesma – pode fazer texto na fala da terapeuta. Isso porque, na fala da terapeuta, os fragmentos dispersos da fala do paciente são submetidos a restrições sintático-textuais. Isso é o que entendemos como “interpretação”. Note-se que, nas seqüências de (21) a (25), a seqüência (25) funciona como “ponto de estofo” – expressão de Lacan (1960) quando ele se

⁷ Sobre as leis de funcionamento da língua – processos metafórico e metonímico – ver Jakobson, R. (1954/1988; 1960/1988). Ver também Lemos, C. T. G. (1992) e Lier-De Vitto, M. F. A. (1994, 1998).

refere à “retroação”. É particularmente importante mencionar que “rádio”, “ouvir” e “música” estão incluídos na seqüência (25), onde “rádio” refere-se ao enunciado (1) e se entrelaça com “ouvir” da seqüência (11) e “música” da seqüência (16). “Ouvir”, em (25), por sua vez, ressignifica⁸ dizeres como “legal”, em (6) e “gosta”, em (9).

É preciso assinalar, também, que a terapeuta não interpreta a fala ao acaso, mas a interpretação oferecida está estritamente em acordo com os dizeres do paciente. Isso é decisivo porque a mais importante condição para a interpretação da terapeuta ser efetiva é que o paciente seja capaz de reconhecer-la/reconhecer-se nela. Isso se tornou possível, neste caso, porque os fragmentos na fala do paciente “não eram estrangeiros entre si e nem o paciente estrangeiro na própria língua” (Lier-De Vitto). Em outras palavras, ainda que tais fragmentos não estivessem submetidos a restrições sintáticas, eles obedeciam restrições de natureza textual. Esta é a razão pela qual os fragmentos podem ser interpretados pela terapeuta. Desse modo, configura-se, nesse diálogo, um jogo da linguagem sobre a linguagem.

Ainda no que diz respeito ao segmento (1), deve-se dizer que não há reformulação na fala do paciente. Por isso, é possível afirmar que o paciente escuta o que produz na interpretação da terapeuta mas que ele “não se escuta”. Tal afirmação teórica ilumina a particularidade de sua relação com a linguagem.

Consideremos agora o segmento (2), em que uma diferente relação sujeito-linguagem se configura.

Segmento 2

O diálogo entre terapeuta e paciente se inicia por:

1. (M) – *Se prepara, hoje tô horrorosa*
2. (T) – *Como assim?*
3. (M) – *Cê vai ver, tô péssima ...*

Na seqüência, indagada pela terapeuta sobre como foi o seu final de semana, a paciente diz:

4. (M) – *Quinta, não.
Sábado, não é.
Eduardo ... não.
() Mas, que é isso? Que coisa!
Cê sabe o que tenho?*

Como pode!

Eu sabia tudo direitinho. Era ótimo!

Como fiquei reduzida!

O que pode ser dito sobre o segmento (2) é que o paciente é alguém que se vê como um outro, que não se vê como “um”. A afasia coloca esse sujeito falante diante de uma perda: perda da ilusão de domínio sobre a fala. Esse afásico reage à sua fala como se ela fosse um enigma. Isso porque ele “se escuta”. Note-se que o apelo do paciente ao terapeuta não diz respeito à desordem cerebral (ele não tem dúvida acerca dele). Vieira interpretou a seqüência 4 (d) “o que há de errado comigo?” como um apelo relativo à sua condição de sujeito-falante. A partir do segmento (2), Vieira (1997, p. 7) concluiu que “a fala do afásico fala dele ... que a fala é habitada” e é precisamente com a fala do afásico que o terapeuta tem que se haver.

Uma questão se impõe neste momento: como a interpretação encaminhada envolve o funcionamento lingüístico? Nós mencionamos tanto “progressão sem restrição” quanto “retroação/ressignificação” que concernem aos eixos metafórico e metonímico – as leis internas da linguagem. De acordo com Milner (1989), elas foram apreendidas por Jakobson (1954/1988, 1960/1988) na fala. Como assinalou Lier-De Vitto (inédito), Jakobson pode ver o funcionamento da língua na fala. Nós acrescentamos, novamente com Lier-De Vitto, que na fala há falante, preso na força do significante.

Levando em conta o que foi discutido, é preciso assinalar que o terapeuta está sob efeito do imprevisível da fala do paciente e é exatamente o que ele não pode antecipar que determina o que pode ou não ser lido/dito. Conclui-se, portanto, que a clínica de linguagem é uma “clínica de efeitos” (Fonseca, 1995) mais do que de causas, na qual o terapeuta decide, de antemão, o que estimular ou reforçar.

Gostaríamos ainda de enfatizar que assumir uma concepção específica de linguagem pode promover uma re-interpretação da clínica de linguagem. Mas é preciso deixar claro que um discurso teórico sobre a terapia de linguagem precisa fazer da linguagem uma proposição problemática. Uma vez que a linguagem seja incluída neste cenário, tanto o diagnóstico quanto os procedimentos clínicos

⁸ “Ressignificação” diz respeito à repetição com diferença (C. Lemos) e implica o funcionamento dos eixos metafórico e metonímico.

cos serão derivados deste contorno teórico. A inclusão da linguagem é, a nosso ver, condição *sine qua non* para alcançar uma consistência teórico-clínica na área da patologia e terapia de linguagem.

Referências

- BROCA, P. (1875). "Le mot aphasie". In: *La naissance de la neuropsychologie du langage*. Paris, PUF.
- DA COSTA, N. (1997). *O conhecimento científico*. São Paulo, Discurso Editorial/Fapesp.
- FONSECA, S. C. (1995) *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, LAEL.
- _____. (1998). Lesão x Sintoma: uma questão de causalidade, *D.E.L.T.A.*, v. 14, n. 2. São Paulo, Educ.
- _____. (2000). A instância clínico-terapêutica da Fonoaudiologia. In: *Fonoaudiologia: Seminários de Debates. Série Interfaces*. São Paulo, Editora Roca Ltda.
- _____. (2002). *O afásico na clínica de linguagem*. Tese de doutoramento. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, LAEL.
- FREUD, S. (1891/1987). *La Afasia*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- JACKSON, J. H. (1874/1958). *Selected Writing of John Hughlings Jackson*. Ed. By James Taylor. London, Staple Press, 2.
- JAKOBSON, R. (1954/1988). Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: *Linguística e Comunicação*. São Paulo, Cultrix.
- _____. (1960/1988). Linguística e Poética. In: *Linguística e Comunicação*. São Paulo, Cultrix.
- LACAN, J. (1960/1978). Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. São Paulo, Perspectiva.
- LANDI, R. (2000). *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica.
- LEMOS, C. T. G. (1992). "Los Procesos Metafóricos y Metonímicos como Mecanismos de Cambio, *Substratum*", v. 1, n. 1. Barcelona.
- _____. (1995). Língua e discurso na teorização sobre a aquisição da linguagem. In: *Letras de Hoje*, v. 30. Porto Alegre, EDIPUCRS.
- LEMOS, M. T. (1992). Sobre o que faz texto: uma leitura de "cohesion in english", *D.E.L.T.A.*, v. 8, n. 1. São Paulo, Educ.
- LIER-DE VITTO, M. F. A. (1994/1998). *Os monólogos da criança: delírios da língua*. São Paulo, Educ/Fapesp.
- _____. (1999). Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts. In: Verschueren, J. (org.). *Language and Ideology*. Antuérpia, IprA & the Authors.
- MILNER, J. C. (1989). *Introduction à une science du langage*. Paris, Seuil.
- SCHUELL, H. M. (1955/1965). *Minnesota test for differential diagnosis of aphasia*. Minneapolis, University of Minnesota Printing Department.
- VIEIRA, C. H. (1992). *Um percurso pela história da Afasiologia: estudos neurológicos, lingüísticos e fonoaudiológicos*. Dissertação de mestrado. Curitiba, Universidade Federal do Paraná.
- _____. (1997). Avaliação do afásico. *Distúrbios da Comunicação*, 9. São Paulo, Educ.

Recebido em novembro/03; **aprovado** em março/04.

Endereço para correspondência:

Suzana Carielo da Fonseca
Rua Desembargador do Vale, 900, ap. 44, Pompéia,
São Paulo.

E-mail: suzfonseca@estadao.com.br