

O jogo entre falar/escrever/ler na clínica de linguagem com afásicos*

Juliana Marcolino**

Melissa Catrini***

Resumo

O atendimento fonoaudiológico de afásicos com manifestações sintomáticas na linguagem oral e/ou escrita nos convoca a refletir sobre a natureza da relação oralidade-escrita nas afasias. A não problematização dessa relação na literatura específica é notória e tem conseqüências: a escuta do clínico se volta para o sintoma que se manifesta na fala. Aliás, é em função de uma queixa, via de regra relativa à oralidade, que se instaura esse campo clínico. Só que levando em conta o que nele se testemunha, tanto no processo diagnóstico quanto terapêutico, fala e escrita se cruzam numa afetação mútua: ora a escrita é suporte para fala, ora a fala é suporte para a escrita. Pretendemos, então, problematizar como entram em jogo essas duas modalidades de linguagem quando, na terapêutica, se implementa um jogo cuja base é seu entrecruzamento. Se a fala e a escrita não se dissociam porque são governadas pela língua, há diferenças a serem enfrentadas. É por esse caminho que Fonseca (1995, 2002) propõe uma ação clínica que se fundamenta no entrecruzamento fala-escrita (do paciente e do terapeuta). Discutiremos, portanto, a sua implementação no atendimento de dois pacientes afásicos. Nos dois casos, atribui-se a ele as mudanças operadas na fala/escrita dos pacientes. No primeiro caso, as mudanças na fala e na escrita ocorrem simultaneamente. Já no segundo caso, a escrita é suporte para as mudanças na fala.

Palavras-chave: linguagem; afasia; escrita.

Abstract

Speech therapist care provided to aphasic patients whose symptoms have been manifested in oral and/or written language calls us to reflect upon the nature of the oral-written relationship in aphasias. It is well-known that little has been discussed in terms of this relationship in specific theoretical literature, and this leads to some consequences, one of which is the medical professional's attention that is focused on the symptom manifested in speech. Actually, it is usually due to a complaint in terms of oral production that the clinical attention is requested. However, if attention is given to what is witnessed in this clinical field, both in diagnostic and therapeutic terms, one can see that speech and writing are crossed by transferable affecting matters: at times, writing supports speaking, and at others, it is speaking that supports writing. We, therefore, seek to investigate how these two language modes play their parts when, in therapeutic terms, an interchangeable game is implemented. This is the path that Fonseca (1995, 2002) proposes when speaking of a clinical action based on the crossing point between speech and writing (of both patient and therapist). Thus, we will discuss the carrying out of this proposal with two

* Trabalho apresentado no 52º Seminário do Grupo de Estudos Lingüísticos (GEL), realizado de 29 a 31 de julho de 2004 no Instituto de Estudos da Linguagem da Unicamp. Campinas, São Paulo. Trabalho vinculado ao Projeto Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (CNPq 522002/97-8), coordenado pela Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto. ** Fonoaudióloga e mestre em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem – PUC-SP. *** Fonoaudióloga e mestre em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem – PUC-SP.

aphasic patients. It is considered that, in both cases, the implementation of this process was responsible for the changes, which took place in the patients' speech/writing. In the first case, changes occur in speech and writing simultaneously. In the second case, however, writing supports changes occurring in speech.

Key-words: *language; aphasia; writing.*

Resumen

La atención fonoaudiológica a afásicos con manifestaciones sintomáticas en el lenguaje oral y/o escrito nos convoca a reflexionar acerca de la naturaleza de la relación oralidad-escrita en las afasias. La no problematización de esta relación en la literatura específica es clara y posee consecuencias: la escucha del clínico se vuelve para el síntoma que se manifiesta en el habla. Mejor dicho, es en función de una queja, por regla general, relativa a la oralidad que se instaura ese campo clínico. Solo que teniendo en cuenta lo que en él se atestigua, tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico, habla y escrita se cruzan en una afectación mutua: a veces la escritura es el soporte para el habla, otras veces el habla es el soporte para la escrita. Pretendemos, en tal caso, problematizar como entran en juego esas dos modalidades de lenguaje cuando, en la terapéutica, se implementa un juego cuya base es su entrecruzamiento. Si el habla y la escritura no se separan porque son gobernados por la lengua, hay diferencias que deben ser enfrentadas. Es por ese camino que Fonseca (1995, 2002) propone una acción clínica que se fundamenta en el entrecruzamiento habla-escrita (del paciente y del terapeuta). Discutiremos, por lo tanto, su implementación en la atención a dos pacientes afásicos. En los dos casos, se atribuye a ella los cambios operados en el habla/escrita de los pacientes. En el primer caso, los cambios en el habla y en la escritura ocurren simultáneamente. Ya en el segundo caso, la escritura es soporte para los cambios en el habla.

Palabras clave: *lenguaje; afasia; escrita.*

Na clínica de linguagem com afásicos, testemunha-se o cruzamento da oralidade com a escrita, tanto no que diz respeito à configuração do quadro sintomático quanto no curso do atendimento. Transformações em ambas as modalidades são operadas, na fala e na escrita, quando se toma uma modalidade como suporte da outra. Sinalizamos, então, para o fato de que oralidade e escrita parecem na afasia e, conseqüentemente, no processo terapêutico de sua “reabilitação”, numa relação mútua de afetação. Em função disso, Fonseca (1995, 2002) propõe uma ação clínica que se fundamenta no entrecruzamento fala-escrita: um jogo entre a fala-escrita do terapeuta com a fala-escrita do paciente. Este trabalho discute, portanto, a relação entre essas duas modalidades de linguagem quando, na terapêutica, se implementa esse jogo.

A presente reflexão encaminha-se, então, a partir do aporte teórico desenvolvido no Projeto Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem,

(CNPq 522002/97-8) e no Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem. Nessa perspectiva teórica, todo acontecimento lingüístico deve ser referido às *leis de funcionamento da língua* – às “forças perenes e universais” (Saussure, 1916, p. 13). Nesse funcionamento “universal”, a heterogeneidade das manifestações da linguagem indica, por sua vez, que toda fala/escrita envolve, também, um modo particular de manifestação de um sujeito. Como disse Fonseca (2002): “é a questão do sujeito [que aí se explicita]: o modo como a linguagem se manifesta em seu dizer, manifesta o modo como ele está nela”. Sujeito que, a partir da psicanálise, não é aquele que se apropria da língua por mecanismos cognitivos (segmentação e retenção), ao contrário, ele é por ela capturado, como deixa ver o trabalho de Cláudia Lemos, na área de Aquisição da Linguagem. Também dessa perspectiva, falar em sujeito implica falar em *corpo pulsional*. Nas palavras de Lemos, T.:

(...) a diferença entre o corpo biológico da urgência e o corpo pulsional se dá precisamente pelo fato de que, num caso há a suposição de algo independente da linguagem [...], enquanto no outro, o real do corpo está articulado na e pela linguagem. (2002, p. 39)

Desse modo, temos que organismo e sujeito não coincidem porque suas determinações são diferentes – o sujeito é efeito de linguagem (e não de leis que regem o funcionamento orgânico). Sujeito e fala entrelaçam-se por conta do jogo da língua (Marcolino, 2004). Desse modo, é a relação sujeito-fala/escrita e a singularidade dessa relação que importam à nossa discussão e nos convocam à reflexão. Em consonância com essa hipótese, passaremos, então, à apresentação de dois casos de pacientes afásicos atendidos no curso de aprimoramento da Deric/PUC-SP¹ e supervisionados pela Dra. Suzana Carielo da Fonseca. O primeiro caso foi atendido por Catrini, e o segundo, por Marcolino. Em ambos operaram-se mudanças na fala/escrita dos pacientes, atribuídas à ação clínica implementada a partir do entrecruzamento oralidade-escrita. Vejamos.

A senhora L. chegou à Deric encaminhada pelo serviço social do Poupatempo de São Paulo. A paciente veio sozinha e solicitava a continuidade do tratamento fonoaudiológico, iniciado numa cidade vizinha a São Paulo, onde morava com o filho desde o AVC. Contudo, enquanto passava pelo primeiro atendimento na instituição e pelo Serviço Social, L. decidiu residir definitivamente em São Paulo. Assim, *atendendo a uma solicitação da própria paciente*, a fonoaudióloga responsável pelo primeiro atendimento encaminhou-a para terapia fonoaudiológica junto ao Serviço de Patologia da Linguagem. A senhora L. iniciou atendimento fonoaudiológico em maio de 2001. A avaliação fonoaudiológica realizada nesse período, no que concerne à linguagem oral, constatou a presença de alterações do ponto de vista prosódico, articulatório e sintático-textual, além da perturbação da coordenação pneumofonoarticulatória. Para se ter uma idéia do modo como sua fala se apresentava, traremos um segmento da primeira entrevista realizada com L.

Segmento 1:

(14) T. → *Me conta o que aconteceu com a senhora.*

(15) P. → *Ah ... (suspira). Éu-éu, áisque ... de derrame (sussurrando).*

(16) T. → *Teve derrame ...*

(17) P. → *Ái fi ... fiquei ... av-af ... [S.I.] aqui ó (apontando para o braço direito)*

(18) T. → *Apertô?! O quê que é? O derrame ...*

(19) P. → *Faz vu ... furrigas ...*

(20) T. → *O quê? Formigação?*

(21) P. → *É, é.*

(22) T. → *Hum...*

(23) P. → *É ... f-faz, f-ah ... fáí nada.*

(24) T. → *Não fala nada.*

(25) P. → *Agó fala.*

Sua fala era truncada, esgarçada por pausas longas e pela imprecisão articulatória, com ritmo bastante lento, voz sussurrada e uso de ar residual. Era uma fala que não se compunha, e a impossibilidade de narrar tornava-a reativa, ou seja, sua posição de falante era caracterizada pela cessão de voz ao outro. Quero dizer com isso que sua fala concretizava-se, essencialmente, como resposta à fala do outro. Por outro lado, embora a fala de L. não pudesse prescindir da fala do outro para a composição do texto dialógico, L. mantinha-se numa mesma textualidade², o que permitia a interpretação e garantia o diálogo. Entendeu-se que as pausas, interrupções, repetições e hesitações remetiam a uma escuta para a própria fala, escuta essa que produzia em L. sofrimento, angústia.

Com relação à leitura e à escrita, havia um prejuízo na articulação sintático-textual, além de problemas de natureza ortográfica, omissão de palavras e substituições grafêmicas. A leitura se caracterizava pela apreensão fragmentária do material lido: uma leitura intermitente (L. lia fragmentos do texto – ora palavras isoladas, ora composições um pouco mais extensas) que, via de regra, comprometia a compreensão do texto lido.

Já durante o processo de avaliação, cruzamentos entre oralidade e escrita puderam ser observados. Parecia ser condição necessária para que L. escrevesse, pronunciar a palavra: enquanto ela não era enunciada oralmente também não podia ser es-

¹ Os pacientes autorizaram o uso da material clínico, como rotina dessa instituição. Além disso, os casos pertencem às pesquisas de mestrado de Marcolino (2004) e Catrini (em preparação), aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Deric/PUC-SP e pelo Lael.

² Isto é, a paciente podia sustentar o encaminhamento de um relato e/ou narrativa em uma mesma direção textual.

crita. As substituições grafêmicas também diziam dessa relação, uma vez que apontavam para uma indecidibilidade no que diz respeito ao traço de sonoridade. Não podemos nos esquecer de que a fala de L. tinha como uma característica a imprecisão articulatória. Por outro lado, apesar de a pontuação estar ausente, seus textos escritos se caracterizavam pela segmentação em palavras. O fluxo contínuo – não marcado graficamente pelos sinais de pontuação –, entretanto, não impedia que o leitor (um outro) pudesse compreendê-lo. Isso significa que a pertinência textual era passível de ser reconhecida ali naquela combinação de palavras. Vejamos o fragmento abaixo:

Segmento 2 (carta a um apresentador de TV, atividade de escrita espontânea solicitada pela terapeuta)

Radinho quero de conchecher filho estou com 57 anas vivo chorando dive derrame estou com um lado dodo inhrato não tenho dodas as remédio que prezezo micha casa está dota rachada esta caído esta dorda não falo atrapalhado que o derame eu fiquei muda comesei falar na fono...

Outro dado relevante é a repetição evidenciada como recurso para a seqüenciação do texto escrito, em paralelo de sentenças com estrutura similar, como veremos. Acontecimento que, com a incidência do trabalho sobre materiais escritos, passou a ser observado também na fala. Trago a seguir um trecho da mesma carta:

Segmento 3:

Filho/ estou/ com/ 57 anas

*Minha casa/ está/ dota rachada
estou/ com/ um lado dodô inhrado esta/ caído
esta dorta*

No horizonte da direção de tratamento estava, a partir da produção de relatos orais e/ou escritos, que L. sustentasse a própria fala. Além disso, terapias respiratória e melódica foram encaminhadas com o objetivo de propiciar melhor inteligibilidade à fala. No decorrer do atendimento, o trabalho com a escrita foi proposto, tendo como objetivo sustentar a narratividade já alcançada por L. na oralidade. É importante salientar que, de início, não havia demanda da paciente para esse trabalho. Entretanto, como mencionado anteriormente, a tentativa foi proposta porque se entendeu que, no entre-

cruzamento da escrita com a oralidade, uma mútua determinação poderia responder por efeitos estruturantes nessas duas modalidades.

Principalmente entre falar e ler, mas, também, escrever e reescrever reportagens, contos, crônicas, poesias e relatos pessoais, L. tornou-se mais autônoma na fala/escrita, posição conquistada que respondeu, inclusive pela sua alta. Mudança de posição sustentada pela escuta de uma fala mais bem composta estruturalmente.

O segundo caso é o da senhora P., apresentado na dissertação de mestrado de Marcolino (2004), *A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento*. Cabe ressaltar, entretanto, que a discussão que aqui se encaminha não foi contemplada nessa dissertação. Faremos, então, um outro recorte – do mesmo caso – para as questões deste trabalho.

A paciente P. procurou o atendimento fonoaudiológico na Derdic no início de 2003. Na ficha do primeiro atendimento, lê-se ter ela relatado que foi submetida à cirurgia cardíaca no final de novembro de 2002, e que, dois dias após a cirurgia, sofreu um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). Segundo o marido da paciente, “P. não conseguia falar nada” após o AVCI.

Cabe ressaltar que, além da afasia, a senhora P. apresentava alteração vocal e dispraxia. Essas alterações associadas à afasia prejudicam a inteligibilidade da fala, e, no caso de P, a fala perdeu a fluência, uma vez que a paciente “perdia o fôlego”. A fala era escandida, hesitante: “*com-pa-ssada*”, como dizia a própria paciente.

Na avaliação da linguagem oral, notou-se a insistência do /é/ prolongado [marcado é::: na transcrição], que exerce a função de um marcador discursivo e um *ponto de sustentação* de sua fala e de sua condição de falante. Isso, porque é::: prolongado parecia ser uma “alavanca” para que um pedaço da sua fala viesse à tona. Também Marcolino (2004) pôde dizer que P. mantinha-se no diálogo “*numa corda bamba*” (Fonseca, 2002), embora permanecesse numa mesma zona de sentido, numa mesma textualidade. Reconhece-se nos estilhaços de sua fala que eles, mesmo tenuamente, remetem a uma mesma cena, a um mesmo texto.

Vejamos um fragmento de sessão:

(23) T. → você lava a roupa dela até hoje?

(24) P. → não, Toninho pro-i-ibiu. A roupa quem leva é ela. Eu nã/ vou no quarto dela

racterização de sua natureza sintomática. Como, por exemplo, a proliferação dos verbos no infinitivo tanto na fala quanto na escrita furando a articulação sintática. Na fala:

(19) P. → P: “o médico **cha-mar** o Alessandro a a **fazer** transplante de córnea” [...] ele tel’*eé* / **ir internar** na na quarta ah, quinta-feira.

(25) T. → dois anos. E aí o qui aconteceu?

(26) P. → **chegar** em casa, uma surpresa a a o médico tinha ligado para a Sônia, a mãe do Alessandro.

Na escrita:

“Outro dia ele retornar o médico”.

Chama atenção que a paciente não escreveu durante a sessão. Em casa, sozinha, ela escreveu, rascunhou, ou seja, enfrentou o sintoma. Ela tomou a decisão de “*escrever sozinha*”, quando o tratamento, já em seu início, lhe deu “vez e voz” (Fonseca, 2002). Interessante é que o significante “sozinha” esteve, durante os momentos iniciais de atendimento, articulado com o modo de presença de P. nas entrevistas e na avaliação de linguagem. Quando a paciente chegou para o atendimento, ela era, segundo seu esposo, dependente dele para falar e sair – ou seja, ele afirmou que ela não podia “falar sozinha” ou “sair sozinha” –, mesmo sem nenhum comprometimento motor nos membros inferiores e superiores. Ele reafirmava que “ela não fala nada” e “não é capaz de sair sozinha”. Desse modo, parece que a escrita foi suporte imaginário para P. se reconhecer ali e sustentar o laço com o outro e poder falar/escrever/sair sozinha.

L. e P. encontraram, na terapêutica implementada, um suporte para aquilo que a afasia coloca em cena: o rompimento do laço social. Rompe, porque o afásico já não mais se reconhece como um, semelhante aos falantes da sua comunidade linguística. Embora se esforce para aparecer no “intervalo dos significantes” (na expressão de De Lemos, 2002), o afásico “fica ao lado” do que diz, como sugere Lacan (1955-6/1981). Ele está “ao lado”: escuta, pontua seu fracasso de diferentes modos; hesita e procura reformular; faz esforço para se contar no que diz..., sem muito sucesso.

O perturbador ocorre por conta do fato de que um falante reconhece ali a língua, mas não um sujeito. Dessa forma, sem o reconhecimento de um

sujeito na fala, não há possibilidade de identificação. Nem o outro nem o próprio afásico se identificam com essa fala sintomática. Pode-se dizer que sempre há língua, mas “língua demais no fluxo verbal do afásico e sujeito de menos nesse fluxo” (Lemos, T., no prelo).

O efeito de dessubjetivação³ imposto pela fala afásica nos faz pensar que há “algo”, no processo terapêutico que funciona como suporte imaginário. Algo que é um “outro” – a fala do terapeuta, outro texto, a escrita. No caso de P., vimos que a escrita é suporte imaginário: P. toma a escrita como sua, ela se reconhece ali e, por isso, faz o seu diário. No caso de L., o encontro da fala com a escrita funcionou como suporte para a mudança de sua fala e de sua posição de falante. A escrita, como um lugar de restrição textual, possibilitou a constituição de uma base sólida para o sujeito unir-se à própria fala e com a fala do outro, num *jogo da linguagem sobre a linguagem* (Fonseca, 2002, Guadagnoli, 2003). Isso porque a escrita, como materialidade outra, distinta da fala, está submetida às mesmas leis de funcionamento da língua.

Tendo em vista o que foi exposto, podemos dizer que essa ação clínica tem efeito estruturante na linguagem do afásico e, conseqüentemente, há efeitos subjetivos. A natureza desses efeitos ainda nos indaga. As palavras de Marcolino (2004, p. 51) fazem eco a nossa indagação:

(...) resultado de um embate do sujeito no intervalo entre fala-escuta-escrita?; um sujeito que tem, nesse embate particular, a possibilidade de “rascunhar” inúmeras vezes o que escreve (que não se esvai como na fala)?

Essa resposta, assim como a questão, só pode surgir numa clínica, cuja configuração específica se constitui na “assunção de compromisso, pelo fonoaudiólogo, com a fala do paciente” (Arantes, 1994, Lier-DeVitto, 1995, Fonseca, 1995, 2002; Marcolino, 2004), e que, como afirma Fonseca (2002, p. 248):

(...) coloca em jogo: a) a singularidade de cada paciente e sua fala; b) a heterogeneidade no (de cada) caso; c) a necessária articulação entre teoria e “ações clínicas”; d) a impossibilidade, para um leigo, de conduzir um atendimento; e) o distanciamento/ruptura com propostas de reeducação.

³ Marcolino (2004), Lier-De Vitto (2005), Catrini (2005).



Referências

- Arantes L. O fonoaudiólogo: este aprendiz de feiticeiro. In: Lier-De Vitto MF, organizadora. Fonoaudiologia: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez; 1994. p.23-37.
- De Lemos CG. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. Cad Est Ling 2002;42:41-69.
- Fonseca SC. Afasia: a fala em sofrimento [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
- Fonseca SC. O afásico na clínica de linguagem [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
- Guadagnoli CF. A relação entre a oralidade e a escrita nas diferentes abordagens terapêuticas da afasia [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.
- Lacan J. O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
- Lemos T. A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem. Campinas (SP): Mercado de Letras; 2002.
- Lier-De Vitto M F. Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. Disturb Comun 1995;7(2):163-71.
- Marcolino J. A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.
- Saussure F. Curso de lingüística geral (1916). São Paulo: Cultrix; 1989.

Recebido em agosto/05; aprovado em fevereiro/06.

Endereço para correspondência

Juliana Marcolino

Rua Itapiranga, 59, São Paulo, SP, CEP 02911-090

E-mail: jufmar@terra.com.br



