

# Acompanhamento fonoaudiológico de um sujeito afásico não-fluente: foco na continuidade sensório-motora

Elenir Fedosse\*

## Resumo

*Este trabalho discute, sob o ponto de vista de uma Neurolingüística Discursiva, as condições de praxia buco-facial e de produção oral (fala) de um sujeito afásico não-fluente (IR). Adota-se a noção de função reguladora da linguagem (postulado vygotskyano referente à participação, direta ou indireta, da linguagem na organização e no funcionamento de todos os processos psíquicos/cognitivos), o que significa assumi-la como atividade constitutiva (Franchi, 1977) – uma atividade que ao mesmo tempo em que se constrói como sistema significativo (sistema formal/língua) e comunicativo, constitui o sujeito e as suas interações com o mundo físico e social. Nessa perspectiva, a produção oral é tida como uma sofisticada atividade de modalização das estruturas oro-faciais, análise de seus efeitos em termos orgânicos (acústico-articulatórios e tátil-cinético) e de sentido; desse modo, reconhece-se que lesões cerebrais anteriores comprometem significativamente as condições de praxia buco-facial e de produção oral. Procura-se demonstrar como procedimentos avaliativos e terapêuticos que jogam, simultaneamente, com a continuidade sensório-motora e com o trabalho lingüístico-cognitivo favorecem a expressão facial e/ou a produção oral de sujeitos cérebro-lesados. Dados do processo fonoaudiológico de IR mostram-na lendo ou falando mais fluentemente quando consegue identificar o que ocorre com ela ou quando desloca sua atenção para a significação do que está sendo lido ou dito. Portanto, pode-se dizer que sujeitos afásicos, apesar de apresentarem parte de sua estrutura cerebral modificada, se mantêm sociais e com possibilidades de linguagem – realizam, tal como sujeitos não afásicos, trabalho lingüístico-cognitivo, o qual deve ser considerado pelos terapeutas que os acompanham.*

**Palavras-chave:** Afasia; apraxia buco-facial; avaliação fonoaudiológica; fonoterapia.

## Abstract

*This work discusses, under a Discursive Neuro-linguistic point of view, the bucofacial praxia conditions and oral production (speaking) of a non-fluent aphasic person (IR). The Language Regulating Function notion (vygotskian postulate referring to direct or indirect participation of the language in the organization and in the functioning of all psychic/cognitive processes) which means to assume it as a constitutive activity (FRANCHI, 1977) – an activity that at the same time we build it as a significant and communicative system (formal/language system), we build the person and his interactions with the physical and social world as well. In this perspective, the oral production is considered as a sophisticated activity of orofacial structure modalization, their effects analysis in organic terms (acoustic-articulatory and tactile-kinetic) and sense; thus, we know that previous brain lesions commit significantly the buco-facial praxia and oral production conditions. We are trying to show how the assessing and therapeutic procedures that work simultaneously with the sensory-motor continuity and with linguistic-cognitive work, favor the facial expression and/or the oral production of someone with damaged brain. Data from the*

\* Fonoaudióloga; mestre e doutoranda em Lingüística pelo Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) – Unicamp.

*IR therapeutic process show her reading or speaking more fluently when she can identify what happens with her and when he shifts her attention from what she is reading or speaking. Despite having part of their brain structure modified, we can say that aphasic people keep themselves social and with language possibilities – carry out, as non-aphasic people, a linguistic-cognitive work – that must be taken into consideration by therapists that follow them up.*

**Keywords:** *Afasia, buco-facial apraxia, speech pathology therapeutic assessment.*

## Resumen

*Este trabajo discute, sobre el punto de vista de una Neurolingüística Discursiva, las condiciones de praxia buco-facial y de la producción oral (habla) de un sujeto afásico no-fluente (IR). Se adopta la noción de función reguladora del lenguaje (postulado vygotkyano referente a la participación, directa o indirecta, del lenguaje en la organización y en el funcionamiento de todos los procesos psíquicos / cognitivos), lo que significa asumirla como actividad constitutiva (FRANCHI, 1977) – una actividad que al mismo tiempo en que se construye como sistema significativo (sistema formal/lengua) y comunicativo, constituye el sujeto y sus interacciones con el mundo físico y social. En esa perspectiva, la producción oral es tenida como una sofisticada actividad de modalización de las estructuras oro-faciales, análisis de sus efectos en los términos orgánicos (acústico-articulatorios y tacto-cinético) y de sentido; de ese modo, se reconoce que lesiones cerebrales anteriores comprometen significativamente las condiciones de praxia buco-facial y de la producción oral. Se intenta demostrar como procedimientos evaluativos y terapéuticos que juegan, simultáneamente, con la continuidad censo-motora y con el trabajo lingüístico-cognitivo favorecen la expresión facial y/o la producción oral de sujetos cerebro-lesionado. Datos del proceso fonoaudiológico de IR la muestran leyendo o hablando más fluente cuando consigue identificar lo que ocurre con ella o cuando disloca su atención para el significado de lo que está siendo leído o dicho. Por lo tanto, se puede decir que sujetos afásicos, a pesar de presentar parte de su estructura cerebral modificada, se mantienen sociales y con posibilidades de lenguaje – realizan, tal como sujetos no afásicos – trabajo lingüístico-cognitivo – el cual debe ser considerado por los terapeutas que los acompaña.*

**Palabras claves:** *Afasia, apraxia buco-facial, evaluación fonoaudiológica, fonoterapia.*

## Introdução

Este trabalho discute questões relativas à produção oral e às condições de praxia buco-facial de um sujeito afásico não-fluente,<sup>1</sup> o sujeito IR, uma senhora – atualmente com 65 anos, que recebeu acompanhamento fonoaudiológico orientado por uma Neurolingüística Discursiva (abreviada como ND). São apresentados alguns procedimentos clíni-

cos utilizados em seu processo fonoaudiológico, assim como suas repercussões na realização de gestos buco-faciais e na produção oral desse sujeito.

Convém explicitar, já de início, que IR sofreu um acidente vascular cerebral hemorrágico desencadeado por uma crise de hipertensão, cujas imagens de uma tomografia computadorizada (realizada imediatamente à sua internação) revelaram acometimento de estruturas corticais e sub-

<sup>1</sup> As afasias – alterações da linguagem verbal (oral e escrita) resultantes de lesões cerebrais adquiridas têm classificação variável e, segundo critérios neuropsicológicos (Barbizet e Duizabo, 1985), elas podem ser agrupadas em *afasias de expressão verbal fluída* (ou afasias sensoriais ou posteriores) e *afasias de expressão verbal reduzida* (ou afasias motoras ou anteriores). Segundo critérios lingüísticos, propostos por Jakobson (1955/1970 e 1956/1989), nas afasias, há tendência para o funcionamento unipolar da linguagem, de modo que as dificuldades lingüísticas são identificadas como *distúrbios* ou *desordens de similaridade* (as relações internas estão afetadas, há dificuldades para selecionar os elementos lingüísticos) e *distúrbios* ou *desordens de contigüidade* (as relações externas estão enfraquecidas, havendo dificuldades para combinar elementos lingüísticos). Neste texto não usamos as classificações acima; nos referimos a *sujeitos afásicos não-fluentes* procurando demarcar que são sujeitos que apresentam fala entrecortada, permeada de parafasias, prolongamentos, dificuldades de posicionamento dos fonoarticuladores e de execução de gestos fonoarticulatórios, entre outras dificuldades de produção oral.



corticais anteriores. A fala de IR é entrecortada, permeada de anomias, parafasias fonológicas, prolongamentos e, inclusive, com muitas sincinesias (movimentos associados de outros órgãos da face, do pescoço e do tronco) enquanto procura os gestos articulatórios. É evidente o esforço fonoarticulatório (apraxia verbal), sempre acompanhado de tensão cervical e de agudização da voz. Por essas características, pode-se dizer que IR apresenta uma afasia não-fluente, com importante apraxia buco-facial e disartria.

Apresentam-se, a seguir, algumas reflexões produzidas no interior da ND, uma vez que não há recurso metodológico que se sustente sem um sólido embasamento teórico.

*Grosso modo*, a praxia – um dos processos psíquicos/cognitivos – é definida como a condição humana para realizar *movimentos aprendidos* ou *voluntários*. Portanto, praxia buco-facial se refere à realização de gestos fonoarticulatórios e faciais – ambos envolvidos na produção da linguagem oral. Mármora (2000 e 2005) e Fedosse (2000 e 2001), autoras dedicadas ao estudo da relação afasia/apraxia, esclarecem que a apraxia tem sido estudada como um dos fenômenos clínicos mais encontrados em sujeitos com afasia; segundo essas autoras, há estudos neuropsicológicos e neurolingüísticos que concebem a apraxia como decorrente da afasia, porém, há outros que concebem as afasias e as apraxias como entidades patológicas autônomas. No entanto, as discussões, em ambos os casos, são realizadas de modo dissociado, ou seja, raramente se discute a relação linguagem/praxia e afasia/apraxia, o que é essencial na perspectiva da ND que sustenta as pesquisas das autoras. Tal desconsideração se dá, do ponto de vista delas, pelo motivo de tais estudos se assentarem em premissas neuroanômicas e neurofisiológicas localizacionistas; dito de outra forma: a noção de centros cerebrais autônomos (postulada no final do século XIX e início do XX) ainda permeia os estudos atuais sobre a estruturação e fisiologia cerebral e conseqüentemente se reflete nos modelos explicativos das atividades psíquicas/cognitivas.

A ND, desenvolvida por Coudry, na Unicamp, desde o início da década de 1980, tem se constituído como um importante referencial teórico e metodológico para a compreensão de fatos lingüísticos e cognitivos decorrentes de afecções do Sistema Nervoso Central (SNC). Essa ND tem gerado conhecimentos imprescindíveis para a interpretação,

avaliação e acompanhamento terapêutico *de, com e sobre* a linguagem, bem como sobre as dificuldades lingüístico-cognitivas (im)postas por lesões cerebrais causadas por diferentes etiologias (acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, processos demenciais, entre outras).

### **Reflexões produzidas no interior da ND – uma aproximação de conhecimentos psicológicos, neuropsicológicos, lingüístico-discursivos, psico e neurolingüísticos**

A ND articula (i) teorias lingüísticas (Benveniste, 1954/1988; Jakobson 1956/1989, 1955/1970; Franchi, 1977; Osakabe, 1979; De Lemos, 1982; Pêcheux, 1983; Maingueneau, 1987; Possenti, 1988; Albano, 1990, Gerdali, 1991, entre outros), a (ii) pressupostos histórico-culturais envolvidos na produção do conhecimento humano (Vygotsky, 1984 e 1988) e (iii) à concepção de que a organização e o funcionamento cerebral se dão por meio de sistemas funcionais complexos (Luria, 1981, 1987 e 1991; Freud 1891/1973 e 1895/1999) para, assim, interpretar fatos lingüístico-cognitivos.

Essa Neurolingüística assume o postulado vygotskyano referente à *participação, direta ou indireta, da linguagem na organização e no funcionamento de todos os processos cognitivos*, ou seja, assume a noção de *função reguladora da linguagem* (Luria, 1981; Morato, 1996), o que, na Lingüística, significa assumir que a linguagem é uma *atividade constitutiva* (Franchi, 1977): a linguagem ao mesmo tempo em que se constrói como sistema significativo (sistema formal/língua) e comunicativo, constitui o sujeito que a utiliza e as suas interações com o mundo físico e social.

Essa concepção de linguagem (atividade constitutiva) pressupõe certa *zona de indeterminação*, ou seja, os recursos expressivos, em suas dimensões sintática e semântica, são insuficientes para a identificação dos objetos referidos (realidade factual do mundo), bem como para a identificação *dos sistemas de referência* (organização não formal dos modos de ver e compreender o mundo) presentes nas diferentes situações de interlocução.

Conforme esclarece Gerdali (1991), admitir essa *zona de indeterminação da linguagem*, não significa que a língua(gem) é reinventada a cada momento por seus usuários, mas que há *trabalho*

*lingüístico*, contínuo e ininterrupto, “realizado por diferentes sujeitos, em diferentes formações sociais, dentro das quais diferentes sistemas de referências se cruzam (e se digladiam), a língua que se vai constituindo mantém-se porque se modifica” (Geraldi, 1991, p. 14). Portanto, usar a linguagem é realizar *trabalho lingüístico* que se dá no imbricamento dos níveis da produção histórica e social dos *sistemas de referência* e das *operações discursivas* (ações que os sujeitos fazem *com* e *sobre* a linguagem, respectivamente, *operações epilingüísticas* e *metalingüísticas*, bem como as *ações da linguagem* – ações *lingüísticas*).

Note-se que são os sistemas de referência que possibilitam a significação dos recursos expressivos e são as operações discursivas que, remetendo aos sistemas de referência, possibilitam a intercompreensão dos enunciados produzidos pelos interlocutores nas diferentes situações discursivas. Em outras palavras, é na relação da *língua(gem)* com o *exterior discursivo* – termo usado por Coudry nos estudos discursivos da afasia<sup>2</sup> – que ela se constitui; que se constituem os sujeitos e, assim, as interações. A linguagem constitui-se, pois, *como o processo cognitivo/psíquico que possibilita sua regulação e a dos demais processos cognitivos/psíquicos* – atenção, percepção, memória, praxia, raciocínio lógico-matemático e, inclusive, viabiliza as condições para lidarmos com as emoções, para fazermos juízo moral, etc. (Antunes, 1997).

Essa relação – linguagem e exterior discursivo – também é considerada por Albano (1990) na explicação do processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem infantil. Segundo a autora é por meio dos jogos com a linguagem – vocalizações e repetições – que a criança exercita sua subjetividade e sua capacidade de simbolizar, assumindo a arbitrariedade das convenções sociais. Essa autora sustenta a integração sensorio-motora como princípio básico da organização do que ela denomina *módulo emergente da linguagem*. Para Albano, a linguagem é possibilitada por estruturas sensoriais e motoras primitivas, altamente plásticas e inter-

conectadas (a audição e o aparelho vocal, no caso de crianças ouvintes e, a visão e a manipulação, no caso de crianças surdas).

Albano (1990) explica que é pela manipulação subjetiva da voz que a criança ouvinte amplia e automatiza os seus recursos primitivos de vocalização e audição, transformando-os em módulos novos, que, exercitados, alcançam o arbitrário dado na e pelas convenções sociais. É *tocando a linguagem de ouvido* – primeiro nível da ação simbólica – que a criança confecciona artesanalmente o símbolo. Nesses termos, a linguagem é tida como uma atividade humana “complexa, resultante da combinação de módulos responsáveis pela produção de significantes e de especializações não modulares responsáveis pela produção *de significados*” (Albano, 1990, p. 52).<sup>3</sup>

Conforme esclarece a autora, não se trata de reduzir o fenômeno lingüístico a um fenômeno físico, nem tampouco igualar os aspectos fonológicos de uma língua a outros componentes gramaticais, mas assumir que a criança fala porque faz abstrações decorrentes daquilo que constrói por meio de experiências com a linguagem, e que vão sofrendo mudanças qualitativas, ganhando estatuto lingüístico e gramatical. Assim, a criança, por contingências naturais (substrato orgânico: sensorial/auditivo e motor/de vocalização), descobre o convencional da língua e das interações sociais.

Pelas colocações acima, pode-se dizer que *falar* implica, além do intenso e sofisticado *trabalho lingüístico* (manipulação do sistema de significação verbal), pôr em funcionamento um aparato orgânico-funcional especializado e interconectado, composto por estruturas do sistema auditivo (responsáveis pela sensação e percepção acústica dos sons de fala) e por estruturas do sistema fonarticulatório (responsáveis pela produção vocal e pela articulação fonêmica), ambos regulados pelo Sistema Nervoso Central e executados pelo Periférico. *Falar* é realizar constante modulação dos músculos esqueléticos do trato vocal – pulmões, laringe, orofaringe, estruturas rígidas e móveis

<sup>2</sup> Coudry, em *Diário de Narciso – discurso e afasia* (1986/1988), ressalta o trabalho lingüístico realizado por sujeitos afásicos – afirma a ocorrência de operações discursivas, sobretudo, a de operações epilingüísticas mais recorrentes, um modo de sujeitos afásicos lidarem com suas dificuldades metalingüísticas. Tal fato marca importante reorientação na concepção das manifestações afásicas.

<sup>3</sup> Note-se que Albano se refere a *módulos emergentes, a módulos responsáveis pela produção de significantes e a especializações não modulares responsáveis pela produção de significados*, o que significa que a autora não assume a hipótese de modularidade da mente (Fodor, 1983; Liberman e Mattingly, 1985, entre outros). A propósito da discussão sobre a teoria modular da mente, ver as interessantes posições de diferentes lingüistas nacionais em Abralim, volume 8, 1986.



da cavidade oral (palato duro, dentes, mandíbula, lábios, língua, bochechas e véu palatino) e da cavidade nasal – segundo critérios fonológicos de uma dada língua. Assim, produzir fala é, ao mesmo tempo, *modalizar as estruturas orais, analisar seus efeitos em termos orgânicos (acústico-articulatórios e tátil-cinético) e de sentido.*

Note-se que incorporamos à continuidade acústico-articulatória (audição/fonoarticulação), postulada por Albano como princípio da emergência da linguagem em crianças ouvintes, a continuidade tátil/cinética, ou seja, destacamos também a sensação tátil<sup>4</sup> e a movimentação dos fonoarticuladores como elementos da produção verbal. Nesse sentido, aproximamos a concepção neuropsicológica luriana, qual seja, a noção de que a organização estrutural e fisiológica do cérebro e dos processos cognitivos é sistêmica, hierárquica e integrada (conceito de sistema funcional complexo – Luria, 1981; 1987 e 1991) à concepção psicolinguística de Albano. A propósito, Luria (1987) concebe a produção oral (a fala) como uma atividade que envolve a participação de um sujeito que formula a expressão falada e de outro(s) que a recebe(m), destaca, pois, um aspecto expressivo e outro impressivo (nos seus termos). Para o autor, a fala se revela como uma estrutura psicológica complexa que incorpora aspectos orgânicos (sensoriais e motores) e sociais (relações interpessoais). Para Luria, a fala tem função comunicativa, mas também desempenha uma função instrumental da atividade psíquica, qual seja: a de se auto-regular, assim como a de regular os outros processos cognitivos.

Obviamente que há limites na teoria luriana no que se refere à linguagem, porém, seu modelo neuropsicológico abre perspectivas interessantes para reflexão neurolinguística como, por exemplo, a de Freitas (1997).

Essa autora, por meio da análise acústica e de modelos fonológicos que integram o fonético ao fonológico (Browman e Goldstein 1992; Clements e Hume 1995), dedica-se às alterações fono-articulatórias (em termos tradicionais, aos *distúrbios articulatórios*) comuns nas afasias não-fluentes. Seus estudos revelam que as alterações fonoarticulatórias decorrem de diferentes fenômenos

neuropsicológicos e lingüísticos: pode ocorrer de os sujeitos afásicos apresentarem dificuldades na implementação fonética (produção/execução de segmentos fonológicos), na ativação da representação léxico-fonológica, na leitura do endereçamento fonológico, etc.

Freitas (1997) reafirma que a linguagem é repleta de praxia e, por isso, deve-se identificar a intensidade e a natureza das alterações fonoarticulatórias, ou seja, convém esclarecer como e por que elas se apresentam; deve-se buscar se elas são de ordem ártrica (controle neuromuscular), práxica (programação e execução dos gestos fonoarticulatórios) ou fásica (representação simbólica); deve-se, também, analisar tais alterações considerando-se as repercussões que um aspecto (ártrico, práxico e fásico) tem sobre o(s) outro(s). Essa autora conclui que as afasias podem ou não ser acompanhadas de apraxias, mas que as apraxias, especialmente as buco-faciais implicam sempre uma afasia e que há uma repercussão direta da apraxia buco-facial nas alterações fonoarticulatórias – quanto mais grave tal apraxia, maiores são as dificuldades de produção fonético-fonológica de sujeitos afásicos. Do ponto de vista de Freitas, e também do nosso, não há como negar a intensa relação linguagem e praxia buco-facial, visto que não há produção lingüística/oral sem movimentação dos órgãos fono-articulatórios.

No sentido acima, Freitas (ibid.) constata que sujeitos que produzem segmentos que não fazem parte do inventário fonológico da língua apresentam maior severidade de apraxia buco-facial. Por conta dessas análises, a autora discorda de uma perspectiva neurolinguística, muito difundida na atualidade (Darley, Aronson e Brown, 1978; Square-Storer, 1989; Duffy, 1995), que afirma a existência da chamada *apraxia verbal* ou *apraxia de fala* independentemente das afasias. O que não significa que Freitas desconsidera a existência da *apraxia de fala*, apenas rejeita-a como uma categoria clínica à parte das afasias, o que decorre da abordagem neuropsicológica e neurolinguística acima indicada.

Sabe-se que os sujeitos afásicos não-fluentes apresentam, em maior ou menor grau de severida-

<sup>4</sup> Sabe-se que as sensações táteis têm duplo caráter, englobam componentes primitivos (sensações protopáticas – sensação térmica e de dor) e complexos (sensações epicríticas – sensação de dimensões, de formas e da disposição dos objetos que atuam sobre a pele), por isso, participam delas diferentes sistemas cerebrais, hierarquicamente organizados. A sensibilidade protopática dá-se no nível do tronco, do tálamo óptico e do córtex límbico, enquanto que a epicrítica dá-se no córtex visual, auditivo e tátil (Luria, 1991).



de, dificuldades para produzirem linguagem oral e percebem, com maior ou menor clareza, que suas produções não correspondem às suas escolhas e, por isso, tentam corrigi-las, mas nem sempre conseguem – comumente, suas tentativas de autocorreção avolumam as substituições, as distorções, as repetições, as omissões ou adições fonêmicas.

As características acima descritas, ou seja, a intensidade das dificuldades de produção fonarticulatória relaciona-se, em termos neurofisiológicos, com a extensão da lesão cerebral – com os mecanismos sensoriais e motores abalados e, em termos lingüísticos, tais dificuldades se relacionam com o duplo caráter da linguagem:

Falar implica a seleção de certas entidades lingüísticas e sua combinação em unidades lingüísticas de mais alto grau de complexidade. Isto se evidencia imediatamente ao nível lexical: quem fala seleciona palavras e as combina em frases, de acordo com o sistema sintático da língua que utiliza; as frases por sua vez, são combinadas em enunciados. Mas o que fala não é de modo algum um agente completamente livre em sua escolha de palavras: a seleção (exceto nos raros casos de efetivo neologismo) deve ser feita a partir do repertório lexical que ele próprio e o destinatário da mensagem possuem em comum (Jakobson, 1953/1999).

A propósito, essa é outra reflexão da ND que merece ser destacada. Coudry (1993, 1997) e Novaes-Pinto (1999), inspiradas em Benveniste (diferentes níveis da análise lingüística; 1966/1988) e em Jakobson (hierarquia dos níveis de linguagem e modos de arranjo lingüístico – operações no eixo paradigmático e no sintagmático), reafirmam a inter-relação dos níveis lingüísticos. Segundo as autoras, a imbricação dos níveis fonético-fonológico, sintático-semântico e discursivo-pragmático é facilmente evidenciado nas afasias; em outras palavras, a repercussão de um nível lingüístico sobre outro é revelada de forma privilegiada nas afasias, sendo possível, pois, detectar e explicar qual(is) o(s) nível(is) lingüístico(s) que está(ão) mais ou menos afetado(s).

Obviamente que existem muitas outras reflexões produzidas no interior da ND, porém, considera-se que as aqui enunciadas justificam e orientam o seguinte questionamento: existiriam procedimentos terapêuticos capazes de favorecer a produção fonarticulatória de sujeitos afásicos não-fluentes? É possível intervir efetivamente sobre as dificuldades de natureza práxica?

Acredita-se que sim; sobretudo se se jogar, simultaneamente, *com a continuidade sensório-motora e com o trabalho lingüístico-cognitivo*, sendo o último possibilitado, sobretudo, na interlocução – espaço de produção de linguagem e de constituição de sujeitos (Coudry e Possenti, 1983; Coudry, 1986/1988; Geraldi, 1991). Em outras palavras, acredita-se na possibilidade de intervir favoravelmente nas condições de produção oral de sujeitos afásicos não-fluentes explicitando-se os mecanismos nela envolvidos, isso porque se admite incondicionalmente a participação da linguagem na organização dos processos práxicos (assim como na de outros processos cognitivos), sobretudo, porque ela goza da condição de remeter-se a si mesma.

Posto isso, apresentam-se a seguir alguns recursos de avaliação e de terapia utilizados junto a um sujeito afásico não-fluente cujas alterações fonarticulatórias (ou alterações fonético-fonológicas) são caracterizadas por dificuldades de posicionamento e de programação dos órgãos fonarticuladores.

### **Proposta de procedimentos fonoaudiológicos orientados pela ND**

Partindo-se, então, do postulado de que a linguagem verbal é atividade constitutiva do sujeito, dela própria e das interações sociais; de que ela participa diretamente da atividade gestual/praxia, de que a praxia buco-facial integra a produção oral e de que ambas são organizadas, ativadas e reguladas pelo SNC (por sua vez, sistêmico, plástico, hierarquicamente organizado e funcionalmente integrado) propõem-se procedimentos de avaliação buco-práxica e de acompanhamento fonoaudiológico de sujeitos afásicos não-fluentes de modo contextualizado, procurando com isso auxiliar na condução das situações de difícil produção e interpretação de linguagem, comuns no contexto patológico (Coudry, Marmora e Fedosse, 1998).

A propósito, convém esclarecer que se entende por contexto patológico a situação que envolve sujeitos com dificuldades lingüístico-cognitivas (os que procuram por acompanhamento especializado) e sujeitos sem tais dificuldades (os terapeutas, por exemplo). Trata-se de um ambiente – entremeado da linguagem em seu funcionamento – que percorre uma determinada patologia em que a linguagem



está envolvida, como a afasia. Nesse ambiente, ocorrem situações discursivas em que os sujeitos cérebro-lesados apresentam dificuldades verbais e/ou não verbais mais freqüentes que os sem lesão e tal freqüência faz com que a relação normal/patológico se dê em condições mais assimétricas. Esse fato, por sua vez, pode ser exacerbado por certas tarefas metalingüísticas que compõem a maioria dos protocolos de avaliação (Coudry, 1986/1988) e das propostas terapêuticas em Fonoaudiologia. Porém, ressalta-se que não é porque as dificuldades de sujeitos cérebro-lesados são mais freqüentes que elas sempre se expressam e de uma única forma: ora aparecem, ora não; ora são agravadas e ora minimizadas, tal como ocorre no uso da linguagem por não afásicos (Coudry, 2001; Coudry, Marmora e Fedosse, 1998).

Considerando-se, pois, os aspectos aqui destacados, afirma-se que os *princípios de uma terapia de (a)praxia buco-facial* são muito semelhantes aos da *avaliação de praxia buco-facial discursivamente orientada* (Fedosse, 2000). Isso significa dizer que na perspectiva da ND – desde seu primeiro estudo (Coudry, 1986/1988) – a avaliação e o acompanhamento longitudinal/terapêutico dos aspectos lingüístico-cognitivos configuram-se como processos de descoberta contínua.

Em uma avaliação/acompanhamento terapêutico da praxia dos órgãos fono-articulatórios busca-se evidenciar a participação da linguagem na organização e na execução dos gestos buco-faciais, portanto, implica considerar e valorizar, além dos aspectos neurofisiológicos, os critérios ântropo-culturais envolvidos na atividade gestual. Nesse sentido, a avaliação e a intervenção sobre as dificuldades buco-faciais assentam-se no *fazer como se*, na remissão às *cenas enunciativas*.<sup>5</sup> Nesse tipo de avaliação/acompanhamento terapêutico interessa reconhecer como são executados os gestos faciais que comumente participam do sentido da expressão verbal ou que por si representam sentidos, por exemplo: 1) a expressão de braveza ou irritação (caracterizada pela contração da testa ou dos supercílios); 2) a expressão de susto ou de preocupação (estiramento da testa, abertura amplia-

da dos olhos e/ou da boca); 3) a expressão de nojo (elevação das narinas e do lábio superior, ligeira depressão da testa); 4) a expressão de choro ou de tristeza (depressão das comissuras labiais, podendo ou não haver contração da testa); 5) a expressão de dor (contração dos olhos, lábios e testa); 6) a expressão de dúvida/desconfiança (depressão dos lábios, estiramento da testa e desvio dos globos oculares); 7) a expressão de contrariedade (protrusão e depressão simultânea dos lábios); 8) a expressão de felicidade (estiramento dos lábios e abertura ampliada dos olhos), entre outras. Portanto, pode-se avaliar e usar tais situações no acompanhamento terapêutico, dramatizando-se e/ou verbalizando-se cenas enunciativas que envolvam o conjunto de expressões faciais. O *fazer como se* (estivesse bravo, feliz, surpreso, etc.) pode ajudar na dificuldade de harmonização entre gesto e linguagem.

No sentido acima, pode-se trabalhar com um sujeito afásico não-fluente levando-o a imaginar uma cena em que cabe ficar bravo (por exemplo), trabalha-se, então, a expressão verbal associada à expressão facial, o que requer a partilha de conhecimentos culturais e interpessoais (fatos que levam pessoas a ficarem bravas e fatos específicos que deixam o sujeito acompanhado ou o terapeuta bravos). Pode-se ainda pedir ao sujeito que indique/relate, com suas possibilidades de verbalização e gestualização, situações que o deixam feliz, entristecido, etc.

Veja-se que o comando verbal do tipo “cumpra uma ordem” (próprio das avaliações tradicionais de apraxia buco-facial) pode ser repensado e o *fazer como se* pode favorecer a expressão (verbal e/ou gestual) de quem não consegue dizer o que quer dizer. Em outras palavras, os procedimentos acima podem minimizar as dificuldades de dissociação *automática-voluntária* apresentadas por sujeitos afásicos não-fluentes.

A prática clínica com sujeitos afásicos (fluentes e não-fluentes) (Coudry, 1986/1988; 2002) tem mostrado que é falando/escrevendo/mostrando/fazendo que se enfrentam as dificuldades lingüístico-cognitivas. Nos termos deste trabalho, à medida que se enuncia a *cena*, o sujeito tende a

<sup>5</sup> O conceito de cena enunciativa é de Maingueneau (1993), inspirado no de cenografia ou contexto semiótico de Landowski (1983) e, para esses autores, a cena enunciativa tem o mesmo papel que os atos de fala e inclui: o enunciado propriamente dito, o modo pelo qual o sujeito que enuncia se inscreve (gestual e proxenicamente) no tempo e no espaço do seu interlocutor e todas as determinações semânticas e sintáticas que contribuem para forjar a distinção de imagens que os interlocutores remetem um ao outro enquanto interagem.

se aproximar das situações vividas por ele e assim tende a fazer o gesto pedido e/ou expressar seu intuito discursivo.

A realização das expressões faciais, contextualizadas verbalmente por recurso a cenas enunciativas, possibilita focalizar a atenção do sujeito cérebro-lesado na continuidade sensório-motora implicada na produção buco-facial e oral. Assim é que essa prática com a linguagem pode ser vinculada à vivência sensorial e motora dos órgãos fonoarticulatórios.

No processo de avaliação e acompanhamento terapêutico de sujeitos afásicos não-fluentes discute-se que falar requer a coordenação do que se quer dizer com os instrumentais da articulação – ou seja – é necessário coordenar o que se quer dizer com o que se dispõe para dizer (as estruturas da boca e da face). Explica-se ao sujeito afásico que embora a fala seja um processo automatizado, a afasia que o afeta produz uma quebra no sistema funcional que tem por papel o controle desse uso automático. Por isso, as atividades propostas focalizam a *sensação* e a *reflexão* sobre tais estruturas com a finalidade de que a atenção refletida o auxilie na restauração dos caminhos interrompidos. Fazendo assim, o fonoaudiólogo pode levar o sujeito a deslocar sua atenção de suas dificuldades para *falar* para a possibilidade de recompor as bases aferentes e eferentes e produzir enunciados mais fluentes.

Além do já exposto, nessa prática clínica (estabelecida pela ND) é extremamente importante explicar, para o sujeito e para seus familiares e/ou cuidadores, claramente e, se necessário, reiteradas vezes, o que ocorreu com ele em termos lesionais e funcionais. Tais explicações exigem ajustes no modo de dizer (há que se respeitar as condições lingüísticas dos interlocutores em questão); convém fazer analogias – por exemplo, da ocupação/profissão do sujeito com a fisiologia do cérebro e da musculatura buco-facial – assim como convém recorrer a ilustrações, buscando-se assim o entendimento – do sujeito e de seus acompanhantes – do funcionamento da linguagem/fala e de tudo que envolve, bem como de suas modificações decorrentes do episódio lesional. Nesse sentido, o uso de moldes, de ilustrações e/ou esquemas da anatomia e da fisiologia cerebral, da musculatura e dos pontos e modos de produção fonoarticulatória tem se mostrado propício no acompanhamento clínico.

É interessante ressaltar que usar desenhos das estruturas orais e de suas posições para a produção

dos fonemas, gráficos acústicos (espectogramas) possibilitam a continuidade visuo/acústico/articulatória, o que favorece o ambiente terapêutico. O mesmo ocorre quando se usa o espelho ou quando se faz a demonstração de como são produzidos os fonemas, ou seja, quando se recorre, como meio de reflexão e de ação, à especularidade – *faça como eu faço* – e às cenas enunciativas – *faça como se fosse*.

Assim é que à medida que se mostra e que se explica a anatomia e a fisiologia neuromuscular, realizam-se toques e/ou massagens na face e nas estruturas orais; bem como se podem realizar outras estimulações táteis-cinestésicas – por exemplo, uso de diferentes texturas (algodão, pincéis, tecidos ásperos, felpudos, lisos, etc.). Recorre-se também à estimulação térmica (quente, frio, morno) seguida da proposta de realização dos possíveis gestos/movimentos com os órgãos faciais e fonoarticulatórios.

A associação de recursos pode e deve ser usada para que o sujeito possa se servir das várias *continuidades sensório-motoras* (visão-movimento; audição-movimento; tato/movimento; audição/visão-manipulação, audição/tato-movimento). Assim tem-se como foco no processo terapêutico, a construção de novas sinestésias, ou seja, a possibilidade de o afásico fazer relações (subjetivas) entre as diferentes percepções (acústica, visual, tátil, gustativa, olfativa, etc. – Luria, 1991).

Note-se que muitos dos recursos acima indicados não são novidades no interior da Fonoaudiologia ou de outras áreas que se ocupam do acompanhamento de sujeitos cérebro-lesados. A diferença, fundamental, está na atividade reflexiva que se requer do afásico na realização de tais recursos que se volta para a reelaboração – permeada de atividade epilíngüística (Coudry, 1986/1988) – condição favorável à reconstrução da linguagem na afasia. Isso se faz chamando a atenção do sujeito para a continuidade sensório-motora implicada na produção de gestos buco-faciais e de fala, ou seja, o sujeito é convocado, *por meio da linguagem*, a sentir, a comparar, a descrever e a comentar as sensações, sendo que para isso ele pode recorrer a gestos, a desenhos, à linguagem verbal (oralidade e/ou escrita) ou a outros sistemas semióticos. Assim, nesse tipo de avaliação e terapia fonoaudiológica, é dada ao sujeito a oportunidade de realizar trabalho lingüístico-cognitivo constante, fato que repercute na melhora de suas condições verbais e/ou gestuais.





## Sobre o sujeito e seu processo terapêutico em Fonoaudiologia

IR, conforme dito anteriormente, é uma senhora atualmente com 65 anos, casada, mãe de duas filhas, professora primária aposentada. Ela participa das sessões do CCA (Grupo II, sob a responsabilidade Profa Dra Maria Irma Hadler Coudry) desde junho de 1999, participa também de um acompanhamento fonoaudiológico em grupo que privilegia o uso de comunicação alternativa e suplementar. IR é acompanhada por mim, em sessões semanais e individuais de uma hora, encontra-se informada e esclarecida de que os dados de seus acompanhamentos podem ser divulgados; a propósito, este trabalho tem aprovação do CEP/unicamp (Processo nº 417/2006).

Nas sessões fonoaudiológicas (de avaliação e de terapia), IR sempre se mostrou disposta, atenta e motivada com as atividades; realizando-as prontamente e, quando não consegue, tenta fazê-las novamente; às vezes, quando não consegue realizar os gestos ou falar, tende a desistir, expressando seu descontentamento, porém, com mais incentivo, renova-se e, sem se deprimir, volta às atividades.

A fala de IR, conforme indicado na apresentação deste artigo, pressupõe a existência de uma extensa lesão do hemisfério cerebral esquerdo. O laudo da tomografia realizada por ocasião da interação de IR revelou hematoma frontal esquerdo, ou seja, acometimento de estruturas corticais e subcorticais anteriores. Segundo informações fornecidas por uma de suas filhas, o episódio lesional foi desencadeado por uma crise de hipertensão (embora fizesse rigoroso tratamento medicamentoso à época), porém, uma angiografia, realizada três dias após o episódio hemorrágico, revelou ainda a presença de aneurismas saculares nas artérias cerebral média e comunicante anterior, os quais foram corrigidos cirurgicamente.

## Dados de avaliação da praxia buco-facial

A avaliação da praxia buco-facial de IR realizada no início de seu acompanhamento, revelou dificuldades para realização de muitos dos gestos buco-faciais: dos 47 itens que integram a avaliação práxica de Madame Ducarme,<sup>6</sup> IR respondeu prontamente (sem modelo e sem necessidade de mudar o comando verbal) a apenas nove, sendo que cinco deles correspondem às expressões faciais (de choro, de espanto, sorriso, mímica do sim e do não), comumente realizados por sujeitos apráxicos.<sup>7</sup> Os outros quatro itens prontamente realizados por IR correspondem a atividades de abertura e fechamento da boca e dos olhos.

IR, após modelo e/ou outros comandos verbais, ou seja, após processos de negociação (não permitidos na aplicação convencional do teste), conseguiu realizar a maioria dos gestos, exceto o da “tosse”. Ela tentou várias vezes; foi lhe dado o modelo, explicado quais os órgãos envolvidos, mas mesmo assim IR não conseguiu tossir.

Após encerrar o teste, IR quis saber, apontando a garganta e dizendo *tosse* (de modo distorcido), o porquê de não ter conseguido tossir. Após minhas explicações e comentários de que o gesto de tossir implica um conjunto de músculos, com funções finamente diferenciadas e que uma de suas dificuldades era fazer a dissociação entre o automático e o voluntário, toquei-lhe a garganta (pressão na altura do nervo vago) fazendo-a tossir. Em seguida, pedi-lhe que tentasse tossir por querer, e, ela tossiu. Tentou de novo, por iniciativa própria e, mais uma vez, conseguiu realizar o gesto de tossir.

Conforme dito acima, o fato referido ocorreu com outros gestos (e em outras situações fora do processo de avaliação), porém, sempre que esclarecidos os possíveis motivos, feita a mudança no comando verbal (recorrendo a cenas enunciativas,

<sup>6</sup> Esse protocolo de avaliação de praxia oro-facial integra, como exame complementar, o “Examen de L’aphasie” (1976) do Centre de Psychologie Appliquée (Paris); foi traduzido para o português pelo Prof. Dr. Jaime Maciel (FCM/unicamp) e, também, pela fonoaudióloga e mestre em Linguística – Patrícia Felizatti (1998). Tal protocolo foi inicialmente aplicado, por mim, em IR, no início do acompanhamento fonoaudiológico (março de 2004) com o objetivo de analisar comparativamente as atividades buco-práxicas produzidas num teste padronizado e numa avaliação de praxia buco-facial orientada por princípios da ND (Fedosse, 2000).

<sup>7</sup> Segundo interpretações neuropsicológicas tradicionais, as expressões faciais são possíveis de serem realizadas facilmente devido ao fato de carregarem conteúdos emocionais; do nosso ponto de vista, nas expressões faciais, por carregarem mesmo conteúdos emocionais e por acompanharem a produção verbal, minimizam-se as dificuldades de dissociação automático-voluntária – característica marcante das apraxias.

sugerindo-lhe que se espelhasse em mim ou que usasse um espelho) e feita a relação das dificuldades oro-práticas com as de produção de fala, IR conseguia realizar os gestos buco-faciais e, inclusive, melhorar sua produção fonoarticulatória. Tais fatos revelam mudanças nas condições de realização dos gestos faciais e de fala de IR possibilitadas pelos procedimentos fonoaudiológicos orientados pela ND.

### *Dados do acompanhamento fonoaudiológico*

O dado a seguir é extraído da sessão fonoaudiológica, do dia 01/07/2005, em que se realizou inicialmente uma *massagem na região cervical* (pressão e deslizamento infero-superior profundos na musculatura anterior, posterior e laterais do pescoço), seguida de *alongamento* (flexão e extensão, lateralização, giro na horizontal, semi-rotação – movimento pendular – e rotação completa da cabeça).

Após tal relaxamento, trabalhou-se a musculatura da face e da cavidade oral por meio de estímulos térmicos (frio e quente/morno): passou-se, rápida e superficialmente, gelo (envolto em gaze), em uma bochecha de cada vez, seguindo-se a direção das fibras musculares. Após certo tempo, realizou-se, na face, a mesma estimulação com uma gaze molhada em água morna. Em seguida, jogaram-se jatos d'água gelada, em diferentes regiões da boca e, depois de certo tempo, jatos de chá (morno).

Após tais atividades, foi proposta a realização de movimentos exagerados com os lábios (abertura, estiramento, vibração, etc.) e com a língua (rotação, estalidos, etc.).

Conforme descrito anteriormente, durante *todas* as atividades comentou-se o que estava sendo feito, assim como se pediu para que IR descrevesse, comentasse as suas sensações. IR envolveu-se com entusiasmo nessas atividades; comentou que sentiu dores durante a massagem e o relaxamento (ativo) do anel cervical, assim como comentou que sentiu mais conforto com o quente que com o frio; considerou bom o gosto do chá.

Por fim, propôs-se à leitura, em voz alta, de um texto que lhe conviesse, disponibilizando-se revistas de grande circulação nacional (*Veja, Contigo e Caras*), o jornal da cidade (do dia) e um livro de lendas, contos e fábulas populares do Brasil, de

Henriqueta Lisboa, intitulado *Literatura oral para a infância e para a juventude*.

IR escolheu o livro, preferindo ler a fábula “A onça e o boi” um texto de 32 linhas, que narra o encontro desses animais: a onça, tendo fome e vontade de atacar o boi traiçoeiramente, inicia uma conversa para distraí-lo e conduzi-lo a um lugar onde possa pegá-lo com segurança, e o boi, percebendo a intenção da onça, tenta levá-la para o pasto, uma vez que lá ela ficaria na mira do fazendeiro e ele, por sua vez, mais protegido. Cada qual, por seus motivos e com seus argumentos, procura distanciar-se um do outro buscando segurança.

Essa fábula se inicia com: “Havia uma onça que morava em uma serra (...)”, trecho lido fluentemente por IR, até se deparar com a dificuldade de produzir o /R/ da palavra “serra”, e, na tentativa de produzi-lo, surgiram substituições fonêmicas e tensão cervical, sua voz ficou mais aguda, estrangulada, quando então IR pára de falar/ler. Logo em seguida, IR diz “não” – palavra produzida claramente e sem tensão. Tal situação ocorreu mais de uma vez, em todas as suas tentativas frustradas de produção do fonema, IR calou-se, até conseguir falar “serra”, de modo lentificado, ou seja, as duas sílabas da palavra foram ditas de modo prolongado e exageradamente articuladas.

Convém dizer que a lentificação de fala é um recurso comumente usado por IR; do nosso ponto de vista, esse prolongamento (vocal e articulatório) garante-lhe a (re)composição do gesto fonoarticulatório, ou seja, no tempo se realiza a integração do aspecto acústico com o articulatório (recompõe-se o simbólico): a seleção dos traços articulatórios e sua combinação (no nível da palavra) são possibilitadas pela continuidade tátil/cinética.

A fluência demonstrada por IR (no nível do enunciado) pode ser interpretada pelas condições neuromusculares favorecidas pelas atividades de sensibilidade, relaxamento e propriocepção anteriormente trabalhadas. Obviamente que também pode ter sido possibilitada pelo gênero discursivo (fábula), com o qual tem familiaridade, por ter sido professora alfabetizadora. Isso nos leva a reafirmar a relevância da combinação de fatores lingüísticos com orgânicos, o que mostra a relação de continuidade entre o simbólico e o físico na produção de fala.

Em outros trechos da leitura, a afasia se manifesta mais intensamente e, assim a leitura de IR é entremeada de pausas, prolongamentos, repetições



de fonemas, o que faz com que a terapeuta, na perspectiva da continuidade acústico-articulatória, leia em voz alta, juntamente com ela. Muitas vezes, esse procedimento terapêutico auxilia-a a ler com fluência, outras vezes, não (nesses momentos, IR se cala) e, outras ainda, são produzidas parafasias fonológicas – as quais IR identifica-as imediatamente, dizendo “não”.

Parece-nos que recorrer ao princípio da continuidade sensório-motora para realizar estimulações tátil-cinéticas, térmicas e proprioceptivas da face e dos órgãos fonoarticulatórios, bem como buscar constantemente a participação do sujeito nas atividades, possibilita a realização do trabalho lingüístico-cognitivo; assim, enquanto o sujeito sente, enquanto descreve a sensação e a analisa comparativamente, ele está tendo a oportunidade de se constituir sujeito, de operar com e sobre a linguagem, ampliando suas condições de lidar com as dificuldades (im)postas pela lesão cerebral, que no caso de IR acomete o fásico, o práxico e o ártico da linguagem.

### Considerações finais

Do nosso ponto de vista, não há como realizar processos de avaliação e terapêuticos voltados para a produção oral de sujeitos afásicos não-fluentes sem se preocupar com a inter-relação dos processos psíquicos/cognitivos e sem se ocupar desses processos em *funcionamento*: não há como se aproximar da totalidade da linguagem e dos demais processos psíquicos sem que estejam em funcionamento; é, pois, no uso que se torna possível destacar e evidenciar os múltiplos aspectos envolvidos na produção e interpretação de sentidos (verbais e não-verbais).

Procuramos ressaltar que todos os procedimentos são acompanhados do esclarecimento da estrutura e da fisiologia da musculatura oro-facial, assim como do que envolvem e do que provocam diferentes sensações e percepções. Tais procedimentos auxiliam os sujeitos a observarem e a analisarem suas dificuldades de um outro ponto de vista (metalingüístico), o que favorece a reflexão sobre a continuidade sensório-motora a que recorremos. Convém, por fim, ressaltar que a escolha dos materiais que compõem o ambiente para lidar com o estado da afasia nas diversas situações terapêuticas desenvolvidas tem a participação ativa do sujeito: é desse exercício subjetivo e intersubjetivo – próprio

do funcionamento lingüístico-cognitivo – que surgem as possibilidades de trabalho e, possivelmente, a superação das dificuldades.

IR pôde, mais que uma vez, escolher o que e como fazer, assim como sempre esteve orientada do porque das atividades propostas. Tanto que pôde reconhecer as repercussões favoráveis desses procedimentos em sua produção fonoarticulatória e a cada dia tem mais condições de exercer controle sobre ela.

Portanto, sujeitos afásicos, apesar de apresentarem parte de sua estrutura cerebral modificada, se mantêm sociais e com possibilidades de linguagem; é por isso que podem enfrentar as dificuldades – realizando *trabalho* lingüístico-cognitivo. Alguns falam pouco, outros se expõem e falam mais; outros, ainda, acreditam em soluções vindas exclusivamente dos processos terapêuticos. Se os aspectos aqui considerados forem mesmo contemplados nos processos terapêuticos – (re)ações dadas pela língua(gem), pela história-cultura e pelas singularidade das vidas dos sujeitos acompanhados – pode-se de fato contribuir para que tais sujeitos afásicos superem e/ou convivam melhor com as dificuldades que a afasia lhes impôs.

### Agradecimentos

*Agradeço as relevantes contribuições prestadas pelas Professoras Doutoras – Regina Yu Shon Chun; Fernanda Maria e Freire Zilda Maria Gesueli – por ocasião da qualificação deste texto. Agradeço, especialmente, a Profa Dra Maria Irma Hadler Coudry pela orientação que seus estudos tem possibilitado à minha formação profissional.*

### Referências

- Albano EC. Da fala à linguagem tocando de ouvido. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
- Antunes JB. Carta a um amigo novo. In: Pires JC. De profundis: valsa lenta. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
- Barbizet J, Duizabo P. Manual de neuropsicologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1985.
- Benveniste E. Problemas de lingüística geral I. 2.ed. Campinas (SP): Pontes; 1988.
- Coudry MIH. Diário de narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
- Coudry MIH. Fontes de postulados discursivos no estudo da afasia. Cad Est Ling 1992;22:167-71.
- Coudry MIH. Língua, discurso e a lógica da linguagem patológica. Cad FFC 1997;6(2):131-48.
- Coudry MIH. Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da neurolingüística. Cad Estud Linguist 2002;42:99-129.



- Coudry MIH, Fedosse E, Mármora CC. Processo de subjetivação num caso de desfrontalização pós-traumática. In: Estudos linguísticos: anais de seminários do GEL. Araraquara, SP: Instituto de Letras, Ciências Sociais e Educação, UNESP; 1998. v.27, p. 391-5.
- Coudry MIH, Possenti S. Avaliar discursos patológicos. *Cad Est Ling* 1983; (5):99-109.
- De Lemos CG. Sobre aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. *ABRALIN* 1982;3:97-126.
- Fedosse E. Da relação linguagem e praxia: estudo neurolingüístico de um caso de afasia [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- Fedosse E. O papel estruturante do prompting fonético na expressão verbal de sujeitos afásicos. *Estud Linguist* 2001;278-85.
- Franchi C. Linguagem: atividade constitutiva. *Almanaque* 1977;5:9-27.
- Freitas MS. Alterações fono-articulatórias nas afasias motoras: um estudo lingüístico [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1997.
- Freud, S. La afasia (1891). Trad. Ramón Alcalde. Buenos Aires: Nueva Visión; 1973.
- Freud, S. Obras completas de Sigmund Freud. Buenos Aires: Amorrotu; 1999. Proyeto de psicología (1895); v.1, p.322-487.
- Geraldi, W. Portos de passagem. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- Jakobson R. A afasia como um problema lingüístico. In: Lemle M, Leite Y, Coelho M, organizadoras. *Novas perspectivas lingüísticas*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1970. p.43-54.
- Jakobson R. *Lingüística e comunicação*. São Paulo: Cultrix; 1989. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia; p.34-62.
- Luria AR. Curso de psicologia geral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1991. v.2
- Luria AR. Fundamentos de neuropsicologia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1981.
- Luria AR. Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
- Maingueneau D. *Novas tendências em análise do discurso*. 2.ed.. Campinas (SP): UNICAMP; 1993.
- Mármora CHC. Uma hipótese funcional para (a)praxia no curso da Doença de Alzheimer [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- Mármora CHC. Linguagem, afasia, (a)praxia: uma perspectiva neurolingüística [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- Morato EM. Linguagem e cognição: as reflexões de L. S. Vygotsky sobre a ação reguladora da linguagem. São Paulo: Plexus; 1996.
- Novaes-Pinto RC. A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.
- Possenti S. *Discurso, estilo e subjetividade*. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
- Vygotsky LS. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
- Vygotsky LS. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes; 1987.

**Recebido em** outubro/07;  
**aprovado em** dezembro/07.

**Endereço para correspondência**

Elenir Fedosse  
Av. José de Souza Campos, nº 2315, apto 12  
Nova Campinas, Campinas, SP  
CEP 13025-320

**E-mail:** [efedosse@gmail.com](mailto:efedosse@gmail.com)