

AS CATEGORIAS “FLUENTE” E “NÃO FLUENTE” NA AFASIA

The categories “fluency” and “dysfluency” in aphasia

Juliana Ferreira Marcolino - UNICENTRO¹

Resumo: Este trabalho problematiza as categorias “fluência” e “não fluência”, largamente utilizadas na afasiologia. A afasia fluente é caracterizada por um problema na expressão e a afasia não fluente diz sobre uma dificuldade de compreensão. Apresento um caso de afasia fluente e outro de afasia não fluente para desdobrar as questões. Por uma perspectiva linguística, deixo ver que essa distinção marginaliza a linguagem e a singularidade dos casos. A discussão que se encaminha mostra que o modo que distingue os dois sujeitos afásicos é a relação com a língua. É a posição do sujeito na linguagem que deve ser considerada.

Palavras-chave: fluência; afasia; Linguística; Fonoaudiologia

Abstract: This paper discusses two categories: "fluency" and "no fluency," which are common in aphasiology. The fluent aphasia is characterized by a problem in the expression and the non-fluent aphasia is a difficulty in understanding. I show a case of fluent aphasia, and other non-fluent aphasia. These cases show the problem about these categories. For a linguistic perspective, I see that language and singularity are excluded by this distinction. The discussion offers that relation subject-language should be considered.

Key words: fluency; aphasia; Linguistics; speech pathology

¹ Mestre e doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem – PUC-SP. Professora colaboradora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Email: jumarcolino@hotmail.com.

Introdução

A Afasia é uma perturbação na fala e/ou na escrita após uma lesão cerebral adquirida. Disso decorre, a existência de duas clínicas principais², quais sejam: uma médica e responsável pelo tratamento da fala (FONSECA, 2002). O atendimento do paciente afásico envolve um diagnóstico médico e a ele importa definir a natureza da lesão cerebral. O acontecimento cerebral é, então, privilegiado pela medicina devido ao compromisso com seu objeto – corpo biológico/organismo. Diante disso, abre-se um espaço para a clínica fonoaudiológica, para o tratamento da fala afásica. Tem-se, assim, que o fonoaudiólogo não pode, do ponto de vista ético, deixar de se pronunciar sobre o problema na fala ou na escrita (ARANTES, 2001). No entanto, a maioria dos trabalhos fonoaudiológicos é complementar ao discurso médico (MARCOLINO, 2004). Isso quer dizer que o discurso fonoaudiológico não toma a patologia de linguagem como “proposição problemática” (MILNER, 1987).

No caso das afasias, a maioria das propostas de diagnóstico elenca erros e falhas que devem ser corrigidos (MARCOLINO, 2004). Assim, o tratamento deve realizar essa tarefa ortopédica de supressão do excesso ou acréscimo da falta na fala patológica. A normalidade é reduzida à ausência de lesão cerebral. Entendo que a insistência desse pensamento na Fonoaudiologia tem, ao menos, duas raízes claras: (1) a reprodução do modelo de clínica médica (que visa à supressão de sintomas); e (2) a concepção de linguagem ali vigente (comportamento tido como *signal* de lesão cerebral). Ou seja, essas propostas passam ao largo de uma teorização de linguagem que inclua o sujeito. Segundo Lier-De Vitto e Fonseca (2001: 434):

Afirmar que a fala se encontra ‘patológica’ porque o funcionamento cerebral está patologicamente comprometido é discurso circular e dele nada se pode retirar para o tratamento fonoaudiológico. [...] Não se trata, como no campo da Medicina, de tomar a fala como sintoma de que algo vai mal em outro domínio.

Neste âmbito, as pesquisadoras da afasia (Cf.: FONSECA, 1995, 2002; LANDI, 2000; MARCOLINO, 2004, TESSER, 2007, entre outros), no *Projeto Aquisição, Patologias e clínica de*

² Devido à lesão cerebral, o paciente afásico pode ter comprometimentos motores e sensoriais. Isso quer dizer que outros profissionais (fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional) estão envolvidos no atendimento a afásicos. Cabe ressaltar que há afásicos sem esses comprometimentos associados. O termo afasia caracteriza-se por perturbação na fala após lesão cerebral, o que deixa ver que a clínica médica e a fonoaudiológica, sob meu ponto de vista, são convocadas diante desta patologia.

*Linguagem*³ (doravante Projeto), abordam a fala e/ou a escrita como um problema linguístico, afastando-se de um discurso vinculado ao pensamento médico.

Fonseca (2002), ao explorar a afasiologia médica em sua tese de doutorado, deixa ver com Jackson e Freud que um problema linguístico, como é o caso da afasia, exige uma explicação linguística. Isso quer dizer que a relação cérebro-linguagem não é de causalidade: lesão → sintoma. A relação é de “concomitância” – simultaneidade entre o funcionamento cerebral e o funcionamento linguístico e, também, de “dependência”⁴ – só há afasia porque há lesão cerebral. Nas palavras da autora:

A noção de ‘concomitância’ rompe com essa tradição [localizacionista] – ‘subverte a noção de causalidade mecânica’ (FONSECA, 1995). Subversão que, em última instância, permite abordar a afasia como problema linguístico (FONSECA, 2002:62).

Este trabalho, portanto, se afasta de uma posição teórica tradicional, a qual é complementar ao discurso da medicina, a saber: o sintoma na fala é “excreção” da lesão cerebral. A seguir, esclareço a minha posição para discutir os termos “fluyente” e “não fluyente”, que caracterizam a fala afásica.

Sobre a concepção de linguagem e sujeito

Os pressupostos do *Projeto* que fundamentam este trabalho são filiados ao *Interacionismo* em Aquisição de Linguagem, proposto por Cláudia Lemos (a partir de 1992), e à Psicanálise. O termo “filiação” diz de uma relação que não é nem de adesão nem de ruptura. Trata-se de uma relação em que diferenças não podem ser ignoradas. Isso porque se entende que o encontro de dois campos (instigados por fenômenos diferentes) não deveria ser caracterizado como de submissão, não deveria servir para aplacar embaraços, nem para anular inquietações: diferenças devem ser mantidas ou sustentadas (LIER-DE VITTO, 1998).

A releitura de Saussure e Jakobson, por Cláudia de Lemos (1992), resultou no reconhecimento de que qualquer manifestação de linguagem implica as *leis de funcionamento* da língua

³ Projeto coordenado por Maria Francisca Lier-De Vitto e Lúcia Arantes do LAEL/ PUC-SP, com a colaboração da DERDIC/PUC-SP (CNPq 522002/97-8).

⁴ O termo “concomitantes dependentes” é apresentado na tese de doutorado de Fonseca (2002), a partir da leitura da monografia de Freud sobre as afasias.

– “forças perenes e universais” (SAUSSURE, 1916/1989: 13). Assim, questões e materiais “marginais” à Linguística, como falas de crianças e falas sintomáticas puderam ser contempladas. Cabe esclarecer que no Interacionismo Brasileiro e no referido Grupo de Pesquisa procura-se refletir sobre o sujeito que fala tendo em conta uma teorização compatível com a de “*ordem própria da língua*”.

Cláudia de Lemos traz, a partir da Psicanálise, a noção de “captura” para falar de um modo de emergência do sujeito na cadeia significante. Ou seja, o sujeito não é aquele que se apropria da língua por mecanismos cognitivos (segmentação e retenção), ao contrário, ele é visto como corpo pulsional. Não se supõe, portanto, ao sujeito um conhecimento prévio nem uma condição perceptual que lhe garanta acesso à linguagem (LIER-DE VITTO, 1998).

É a recusa do sujeito do controle que está presente na tese de doutorado “*Os Monólogos da criança: delírios da língua*”, de Maria Francisca Lier-De Vitto, publicada mais tarde em 1998. A autora, implicando a língua na fala, apreendeu dois tipos de acontecimentos nos monólogos da criança: em um havia predomínio do eixo metafórico sobre o metonímico (substituições que levam à dispersão do sentido); no outro, observou uma “*evasão metonímica*”: fragmentos fixados (que se reproduziam sistematicamente) convocam outros fragmentos que, com ele, podem se articular estruturalmente, em contiguidade (embora não textualmente). Ela ofereceu, portanto, uma outra interpretação à fala da criança: os monólogos são “*textos compostos por restos de diálogos, de situações vividas pela criança [...] restos articulados como ‘traços mnêmicos’ (em expressão de Freud, 1900) relacionados de forma não-linear*” (LIER-DE VITTO, 2006a: 81).

Desse modo, esses “*restos de diálogo*” que aparecem na voz da criança são submetidos ao funcionamento da língua. Na verdade, Lier-De Vitto aponta para esse momento de “*captura da criança pela língua*”.

Temos, então, que organismo e sujeito não coincidem porque diferentes são suas determinações – o sujeito é efeito de linguagem e não de leis que regem o funcionamento orgânico (LIER-DE VITTO, 2003). Sujeito e fala entrelaçam-se por conta do jogo da língua.

A heterogeneidade e a singularidade das manifestações linguageiras indicam, por sua vez, que há restrições a esse funcionamento “universal”. Isso porque há modos singulares de captura do sujeito pela língua. A relação entre o sujeito-outro (instância de funcionamento da língua) é singular. Como afirmou Lier-De Vitto (2006b: 190) “*singular é o modo como somos interpretados e como é interpretada nossa relação com a linguagem [...] Por essa via pode-se entender a pluralidade de seus efeitos (incluindo aí o patológico)*”.

A problemática fluência, não fluência e disfluência.

Chama a atenção que as categorias “fluente” e “não fluente”, utilizadas para descrever a afasia, não fazem distinção entre o normal e o patológico. Nota-se que o termo “fluente” descreve uma fala que é patológica. A normalidade estaria, nesse caso, atrelada à ausência de lesão cerebral. Observa-se que os critérios de normalidade e patologia não incluem uma teorização da linguagem. Fillmore (apud SCARPA, 2006) remete à fluência como uma fala que não promove o efeito de patologia ao ouvinte. Ele entende que o termo diz respeito à “*pessoa articulada*”, termo que pode qualificar tanto uma pessoa que está “*verbalmente à vontade*” em determinada situação conhecida, quanto a que possui uma habilidade para falar sem pausas, como os locutores esportivos. Além disso, Scarpa (1995) afirma que a fluência é um ideal, uma ilusão, já que todas as falas são disfluentes. A meu ver, o termo “fluente” já não poderia caracterizar uma fala dita patológica. A afasia fluente não caracteriza um sujeito confortável com sua fala.

Para a discussão sobre esses dois termos na afasia, lembro o trabalho de Pisaneschi (2001), que discute, em sua dissertação de mestrado, a gagueira a partir dos pressupostos do Projeto, já citado. Apesar de a autora tratar de outra categoria clínica – a gagueira – nos interessa o modo como fluência e disfluência estão articuladas. Ela afirma que as pausas, as substituições, as hesitações da fala fluente e disfluente são governadas pelo jogo da língua, pela articulação dos significantes. Nesse jogo, o falante se escuta – está no intervalo entre os significantes, como disse De Lemos (1997), e reformula, estranha a própria fala. Isso quer dizer que a denominação fluência/disfluência diz respeito à relação do sujeito com a própria fala.

Sob esse ponto de vista, na relação sujeito-linguagem, tomarei a fluência e a não fluência como efeitos na escuta do outro e do próprio afásico. Não podemos esquecer que o afásico está no intervalo entre fala e escuta, assim como o paciente gago do trabalho de Pisaneschi. O sujeito com afasia escuta, reformula, estranha a própria fala, mas não consegue deixar de ser afásico.

A fluência e a não fluência nas afasias

As categorias “não fluente” e “fluente” foram introduzidas no campo da afasia, em 1965, por Geschwind - influente neurologista do Hospital de Veteranos de Boston por trabalhos que

esmiuçaram a correlação entre lesão cerebral e sintoma na fala. Desde então, essas são as categorias mais utilizadas para descrever a fala afásica. Harold Goodglass (1993) diz que estes dois termos funcionam como um “*primeiro corte*” no diagnóstico da afasia. Isso porque, essas categorias indicam se é uma afasia de “*expressão*” ou uma afasia de “*compreensão*”. O autor nos esclarece, ainda, que esses termos não dizem respeito somente à sequencialidade – fluida ou não – da fala e, portanto, outros sintomas linguísticos estão associados a estas categorias.

Sob o termo “não fluente”, encontra-se a seguinte descrição: lesão cerebral à esquerda situada anteriormente (área de Broca), baixo fluxo de palavras por minuto, considerável esforço para iniciar a fala, perda do ritmo e da melodia, distúrbio articulatório (disartria), agramatismo e a presença de aglutinações. Já na afasia “fluente”, temos: lesão cerebral à esquerda localizada em região posterior, fluxo ou velocidade de fala normal ou até aumentado, sem alterações de prosódia, sem esforço para iniciar a fala, falta do uso de substantivos, parafasias e neologismos (ASENCIO-FERREIRA, 2003; GOODGLASS, 1993). Desse modo, pelos sintomas associados aos termos e sua correlação anatômica, “não fluente” e “fluente” são facilmente substituídos por afasia de “expressão” e afasia de “compreensão”.

Mansur e Radanovic, fonoaudiólogas e pesquisadoras na neurolinguística, afirmam que a dicotomia expressão vs. compreensão, dificilmente se sustenta na prática clínica, mas a categorização é importante para “*troca de informações*” entre os profissionais de diversas áreas. As vantagens dessa classificação, na opinião das autoras, é a “*facilidade de correlação anátomo-clínica*”. Ou seja:

as lesões anteriores à fissura sylviana correspondem às afasias não-fluentes, nas quais ocorre especialmente prejuízo da expressão. Lesões posteriores à fissura sylviana dão origem às afasias fluentes, em que ocorre predominantemente alteração da compreensão” (MANSUR, RADANOVIC, 2004:128).

Nota-se que a descrição do sintoma linguístico (perturbação da compreensão e da expressão, fluência e não fluência) mostra a relação causal cérebro → linguagem. A linguagem é marginalizada. Ela não ultrapassa o estatuto evidência, sinal de que “*algo vai mal*” em outro domínio: o cerebral. Sob essa ótica, a fala espontânea do paciente afásico é caracterizada, como mostra o quadro 1 (MANSUR, RADANOVIC, 2004:130).

Quadro 1: Caracterização da fala espontânea

Características da fala	Fluente	<i>Não Fluente</i>
Número de palavras	100 a 200	<i>Menos de 50</i>
Prosódia	Normal	<i>Disprosódia</i>
Articulação	Normal	<i>Disartria</i>
Esforço inicial	Normal	<i>Grande</i>
Extensão das frases	5 a 8 palavras	<i>Curta</i>
Conteúdo das palavras	Faltam substantivos	<i>Faltam palavras funcionais</i>
<i>Parafasia</i>	<i>Frequentes</i>	<i>Raras</i>

A fala é quantificada ou caracterizada por “presença” ou “ausência” de algum elemento gramatical (substantivo, palavras funcionais). Assumida como domínio dependente e externo (matéria observável), a linguagem, perde importância, assim como a ciência da linguagem. Cabe mencionar a esse respeito que ela pode ser elevada a um estatuto mais digno de “*funcionamento autônomo*” (como quiseram Saussure, Jakobson e Chomsky) e, nesse caso, não seria função do orgânico e/ou da cognição.

Entendo que é preciso suspender a descrição generalizada relativamente à fala afásica para que se possa abrigar as “*singularidades heterogêneas*” (MILNER, 1987), encobertas na homogeneidade aparente “fluente” vs. “não fluente”. A meu ver, a descrição que estes termos carregam diz sobre o efeito que a fala “fluente” ou “não fluente” produz no outro e na própria escuta do sujeito afásico. Deve-se considerar, portanto, o **efeito da fala afásica** no outro e no próprio afásico.

Tomarei, para isso, o atendimento de dois sujeitos afásicos. No primeiro caso, a fala da senhora P. poderia, pela descrição tradicional, ser classificada como “não fluente” porque é agramática com perda de ritmo e velocidade. É uma fala “*hesitante*”, truncada, aos pedaços, que “*demora a acontecer*” e que, quando acontece, apresenta-se marcada por escansões sucessivas e reiteradas, e por tentativas frustradas de reformulação, perturbando demasiadamente a temporalidade/sequencialidade fluida do discurso. Pode-se dizer que há uma suspensão do tempo enunciativo: a paciente demora a falar e produz no outro (terapeuta), como efeito, necessidade de antecipar o dizer do afásico (VORCARO, 2003), o que, por sua vez, implica tomar-lhe “*vez e voz*”

(FONSECA, 2002). Efeito esse que funciona como um “*bumerangue*”, como disse Lier-De Vitto (2005: 145), porque afeta o outro e aquele que fala. Em suas palavras:

Da noção de sintoma participam, portanto, o ouvinte, **que não deixa passar uma diferença** e o falante, que **não pode passar a outra coisa**. Assim, o sintoma na fala ‘faz sofrer’ porque é expressão tanto de uma fratura na ilusão de **semelhante** (descostura o laço social), quanto na ficção de **si-mesmo**, i.e., de sujeito em controle de si e de sua fala.

Sobre os efeitos da fala da senhora P. e do senhor L.

Vejamos alguns fragmentos da fala da paciente P. A própria paciente afirmou que sua fala é “*compassada*”, efeito da escuta do sujeito para a própria fala.

(1) *P (paciente) conta para a T (terapeuta) sobre a filha e o neto.*⁵

P: ele com/versar sobre Alessandro

T: encontrou com a Sônia... e...

P: marcou encontro/ coa /Sônia...

T: unh

P: e:: e:: ele a:: Sônia foi encontrar ele, ele a:: u:: /(topar) assunto do Sandro

(2) *P e T. conversam após a leitura de uma crônica.*

P: eu:: é é / ele:: u (cachorro) é é ela ele num num // é // um (pachorro) ele ela:: ele

T: ele ou ela?

P: u cachorro ele:: ele:: ai (mencio de cabeça como um “não”).

O efeito que esta fala produziu em mim, no início do tratamento, foi de adiantamento. Pude notar, na leitura do material gravado e transcrito das sessões de entrevista e avaliação de linguagem, que, frente a essa fala, eu me adiantava, encobrindo-a e obturando minha escuta para a trama significativa. É como exemplifica o fragmento abaixo:

(3) *T e P. conversam no início da sessão.*

T: tá indisposta estes dias?

⁵ Legenda: / = pausa; ::: = prolongamentos; // = pausa longa ; palavra entre parênteses = imprecisão; SI = segmento ininteligível

P: a a eu:: ele não tava em casa. Eu fiz correndo o almoço e e a a (vontate) di du de:: co-mer acabou [risos]

T: fez almoço só pra você?

P: é a xe/ xe é:: xe // a:: //

T: **deixei, é isso?**

As desarticulações dessa fala pressionaram uma busca de sentido; funcionaram como brechas para minha tentativa de “*fazer texto*” (LEMOS, 1992), de não ficar “*fora do sentido*” (ARAÚJO, 2002). Procurei caracterizar, com estes fragmentos, a suspensão do tempo enunciativo, que parece estar “atrasado”, produzindo no outro a necessidade de tomar o dizer do afásico e, no próprio sujeito, a escansão e a reformulação – posição particular de escuta para a própria fala. Ela reformula, nega com a cabeça após escutar sua fala.

A seguir, descrevo o segundo caso – o senhor L. – atendido por mim para marcar a diferença da posição do sujeito na fala. A fala do senhor L. poderia ser classificada como “fluente”, já que há extensão dos turnos no diálogo e muitas parafasias⁶. O paciente fala numa sequencialidade explodida, de modo que o outro não consegue “*fazer texto*” e precisa “*conter*” a textualidade que apenas se abre.

Posso dizer que o efeito que essa fala produziu em mim foi de uma fala que “*não tem fim*”. Eu parecia ficar de “fora” e, a todo instante, eu tentava conter essa fala. A fala de L. mostra segmentos aglutinados, muitas vezes ininteligíveis, marcados com voz de baixa intensidade e articulação imprecisa. Nesses momentos, perguntava-me para quem e com quem o paciente falava. Cabe ressaltar que este paciente teve muitas dificuldades para assumir um compromisso terapêutico. Acredito que a natureza da escuta para a própria fala tem a ver com isso. Vejamos os fragmentos do atendimento do paciente L.

(4) P. *conta que foi fazer exames em São Paulo*

T: tá me dizendo que foi passear?

P: assim fosse!

T: não foi passeio?

P: eu fui em tudo mas ainda agora volto (SI)

⁶ A parafasia caracteriza-se por substituições de fonemas ou palavras. São equívocos que ocorrem na fala “normal” e, frequentemente, na afasia.

T: **perai**, o qui aconteceu?

P: (o quineu?) é foi pra São Paulo e aí foi completá depois voltá com muitas coisas.

T: você foi pra São Paulo? É isso?

P: fomos sim e depois outros aquelas coisinhas e não deu certo

(5) P. *conta sobre uma reportagem que assistiu na televisão*

P: e eu gozado peguei (SI) olhando as coisas quer dizer ontem a noite teve uma briga temanda cabaram comidrado SI

T: você teve uma briga...

P: trimuto, trimuda, cipre, cibe, penã penã, pena é / (pausa)

T: uma briga?

P: é são seja são são/

T: **Peraí**, onde você viu a briga?

P: não! É que morreu o moçoli ontem. A questão de três meses morreu o jogo lá. O principal jogador do time bom lá e ele não fez nada, ele andando, pum! Morto! E ele (reclamando) sobre coisas absurdas.

T: então você viu no jornal isso

P: agora, agora! E o mais (SI) a coisa levaram um pedaço pro, pra americana pra ter mais uma (SI) lá coisa feia (tremenda) (SI) o cara morreu e dizem que era finasos (SI).

Em negrito (“perai”), vemos que o terapeuta pede a palavra ao paciente. Nos dois casos, a relação com o outro fica abalada. Acredito que o tempo enunciativo joga um papel importante nos efeitos produzidos pelas falas dos pacientes.

Parece-me interessante, nesse momento, discutir o que chamo de tempo enunciativo e como se articula na afasia. O uso dos pronomes pessoais importa para essa articulação.

Considerações finais: ainda sobre o uso dos pronomes e o tempo enunciativo:

Para encerrar esta discussão, apresento como o conceito de tempo enunciativo de Benveniste (1989) pode contribuir para entendermos o efeito de fluência ou não fluência na afasia.

Para tanto, retomo partes dos dados dos dois pacientes (a senhora P. e o senhor L.) para concluir este texto.

Chama à atenção a dificuldade dos pacientes com os pronomes pessoais. Benveniste (1989), em *Problemas de Linguística Geral II*, nos diz que duas categorias são elementares ao discurso: uma ligada à pessoa e outra ao tempo. Toda vez que o sujeito fala “eu”, em oposição ao *tu* e a *ele*, refere-se a “ele-mesmo” que enuncia, instaurando sempre um novo ato, um novo tempo. Isso porque, aquele que enuncia “*eu*” realiza “*a inserção do locutor num novo momento do tempo e numa textura diferente de circunstâncias e de discursos*” (BENVENISTE, 1989: 68) (grifo do autor). Daí, que o pronome pessoal

[...] introduz a presença da pessoa sem a qual nenhuma linguagem é possível. Desde que o pronome eu aparece num enunciado, evocando – explicitamente ou não – o pronome tu para se opor conjuntamente a ele, uma experiência humana se instaura de novo e revela o instrumento linguístico que a funda [...] constituindo a pessoa no discurso e conseqüentemente toda a pessoa desde que ela fale (BENVENISTE, 1989: 69).

O afásico não pode ser mais o “eu” do seu enunciado. Ele não pode mais sustentar, em sua fala afásica, a posição de sujeito que teve no passado. De fato, o acidente cerebral instala um “antes” e um “depois” (FONSECA, 2002). O evento real (lesão cerebral adquirida) faz um corte para o sujeito: delinea dois “estados”, um passado e um presente. O “eu” antes da lesão cerebral passa a ser “ele”. Sobre essa fratura de si mesmo, Lier-De Vitto, Fonseca e Landi (2007: 25) lembram de escritor português José Cardoso Pires:

Vítima de uma afasia transitória, ele escreveu um livro – *De profundis. Valsa lenta* – em que relata a experiência traumática de ficar sem vez e voz, traduzida pela seguinte afirmação: “*eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa [...] Ele, o Outro. O Outro de mim*” (1997, p. 26). Entende-se porque Fonseca (2002) define a afasia como “*fala em sofrimento que produz um conflito subjetivo*” (grifo meu).

Para Benveniste (1989), a língua exprime outra temporalidade, um outro modo de conceituar o tempo, já que ela não é “decalque da realidade”. Nesse sentido, duas noções de tempo devem ser distinguidas - o *tempo físico* e o *tempo crônico* - para depois dizermos sobre o tempo específico da língua, que é ***tempo linguístico***.

O *tempo físico* é aquele que pode ser contado e segmentado. No *tempo físico*, a experiência humana “*corre sem fim e sem retorno*” (BENVENISTE, 1989: 71). Ao contrário, é como podemos

percorrer o *tempo crônico*. A propriedade essencial deste último é a sequência de acontecimentos, os quais são pontos estáticos que determinam sempre um “antes” e um “depois”. Se os pontos são estáticos, a organização do tempo crônico é, portanto, *intemporal*. O tempo medido no calendário, por exemplo, é sempre o mesmo: os dias, os meses, os anos são estáticos e “*vazios de toda a temporalidade*”. Este tempo fixo do calendário não pode coincidir com o *tempo linguístico*, que é a experiência humana do tempo. Isso porque:

Uma coisa é situar um acontecimento no tempo crônico, outra coisa é inseri-lo no tempo da língua. **É pela língua que se manifesta a experiência humana do tempo** [...] O que o tempo linguístico tem de singular **é o fato de estar organicamente ligado ao exercício da fala** (BENVENISTE, 1989: 74) (grifo do autor).

É neste sentido que o tempo da linguagem é sempre “presente” porque é inerente ao exercício da fala. Cada vez que alguém fala, este presente é reinventado, é algo novo e não vivido. É a língua, portanto, que ordena um eixo para trás e para frente a partir da instância do discurso. **Não é o acontecimento que determina o que é passado ou futuro, mas é o presente linguístico que determina outras referências temporais.** Como disse Lacan no *Seminário 2*, o homem, frente à linguagem, deve “**se orientar quanto ao seu próprio lugar**” (1954/1985: 353), e ele se orienta pela fala. O tempo da fala é a “*pressa*”, como afirma Lacan, modo de ligação do homem com o **tempo da linguagem**.

No caso das afasias, não é o acidente cerebral que orienta ou retira o sujeito do seu lugar no tempo. O acidente cerebral é um acontecimento no tempo crônico, um ponto estático. É a fala “*fora do tempo*” que orienta o afásico (LIER-DE VITTO, 2005). Se o tempo da linguagem é a “*pressa*”, no acontecimento sintomático o tempo é o da:

insistência, que se manifesta numa repetição sem fim nem finalidade. É nesse tempo estrutural que a escuta dos ouvintes captam: uma fala e um falante que repetem, que “não passam a outra coisa” (LIER-DE VITTO, 2005: 145) (grifo meu).

É no instante que a fala ocorre que o outro é convocado, inserido numa mesma temporalidade. Na afasia, o outro fica “*fora*” do tempo da patologia – que insiste e não tem pressa.

No primeiro caso (da senhora P.), como o outro não suporta ficar “*fora do sentido*”⁷, ele “*tem pressa*” e se apressa, antecipa um sentido: se orienta e toma o lugar do afásico. A paciente não consegue se orientar quanto ao seu próprio lugar numa fala que “*demora a acontecer*”. Ela vive uma discordância radical entre o que fala e o que escuta. Sua fala não sustenta mais o imaginário de falante pleno e, por isso, ela titubeia, como mostra o fragmento abaixo.

(6) No início da sessão, terapeuta e paciente (**caso 1**) se cumprimentam.

T: Tudo bem com a senhora?

P: tudo. É eu:: como isto (eis) e:: está / eu::/ é como est?

T: Você está perguntando se eu estou bem?

P: é

T: estou bem. -

No fragmento (1), P. narra uma cena em que ela não estava presente. E diz : “*é:: é-é eu:: / ela conheceu ele*”. No fragmento (3), ao tentar contar a história que leu, ela diz: *eu:: é é / ele:: u (cachorro) é é ela ele num num // é // um (pachorro) ele ela:: ele*”. Ambos os fragmentos denotam a dificuldade da paciente em orientar-se na própria fala, dificuldade em assumir o “eu” para falar sobre “ele”. Entretanto, a paciente escuta o que diz e reformula, sustentando, ainda que na “*corda bamba*” (FONSECA, 2002), o seu lugar na fala.

No segundo caso (senhor L), a textualidade que não se fecha e o efeito de que a fala não é dirigida ao outro, perturbam o diálogo. O paciente fala, desorientado quanto ao seu lugar de falante, ora ele é “eu” ora é “ele”. No fragmento (4), ele diz como se fosse “ele” ao narrar uma cena vivida: “*é[ele] foi pra São Paulo e aí foi completá depois voltá com muitas coisas*”. Já em (5), a terapeuta não entende quem viveu a cena narrada: “*e eu gozado peguei (SI) olhando as coisas quer dizer ontem a noite teve uma briga (temanda) cabaram (comidrado)*”. Chama atenção que o paciente parece não escutar que “eu”, às vezes, é “ele” na sua fala.

Deve-se observar que caracterizar a fala da paciente P (caso 1) como “não fluente” ou, ainda, dizer que o senhor L. tem afasia “fluente” exclui a singularidade e os efeitos dos casos. Afinal, que tipo de fluência é essa, na fala de L., que deixa o outro à deriva? Com certeza, o segundo paciente não está “*verbalmente à vontade*”, na expressão de Fillmore (apud SCARPA, 2006).

⁷ Remeto o leitor à tese de Sônia Araújo (2002), “*O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?*”.

A diferença entre esses dois casos não é a “fluência” vs. “não fluência”, ou ainda, não é a extensão ou a hesitação que podem dizer algo sobre esses sujeitos. Entendo que é a posição do sujeito frente à linguagem que marca essa fala ser “lenta” ou “rápida demais”.

Concordo com Scarpa (2006: 176), a partir de Lier-De Vitto (1998), que “*fluência/disfluência indicam diferentes relações do sujeito com a língua*”. Cabe enfatizar que a linguagem é sempre faltosa, hesitante, incompleta, disfluente. No entanto, o outro não escuta essas disfluências do falante dito “normal”. Em outras palavras, “*o outro recompõe as disfluências e imperfeições da fala – ou convive com elas*” (SCARPA, 2006). No caso da fala patológica, o outro não deixa de notar o desarranjo, de que “*algo vai mal*” (LIER-DE VITTO, 2003).

Se erros, disfluências ou deriva de sentido podem ocorrer (e ocorrem) na fala de qualquer falante de uma língua e se a escuta do outro não é indiferente a essas ocorrências, o “*efeito radical*” diz de um estranhamento do outro e de uma condição do falante bastante peculiar, no caso das afasias.

Procurei mostrar que a classificação fluente e não fluente não descreve a fala afásica e não toca nos efeitos que a patologia produz no próprio sujeito e no outro. Isso, porque a fala perturba a sequencialidade do discurso ao suspender o tempo enunciativo e desorientar o sujeito quanto ao seu lugar. Como efeito, o outro “*antecipa*” ou tenta “*barrar*” a fala do afásico, que parece sempre estar fora do “*presente linguístico*”. Pode-se arriscar que a fala afásica é sempre “*não fluente*”, no sentido que diz de um efeito patológico. A fluência é produto da posição do sujeito na linguagem, como mostrei no caso da senhora P. e do senhor L.

Referências Bibliográficas

ARANTES, L. *Diagnóstico na clínica de linguagem*. 2001. 171 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARAÚJO, S. *O Fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?*. 2002. 123 f. Tese (Doutorado em Semiótica e Linguística Geral) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ASSENCIO-FERREIRA, V. J. *Neurologia e Fonoaudiologia*. São Paulo: Pulso Editorial, 2003.

BENVENISTE, E. *Problemas de linguística geral II*. Campinas: Pontes, 1989.

DE LEMOS, C. T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992

_____. Processos metafóricos e metonímicos: seu estatuto descritivo e explicativo na aquisição de língua materna. In: *The Trento Lectures and Workshop on Metaphor and Analogy*, 1997. Não publicado.

FONSECA, S. C. *Afasia: a fala em sofrimento*. 1995. 142 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. 267 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

GOODGLASS, H. *Understanding Aphasia*. California: Academic Press, 1993.

LACAN, J. (1954) *O Seminário. Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LANDI, R. *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. 2000. 127 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LEMOS, M. T. Sobre o que faz um texto: uma leitura de Cohesion in English. *Revista Delta*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 21-42, 1992.

_____. *A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem*. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

LIER-DE VITTO, M. F. *Os monólogos da criança: delírios da língua*. São Paulo: Educ/FAPESP, 1998.

_____. Patologias de linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N. *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas: Mercado de Letras, p. 233-45, 2003.

_____. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 47 (1)-(2), p. 143-150, 2005.

_____. Delírios da língua: o sentido linguístico (e subjetivo) dos monólogos da criança. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: Editora PUCSP EDUC, 2006a, p. 79-96.

_____. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: Editora PUCSP EDUC, 2006b, p. 182-201.

LIER-DE VITTO, M. F.; FONSECA, S. Linguística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 433-439, 2001.

LIER-DE VITTO, M. F.; FONSECA, S.; LANDI, R. Vez e Voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, 10(1), p. 19-34, 2007.

MANSUR, L. L.; RADANOVIC, M. Afasias. In: _____. *Neurolinguística: princípios para a prática clínica*, p. 127-144, 2004.

MARCOLINO, J. *A Clínica de Linguagem com afásicos*: indagações sobre um atendimento. 2004. 115 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MILNER, J. C. *O Amor da Língua*. Tradução de Ângela Cristina Jesuíno. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

PISANESCHI, E. *Gagueira*: disfluência sintomática. 2001. 97 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

SAUSSURE, F. (1916) *Curso de Linguística Geral*. Organização de C. Bally e A. Sechehaye. São Paulo: Cultrix, 1989.

SCARPA, E. M. Sobre o sujeito fluente. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, n. 29, p. 163-184, 1995.

_____. (Ainda) sobre o sujeito fluente. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: Editora PUCSP EDUC, 2006, p. 161-180.

TESSER, E. *Reflexões sobre diálogo – sobre efeitos da clínica de linguagem com afásicos*. 2007. 91 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

VORCARO, A. O estatuto do dado linguístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 38, p. 131-137, 2000.