

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS, CULTURA E REGIONALIDADE

LARISSA RIZZON DA SILVA

**O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE ENUNCIATIVA
DO SUJEITO AFÁSICO NO ÂMBITO CLÍNICO PÚBLICO**

CAXIAS DO SUL
2017

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS, CULTURA E REGIONALIDADE

LARISSA RIZZON DA SILVA

**O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE ENUNCIATIVA
DO SUJEITO AFÁSICO NO ÂMBITO CLÍNICO PÚBLICO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Letras, Cultura e Regionalidade, pela Universidade de Caxias do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Carina Niederauer.

Caxias do Sul
2017

S586p Silva, Larissa Rizzon da

O processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público / Larissa Rizzon da Silva. – 2017.
125 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Letras, Cultura e Regionalidade, 2017.

Orientação: Carina Maria Melchiors Niederauer.

1. Afasia. 2. Identidade Enunciativa. 3. Sistema Único de Saúde. I. Niederauer, Carina Maria Melchiors, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UCS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

O processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público

Larissa Rizzon da Silva

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Letras e Cultura da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Letras, Cultura e Regionalidade. Área de Concentração: Estudos de Identidade, Cultura e Regionalidade. Linha de Pesquisa: Língua, Cultura e Regionalidade.

Caxias do Sul, 08 de agosto de 2017.

Banca Examinadora:

Dra. Carina Maria Melchiors Niederauer
Orientadora
Universidade de Caxias do Sul

Dra. Heloísa Pedroso de Moraes Feltes
Universidade de Caxias do Sul

Dr. Rafael José dos Santos
Universidade de Caxias do Sul

Dr. Valdir do Nascimento Flores
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

À Diva: mãe, resiliente e fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

À Diva, mãe e melhor amiga (número um), por acreditar no meu potencial e ser a pessoa responsável por tudo o que sou e já conquistei.

Ao Carlos Dejair, pai e amigo, por, insistentemente, lembrar-me que “a vida é uma só”, e que, por isso, necessita ser vivida como se não houvesse o amanhã.

À Dinara, irmã e melhor amiga (número dois), por me incentivar a correr atrás dos meus sonhos e por estar sempre presente nos momentos difíceis e de glórias.

Ao Mateus, pela cumplicidade, pelo amor, pela amizade e por me aceitar do jeito que sou – sou grata por estar aqui e fazer parte disto.

À Ariela, amiga e irmã de outras vidas, por ter me incentivado a cursar a Fonoaudiologia e por ser uma das pessoas que mais me inspiram, enquanto pessoa e profissional.

Ao João Claudio Arendt, amigo, professor e eterno chefe, pelos ricos ensinamentos que me foram concedidos ao longo destes anos.

À Carina Niederauer, orientadora, por ter acreditado na concretização deste trabalho e pelas preciosas contribuições intelectuais.

Ao Bruno, pela amizade incólume e pelas discussões atentas, que enriqueceram a minha pesquisa.

À Daniela, secretária do PPGLT e amiga, pelo auxílio e pelas palavras de conforto.

À Clau, amiga e futura colega de profissão, pela parceria, pelo carinho e pela cumplicidade.

Aos colegas do PPGLT, principalmente à Tandra, à Angélica e ao Roberto, por compartilharem anseios, dificuldades e, principalmente, pelo companheirismo.

Às colegas e amigas do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Fátima, por estarem comigo nestes momentos de “loucura” e por torcerem por mim;

Ao Centro de Saúde Clélia Manfro, pela colaboração com o desenvolvimento desta pesquisa.

À CAPES, por financiar e possibilitar este estudo.

RESUMO

Esta pesquisa consiste na investigação do processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público. Para isso, analisaram-se as teorias linguísticas de Saussure (2002, 2012), Benveniste (2005, 2006) e Jakobson (2003), dado que contribuem significativamente com o tratamento reabilitatório de distúrbios de linguagem, como a afasia. Averiguaram-se, também, no que concerne ao transtorno afasiológico, sua etiologia, seus tipos, o grau de severidade, os testes-padrão e os procedimentos adotados pelo Sistema Único de Saúde, para proceder ao encaminhamento do paciente à avaliação e à reabilitação fonoaudiológica. Por fim, analisaram-se as sessões de terapia fonoaudiológica de um sujeito afásico, desenvolvidas no âmbito clínico público, com base nos estudos linguísticos e afasiológicos anteriormente citados. Concluiu-se que, devido ao grau de severidade, aos procedimentos adotados pelo Sistema Único de Saúde, e a outros fatores, o indivíduo cérebrolésado, dificilmente, reconstruirá a sua identidade enunciativa nesse campo interventivo.

Palavras-chave: Afasia de Broca. Identidade enunciativa. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This research consists of the investigation of the process about the reconstruction of the enunciative identity of the aphasic individual in the public clinical scope. For this, it was analyzed the linguistic theories of Saussure (2002, 2012), Jakobson (2003) and Benveniste (2005, 2006), since they contribute significantly to the rehabilitative treatment of language disorders, such as aphasia. It was also evaluated, with regard to the aphasia disorder, its etiology, its types, the degree of severity, the standard tests and the procedures adopted by the Sistema Único de Saúde (Health Unic System), to proceed with the referral of the patient to evaluation and phonoaudiological rehabilitation. Finally, it was analyzed the phonoaudiological therapy sessions of an aphasic person, developed in the public clinical scope, based on the linguistic and aphasia studies as mentioned above. It was concluded that, due to the degree of severity, due to the procedures adopted by the Sistema Único de Saúde (Health Unic System) and other factors, the brain-injured individual will hardly reconstruct their enunciative identity in this interventive field.

Key words: Broca's aphasia. Enunciative Identity. Sistema Único de Saúde (Health Unic System).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Áreas cerebrais relacionadas à linguagem	50
Figura 2 – Frequência de M nas sessões de fonoterapia	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação negativa e positiva	24
Quadro 2 – Relação de similaridade e contiguidade	32
Quadro 3 – Funções da linguagem	47
Quadro 4 – Nomenclatura utilizada para indicar o fundamento da fala afetado	50
Quadro 5 – Descrição das afasias corticais não fluentes e fluentes.....	57
Quadro 6 – Déficits encontrados no afásico de Broca.....	60
Quadro 7 – Provas controladas do Teste M1 – Alpha	80
Quadro 8 – Alterações encontradas a partir do protocolo AMIOFE	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A LINGUÍSTICA E OS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	16
2.1 <i>Linguagem, língua e fala</i> em Saussure	16
2.2 <i>Similaridade e contiguidade</i> em Jakobson	26
2.3 A relação <i>eu-tu</i> em Benveniste	32
3 AFASIA E MECANISMOS DE AVALIAÇÃO	48
3.1 História da afasiologia: Jakubovicz e Meinberg.....	49
3.2 Conceituando a(s) afasia(s)	52
3.3 Classificação das afasias.....	54
3.4 Conceito e aplicação do grau de severidade.....	61
3.5 Avaliação afasiológica e testes-padrão	66
4 A RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE ENUNCIATIVA DO SUJEITO AFÁSICO	70
4.1 Cenário da pesquisa	70
4.2 Fluxo de acesso à fonoterapia.....	71
4.3 Considerações éticas.....	72
4.4 Avaliação e reabilitação fonoaudiológica no Sistema Único de Saúde.....	73
4.5 O sujeito M.....	74
4.6 O processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico M.....	74
4.6.1 <i>Para além da análise das sessões de reabilitação afasiológica de M</i>	105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS	114
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

A aquisição e o desenvolvimento da linguagem dependem de diversos fatores, dentre eles o meio social, o histórico gestacional, as experiências de mundo e as capacidades cognitivas e orgânico-funcionais (PRATES; MARTINS, 2011). Sendo as relações sociais a primeira forma de manifestar a linguagem, cabe ao indivíduo estabelecer conexões entre a forma, o conteúdo e o uso da *língua*, para que a comunicação interpessoal seja estabelecida de forma efetiva.

Embora esse processo transcorra dentro dos padrões de normalidade ao longo da vida, o indivíduo pode sofrer algum tipo de lesão cerebral, provocando um distúrbio de linguagem, capaz de prejudicar seu desempenho linguístico, comprometendo tal habilidade, de modo que utilizar a língua torna-se uma atividade penosa.

Conforme a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares¹, a etiologia desses distúrbios envolve desde fatores orgânicos, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, hiperlipidemia, triglicérides, fibrilação atrial, tabagismo, etilismo e o sedentarismo, até fatores cognitivos e emocionais.

Dentre os distúrbios de linguagem causados por lesão cerebral adquirida está a afasia, transtorno que é objeto deste estudo. Nesse caso, conforme a extensão e a localização da lesão cerebral, a pessoa, que ainda preserva a capacidade de linguagem, apresenta dificuldades para acessá-la e/ou articulá-la.

A motivação para implementar esta pesquisa deve-se a minha formação acadêmica, que consiste na graduação em Letras, pela Universidade de Caxias do Sul, concluída em 2012, e na graduação em Fonoaudiologia, pela Faculdade Nossa Senhora de Fátima, que ainda se encontra em desenvolvimento. Estudar os distúrbios de linguagem, em específico a afasia, foi a maneira que encontrei de me manter conectada às duas áreas de formação. Apesar de ter estudado os pressupostos saussurianos de modo superficial no decorrer do curso de graduação em Letras, foi a partir das indicações de leitura proporcionadas pela minha orientadora, Profa. Dra. Carina Niederauer, durante o curso de mestrado, que constatei a verdadeira relação entre os estudos linguísticos, oriundos do legado de Saussure, e os estudos fonoaudiológicos. Diga-se de passagem: foi amor à primeira vista. A partir das primeiras leituras, verifiquei que uma área está diretamente relacionada à outra, de modo que ambas se complementam no que concerne à compreensão dos processos neurológicos que ocorrem em um indivíduo que não

¹ Disponível em: <<http://www.sbdcv.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2016.

sofreu nenhuma lesão cerebral e um afásico. É fundamental conhecer as funções executivas e os mecanismos de avaliação, para que sejam desenvolvidas estratégias que favoreçam o reestabelecimento desses processos neurológicos de forma rápida e assertiva.

Por meio de investigação realizada no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), verificou-se que a maioria das pesquisas realizadas acerca da afasiologia refere-se apenas a uma área de estudo: ou à linguística, ou à fonoaudiologia, ou à neurolinguística. Dentre eles destacam-se: Ari Pedro Balieiro Júnior (2001), que identifica as manifestações de subjetividade na afasia, a partir do viés teórico da neurolinguística discursiva, ancorada aos estudos fonológicos, pragmáticos e sociolinguísticos; Betina Sguário Moreschi Antonio (2004), que analisa as relações de interdependência entre a oralidade e a escrita a partir do estudo de caso de um sujeito afásico; Marília Maria de Lucena Macedo (2004), que verifica a ressignificação do mundo em um estudo de caso de afasia; Nirvana Ferraz Santos Sampaio (2006), que investiga a funcionalidade do Centro de Convivência de Afásicos, localizado em Campinas – Brasil, como uma comunidade que se caracteriza pela prática clínica que relaciona língua(gem), cultura e sociedade; Luiza Milano Surreaux (2006), que propõe uma concepção de clínica de linguagem, ao considerar o seu funcionamento como uma forma de manifestação do sujeito; Gracinda Maria Gomes Alves (2007), que visa à análise discursiva de um caso clínico, em que o sujeito e o funcionamento da linguagem são aspectos primordiais para a análise do discurso afásico; Livia Miranda de Oliveira (2008), que pesquisa a co-construção de identidades em interações face a face entre pessoas com e sem afasia de expressão; Tainara Lemes Conde Nandin (2013), que investiga a produção de sujeitos com afasias não-fluentes de grau severo, buscando refletir sobre suas possibilidades narrativas e o papel dos recursos não-verbais, a fim de alcançar seu intuito discursivo ou “querer-dizer”; Renata Viana Ensinas Fugiwara (2013), que aborda o processo de (inter) compreensão no âmbito das afasias na perspectiva bakhtiniana – como compreensão ativo-responsiva – distanciando-o, portanto, da noção de decodificação ou de identificação; e Juliana Andrade Feiden (2014), que questiona a dificuldade de acesso lexical, tanto na produção de fala espontânea, quanto na fala semi-espontânea, em dois indivíduos afásicos, caracterizando a anomia e a parafasia, bem como elencando estratégias comunicativas desenvolvidas por esses indivíduos, com vistas à superação das dificuldades linguísticas. Como se podem ver, essas pesquisas não apresentam a reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico, através do processo reabilitatório no âmbito clínico público, o que confere o ineditismo desta dissertação de mestrado e sua relevância científica e social.

Em razão disso, a presente pesquisa, de cunho interdisciplinar, valendo-se de estudos culturais, linguísticos e fonoaudiológicos, busca responder as seguintes questões: qual a relevância dos estudos linguísticos, oriundos do legado de Saussure (2002, 2012), Jakobson (2003) e Benveniste (2005, 2006), para a reabilitação da afasia? De que maneira é realizada a reabilitação afasiológica no âmbito clínico público, especificamente o Sistema Único de Saúde? A terapia fonoaudiológica, desenvolvida no âmbito clínico público, fornece condições para que o sujeito afásico reestabeleça sua identidade enunciativa e se reconheça como o *eu* nas situações discursivas?

Por sua vez, tem-se como objetivo geral investigar o processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público. Para isso, serão cumpridas as seguintes etapas: (a) analisar os conceitos linguísticos provenientes dos estudos de Saussure (2002, 2012), Benveniste (2005, 2006) e Jakobson (2003), dado que podem contribuir de forma significativa no tratamento de distúrbios relacionados à linguagem; (b) discutir sobre a afasia, que consiste em um distúrbio de linguagem adquirido a partir de uma lesão cerebral, bem como sua etiologia, seus tipos, o grau de severidade e os testes-padrão, que assessoram o processo de reabilitação; e (c) descrever os procedimentos adotados no âmbito clínico do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentar o caso clínico (*corpus* deste estudo) e proceder à respectiva análise, a partir dos conceitos, que fundamentam esta dissertação, e as demandas público-sociais, que permeiam a reconstrução da identidade enunciativa.

A pesquisa constitui um estudo de caso, de caráter observacional e descritivo. A amostra consiste em um indivíduo afásico. Tem-se como unidade de análise o prontuário de um paciente que apresenta diagnóstico fonoaudiológico de afasia de Broca. O caso foi acompanhado em um Centro de Saúde da cidade de Caxias do Sul (RS), que atua como Clínica-Escola e é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (UCS), através do cadastro na Plataforma Brasil.

O estudo de caso consiste em uma abordagem de cunho investigativo, que se apoia na utilização de um ou mais tipos de investigação qualitativos, com vistas à descrição de um evento de caráter longitudinal (KOCHE, 2008).

Devido à necessidade de entender, na íntegra, a complexidade das situações reais com as quais nos confrontamos no âmbito clínico diariamente, é impossível generalizar os processos para todas as afasias e todas as formas de reabilitação. Destaca-se que a nomeação,

a categorização e a classificação de um sintoma correspondem ao primeiro passo frente ao diagnóstico afasiológico. Esse processo, que se baseia na relação normal e patológica, favorece o direcionamento da terapia no âmbito clínico, entretanto não condiz com o todo. Os exames de neuroimagem, as consultas clínicas, as baterias específicas de testes-padrão, a observação detalhada do comportamento geral do paciente, a presença do sujeito na e pela linguagem (ao modo benvenistiano) e as entrevistas com seus familiares e pessoas próximas colaboram com o processo de reabilitação (MORATO, 2010). Ou seja, a efetividade do processo de reabilitação é relativa e depende de fatores individuais e culturais, por isso, a escolha pelo estudo de caso.

É crucial que o fonoaudiólogo, assim como o linguista, tenha sapiência acerca dos distúrbios de linguagem, principalmente da afasia, e das possíveis situações-problema advindas desse transtorno, pois a maioria dos afásicos se isola do ambiente familiar e social, o que acaba abalando, entre outras coisas, sua identidade enunciativa, devido à falta de comunicação: ou porque não entende o que os outros falam, ou porque não é compreendido. Para eles, muitas vezes, excluir-se e viver isoladamente é a melhor “solução”.

Em vista disso, é essencial que os profissionais envolvidos se aprofundem, também, em estudos linguísticos e culturais, com o propósito de desenvolver condições para proceder ao diagnóstico e ao prognóstico da afasia e, da melhor maneira possível, entabular condutas para efetuar o processo reabilitatório, a fim de reestabelecer da forma mais integral possível os padrões de conectividade da área neurológica lesionada.

Com o intuito de responder às questões-problema, este estudo está organizado em cinco capítulos. O primeiro consiste na introdução e o quinto diz respeito às considerações finais.

O segundo capítulo, “A linguística e os distúrbios de linguagem”, analisa os conceitos linguísticos oriundos dos estudos de Ferdinand de Saussure (2002, 2012), Roman Jakobson (2003) e Émile Benveniste (2005, 2006), buscando associá-los ao tratamento de distúrbios relacionados à linguagem, em específico, a afasia.

O terceiro capítulo, intitulado “Afasia e mecanismos de avaliação”, destina-se a investigar o conceito de afasia, sua etiologia, seus tipos, o grau de severidade e os testes-padrão aplicados no âmbito clínico fonoaudiológico. Para isso, foram utilizados os conceitos de Maria Irma Hadler Coudry (2001), Regina Jakubovicz (2004), Regina Cupello (2004), Regina Jakubovicz e Regina Cupello Meinberg (2005), Jordi Peña-Casanova e Montserrat Pérez Pamies (2005), Edwiges Maria Morato (2010), entre outros.

Já o quarto capítulo, que tem como título “A reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico”, visa a descrever o cenário da pesquisa; o fluxo de acesso à fonoterapia; as considerações éticas; os procedimentos de avaliação e de terapia fonoaudiológica; e apresentar o sujeito afásico, bem como proceder à respectiva análise, a partir da exploração do prontuário clínico do paciente, tendo em vista os pressupostos teóricos estudados nos capítulos anteriores.

2 A LINGUÍSTICA E OS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Este capítulo busca analisar como os estudos linguísticos provenientes de Ferdinand de Saussure (2002, 2012), Roman Jakobson (2003) e Émile Benveniste (2005, 2006) podem contribuir com o tratamento de distúrbios relacionados à linguagem.

Inicia-se pela apresentação e análise de alguns dos conceitos saussurianos, que estão diretamente relacionados com esta pesquisa.

2.1 *Linguagem, língua e fala* em Saussure

Diversos estudiosos têm se dedicado a discutir o conceito de linguagem, porém, para este estudo, deter-se-á àquele estabelecido por Saussure. Para o autor, a linguagem apresenta um aspecto individual e outro social, de modo que um não se constitui sem o outro. Dessa forma, há uma grande dificuldade em categorizá-la no âmbito das ciências humanas, uma vez que não se sabe como defini-la enquanto unidade. Ao mesmo tempo em que a linguagem se apresenta instituída, ela encontra-se em processo de desenvolvimento, ou seja, “a cada instante ela é uma instituição atual e um produto do passado” (2012, p. 40).

Já a língua é produto da faculdade de linguagem e diz respeito a um composto de convenções sociais, que foram (são) adotadas pela sociedade com o intuito de viabilizar a comunicação entre os indivíduos. Ao contrário da linguagem, a língua representa um todo e manifesta-se a partir de um princípio de classificação autônoma (SAUSSURE, 2012).

Para o genebrino, o ato de exercitar a linguagem corresponde a uma possibilidade que foi dada ao homem pela natureza. Desse modo, a língua pode ser expressa através da fala, uma vez que é adquirida, convencionalizada e subordinada ao instinto natural. Saussure (2012, p. 42) esclarece que “[...] não é a linguagem que é natural ao homem, mas a faculdade de constituir uma língua, vale dizer: um sistema de signos distintos correspondentes a ideias distintas”.

Antes de pensar no modo como serão articulados os sons e a maneira adequada de pronunciá-los por meio do aparelho fonador, é necessário compreender que só é possível proferi-los e estruturar palavras através da fala, a partir de instrumentos que foram (são) criados e determinados socialmente. Para Saussure (2012), as sílabas de uma palavra dizem respeito a impressões acústicas que são articuladas e captadas pelos ouvidos do ouvinte. Sabe-se que o som não existe sem o funcionamento efetivo dos componentes vocais no processo de emissão sonora que possibilitam a sua produção. Portanto, da mesma maneira que a língua

não pode ser restringida ao som, o som não pode ser separado da articulação vocal, pois “não se podem definir os movimentos dos órgãos vocais se se fizer abstração da impressão acústica” (SAUSSURE, 2012, p. 40). Em vista disso, salienta-se que o som corresponde a um instrumento do pensamento, surgindo, assim, “uma nova e temível correspondência: [...] uma unidade complexa, fisiológica e mental” (SAUSSURE, 2012, p. 40).

Com vistas ao caso clínico a ser analisado nesta dissertação, verifica-se que a unidade complexa não está integralmente constituída no indivíduo afásico, uma vez que a unidade mental não se encontra preservada, o que implica dificuldade de acessar o objeto linguístico através do pensamento e expressá-lo por meio dos aparatos fisiológicos, que correspondem à unidade acústico-vocal.

Ainda de acordo com o linguista, foi Broca quem desvendou que na terceira circunvolução frontal esquerda do cérebro encontra-se a faculdade de falar. Muitos estudiosos consentiram com essa ideia para conferir à linguagem um atributo natural. Ademais, foi comprovado que essa localização corresponde a diversas capacidades atribuídas à linguagem, inclusive à escrita, além das observações realizadas sobre os diversos tipos de afasia por lesão dessa região cerebral. Contudo, indica-se

1º – que as perturbações diversas da linguagem oral estão encadeadas de muitos modos às da linguagem escrita; 2º – que, em todos os casos de afasia ou de agrafia, é atingida menos a faculdade de proferir estes ou aqueles sons ou de traçar estes ou aqueles signos que a de evocar por um instrumento, seja qual for, os signos duma linguagem regular. Tudo isso, nos leva a crer que, acima desses diversos órgãos, existe uma faculdade mais geral, a que comanda os signos e que seria a faculdade linguística por excelência (SAUSSURE, 2012, p. 42).

A faculdade de pronunciar palavras não pode ser praticada sem a ajuda de instrumentos desenvolvidos e concedidos pela sociedade, afirma o mestre genebrino. Essa condição atribui à língua o primeiro lugar no estudo da linguagem. Assim, com o intuito de identificar o lugar da língua nos fatos da linguagem, é necessário analisar o ato individual, que possibilita observar o circuito da fala. Para isso, Saussure (2012) aponta que são necessárias duas pessoas para completar o circuito: o sujeito A e o sujeito B.

O ponto de partida do circuito se situa no cérebro de uma delas, por exemplo A, em que os fatos de consciência, a que chamaremos conceitos, se acham associados às representações dos signos linguísticos ou imagens acústicas que servem para exprimi-los. Suponhamos que um dado conceito suscite no cérebro uma imagem acústica correspondente: é um fenômeno inteiramente *psíquico*, seguido, por sua vez, de um processo *fisiológico*: o cérebro transmite aos órgãos da fonação um impulso correlativo da imagem; depois, as ondas sonoras se propagam da boca de A até o ouvido de B: processo puramente *físico*. Em seguida, o circuito se prolonga em

B numa ordem inversa: do ouvido ao cérebro, transmissão fisiológica da imagem acústica; no cérebro, associação psíquica dessa imagem com o conceito correspondente. Se *B*, por sua vez, fala, esse novo ato seguirá – de seu cérebro ao de *A* – exatamente o mesmo curso do primeiro e passará pelas mesmas fases sucessivas (SAUSSURE, 2012, p. 43, grifos originais).

Constata-se que, quando o circuito de fala envolve um afásico, o processo não é orbicular, na medida em que não se constitui um circuito, devido ao comprometimento cerebral, ao fato de um (ou mais) dos processos estarem prejudicados: seja o psíquico, em que o indivíduo não consegue acessar a imagem acústica; seja o fisiológico, em que os impulsos correlativos não são transmitidos aos órgãos de fonação; ou o físico, em que as ondas sonoras propagadas pela boca do sujeito *A* e percorridas até o ouvido de *B* não são discernidas devido à dificuldade ou à incapacidade de reconhecer os símbolos linguísticos.

Outrossim, Saussure (2012, p. 44-45) acrescenta que cabe ao discurso o papel de organizar a língua enquanto sistema, na medida em que associa signos isolados e os coordena. Para isso, é necessário analisar o fato social e não mais o ato individual, pois as pessoas reproduzirão – não exatamente da mesma forma, mas aproximadamente – os mesmos signos associados aos mesmos conceitos. Nesse processo são deixadas à margem duas partes: a física, à medida que o sujeito escuta uma língua desconhecida, detecta os sons proferidos, porém não os compreende, ficando alheio aos fatos sociais; e a psíquica, uma vez que a execução da fala não é realizada pela sociedade, mas pelo indivíduo.

A fala é “um ato individual de vontade e inteligência, na qual convém distinguir: 1º – as combinações pelas quais o falante realiza o código da língua no propósito de exprimir seu pensamento pessoal; 2º – o mecanismo psicofísico que lhe permite exteriorizar essas combinações” (SAUSSURE, 2012, p. 45), de modo que cada sujeito é responsável pelas escolhas dos signos linguísticos a serem utilizados em seu discurso.

O sistema da língua é acionado por meio da fala e compartilhado entre as pessoas do mesmo grupo social. Cada indivíduo suporta em seu cérebro um sistema gramatical restrito, pois a língua só existe de modo completo na grande massa (SAUSSURE, 2012).

A língua corresponde ao produto registrado por cada indivíduo. Para o linguista (2012, p. 46), “ela é a parte social da linguagem, exterior ao indivíduo, que, por si só, não pode nem criá-la nem modificá-la; ela não existe senão em virtude de uma espécie de contrato estabelecido entre os membros da comunidade”. Assim, a aquisição da língua é realizada desde o nascimento da criança e, pouco a pouco, ocorre o processo de assimilação, que faz com que o infante entenda o funcionamento e desenvolva sua linguagem.

A linguagem consiste na relação entre língua e fala. Saussure (2012, p. 47) declara que “a língua é um sistema de signos que exprimem ideias, e é comparável, por isso, à escrita, ao alfabeto dos surdos-mudos, aos ritos simbólicos, às formas de polidez, aos sinais militares etc. Ela é apenas o principal desses sistemas”. Para o autor, a língua está amplamente conectada à fala. Ela permite que a fala seja compreendida e repercuta todos os seus efeitos. Desse modo, a fala é fundamental para que a língua se estabeleça. Com base nos pressupostos históricos, os fatos de fala vêm sempre antes da língua.

A partir disso, o mestre genebrino destaca que a língua materna é adquirida e desenvolvida a partir da interação com outras pessoas. Aprende-se com base naquilo que se ouve. A língua materna estabelece-se em nosso cérebro a partir de inúmeras vivências. Enfim,

é a fala que faz evoluir a língua: são as impressões recebidas ao ouvir os outros que modificam nossos hábitos linguísticos. Existe, pois, interdependência da língua e da fala; aquela é ao mesmo tempo o instrumento e o produto desta. Tudo isso, porém, não impede que sejam duas coisas absolutamente distintas. A língua existe na coletividade sob a forma de uma soma de sinais depositados em cada cérebro, mais ou menos como um dicionário cujos exemplares, todos idênticos, fossem repartidos entre os indivíduos [...] (SAUSSURE, 2012, p. 51).

Para o autor (2012), a língua constitui-se a partir de um padrão coletivo, que configura um somatório individual de sinais recebidos e adotados ao longo da vida. Esse constructo condiz com o que os indivíduos dizem e compreendem, de modo que cada pessoa escolhe as combinações a serem utilizadas na fala e os atos de fonação a serem empregados para executar essas combinações. Dessa maneira, o convívio familiar e os laços sociais são extremamente relevantes para adquirir e desenvolver a língua.

Essa questão é indispensável para se refletir acerca da reabilitação afasiológica, por exemplo. A recuperação envolve, necessariamente, o reenquadramento do afásico na sociedade e a participação da família na terapia fonoaudiológica, pois ele precisa participar dos fatos de fala e de fonação, para ouvir o que se fala, como se pronunciam os sons e relacioná-los a uma unidade linguística.

Saussure (2012, p. 106) pondera que a unidade linguística se constitui duplamente. O signo linguístico corresponde a essa unidade, que consiste na associação de um conceito (significado) a uma imagem acústica (significante). Na maioria das vezes, o constructo sensorial, que corresponde à imagem acústica (significante), representa a ideia do todo, olvidando-se que apenas a ação vocal não constitui significado, se não estiver relacionada ao conceito da palavra. Assim, ao ouvir a palavra *casa*, imediatamente, pensa-se no seu significante.

Além disso, o linguista afirma que o signo linguístico é arbitrário, ou seja, não há nenhuma relação interior entre o significante e o significado, isto é, o significante é imotivado. Dessa forma, o primeiro princípio proposto por Saussure é o da arbitrariedade, com efeito,

todo meio de expressão aceito numa sociedade repousa em princípio num hábito coletivo ou, o que vem a dar na mesma, na convenção. Os signos de cortesia, por exemplo, dotados frequentemente de certa expressividade natural (lembramos os chineses, que saúdam seu imperador prosternando-se nove vezes até o chão) não estão menos fixados por uma regra; é essa regra que obriga a empregá-los, não o seu valor intrínseco. Pode-se, pois, dizer que os signos inteiramente arbitrários realizam melhor que os outros o ideal do procedimento semiológico; eis por que a língua, o mais completo e o mais difundido sistema de expressão, é também o mais característico de todos; nesse sentido, a Linguística pode erigir-se em padrão de toda a semiologia, se bem a língua não se configurar senão como um sistema particular (SAUSSURE, 2012, p. 108).

Entretanto, Saussure (2012, p. 109) ainda se refere ao fato de que o signo linguístico ser arbitrário não depende da escolha de quem fala, uma vez que não está ao alcance das pessoas trocar o significante de um signo, pois é a sociedade que o estabelece. Dito de outra forma, “[...] o significante é imotivado, isto é, arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade”.

Já um segundo princípio da língua consiste no caráter linear do significante. Saussure (2012, p. 110) reitera que o significante, por ser auditivo, desenvolve-se somente no tempo (linearmente), representando uma extensão, que é mensurável nessa dimensão.

Torna-se evidente que tanto o significado quanto o significante são impostos pela sociedade, porém, salienta-se que nem um indivíduo pode modificá-lo, nem a massa social pode impor mudanças a uma palavra, pois ela está condicionada à língua.

Assim, destacam-se os preceitos de mutabilidade e de imutabilidade do signo. Por mais que essa constatação seja paradoxal e contraditória, Saussure (2012, p. 115) afirma que “o signo está em condições de alterar-se porque se continua. O que domina, em toda alteração, é a persistência da matéria velha [...]. Eis porque o princípio de alteração se baseia no princípio de continuidade”. A língua não possui condições para se defender das razões que alteram a relação entre o significado (alteração do conceito) e o significante (alteração fonética).

Com vistas a isso, Saussure (2012, p. 118) declara que como

o signo linguístico é arbitrário, pareceria que a língua, assim definida, é um sistema livre, organizável à vontade, dependendo unicamente de um princípio racional. Seu caráter social, considerado em si mesmo, não se opõe precisamente a esse ponto de

vista. Sem dúvida, a psicologia coletiva não opera sobre uma matéria puramente lógica; cumpriria levar em conta tudo quanto faz ceder a razão nas relações práticas de indivíduo para indivíduo. E, todavia, não é isso que nos impede de ver a língua como uma simples convenção modificável conforme o arbítrio dos interessados, é a ação do tempo que se combina com a da força social; fora do tempo, a realidade linguística não é completa e nenhuma conclusão se faz possível. Se se tomasse a língua no tempo, sem a massa falante – suponha-se o indivíduo isolado que vivesse durante vários séculos – não se registraria talvez nenhuma alteração; o tempo não agiria sobre ela. Inversamente, se se considerasse a massa falante sem o tempo, não se veria o efeito das sociais agindo sobre a língua.

Cabe ao tempo permitir às forças sociais, que atuam sobre a língua, expandir os seus efeitos. Dessa forma, a liberdade é anulada pela continuidade, que implica alteração e deslocamento significativo das relações (SAUSSURE, 2012).

Saussure (2012, p. 159) refere ainda que a língua é organizada a partir da matéria fônica. Porém, destaca que, mediante o pensamento, a língua não tem como função desenvolver um meio fônico para expressar ideias, mas intermediar o pensamento e o som, de modo que “uma união conduza necessariamente a delimitações recíprocas de unidades”. A língua corresponde ao domínio das articulações, pois cada ideia se fixa em um determinado som “e em que um som se torna o signo daquela ideia”.

Para o mestre genebrino (2012, p. 159), a língua pode ser comparada a uma folha de papel, afirmando que “o pensamento é o anverso e o som o verso; não se pode cortar um sem cortar, ao mesmo tempo, o outro; assim tampouco, na língua, se poderia isolar o som do pensamento, ou o pensamento do som [...]”. Diante disso, ressalta-se a ideia de arbitrariedade, da mesma forma que a escolha de uma fração acústica, responsável por expressar uma ideia, é completamente arbitrária, pois, se não fosse dessa maneira, a concepção de valor perderia um pouco de sua natureza, uma vez que “conteria um elemento imposto de fora” (p. 160). Portanto, os valores continuam sendo relativos.

No que lhe concerne,

a arbitrariedade do signo nos faz compreender melhor por que o fato social pode, por si só, criar um sistema linguístico. A coletividade é necessária para estabelecer os valores cuja única razão de ser está no uso e no consenso geral: o indivíduo, por si só, é incapaz de fixar um que seja (SAUSSURE, 2012, p. 160).

Constata-se que um termo não corresponde à união de um som específico a um determinado conceito, pois “defini-lo assim seria isolá-lo do sistema do qual faz parte” (SAUSSURE, 2012, p. 160). O sistema linguístico não é concebido a partir da soma dos termos que o compõem.

Depecker (2012), a partir dos preceitos saussurianos, elucida que, ao considerar um som separadamente do pensamento, corre-se o risco de se deparar com um “som material” de um lado, e com uma ideia suprimida de outro. O que importa para Saussure é a associação gerada por esses constituintes.

Saussure (2012) declara que, ao expressar o valor de uma palavra, pensa-se na representação de uma ideia, porém, esse efeito condiz com um dos aspectos do valor linguístico. Dessa forma, valor e significação não são sinônimos. O valor é um elemento da significação. A significação é a contraparte da imagem auditiva. No sistema linguístico, todos os termos são solidários, e o valor de uma palavra só se concretiza na presença de outros termos.

Mesmo fora do âmbito da língua, os valores estão regidos por um princípio paradoxal, sendo sempre composto por algo *dessemelhante*, isto é, possível de ser trocado por outro, cujo valor ainda está por ser fixado; e semelhante, ou seja, que pode ser comparado àquele cujo valor está em questão.

Um exemplo disso é que

para determinar o que vale a moeda de cinco francos, cumpre saber: 1º – que se pode trocá-la por uma quantidade determinada de uma coisa diferente, por exemplo, pão; 2º – que se pode compará-la com um valor semelhante do mesmo sistema, por exemplo uma moeda de um franco ou uma moeda de algum outro sistema (um dólar etc.). Do mesmo modo, uma palavra pode ser trocada por algo dessemelhante: uma ideia; além disso, pode ser comparada com algo da mesma natureza: outra palavra. Seu valor não estará então fixado, enquanto nos limitarmos a comprovar que pode ser “trocada” por este ou aquele conceito, isto é, que tem esta ou aquela significação; falta ainda compará-la com os valores semelhantes, com as palavras que se lhe podem opor. Seu conteúdo só é verdadeiramente determinado pelo concurso do que existe fora dela. Fazendo parte de um sistema, está revestida não só de uma significação, como também, e sobretudo, de um valor, e isso é coisa muito diferente (SAUSSURE, 2012, p. 162).

O valor linguístico constitui-se, de um lado, pela imagem auditiva e, de outro, pela sua significação; além disso, ele só se estabelece na relação de oposição de um signo com outro signo. Para o linguista (2012, p. 163), o valor de um termo está subordinado por aquilo que o circunda; “nem sequer da palavra que significa ‘sol’ se pode fixar imediatamente o valor sem levar em conta o que lhe existe em redor [...]”. Se cada palavra estivesse incumbida de representar o seu próprio conceito, fornecido *a priori*, cada língua teria o corresponde exato para cada termo lexical, porém não é assim que acontece.

A característica mais precisa do valor linguístico “é ser o que os outros não são”; ele se institui a partir de diferenças. Com base na teoria saussuriana (2012, p. 164), quando “os

valores correspondem a conceitos, subentende-se que são puramente diferenciais, definidos não positivamente por seu conteúdo, mas negativamente por suas relações com os outros termos do sistema”. O valor só se constitui na medida em que um signo se compara com outro. Sem essa comparação, a significação não existiria.

Depecker (2012), pautado nos estudos de Saussure, esclarece que o que realmente importa é a diferença. O sistema linguístico repousa sobre o que é necessariamente diferente e negativo. Cabe à diferença formar oposições, e a esse conjunto de dissemelhanças, com “valores” mutáveis, produzir a entidade linguística como um todo.

Para Saussure, a língua pode ser comparada a uma “partida de xadrez”, em que os movimentos realizados podem constituir, a todo momento, uma nova combinação, e essas combinações possibilitam novos deslocamentos e aplicabilidades. Ou seja, “a diversidade sucessiva das combinações linguísticas (ditas estado de língua) que são provocadas por acidente são eminentemente comparáveis à diversidade de situações de uma partida de xadrez” (2002, p. 177-178). Assim, “uma língua só é comparável à ideia *completa* da partida de xadrez, comportando, ao mesmo tempo, as *posições* e os *lances*, e as *mudanças* e os *estados* da sucessão” (2002, p. 178, grifo original).

Depecker (2012, p. 63, grifo original) ao analisar os *Escritos de Linguística Geral*, de Saussure, salienta que a imagem da partida de xadrez consolida a ideia de que a língua não é matéria, e que, portanto, não se situa em nenhum substrato. Dessa forma, nem o material de que é feito o tabuleiro, nem o marfim das peças do jogo elucidam o que venha a ser uma partida de xadrez. Para o autor, a “imagem destaca aqui a diferença entre a *natureza* de um elemento e o *papel* que ele pode desempenhar na língua”. Isto é, trata-se da imagem da partida e não do jogo em si. Realiza-se aqui uma análise dinâmica e não estática da partida de xadrez.

Sabe-se que o signo linguístico se constitui da inter-relação entre o *significado* (conceito) e o *significante* (imagem acústica). Saussure (2012) afirma que essa é uma relação positiva. Porém, para que o signo expresse um determinado valor, ele, obrigatoriamente, passará por um processo de negação de outro signo, na medida em que um existe a partir do momento que nega o outro.

Quadro 1 – Relação negativa e positiva

RELAÇÃO	AÇÃO	ATRIBUTOS	POSSIBILIDADE DO SISTEMA LINGUÍSTICO
Negativa	Compara	Dois signos (entre si)	Valor linguístico
Positiva	Une	Significado e Significante	Signo linguístico

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base nos preceitos saussurianos.

Cabe destacar que o sistema da língua consiste nas diferenças de sons unidas a uma série de ideias diferentes. O enfrentamento de um número específico de signos acústicos com outras divisões realizadas pelo pensamento produz um sistema de valores. Esse sistema constitui o elo entre os elementos psíquicos e fônicos no cerne de cada signo linguístico (SAUSSURE, 2012).

Para o genebrino (2012, p. 168-169, grifos originais):

quando se comparam os signos entre si – termos positivos – não se pode mais falar de diferença; a expressão seria imprópria, pois só se aplica bem à comparação de duas imagens acústicas, por exemplo *pai* e *mãe*, ou de duas ideias, por exemplo a ideia de “pai” e a ideia de “mãe”; dois signos que comportam cada qual um significado e um significante não são diferentes, são somente distintos. Entre eles existe apenas *oposição*. Todo o mecanismo da linguagem, que será tratado mais adiante, se funda em oposição desse gênero e nas diferenças fônicas e conceituais que implicam.

Saussure (2012) salienta que as diferenças sonoras e conceituais constituintes da língua são resultados de duas comparações – as aproximações associativas e as sintagmáticas. Os conjuntos das duas esferas são, na maioria das vezes, estabelecidos pela língua, e é a partir desse agrupamento de termos que ela é constituída e organizada funcionalmente.

Tanto as relações quanto as diferenças entre os termos linguísticos evoluem nessas esferas distintas: a primeira refere-se às relações sintagmáticas; a segunda diz respeito às relações associativas. Cada uma é responsável por conceber certo valor.

Para o linguista (2012, p. 171-172, grifo original),

no discurso, os termos estabelecem entre si, em virtude de seu encadeamento, relações baseadas no caráter linear da língua, que exclui a possibilidade de pronunciar dois elementos ao mesmo tempo. Estes se alinham um após o outro na cadeia da fala. Tais combinações, que se apoiam na extensão, podem ser chamadas de *sintagmas*. [...] fora do discurso, as palavras que oferecem algo de comum se associam na memória e assim se formam grupos dentro dos quais imperam relações muito diversas [...], essas coordenações são de uma espécie bem diferente das primeiras. Elas não têm por base a extensão; sua sede está no cérebro; elas fazem parte desse tesouro interior que constitui a língua de cada indivíduo.

A frase é um exemplo característico de sintagma. Ela pertence à fala e não à língua. É típica da fala a liberdade na adoção das melhores combinações. Porém, há inúmeras expressões (frases feitas) que pertencem à língua, às quais o uso coíbe qualquer modificação (SAUSSURE, 2012).

Saussure (2012, p. 174) elucida que os sintagmas construídos sobre formas regulares devem ser atribuídos à língua, e não à fala, uma vez que esse tipo de unidade só existe quando a língua registra um número significativo de amostras dessa estrutura. Com relação ao domínio do sintagma, “não há limite categórico entre o fato de língua, testemunho de uso coletivo, e o fato de fala, que depende da liberdade individual. Num grande número de casos, é difícil classificar uma combinação de unidades”.

No que diz respeito às relações associativas, Ferdinand de Saussure (2012, p. 174) destaca que os grupos associados mentalmente não se restringem a aproximar elementos que apresentam algo em comum, pois “[...] o espírito capta também a natureza das relações que os unem em cada caso e cria com isso tantas séries associativas quantas relações diversas existam”.

Nesse eixo, há elementos comuns a todos os termos. Pode ser a partir do radical (**cabelo**, **cabeleireiro**, **cabeça**), do sufixo (**cabeleireiro**, **marceneiro**, **banqueiro**), da analogia dos significados (**cabeleireiro**, **escova**, **secador**), ou através da rara comunidade das imagens acústicas (**elemento**, **lento**).

Saussure (2012, p. 175, grifo original) refere ainda que enquanto

um sintagma suscita em seguida a ideia de uma ordem de sucessão e de um número determinado de elementos, os termos de uma família associativa não se apresentam nem em número definido nem numa ordem determinada. Se associarmos *desej-oso*, *calor-oso*, *medr-oso* etc., ser-nos-á impossível dizer antecipadamente qual será o número de palavras sugeridas pela memória ou a ordem em que aparecerão. Um termo dado é como o centro de uma constelação, o ponto para onde convergem outros termos coordenados cuja soma é indefinida.

Ressalta-se que uma série de termos não tem lugar na língua se não for associada a outro termo: esse é o caso do radical e do sufixo. Nenhum atua de forma autônoma; o radical só existe na combinação com um sufixo, e vice-versa. Um exemplo disso é a formação de palavras que se constitui “[...] numa combinação de dois [ou mais] elementos solidários, que só tem valor pela sua ação recíproca numa unidade superior” (SAUSSURE, 2012, p. 176-177).

Aproximando a teoria saussuriana dos distúrbios de linguagem, percebe-se que o afásico, em específico o de Broca, apresenta dificuldade para selecionar a palavra desejada no

eixo associativo e empregá-la no sintagmático. Mentalmente, o indivíduo tenta selecionar os vocábulos mais adequados para expressar sua ideia, através da fala, porém nem sempre consegue desenvolver a unidade no plano linear sintagmático, devido aos bloqueios neurológicos que desfavorecem a nomeação.

Além disso, quando o afásico de Broca recorre a outros elementos para fazer as devidas associações, ele seleciona, mentalmente, os termos que remetem à analogia dos significados. Muitas vezes, é inviável realizar certas aproximações através do radical ou do sufixo em virtude da complexidade em realizar o ponto articulatório de determinado som, ou seja, muitas vezes, é mais fácil pronunciar “cabelo” em vez da profissão “cabeleireira”, que exige habilidades adicionais.

2.2 *Similaridade e contiguidade* em Jakobson

Ao prefaciar a obra *Linguística e comunicação*, de Roman Jakobson (2003), Izidoro Blikstein apresenta o percurso intelectual realizado pelo linguista. Sua trajetória de estudos teve início no Círculo Linguístico de Moscou, onde nasceu o grupo de “formalistas” russos, passando ainda pelo Círculo Linguístico de Praga. No entanto, pouco a pouco, Jakobson foi se distanciando do formalismo, encaminhando-se para o estruturalismo. De acordo com Blikstein, o pensamento linguístico mais original de Jakobson aparece em “Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia”, texto que instaura uma nova diferenciação entre os tipos de afasia.

Considerando que o objeto desta pesquisa é o processo de reabilitação de um afásico, não se poderia avançar sem retomar o estudo desse linguista, que contribuiu significativamente no âmbito da afasiologia.

Jakobson (2003) elucida que a afasia corresponde a um distúrbio de linguagem, e que, antes de tudo, é preciso saber que alguns dos elementos linguísticos são afetados de diferentes formas. Assim, é necessário compreender qual estrutura de comunicação está comprometida.

Para o linguista, um trabalho dessa natureza requer, entre outras coisas, uma análise linguística atenta dos relatórios de casos clínicos. Além disso, o autor sugere que seria produtivo trabalhar diretamente com pacientes afásicos, dado que assim uma pesquisa não se daria via reinterpretação de estudos já realizados. A proposta de investigação feita por Jakobson ratifica o caráter desta pesquisa, uma vez que parte de um estudo de caso em que a paciente em questão está sendo acompanhada em seu tratamento de reabilitação.

De acordo com o autor, a “regressão afásica se revelou um espelho da aquisição de sons da fala pela criança; ela nos mostra o desenvolvimento da criança ao inverso”, de modo que falar implica selecionar determinadas unidades linguísticas e combiná-las em um alto nível de complexidade (JAKOBSON, 2003, p. 35).

Com base nos pressupostos jakobsonianos, Flores, Surreax e Kuhn (2008, p. 19) salientam que a “passagem da fase do balbucio para a fase em que realmente o som passa a ter um valor fonêmico [...] é marcada pela capacidade que a criança passa a ter de reconhecer as oposições fonológicas e as consequentes diferenciações no significado das palavras”. Nesse sentido, há o desenvolvimento e a construção de um sistema linguístico universal, que é válido e regulamentado por preceitos estruturais da própria língua. Constata-se que o infante desenvolve a habilidade da fala na medida em que consegue atribuir sentido aos enunciados e comunicar-se satisfatoriamente com o mundo. Esse processo é corriqueiro no âmbito da afasia, pois é necessário que o indivíduo associe o significante ao significado e, a partir do processo de enunciação, atribua um valor ao signo linguístico.

Flores, Surreax e Kuhn (2008, p. 20), tendo em vista os estudos de Jakobson, destacam que na afasia não há lesão no aparato bulbar, que corresponde à disartria, nem alterações do aparelho fonoarticulatório, que dizem respeito aos desvios fonéticos e fonológicos, e tampouco relação com os distúrbios auditivos periféricos. Sabe-se que o organismo humano necessita da integridade dessas estruturas para formar o som. Verifica-se, então, a falta de algo que já foi adquirido, “é a aquisição mnemônica que se perde”.

Além disso, observa-se que o processo de reabilitação da afasia de Broca pode ser comparado ao processo de aquisição e de desenvolvimento de uma língua, na medida em que se busca associar os termos a serem ditos com unidades que já são conhecidas pelo falante.

Jakobson (2003, p. 37) afirma que:

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 na 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.

Nesse contexto, o afásico de Broca, que apresenta dificuldades para nomear palavras, busca, no que Saussure nomeia de eixo associativo, um termo capaz de substituí-lo, o que, muitas vezes, não é o mais adequado, porém é o mais acessível dentro do seu repertório

lexical, como forma de facilitar a inter-relação desse termo com os demais no eixo sintagmático.

Para Jakobson (2003, p. 39), é fundamental que os falantes conheçam as unidades linguísticas estabelecidas no discurso, reiterando que, para “compreender a esmagadora maioria dos grupos de palavras, basta estarmos familiarizados com as palavras constituintes e com as regras sintáticas de suas combinações”.

É evidente que distúrbios de linguagem, como a afasia, podem afetar, significativamente, em diferentes níveis, a capacidade de combinar e de selecionar certas unidades linguísticas, bem como identificar qual das duas operações (a combinação ou a seleção) é a mais afetada. O reconhecimento do componente debilitado é fundamental para descrever, analisar e classificar os diferentes tipos de afasia (JAKOBSON, 2003).

O linguista, a partir disso, diferencia dois tipos de afasia, para ele fundamentais: (a) aquela que resulta de deficiência na seleção e substituição; e (b) aquela cuja deficiência está relacionada à combinação. No primeiro caso, o sujeito afásico tem dificuldade de iniciar um diálogo, contudo, continua com facilidade uma conversa que tenha sido iniciada por um interlocutor, isto é, sua linguagem é reativa. Nesse caso, palavras sintaticamente afetadas à concordância ou à regência gramatical tendem a resistir, enquanto o sujeito da frase, em geral, é suprimido. As frases são elaboradas como sequências lacunadas que serão preenchidas ou por frases que já foram ditas, ou por palavras imaginadas pelo próprio afásico, ou, ainda, recebidas de seu interlocutor. Além disso, “palavras-chave podem ser eliminadas ou trocadas por substitutos anafóricos abstratos” (JAKOBSON, 2003, p. 43).

De igual forma, o afásico

que sofre de distúrbio da função de substituição não contemplará o gesto do observador – de indicação ou manipulação – com o nome do objeto indicado. Em vez de dizer “isso é |chamado| lápis”, acrescentará simplesmente uma observação elíptica acerca do seu uso: “para escrever”. Se um dos signos sinonímicos estiver presente (como, por exemplo, [...] o mostrar o lápis com o dedo), então o outro signo (como [...] a palavra *lápiz*) se tornará redundante, e conseqüentemente supérfluo. Para os afásicos, ambos os signos se encontram em uma distribuição complementar: se um for apresentado pelo observador, o paciente evitará seu sinônimo [...]. Assim também, o desenho de um objeto ocasionará a perda do seu nome: um signo verbal é substituído por um signo pictural (JAKOBSON, 2003, p. 45, grifos originais).

Jakobson (2003) evidencia que a repetição de um vocábulo enunciado por alguém pode parecer redundante ao afásico, que, apesar das informações recebidas, é inapto para repeti-la. O linguista apresenta o caso de um paciente afásico que, após ser solicitado a repetir a palavra “não”, acaba respondendo “não, não sei como fazê-lo”. Apesar de ter empregado

espontaneamente a palavra no contexto de sua resposta – “não, eu não...” – a forma mais pura de predicação equacional não pôde ser produzida.

Ainda para o autor (2003), o afásico utiliza em seu discurso figuras metonímicas, que se baseiam na contiguidade, devido a sua capacidade limitada de seleção. Segundo Jakobson:

Tais metonímias podem ser caracterizadas como projeções da linha de um contexto habitual sobre a linha de substituição e seleção; um signo (*garfo*, por exemplo), que aparece ordinariamente ao mesmo tempo que outro signo (*faca*, por exemplo) pode ser utilizado no lugar desse signo. Grupos de palavras como “garfo e faca”, “lâmpada de mesa”, “fumar um cachimbo” suscitaram as metonímias *garfo*, *mesa*, *fumaça*; a relação entre o uso de um objeto (*torrada*) e os meios de sua produção subjazem à metonímia *comer* por *torradeira*. “Quando é que a gente se veste de preto?” - “Quando se põe luto por um morto”; em vez de dar nome à cor, designa-se a causa de seu uso tradicional (2003, p. 49, grifos originais).

Constata-se que, quando a capacidade de seleção estiver comprometida e a habilidade de combinar parcialmente preservada, a contiguidade será responsável pelo comportamento verbal do paciente, e esse tipo de afasia poderá ser designado como distúrbio de similaridade (JAKOBSON, 2003).

O segundo tipo de afasia diferenciado por Jakobson (2003) é o distúrbio de contiguidade. O afásico que apresenta tal transtorno é incapaz de construir unidades linguísticas plenas e de organizá-las em estruturas simples e complexas. Nesse âmbito, a palavra é a maior entidade linguística conservada, o que significa dizer que os enunciados e as frases elaboradas têm sua origem no reservatório de palavras que nos são disponibilizadas pelo código linguístico.

Jakobson refere que, nesse caso, há uma diminuição da extensão e da variedade das frases produzidas, de modo que a sintaxe se perde (agramatismo), levando o afásico a proferir um amontoado de palavras desconexas, na tentativa de produzir uma frase simples. Para o autor (2003, p. 51), a “ordem das palavras se torna caótica; os vínculos de coordenação e subordinação gramatical, quer de concordância, quer de regência, dissolvem-se”. No entanto, conjunções, pronomes, preposições e artigos vanescem, enquanto que nas desordens de similaridade são as classes gramaticais que mais resistem.

Em suma, quanto

menos uma palavra depender gramaticalmente do contexto, tanto mais forte será a sua persistência no discurso dos afásicos com distúrbio da função de contiguidade, e tanto mais rapidamente será eliminada pelos pacientes que sofrem de distúrbios da similaridade (JAKOBSON, 2003, p. 51).

Além disso, o sujeito das frases, no caso de distúrbio de contiguidade, permanece, ao passo que, no distúrbio de similaridade, é o primeiro a ser eliminado na construção de uma sentença, conforme referido anteriormente.

No distúrbio de contiguidade, os enunciados são reduzidos a frases simples, e essas frases, na maioria das vezes, restringem-se a uma só palavra. As frases estereotipadas são as que sobrevivem, como “bom dia” e “tudo bem”.

Normalmente, a palavra integra tanto o nível da frase quanto dos morfemas e fonemas. Logo, desordens de contiguidade correspondem a problemas de combinação de palavras no nível da frase (JAKOBSON, 2003).

Tendo em vista que a teoria saussuriana embasa este estudo, cabe retomar o que Saussure entende por *sintagma*, e que Jakobson denomina como *frase*: “Nós denominamos *sintagma* a fala efetiva, ou a combinação de elementos contidos numa seção da fala real, ou o regime em que elementos se encontram ligados entre si por sua sequência e procedência” (SAUSSURE, 2002, p. 58, grifo original).

Jakobson destaca que uma característica

do agramatismo é a abolição da flexão: aparecem categorias não-marcadas, como o infinito no lugar das diferentes formas conjugadas, e nas línguas dotadas de declinação, o nominativo no lugar de todos os casos oblíquos. Esses defeitos são devidos em parte à eliminação da regência e da concordância e em parte à perda da capacidade de decompor as palavras em radical e desinência (2003, p. 52).

Além das dificuldades para realizar a declinação de nomes, adjetivos e pronomes, o afásico de Broca tende a empregar o seu nome ou o do *outro* em enunciados que deveriam contar com pronomes do caso reto, como o “eu” e o “tu”, e, até mesmo, com pronomes oblíquos, como o “mim”, o “ti” e o “nós”. Ou seja, em vez de utilizar o “eu” na frase *eu quero comer biscoito*, o paciente aplica o seu nome, uma vez que não consegue realizar a substituição e se reconhecer como o *eu*, que profere o discurso.

No que diz respeito às relações de contiguidade, Jakobson (2013) apresenta ainda o caso de vocábulos derivados de mesma raiz, como *estudo*, *estudioso*, *estudante*, que também se conectam entre si, semanticamente, por contiguidade.

Afásicos de Broca que sofrem de distúrbio de contiguidade tendem a não utilizar palavras derivadas e a não combinar a raiz de um determinado vocábulo com um sufixo de derivação. Jakobson (2003) afirma que, geralmente, as palavras compostas, utilizadas no discurso afásico, são resultados de automatismos.

Para o linguista, se

um afásico se torna incapaz de decompor a palavra em seus elementos fonológicos, seu domínio da construção da palavra se enfraquece e desordens perceptíveis afetam em pouco os fonemas e suas combinações. A regressão gradativa do sistema fonológico nos afásicos mostra regularmente, sob forma inversa, a ordem das aquisições fonológicas da criança. Essa regressão acarreta uma inflação de homônimos e um empobrecimento do vocabulário. Quando essa dupla incapacidade – fonológica e léxica – se acentua ainda mais, os últimos resíduos de fala são enunciados reduzidos a uma só frase, uma só palavra, um só fonema: o paciente recai nas fases iniciais do desenvolvimento linguístico da criança [...] (JAKOBSON, 2003, p. 54).

Os elementos fonológicos e lexicais caracterizam-se por distinguir as palavras umas das outras e por significá-las. A separação das funções distintiva e significativa gera uma deficiência considerável para o contexto linguístico do afásico, de modo que a hierarquia das unidades linguísticas é abolida, reduzindo-se a um só nível. Jakobson (2003, p. 55) esclarece que o “último nível conservado é ou a classe dos valores significativos, a palavra, [...], ou a classe dos valores distintivos, o fonema”. Dessa maneira, o afásico é capaz de identificar, distinguir e reproduzir certas palavras e fonemas, porém não possui condições para compreendê-las, porque os vocábulos perdem sua função significativa e assumem a função distintiva, que, normalmente, pertence ao fonema.

Com base nos pressupostos saussurianos e jakobsonianos, salienta-se que se o afásico não reconhece o valor de determinado signo linguístico, ele, automaticamente, não identifica a sua função significativa. Através do exemplo ilustrado anteriormente, em que o terapeuta solicita ao paciente a repetição da palavra “não”, e o afásico responde “não, não consigo”, sem se dar conta de que o “não” já estava sendo expresso, verifica-se a falta de compreensão desse termo linguístico para o paciente. Sabe-se que o signo “não” só constituirá valor na medida em que for comparado a outro signo linguístico, no caso o “sim”. Assim, só se reconhece o valor da negação, pois se compreende o significado da afirmação.

Flores, Surreax e Kuhn (2008, p. 22) elucidam o paralelo estabelecido por Jakobson, entre a aquisição do sistema fonológico e a dissolução da linguagem que condiz com a afasia:

[...] o importante fator para as crianças que estão aprendendo sua língua não é a capacidade de produzir ou perceber um determinado som, mas sim o valor linguístico distintivo do som em questão. Da mesma maneira, a redução da capacidade de pronunciar ou perceber sons não é essencial para a desaprendizagem do afásico; somente a capacidade de distinguir sons funcionalmente significativos é importante. É aqui que se pode encontrar a origem essencial dos distúrbios afásicos de produção e compreensão sonora.

Jakobson afirma que a afasiologia pressupõe os estudos fonológicos, de modo que uma de suas atribuições consiste no estabelecimento dos significados (FLORES, SURREAX, KUHN, 2008).

Para Jakobson (2003), todo tipo de afasia consiste na perda de algum aspecto linguístico, como se pode ver no quadro 2.

Quadro 2 – Relação de similaridade e contiguidade

Relação	Faculdade	Afecção	Incompatibilidade
Similaridade	Selecionar e substituir	Deterioração das operações metalinguísticas	Metafórica
Contiguidade	Combinar e contextualizar	Alteração do poder de preservar a hierarquia de unidades linguísticas	Metonímica

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base na obra de Jakobson (2003).

De acordo com o linguista, na afasia, o processo metonímico ou o processo metafórico são minimizados, e, até mesmo, bloqueados, enquanto na prática verbal normal tais processos estão permanentemente presentes, sendo que a preferência por um ou por outro processo é resultado de influências culturais, da própria personalidade e do estilo verbal (JAKOBSON, 2003).

2.3 A relação *eu-tu* em Benveniste

Para o que se objetiva neste estudo, que é investigar o processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público, os estudos de Benveniste podem contribuir de modo substancial, como será demonstrado a seguir.

Como observa Flores (2013), Saussure é uma das principais fontes dos estudos de Benveniste, em especial no que se refere à noção de *signo*, à noção de *sistema linguístico* e à tarefa do linguista.

Segundo Saussure (2012, p. 109), o signo linguístico consiste na totalidade resultante da associação entre um significante e um significado, que correspondem à imagem acústica e ao conceito, respectivamente. Para o autor, o conceito de *arbitrário* está relacionado à ideia de *imotivado*, de modo que a arbitrariedade não condiz com o fato de que o falante pode escolher um significado aleatório para um determinado signo. Ou seja, é “arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade”.

Émile Benveniste, em seu texto, “Natureza do signo linguístico” (2005, p. 55), parte da concepção saussuriana para analisar a natureza do signo linguístico e problematiza a noção

de *arbitrariedade*. Com relação ao signo linguístico, o autor afirma que “um dos componentes do signo, a imagem acústica, constitui o seu significante; a outra, o conceito, é o seu significado. Assim, entre o significante e o significado, o laço não é arbitrário; pelo contrário, é *necessário*”.

Benveniste (2005) reitera que as unidades de composição são substanciais e necessárias para a constituição de um signo linguístico. O significante e o significado são fundamentais para conceber um signo. Ambas as unidades são idênticas na consciência humana, de modo que uma não se constitui sem a presença da outra.

De acordo com o linguista francês (2005, p. 56),

o significante e o significado, a representação mental e a imagem acústica são, pois, na realidade as duas faces de uma mesma noção e se compõem juntos como o incorporante e o incorporado. O significante é a tradução fônica de um conceito; o significado é a contrapartida mental do significante. Essa consubstancialidade do significante e do significado garante a unidade estrutural do signo linguístico.

A arbitrariedade consiste em um signo linguístico aplicar-se a um determinado elemento da realidade e não a outro, de modo que o âmbito do arbitrário não está atrelado à compreensão do signo linguístico. O arbitrário só existe na relação do signo linguístico com o objeto material ou fenômeno, e essa associação não influencia na composição do próprio signo (BENVENISTE, 2005).

Para Benveniste (2005, p. 58, grifo original) a imutabilidade não está presente entre o significado e o significante, como afirma Saussure, mas entre o signo e o objeto. A motivação do objeto “é, em outras palavras, a *motivação objetiva* da designação, submetida, como tal, a ação de diversos fatores históricos. O que Saussure demonstra permanece verdadeiro, mas a respeito da *significação*, não do signo”.

Outra questão no que concerne à definição de signo é a ideia de *valor*. Consoante a Benveniste, Saussure afirma que a escolha acústica para uma determinada ideia é totalmente arbitrária. Se não fosse dessa maneira, a “noção de valor perderia algo de seu caráter, pois conteria um elemento imposto de fora” (BENVENISTE, 2005, p. 58). Assim, sabe-se que os valores permanecem relativos, e é por isso que a relação entre a ideia e o som é arbitrária.

Além disso, Benveniste (2005, p. 58) ressalta que

a escolha que chama determinado corte acústico para determinada ideia não é absolutamente arbitrária; esse corte acústico não existiria sem a ideia correspondente e vice-versa [...]. Quando se considera o signo em si mesmo e enquanto portador de um valor, o arbitrário se encontra necessariamente eliminado. De fato [...] é bem

verdade que os valores permanecem inteiramente “relativos”; mas trata-se de saber como e em relação a quê.

Ainda para o linguista francês, o valor é um elemento constitutivo do signo linguístico; acreditando que o signo por si mesmo não é arbitrário, presume-se que o caráter relativo do valor não pode depender da arbitrariedade do signo. Considera-se o valor apenas como uma propriedade da forma e não da substância. Assim, referir o valor como sendo relativo significa dizer que é relativo um em relação aos outros.

Para Benveniste (2005, p. 59), a ideia de valor proposta por Saussure possibilita entender a língua como um sistema de signos, isto é, não se trata apenas do signo de forma isolada. Se “a língua é algo além de um conglomerado fortuito de noções erráticas e de sons emitidos ao acaso, é porque há uma necessidade imanente à sua estrutura como a toda estrutura”.

A oposição faz dessa relação uma necessidade. Para o mestre francês (2005, p. 59, grifos originais), o “*caráter absoluto do signo linguístico* [...] comanda, por sua vez, a *necessidade* dialética dos valores em constante oposição, e forma o princípio estrutural da língua”.

Benveniste (2005) dedica-se também a investigar a natureza dos pronomes e é, de acordo com Flores (2013), nesse momento que o linguista faz uma complexa distinção entre subjetivo e objetivo, iniciando por lembrar que, geralmente, tem-se o costume de vincular os pronomes a uma mesma classe, como se faz, por exemplo, com as formas nominais e verbais.

Como afirma Benveniste (2005, p. 277):

A universalidade dessas formas e dessas noções faz pensar que o problema dos pronomes é ao mesmo tempo um problema de linguagem e um problema de línguas, ou melhor, que só é um problema de línguas por ser, em primeiro lugar, um problema de linguagem.

O autor vê os pronomes como fato de linguagem, o que o leva a afirmar que os pronomes não constituem uma única classe, uma vez que se classificam de diferentes formas. Alguns pronomes poderão estar associados à sintaxe da língua, enquanto outros pertencem às “instâncias do discurso” (BENVENISTE, 2005).

Um ponto destacado por Benveniste (2005, p. 277, grifo original) diz respeito aos pronomes pessoais, dado que apenas diferenciá-los dos demais pronomes não é o bastante. O autor acrescenta que é necessário saber que “a definição comum dos pronomes pessoais como

contendo os três termos *eu*, *tu*, *ele* abole justamente a noção de ‘pessoa’”. Tal relação diz respeito apenas à relação *eu* e *tu*, e não ao *ele*.

Para o linguista francês (2005, p. 278, grifos originais), entre

eu e um nome referente a uma noção lexical há não apenas as diferenças formais, muito variáveis, impostas pela estrutura morfológica e sintática das línguas particulares. Há outras, que se prendem ao próprio *processus* da enunciação linguística e que são de uma natureza mais geral e mais profunda.

O autor enfatiza ainda que cada “instância de emprego de um nome refere-se a uma noção constante e ‘objetiva’, apta a permanecer virtual ou a atualizar-se num objeto singular, e que permanece sempre idêntica na representação que desperta” (BENVENISTE, 2005, p. 278). Já os âmbitos de uso de *eu* e *tu* não integram uma classe de referência, na medida em que não há “objeto” que possa ser definido como *eu*, para que se possam associar essas instâncias de forma idêntica. Cada *eu* corresponde a um único referente, é um ser cada vez único, devido à singularidade do discurso.

A isso Benveniste (2005, p. 278) acrescenta que o *eu* “só pode definir-se em termos de ‘locução’, não em termos de objetos, como um signo nominal. *Eu* significa ‘a pessoa que enuncia a presente instância de discurso que contém *eu*’”. Esse âmbito caracteriza-se por ser único, válido apenas no ato enunciativo.

O *eu* só pode ser reconhecido na instância de discurso em que é produzido, ou seja, *eu* só existe linguisticamente no momento em que as palavras são proferidas. Nesse processo, há duas instâncias a serem consideradas: a primeira consiste no *eu* como referente; e a segunda refere-se à instância de discurso que contém *eu* (BENVENISTE, 2005).

O linguista define *eu* como o

indivíduo que enuncia a presente instância de discurso que contém a instância linguística *eu*. Consequentemente, introduzindo-se a situação de “alocução”, obtém-se uma definição simétrica para *tu* como o indivíduo alocutado na presente instância de discurso contendo a instância linguística *tu* (BENVENISTE, 2005, p. 279, grifos originais).

Benveniste (2005) reitera que as formas conhecidas como “pronominais” não dizem respeito à “realidade”, nem tampouco às “posições objetivas” no tempo e no espaço, mas à enunciação, que é singular e única.

De igual forma, há uma relação entre os advérbios *aqui* e *agora*. Benveniste (2005, p. 279-280, grifo original) salienta que esses advérbios “delimitam a instância espacial e temporal coextensiva e contemporânea da presente instância de discurso que contém *eu*”.

Além disso, existem outros termos que se originam da mesma relação, como é o caso do *ontem, hoje, amanhã, em quatro dias*. Esses termos podem ser definidos pela *déixis*, que é contemporânea da instância de discurso que indica a pessoa da enunciação, pois a partir “dessa referência, o demonstrativo terá o seu caráter cada vez único e particular, que é a unicidade da instância do discurso”. O primordial é “a relação entre o indicador (de pessoa, de tempo, de lugar, de objeto mostrado, etc.) e a presente instância do discurso”.

Tendo em vista a enunciação e a comunicação intersubjetiva, Benveniste (2005, p. 280, grifo original) destaca que a linguagem criou

um conjunto de signos “vazios” não referenciais com relação à “realidade”, sempre disponíveis, e que se tornam “plenos” assim que um locutor os assume em cada instância do seu discurso. [...] É identificando-se como pessoa única pronunciando *eu* que cada um dos locutores se propõe alternadamente como “sujeito”. Assim, o emprego tem como condição a situação de discurso e nenhuma outra.

A linguagem disponibiliza formas “vazias” das quais cada indivíduo se apropria e as quais se referem a uma das “pessoas” que compõem o discurso, “definindo-se ao mesmo tempo a si mesmo como *eu* e a um parceiro como o *tu*” (BENVENISTE, 2005, p. 280). A plenitude dos termos *eu-tu* é alcançada no momento em que os sujeitos se reconhecem como essas “pessoas” no discurso.

O *eu* pode ser assumido por qualquer locutor. Circunstancialmente, ele só pode se remeter à instância do seu próprio discurso. Para Benveniste (2005), é difícil diferenciar a linguagem enquanto sistema de signos e a linguagem assumida como exercício individual, tendo em vista as práticas usuais.

No momento em que o indivíduo se enuncia como *eu* e constrói linguisticamente o seu discurso, faz com que os indicadores *eu* e *tu* deixem de existir como signos vazios. Enquanto o falante assume o papel de *eu*, o ouvinte apropria-se da condição de *tu*. Com relação ao *ele*, que consiste na terceira pessoa, enquanto pronome, Benveniste (2005, p. 282) o atribui “ao membro não marcado da correlação pessoal”.

Para o teórico (2005, p. 282, grifo original), é por isso que

não há truísmo em afirmar que a não-pessoa é o único modo de enunciação possível para as instâncias de discurso que não devam remeter a elas mesmas, mas que predicam o processo de *não importa quem* ou *não importa o que*, exceto a própria instância, podendo sempre esse *não importa quem* ou *não importa o que* ser munido de uma referência objetiva.

Os pronomes, que consistem nos indicadores reconhecidos como “terceira pessoa”, são diferentes de *eu* e *tu*, devido à sua natureza e à sua função (BENVENISTE, 2005). Uma análise breve das chamadas formas pronominais possibilita o reconhecimento de classes de naturezas distintas, isto é, a língua como um conjunto de signos e sistema de combinações, e a língua como manifestação no discurso, caracterizada como tal por marcas específicas.

Benveniste (2005, p. 285), no texto “Da subjetividade na linguagem”, refere uma questão relevante para a proposta desta dissertação: “Não atingimos jamais o homem reduzido a si mesmo e procurando conceber a existência do outro. É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição de homem”. Enfatiza, ainda, que “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como *sujeito*” (BENVENISTE, 2005, p. 286, grifo original), uma vez que ela fundamenta o conceito de “ego”.

Com base nessas afirmações, salienta-se que a identidade enunciativa² do indivíduo se estabelece por meio da linguagem. Se a linguagem não é desenvolvida de forma adequada, devido a um comprometimento desencadeado pela afasia, por exemplo, suas relações sociais tornam-se limitadas e o seu autorreconhecimento enquanto sujeito do seu discurso é prejudicado. Relacionar-se com o mundo e com os outros indivíduos é fundamental para constituir um grupo social, uma identidade discursiva e cultural, e são essas condições que favorecem a constituição identitária do sujeito enquanto ser atuante na sociedade.

A constituição identitária envolve o corpo e a consciência, ao mesmo tempo, de modo que

o sujeito é objetividade (pois é corpo) e subjetividade (pois é consciência), não podendo ser reduzido a nenhuma destas duas dimensões. O *Eu*, ou a identidade, ou a especificidade do sujeito, aparece como produto das relações do corpo e da consciência com o mundo [...] (MAHEIRIE, 2002, p. 35).

A autoconsciência só é possível a partir de experiências por contraste. O *eu* só é empregado na medida em que se dirige a alguém, que corresponde ao *tu*. Essa é uma relação de reciprocidade: o *tu* se tornará a alocação da pessoa que se designar como o *eu*, e vice-versa (BENVENISTE, 2005).

Dessa forma, verifica-se que a linguagem

só é possível porque cada locutor se apresenta como *sujeito*, remetendo a ele mesmo como *eu* no seu discurso. Por isso, *eu* propõe outra pessoa, aquela que, sendo embora exterior a “mim”, torna-se o meu eco – ao qual digo *tu* e que me diz *tu*. A polaridade das pessoas é na linguagem a condição fundamental, cujo processo de

² Conceito a ser discutido no capítulo 4 desta dissertação.

comunicação, de que partimos, é apenas uma consequência totalmente pragmática (BENVENISTE, 2005, p. 286, grifos originais).

Benveniste (2005, p. 287) salienta que os termos *eu* e *tu* devem ser reconhecidos como formas linguísticas que designam a “pessoa” do discurso, uma vez que não é possível pensar uma língua sem expressão da pessoa.

Ainda de acordo com ele (2005, p. 288), “o fundamento da subjetividade está no exercício da língua”. A organização da linguagem permite que cada indivíduo se aproprie da língua, como um todo, para se designar como *eu*. Os “pronomes pessoais” servem de apoio para revelar a subjetividade no âmbito da linguagem. Outras classes pronominais indicadoras da *deíxis* (demonstrativos, adverbiais, adjetivos) dependem dos pronomes pessoais, visto que organizam as relações de tempo e espaço em torno do sujeito.

Além disso, Benveniste (2005, p. 289) dedica-se a explicitar que há certa organização linguística a partir da noção de tempo. A temporalidade pode estar expressa na flexão verbal ou por meio de outras palavras, como as partículas, variações lexicais, entre outras. É no interior do discurso que aparece a marca temporal do presente, isto é,

não há outro critério nem outra expressão para indicar “o tempo que se *está*” senão tomá-lo como “o tempo em que se *fala*”. Esse é o momento eternamente “presente”, embora não se refira jamais aos mesmos acontecimentos de uma cronologia “objetiva” porque é determinado cada vez pelo locutor para cada uma das instâncias de discurso referidas. O tempo linguístico é *sui-referencial*. Em última análise, a temporalidade humana com todo o seu aparato linguístico revela a subjetividade inerente ao próprio exercício da linguagem (BENVENISTE, 2005, p. 289, grifos originais).

Para ele, a linguagem é o que possibilita a subjetividade, pois contém as formas linguísticas adequadas para expressá-la. Essa subjetividade é exteriorizada através do discurso. Por conseguinte, a categoria de pessoa surge com a instauração da subjetividade na linguagem.

Benveniste (2006, p. 68), em “A linguagem e a experiência humana”, afirma que nas diferentes línguas há determinadas categorias de expressão elementares, nas quais o sujeito expressa sua subjetividade ao se colocar e situar na e pela linguagem. O autor reitera também que no discurso há duas categorias fundamentais interligadas, que são a de pessoa e a de tempo. Assim, verifica-se que o locutor sempre utilizará o indicador *eu* para se comunicar, ou seja, o enunciador permanentemente se reconhecerá como *eu* nas diversas situações em que estiver produzindo um discurso. Independentemente do número de vezes que for proferido, o

ato será o mesmo para o receptor, todavia, para o que enuncia, consistirá um novo ato de fala, devido ao fato de ser um novo período de tempo e de contar com novas circunstâncias.

O ato de linguagem “[...] que é assumido por seu enunciador, se torna único e sem igual, não podendo realizar-se duas vezes da mesma maneira. Mas, fora do discurso efetivo, o pronome não é senão uma forma vazia”, não podendo ser associado a um objeto nem a um conceito (BENVENISTE, 2006, p. 69).

O linguista acrescenta que, assim como os pronomes pessoais, outros indicadores exercem a função dêitica, como é o caso dos pronomes demonstrativos, que indicam os objetos, partindo de uma posição central, e organizam o espaço. Ao utilizar essas formas, o sujeito identifica um ponto de referência, a partir do qual o objeto pode ser localizado. Por exemplo: “[...] o objeto está perto ou longe de mim ou de ti; ele é também orientado (defronte ou detrás de mim, no alto ou em baixo), visível ou invisível, conhecido ou desconhecido, etc.” (BENVENISTE, 2006, p. 70).

Outra forma linguística indicativa da subjetividade é a que exprime o *tempo*. O *tempo* exprime interpretações variadas. Para o linguista francês, existem duas noções diferentes de tempo. A primeira condiz com o *tempo físico* do mundo, que representa, entre outras coisas, o período contínuo, uniforme, linear e infinito. Cada indivíduo mensura essa categoria a partir das suas vivências e do seu ritmo de vida. A segunda consiste no *tempo crônico*, que se caracteriza pelo tempo dos acontecimentos sequenciais de nossas vidas.

Quanto ao tempo da língua, Benveniste destaca que ele está organicamente associado à atividade de fala. O aspecto primordial desse tempo é o “presente”, de modo que os acontecimentos são situados no tempo a partir do discurso proferido pelo *eu*. Entende-se por presente todo o momento em que uma pessoa fala – independentemente de o falante reproduzir algo do passado ou afirmar algo do futuro –, pois, literalmente, uma nova ocasião será contemplada, a qual ainda não foi vivida. O eixo pelo qual a língua organiza o tempo é o discurso.

Verifica-se que o indivíduo que apresenta um distúrbio de linguagem, como a afasia, em específico a de Broca, possui dificuldades para perceber o tempo específico da língua, uma vez que ele está associado à fala. Como o afásico não consegue nomear, a sua ligação com o tempo e o seu reconhecimento como o *eu* do discurso tornam-se prejudicados. Muitas vezes, o afásico expressa-se através do seu nome próprio e não do *eu*. Em vez de o enunciador proferir *agora, eu quero comer pão*, a sentença, provavelmente, consistirá na seguinte afirmação: *Joana pão*. Nesse momento, o afásico descarta as atribuições conferidas ao *eu* e se reconhece como a terceira pessoa, como o *ele* referido por Benveniste. Além disso, no

discurso afásico constatam-se a ausência de alguns vocábulos, que são importantes para a organização do enunciado, e o emprego do nome próprio, em substituição do *eu*. Ambas as situações comprometem a compreensão do discurso. Nesse caso, a referência ao tempo também se vê comprometida.

Benveniste (2006, p. 82) elucida que a enunciação tem por função “colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização”. Cabe à enunciação converter, de modo individual e particular, a língua em discurso. É fundamental considerar as situações em que esse se realiza, bem como os instrumentos empregados nesse processo.

Para que se possam entender claramente essas noções no discurso, Benveniste (2006, p. 78) reitera que

[...] as coisas designadas e organizadas pelo discurso (o locutor, sua posição, seu tempo) não podem ser identificadas senão pelos parceiros da comunicação linguística. Do contrário, para tornar inteligíveis estas referências intradiscursivas, deve-se ligar cada uma delas a um ponto determinado em um conjunto de coordenadas espaço-temporais.

Por meio do texto “O aparelho forma da enunciação”, o linguista francês (2006, p. 82) apresenta a diferenciação entre o emprego das formas da língua e o seu uso. Eis aqui uma importante contribuição de Benveniste: “A enunciação é este colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização”, ou seja, corresponde ao ato de produzir um enunciado e não ao texto do enunciado.

O autor (2006) distingue a enunciação de três maneiras. A primeira, em especial, relevante para esta dissertação, diz respeito à realização vocal da língua. Nela, tanto os sons emitidos quanto percebidos originam-se de atos individuais e podem ser estudados como um processo de aquisição, de difusão ou de alteração. Considera-se que o mesmo sujeito jamais reproduz os mesmos sons de forma igual, “e que a noção de identidade não é senão aproximativa mesmo quando a experiência é repetida em detalhe. Essas diferenças dizem respeito à diversidade das situações nas quais a enunciação é produzida” (BENVENISTE, 2006, p. 83).

A segunda refere-se ao mecanismo de produção. Nesse caso, a semantização da língua torna-se um aspecto central da enunciação. O linguista propõe que na enunciação sejam considerados o ato em si, as condições em que se realiza e os instrumentos utilizados para sua realização.

Para Benveniste (2006, p. 83-84), o ato individual

pelo qual se utiliza a língua introduz em primeiro lugar o locutor como parâmetro nas condições necessárias da enunciação. Antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade da língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância de discurso, que emana de um locutor, forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno.

A enunciação, como ato individual, pode ser entendida como um “processo de apropriação”. Para isso, o locutor utiliza índices específicos, como forma de se apropriar do aparelho formal da língua, enunciando-se como locutor. Contudo, a partir do instante em que o indivíduo se declara como locutor e assume as condições impostas pela língua, ele introduz o *outro* diante de si, independentemente do grau de presença definido para esse *outro*. Benveniste (2006, p. 84) reitera que “toda enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocação que postula um alocutório”.

Ao se apropriar da língua, o enunciador introduz a pessoa que fala. A enunciação se constitui dessa forma. Para Benveniste (2006, p. 84), “a presença do locutor em sua enunciação faz com que cada instância de discurso constitua um centro de referência interno”. É através da enunciação que se constitui a relação *eu-tu*, que ocorre na e pela enunciação, de modo que o *eu* indica a pessoa que profere o enunciado, e o *tu*, o indivíduo que assume o papel de alocutório (BENVENISTE, 2006, p. 84).

Os indivíduos linguísticos, conhecidos como “pronomes pessoais”, “demonstrativos”, entre outros, também surgem a partir de uma enunciação. Eles são concebidos a cada vez que um enunciado é proferido ou que indica algo novo, independentemente de se referirem a pessoas, lugares, momentos, por oposição aos termos nominais etc. (BENVENISTE, 2006).

O último processo envolvido na enunciação, para Benveniste, é o paradigma inteiro das formas temporais. Por outras palavras, os “tempos” verbais, cuja essência está no “presente”, também circundam a enunciação. Benveniste (2006, p. 87-88) afirma que se poderia supor que o tempo é uma condição inata do pensamento humano, pois ele é produzido

na e pela enunciação. Da enunciação procede a instauração da categoria do presente, e da categoria do presente nasce a categoria do tempo. O presente é propriamente a origem do tempo. Ele é esta presença no mundo que somente o ato de enunciação torna possível, porque, é necessário refletir bem sobre isso, o homem não dispõe de nenhum outro meio de viver o “agora” e de torná-lo atual senão realizando-o pela inserção do discurso no mundo. [...] O presente formal não faz senão explicitar o presente inerente à enunciação, que se renova a cada produção de discurso, e a partir deste presente contínuo, coextensivo à nossa própria presença, imprime na consciência o sentimento de uma continuidade que denominamos “tempo”; continuidade e temporalidade que se engendram no presente incessante da

enunciação, que é o presente do próprio ser e que se delimita, por referência interna, entre o que vai se tornar presente e o que já não o é mais.

A enunciação é responsável por promover a existência de certos signos linguísticos. Os vocábulos só se tornam plenos na medida em que são aplicados no discurso. Para exemplificar essa ideia, Benveniste (2006, p. 86) apresenta o seguinte exemplo: “o ‘eu’, o ‘aquele’, o ‘amanhã’ da descrição gramatical não são senão os ‘nomes’ metalinguísticos de *eu*, *aquele*, *amanhã* produzidos na enunciação”.

Além disso, a enunciação proporciona novas situações e condições que garantem a aplicabilidade das grandes funções sintáticas. A partir do momento em que o indivíduo utiliza o discurso para influenciar, de alguma forma, o interlocutor, é disponibilizado um aparato de funções, como: (1) a *interrogação*, que consiste no enunciado construído para provocar uma “resposta”; (2) a *intimação*, que se fundamenta em ordens, apelos concebidos, e que implica em uma relação imediata entre o enunciador e o outro; e (3) a *asserção*, que objetiva comunicar uma afirmação, sendo uma das manifestações mais comuns da presença do locutor na enunciação. No repertório assertivo, encontram-se as palavras *sim* e *não*. Quanto à partícula assertiva *não*, ao substituir uma proposição, ela passa a ser classificada como a partícula *sim* (BENVENISTE, 2006).

Benveniste (2006) discute acerca da estrutura da língua e da sociedade e reitera que é por meio da linguagem que um indivíduo consegue atingir outro indivíduo; mediante a transmissão e o recebimento de uma mensagem. A partir disso, fica claro que a linguagem exige e pressupõe o outro.

Desse momento em diante,

a sociedade é dada com a linguagem. Por sua vez, a sociedade só se sustenta pelo uso comum de signos de comunicação. A partir deste momento, a linguagem é dada com a sociedade. Assim, cada uma destas duas entidades, linguagem e sociedade, implica a outra. Pareceria que se pudesse e mesmo que se devesse estudá-las em conjunto, descobri-las em conjunto, uma vez que em conjunto elas nasceram. Pareceria também que se pudesse e mesmo que se devesse encontrar de uma a outra, da língua à sociedade, correlações precisas e constantes, uma vez que uma e outra nasceram da mesma necessidade (BENVENISTE, 2006, p. 93).

Tanto a sociedade quanto a língua são herdadas. Não se pode imaginar um começo para o desenvolvimento das práticas sociais nem tampouco para o exercício da língua, assim como nenhuma pode ser modificada a partir da vontade humana. O que se pode mudar na sociedade são as instituições, mas jamais o princípio de uma sociedade, “que é suporte e condição de vida individual e coletiva”. De igual forma, na língua o que o homem pode

alterar são as designações que se ampliam e que mudam de forma consciente, porém, jamais, o sistema fundamental de uma língua (BENVENISTE, 2006, p. 96).

A língua representa o poder coesivo que se conserva no cerne da sociedade que muda: uma constante interligação de atividades diversificadas. A língua “é uma identidade em meio às diversidades individuais. E daí procede a dupla natureza profundamente paradoxal da língua, ao mesmo tempo imanente ao indivíduo e transcendente à sociedade”. Ela nasce e se desenvolve na esfera social, “pelo esforço de produzir os meios de subsistência, de transformar a natureza e de multiplicar os instrumentos” (BENVENISTE, 2006, p. 97).

A língua é capaz de interpretar a sociedade, e a sociedade torna-se significativa na e pela língua. Ela possui condições de acolher e nomear as novidades produzidas pela vida social, mas nenhuma dessas alterações pode agir diretamente sobre sua estrutura, exceção feita em casos de mudanças drásticas, oriundas de guerras, por exemplo. Logo, o sistema da língua muda paulatinamente, resultado da pressão de necessidades internas. Cabe ressaltar que “[...] nas condições de vida normal os homens que falam não são nunca testemunhas da mudança linguística”, isso se dá ao final de muitas gerações, desde que a sociedade possua uma escrita (BENVENISTE, 2006, p. 99).

Como se sabe, a língua é o

instrumento de comunicação que é e deve ser comum a todos os membros da sociedade. Se a língua é um instrumento de comunicação ou o instrumento da comunicação, é porque ela está investida de propriedades semânticas e porque ela funciona como uma máquina de produzir sentido, em virtude de sua própria estrutura. E aqui estamos no âmago do problema. A língua permite a produção indefinida de mensagens em variedades ilimitadas. Esta propriedade única deve-se à estrutura da língua que é composta por signos, de unidades de sentido, numerosas, mas sempre em número finito, que entram em combinações regidas por um código e que permitem um número de enunciações que ultrapassa qualquer cálculo, e que o ultrapassa necessariamente cada vez mais, uma vez que o efetivo dos signos vai sempre aumentando e que as possibilidades de utilização dos signos e de combinação destes signos aumentam em consequência (BENVENISTE, 2006, p. 99).

O linguista ressalta que existem duas propriedades inerentes à língua, que merecem atenção: de um lado existem as unidades significantes, de outro, a capacidade de organizar esses signos de forma significativa. A relação entre elas é determinada por uma terceira propriedade, conhecida por *sintagmática*, que corresponde à capacidade de combinar certas regras de consecução de determinada maneira. De modo geral, a língua é um instrumento capaz de descrever, conceitualizar, interpretar tanto a natureza quanto a experiência. Esse composto chama-se sociedade (BENVENISTE, 2006).

Aproximando o pensamento de Benveniste (2006, p. 101) à afasia, vale retomar o que é dito por ele:

Para cada falante o falar emana dele e retorna a ele, cada um se determina como sujeito com respeito ao outro ou a outros. Entretanto [...], a língua que é assim a emanção irreduzível do eu mais profundo de cada indivíduo é ao mesmo tempo uma realidade supra-individual e coextensiva a toda a coletividade.

A estrutura formal de base que possibilita ao falante a prática da fala é fornecida pela língua. Cada grupo social apropria-se da língua de uma determinada maneira. Atribui aos elementos linguísticos referências específicas e os adapta a sua própria esfera de interesses. A língua produz sentido devido à sua composição de significações e ao código linguístico que organiza esses elementos: desenvolvem-se enunciações, criam-se formas, projetam-se esquemas de formação, estabelecem-se objetos linguísticos, que são introduzidos no âmbito da comunicação (BENVENISTE, 2006).

Com base na noção de *valor* proposta por Saussure, Benveniste (2006, p. 103) discute a noção de *troca*, que, segundo ele, está associada à troca paradigmática e que, de certa forma, retoma a relação entre os eixos associativo e sintagmático propostos na teoria saussuriana, que consiste na “possibilidade de substituir um termo por um outro, uma função por uma outra, na medida em que justamente ela tem um valor de utilização sintagmática”.

Benveniste (2006, p. 222) discute, ainda, a forma e o sentido na linguagem. Para o autor, o sentido diz respeito à

noção implicada pelo termo mesmo da língua como conjunto de procedimentos de comunicação identicamente compreendidos por um conjunto de locutores; e a forma é, do ponto de vista linguístico [...] ou a matéria dos elementos linguísticos quando o sentido é excluído ou o arranjo formal destes elementos ao nível linguístico relevante.

O maior problema frente ao funcionamento da língua não está em opor a forma ao sentido, mas na significação. Antes de tudo, “a linguagem significa, tal é seu caráter primordial, sua vocação original que transcende e explica todas as funções que ela assegura no meio humano” (BENVENISTE, 2006, p. 222).

Para o linguista francês (2006, p. 222, grifo original),

antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*. Se nós colocamos que à falta de linguagem não haveria nem possibilidade de sociedade, nem possibilidade de humanidade, é precisamente porque o próprio da linguagem é, antes de tudo, significar.

Reflete-se aqui a relevância da linguagem para a constituição da identidade individual e social. Um indivíduo que sofre de um distúrbio de linguagem, como a afasia, e que apresenta perda total ou parcial da capacidade de articular as palavras e de compreender a língua está debilitado não apenas linguisticamente, mas também socialmente, na medida em que estabelecer relações através da linguagem consiste em compreender a significação, em viver.

É necessário, antes de tudo, compreender as relações frente à noção de sentido e de forma. Para isso, Benveniste (2006, p. 224) baseia-se na concepção saussuriana de signo. Para o teórico francês, afirmar que a língua é composta por signos é dizer que *o signo é a unidade semiótica*. Tal proposição contém uma dupla relação que consiste na “noção de signo enquanto unidade e a noção de signo como dependente da ordem semiótica”.

Com relação ao signo linguístico, Saussure lança uma importante tese, a de que a língua é uma parte de uma semiologia geral, possibilitando a “descrição das unidades semióticas”, as quais “devem ser caracterizadas pelo duplo ponto de vista da forma e do sentido [...]”, uma vez que o signo se apresenta como significante e como significado (BENVENISTE, 2006, p. 224).

Benveniste (2006, p. 225) destaca que o significante “não é apenas uma sequência dada de sons que a natureza falada, vocal, da língua exigiria; ele é a forma sonora que condiciona e determina o significado, o aspecto formal da entidade chamada signo”. Já o signo é dotado de significação no âmbito daqueles que utilizam a língua, e a sua integralidade compõe o todo da língua. Dessa forma, o seu montante é formado pela totalidade dos signos. Para que o signo exista, basta que ele seja admitido e que se relacione com os demais signos, pois é “no uso da língua que um signo tem existência; o que não é usado não é signo; e fora do uso o signo não existe” (BENVENISTE, 2006, p. 227). Ou seja, ou está na língua, ou está fora dela, não havendo fase intermediária.

Com isso, institui-se um princípio: o de que tudo o que é semiótico deve ser identificado no interior da língua, de modo que cada signo linguístico “entra numa rede de relações e de oposições com os outros signos que o definem, que o delimitam no interior da língua”. Isso é o semiótico, é o intralinguístico (BENVENISTE, 2006, p. 227).

Além de propor a língua como semiótica, Émile Benveniste propõe a língua como semântica. Define-se, então, as duas modalidades fundamentais da função linguística “aquela de significar para a semiótica, aquela de comunicar para a semântica”. A semântica consiste no domínio e no emprego da língua; é a função mediadora entre “o homem e o homem, entre o homem e o mundo, entre o espírito e as coisas”, centrada na transmissão de informação, na

comunicação de experiências, que impõe adesão, suscita respostas, constrange e implora. De modo geral, é a modalidade que organiza a vida dos homens (BENVENISTE, 2006, p. 229).

A semântica, para Benveniste (2006, p. 229), consiste na

língua como instrumento da descrição e do raciocínio. Somente o funcionamento semântico da língua permite a integração da sociedade e a adequação ao mundo, e por consequência a normalização do pensamento e o desenvolvimento da consciência.

A frase é por excelência a expressão da semântica. Não se trata do significado do signo, mas do que o locutor quer dizer, a partir de sua produção discursiva. Concerne à intencionalidade do enunciador ao expressar o seu pensamento (BENVENISTE, 2006). A semiótica representa uma propriedade da língua, enquanto a semântica é produto da atividade do locutor que coloca a língua em uso.

Benveniste (2006, p. 230, grifo original) reitera que o “sentido da frase é de fato a *idéia* que ela exprime; este sentido se realiza formalmente na língua pela escolha, pelo agenciamento de palavras, por sua organização sintática, pela ação que elas exercem umas sobre as outras”. Tudo ocorre no eixo do sintagma, através de relações estabelecidas entre seus elementos, que se destinam a expressar algo, que fará sentido, em determinada circunstância. A frase está associada ao “aqui e agora”, assim como toda forma verbal está associada a um “presente”, ou seja, a uma circunstância única, que a língua se encarrega de enunciar através de um aparato morfológico específico. É no eixo sintagmático que a forma é agenciada: essa é a primeira condição inerente à linguagem.

Além disso, para o autor (2006, p. 231), o “sentido de uma frase é sua *idéia*³, o sentido de uma palavra é seu emprego [...]. A partir da *idéia*, cada vez particular, o locutor agencia palavras que neste emprego tem um ‘sentido’ particular”. Verifica-se que na enunciação de um afásico de Broca, em que a nomeação está comprometida, o indivíduo expressa sua ideia através de uma ou duas palavras, e essas palavras, escolhidas pelo afásico, devem dar conta de transmitir o sentido que uma frase proporcionaria ao alocutório naquele momento específico.

A frase corresponde a um evento único; é a cada instante um acontecimento diferente. Ela passa a existir no momento em que é enunciada e desaparece nesse mesmo instante. O sentido de uma palavra ou de uma frase consiste na sua capacidade de se integrar a um sistema particular e de conceber um propósito. Benveniste (2006, p. 232) elucida que “o ‘sentido’ da frase está na totalidade da ideia percebida por uma compreensão global; a ‘forma’

³ Optou-se por manter a ortografia original das citações.

se obtém pela dissociação analítica do enunciado processada até as unidades semânticas, as palavras”.

Essas modalidades sobrepõem-se na língua, assim como são utilizadas, agindo de modo tão veloz e sutil, que exigem esforço para serem analisadas e para delas nos desprender. Para melhor compreendê-las, são descritos abaixo alguns tópicos que favorecem o entendimento dessas duas modalidades que compõem a função da linguagem.

Quadro 3 – Funções da linguagem

MODALIDADE	CARACTERÍSTICA	UNIDADE	FORMA (OPERAÇÕES TÍPICAS)	SENTIDO
Semiótica	Propriedade intrínseca da língua.	Signo	Paradigma (substituições)	O significado
Semântica	Atividade do locutor que coloca a língua em ação.	Palavra/Frase	Sintagma (inter-relações)	Refere-se à situação de discurso e à atitude do locutor

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base na obra de Benveniste (2006).

Tendo em vista a relação entre forma e sentido, Saussure afirma que ambos devem ser apreendidos concomitantemente, uma vez que um não se constitui sem o outro, e não há condição de conceber um fato linguístico (DEPECKER, 2012).

Encontra-se aqui a relação entre o signo e o pensamento, de modo que sua associação constitui o signo: não apenas por sua sequência silábica, mas pela significação que lhe é atribuída. Além disso, destaca-se que para que o signo seja reconhecido como tal é necessário haver consciência sobre suas possíveis significações. Para que o signo exista, é necessário que haja consciência dos sujeitos falantes (SAUSSURE, 2002).

A partir dos conceitos propostos por Saussure (2002, 2012), Jakobson (2003) e Benveniste (2005, 2006), verifica-se a necessidade de compreensão das relações linguísticas necessárias para que o processo de comunicação oral seja estabelecido e para que as pessoas envolvidas se constituam enquanto sujeitos. Além disso, tendo em vista o objeto de estudo desta dissertação, constata-se que, se os componentes linguísticos estiverem em desacordo com o esperado, o ato comunicativo não será efetivo, e esse desalinhamento pode ser constatado no discurso afásico.

3 AFASIA E MECANISMOS DE AVALIAÇÃO

No capítulo anterior, foram analisados os principais elementos linguísticos, oriundos dos estudos de Ferdinand de Saussure (2002, 2012), Roman Jakobson (2003) e Émile Benveniste (2005, 2006), que comportam a base teórica desta dissertação. Dentre os conceitos estudados, está o circuito de fala, proposto por Saussure (2012), em que são necessárias duas pessoas para completar o circuito: o sujeito A e o sujeito B.

Como visto no capítulo 2, o

ponto de partida do circuito se situa no cérebro de uma delas, por exemplo A, em que os fatos de consciência, a que chamaremos conceitos, se acham associados às representações dos signos linguísticos ou imagens acústicas que servem para exprimi-los. Suponhamos que um dado conceito suscite no cérebro uma imagem acústica correspondente: é um fenômeno inteiramente *psíquico*, seguido, por sua vez, de um processo *fisiológico*: o cérebro transmite aos órgãos da fonação um impulso correlativo da imagem; depois, as ondas sonoras se propagam da boca de A até o ouvido de B: processo puramente *físico*. Em seguida, o circuito se prolonga em B numa ordem inversa: do ouvido ao cérebro, transmissão fisiológica da imagem acústica; no cérebro, associação psíquica dessa imagem com o conceito correspondente. Se B, por sua vez, fala, esse novo ato seguirá – de seu cérebro ao de A – exatamente o mesmo curso do primeiro e passará pelas mesmas fases sucessivas (SAUSSURE, 2012, p. 43, grifos originais).

Assim, o circuito de fala será orbicular na medida em que os processos psíquico, fisiológico e físico desenvolverem suas funções de forma efetiva.

Peña-Casanova, Diéguez-Vide e Pamies (2005a) destacam que a comunicação consiste na emissão e na recepção de uma determinada informação. Em todas as situações comunicativas ocorre o seguinte processo: o emissor, que corresponde à primeira pessoa do discurso, envia uma mensagem ao receptor, ou destinatário, que ocupa o lugar da segunda pessoa do discurso. No processo inverso, ou seja, quando o destinatário assume o posto de emissor (apropria-se do lugar do *eu*) e responde à informação, ocorre o *feedback*. Tanto o emissor quanto o receptor devem compartilhar de um mesmo código linguístico e discursar a respeito de um conteúdo específico.

Sabe-se que, se um desses elementos falha, a comunicação não é realizada de forma assertiva. Assim, cabe a esta sessão discutir aspectos da afasia, que consiste em um distúrbio de linguagem adquirido a partir de uma lesão cerebral, bem como a sua etiologia, os seus tipos, a influência do grau de severidade e os fatores de risco, que contribuem com o processo de reabilitação.

Morato (2010, p. 26) salienta que o

estudo da afasia tem sido fundamental não apenas para o diagnóstico, mas também para o conhecimento da estrutura e do funcionamento da linguagem, uma vez que as dissociações e seletividades que ela indica permitem elaborar hipóteses que a observação do processamento normal não faz mais do que apenas sugerir.

Reitera-se que a nomeação, a categorização e a classificação de um sintoma correspondem ao primeiro passo frente ao diagnóstico afasiológico. Esse processo, com base na relação normal e patológica, favorece o direcionamento da terapia no âmbito clínico, mas não representa o todo. Os exames de neuroimagem, as consultas clínicas, as baterias específicas de testes-padrão, a observação detalhada do comportamento geral do paciente, a atuação do sujeito na linguagem (no caso desta dissertação, ao modo benvenistiano) e as entrevistas com seus familiares e pessoas próximas (MORATO, 2010) colaboram com o processo de reabilitação.

3.1 História da afasiologia: Jakubovicz e Meinberg

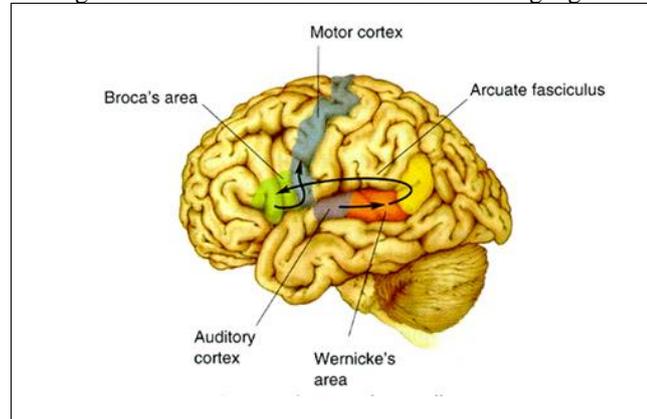
No início do século XIX, Joseph Gall foi considerado o primeiro neuroanatomista a acreditar que a memória verbal se localizava no lobo frontal do cérebro. Enquanto isso, em 1836, Marc Dax, neurologista, escreveu um artigo, que veio a ser publicado em 1864, no qual afirma que a perda da fala está associada a uma hemiplegia⁴ direita, o que, conseqüentemente, sugere a existência de uma lesão cerebral no hemisfério esquerdo (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Jakubovicz e Meinberg (2005) relatam que, em 1861, Paul Broca, médico-anatomista, analisou dois casos clínicos que o fizeram acreditar no princípio da localização. O primeiro é o caso de Leborgne, um jovem de 30 anos que perdeu a fala e se comunicava apenas com a expressão “tan tan”, de modo que suas necessidades eram indicadas através de gestos. Após a morte do paciente, Broca examinou seu cérebro e constatou que, no hemisfério esquerdo, a primeira circunvolução frontal estava atrofiada, enquanto que, na parte posterior da terceira circunvolução frontal, havia uma cavidade. O segundo paciente, de 84 anos, não lia e nem escrevia. Sua comunicação também se limitava a gestos. Após sua morte, Broca analisou seu cérebro e identificou uma perda significativa de substância na terceira circunvolução frontal, no hemisfério esquerdo.

⁴ Paralisia que atinge apenas um lado do corpo (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

As autoras (2005) afirmam que, através dos casos apresentados, Broca concluiu que o centro da fala estaria localizado na terceira circunvolução frontal, especificamente na parte posterior, como se pode observar na figura 1.

Figura 1 – Áreas cerebrais relacionadas à linguagem



Fonte: Disponível em: <<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1146>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

Para o médico-anatomista, os fundamentos da fala constituíam-se de uma ideia, de uma conexão entre a ideia e a(s) palavra(s), da arte de combinar os movimentos fonoarticulatórios e do uso adequado dos órgãos responsáveis pelos movimentos orofaciais (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Para cada fundamento, Broca atribuiu um nome que corresponde a sua perda, conforme o quadro 4.

Quadro 4 – Nomenclatura utilizada para indicar o fundamento da fala afetado

FUNDAMENTO DA FALA	NOME ATRIBUÍDO À PERDA
Ideia	Alogia
Conexões	Amnésia verbal
Arte de combinar os movimentos fonoarticulatórios	Afemia
Uso adequado dos órgãos responsáveis pelos movimentos orofaciais	Alalia mecânica

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base na obra de Jakubovicz e Meinberg (2005).

Jakubovicz e Meinberg (2005) destacam que, em 1864, Trousseau foi responsável pela substituição do termo *afemia* por *afasia*. Enquanto que Wernicke, dez anos depois, em sua monografia, traçou as conexões sensoriais do córtex e constatou que: (1) a porção cerebral anterior está relacionada aos movimentos, enquanto que a posterior, às impressões sensoriais; (2) as células encontradas no córtex não são nem sensoriais e nem motoras, e que é responsabilidade das suas conexões determinar a função de cada uma; (3) a área auditiva da

fala localiza-se na primeira circunvolução temporal esquerda, e que uma lesão nessa área consiste na perda da compreensão da linguagem; e (4) existe outro tipo de afasia, a *afasia de condução*, que condiz com uma lesão das fibras associativas que ligam T1 (Temporal 1) e F3 (Frontal 3). Os estudos de Wernicke deram origem à corrente associacionista, que predominou no cenário médico por muito tempo.

Devido à vasta diversidade de alterações de linguagem decorrentes de lesão cerebral, muitos foram os estudos realizados por neurologistas e médicos desde as primeiras pesquisas realizadas por Broca. Por um lado,

quando havia concordância de que uma área X era responsável pelas manifestações Y e Z, era a concepção de organização cerebral ou a de linguagem que diferia entre os autores. Foi o que aconteceu com Broca e Wernicke, apesar de ter passado despercebida. Ou, então, a oposição era mais acirrada, com divergência em relação ao pressuposto inicial, isto é, negando-se a possibilidade de localização de funções complexas como a linguagem (GOLDFELD, 2003, p. 122).

Jakubovicz e Meinberg (2005) salientam que muito se aprendeu sobre a afasia desde os primeiros trabalhos provenientes de Broca, como foi o caso de Bastian, que destacou o centro auditivo verbal, ao afirmar que os vocábulos seriam evocados na medida em que os sons fossem captados. Bastian identificou esse centro na primeira circunvolução temporal – localização considerada válida até hoje. Outro estudo relevante diz respeito ao associacionismo extremado de Charcot, que acreditava que a imagem do objeto estaria diretamente relacionada à ideia do objeto. Para o psiquiatra francês, a ideia e a palavra são extremamente independentes, de modo que sua relação é apenas funcional. De certa forma, a relação feita por Charcot, entre a ideia e a palavra, retoma a proposta do arbitrário linguístico defendida por Saussure (2012).

Jakubovicz e Meinberg (2005, p. 14) reiteram que Sigmund Freud tornou-se conhecido em 1891, na área da neurolinguística, ao publicar um artigo que reconheceu e definiu as parafasias da linguagem na afasia. Para Freud, “a noção de centro definido só tem valor sob o ponto de vista da patologia, mas não reflete de modo algum o funcionamento normal do cérebro”.

Além dos estudos já mencionados, muitos outros foram desenvolvidos com o objetivo de entender as estruturas cerebrais envolvidas no desempenho linguístico. A partir de 1960, houve um consenso entre os afasiologistas. De modo geral, lesões perto da área de Broca e da área pré-central repercutirão em dificuldades motoras. Traumas nas áreas vizinhas afetarão a

escrita e a leitura, enquanto lesões na região superior-posterior do cérebro resultarão em dificuldades na compreensão da linguagem verbal (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

3.2 Conceituando a(s) afasia(s)

Morato (2010) e Van Hout (2005) esclarecem que a afasia corresponde ao distúrbio de linguagem (oral e/ou escrita) oriundo de uma lesão cerebral causada por tumores, traumas cranioencefálicos e, na maioria dos casos, acidentes vasculares cerebrais (hemorrágicos ou isquêmicos). Mac-Kay (2003) afirma que dentre os fatores de risco mais importantes destacam-se: hipertensão arterial, diabetes, etilismo e problemas cardiovasculares.

Nesse contexto, o indivíduo ainda possui a linguagem, mas tem dificuldades em acessá-la e/ou articulá-la. Conforme a extensão e a localização da lesão cerebral, o paciente pode apresentar perda total ou parcial da habilidade de produzir e/ou compreender as palavras (JAKUBOVICZ, 2004, p. 92).

Para Peña-Casanova, Diéguez-Vide e Pamies (2005a, p. 9-10), a afasia pode ser definida como

uma alteração adquirida da linguagem devido a uma lesão cerebral focal. Esta definição, por sua simplicidade, não abrange todo o espectro de possibilidades clínicas, razão pela qual deve-se falar em “afasias”, já que estas se manifestam através de diferentes tipos de alterações da linguagem oral (nas suas vertentes de expressão e compreensão), da leitura e da escrita.

Para Jakubovicz (2004, p. 95), a afasia é compreendida como uma dificuldade de ativação do desempenho linguístico, de forma que a competência linguística, na maioria dos casos, está preservada. Pode-se aqui fazer uma relação com a teoria saussuriana, segundo a qual a linguagem é uma faculdade do homem, ou seja, é inata, podendo ser entendida como uma capacidade. Ressalta-se que a variabilidade de desempenho do afásico é notória, devido à individualização dos trajetos cognitivos de cada indivíduo que é acometido por uma lesão cerebral. Mac-Kay et al. (2003, p. 51) evidenciam que “os distúrbios afásicos não são relativos somente à localização, extensão e severidade da lesão, mas aos hábitos, experiências, educação e inteligência do paciente”.

Na maioria dos casos, a afasia compromete a linguagem de adultos que não apresentam histórico de doenças neurológicas ou psiquiátricas. É recorrente que outras alterações cognitivas acompanhem a afasia, como as apraxias (déficits de movimento), as agnosias (déficits de reconhecimento) e outros sinais neurológicos, como as paralisias de

membros e de face. Além disso, devem ser levados em consideração outros transtornos psicossociais advindos da dificuldade de comunicação, como o isolamento social, as mudanças de humor, o desinteresse afetivo e a depressão (MORATO, 2010).

Morato (2010, p. 13) ressalta que a afasia e os transtornos cognitivos advindos da lesão cerebral geralmente melhoram, em maior ou menor grau, dependendo de diversos fatores; dentre eles podem-se mencionar:

a idade, a condição geral de saúde do indivíduo, o local e a natureza da lesão cerebral, a diminuição da inflamação e do edema cerebral, a ação das chamadas “células de defesa” sobre a área lesada, a revascularização ou a formação de novos vasos sanguíneos, o rearranjo funcional dos neurônios sobreviventes, bem como dos neurônios das áreas vizinhas não lesadas, a cooperação e o rearranjo neurofuncional do hemisfério contralateral.

Além disso, a neuroplasticidade cerebral, que corresponde à capacidade de reorganização das estruturas e funções, também deve ser considerada ao se pensar nas possibilidades de recuperação. Morato (2010) acredita que se trata de uma neuroplasticidade sociocognitiva na medida em que são levadas em consideração as diversas formas de aprendizagem, tanto formal, quanto informal, e as experiências simbólicas, que consistem no desdobramento das interações verbais.

Ainda para a autora (2010, p. 13), as afasias, de modo geral, estabelecem-se na vida do indivíduo “cronicamente como sintoma de uma lesão cerebral. Elas não podem ser curadas no sentido que se dá à erradicação de uma doença (por ato cirúrgico ou administração de medicamentos, por exemplo)”.

Com base nos estudos neurológicos, o afásico é um sobrevivente. A afasia implica diferentes maneiras para se comunicar e se relacionar com o outro e com o mundo. A afasia passa a ser não só uma questão linguística, cognitiva e de saúde, mas, também, uma questão social (MORATO, 2000).

Tendo em vista os estudos jakobsonianos, Morato (2010, p. 15) aponta que

as afasias são definidas comumente em termos de uma perda ou alteração da capacidade de realizar operações metalinguísticas [...]; portanto, da capacidade de representar ou fazer corresponder (e corresponder perfeitamente) as referências da realidade com as categorias da língua que a localizam e permitem que as estampemos como traços em nossas mentes.

Qualquer definição sobre as afasias é pobre, uma vez que cada afásico é único. Cupello (2004, p. 92), salienta que “não basta ao afasiologista prender-se só aos aspectos biológicos dessa desorganização, mas tentar compreender a organização peculiar de cada ser,

seu modo de agir, reagir e superar-se”. A reabilitação necessita e depende dessa análise individual e particular.

Partindo desse princípio, Cupello (2004, p. 92) salienta que, ao propor uma definição para as afasias, deve-se caracterizá-las por “perdas abruptas do desempenho linguístico, em qualquer uma de suas modalidades, em consequência de uma lesão cerebral adquirida”. Assim como Jakubovicz (2004), Cupello (2004) compreende as afasias como uma dificuldade de ativar o desempenho linguístico, de modo que a competência está preservada na maioria dos casos. Além disso, essas perdas não podem ser atribuídas por danos de paralisia muscular ou sensorial, porém, podem estar associadas. Assim, um afásico também pode apresentar disartria⁵, apraxia de fala⁶ e até mesmo algum tipo de demência.

3.3 Classificação das afasias

Jakubovicz e Meinberg (2005 p. 88) destacam que, através do histórico da afasiologia, foi possível perceber que existem inúmeras teorias e tendências acerca da patologia em questão. Cada afasiólogo apresenta uma classificação diferente, segundo suas análises clínicas e ponto de vista teórico.

Feiden (2014) acrescenta que, a partir dos estudos realizados ao longo dos anos, percebeu-se que alguns déficits comuns nos casos de afasia podem ser agrupados, a fim de facilitar a classificação da patologia. Esses aspectos prejudicam o desempenho linguístico e estão relacionados à produção e à compreensão da linguagem.

Para a autora, a classificação das afasias é realizada a partir da análise de vários aspectos, como: “(a) distúrbios de nomeação e a produção de parafasias; (b) distúrbios de fluência; (c) distúrbio de repetição; (d) distúrbio de compreensão auditiva; (e) distúrbio de processamento gramatical; (f) distúrbio de leitura e escrita” (FEIDEN, 2014, p. 25). Já Peña-Casanova, Diéguez-Vide e Pamies (2005b) classificam os parâmetros para a classificação da seguinte forma: (a) linguagem espontânea, (b) compreensão, (c) repetição e denominação, (d) leitura, e (e) escrita.

⁵ A *disartria* consiste na alteração de linguagem oriundas de lesões do controle muscular do mecanismo de linguagem por lesão do sistema nervoso central, ou periférico ou de ambos. A alteração é percebida através de pãesias, lentidão, incoordenação. Nesse processo, podem estar alterados diversos processos básicos da linguagem, como a respiração, a fonação, a ressonância, a articulação e, até mesmo, a prosódia (PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005).

⁶ A *apraxia de fala* diz respeito à “alteração articulatória decorrente de lesão cerebral que afeta a capacidade de programar a posição dos músculos da linguagem na produção voluntária de fonemas. Não existe alteração motora significativa, lentidão ou incoordenação destes músculos nos atos reflexos ou automáticos” (PEÑA-CASANOVA; DIÉGUEZ-VIDE; PAMIES, 2005b, p. 31).

A avaliação da comunicação oral consiste em analisar diferentes situações. Através de uma conversa ou narrativa, de aproximadamente dez minutos, é possível estabelecer os seguintes aspectos semiológicos: a extensão da expressão, que consiste na análise de quantas palavras foram utilizadas no discurso; as transformações de palavras realizadas (a produção de parafasias); a qualidade do discurso, que verifica se a fala é fluente ou não; a produção narrativa autônoma; a responsividade às pranchas, encontradas nos testes-padrão para a afasia, uma vez que o afásico necessita nomear e relacionar os elementos apresentados; e, por fim, as alterações de percepção de imagens, que implicam em processos neuropsicológicos, que conduzem à descrição e à compreensão adequadas (PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005).

A compreensão auditiva é relativa em cada nível afasiológico. Feiden (2014, p. 26) elucida que, durante uma conversa espontânea, por exemplo, um

afásico pode conseguir participar de uma conversa informal, respondendo ao que está sendo pedido, muitas vezes, através, de gestos, apontamentos, expressão facial, mas interagindo e acompanhando o conteúdo da conversa. Porém quando esses indivíduos são submetidos a testes que envolvem produção de linguagem em contextos mais controlados, podem muitas vezes apresentar falhas em diversos itens, especialmente quando a pergunta foca em algum aspecto específico de um determinado conteúdo, e principalmente quando a estrutura linguística usada pelo interlocutor é mais complexa e menos transparente, contendo mais inferências.

A avaliação da compreensão verbal abrange diferentes níveis, desde os aspectos mais básicos até a compreensão de um discurso complexo. Primeiramente, analisa-se a compreensão de palavras isoladas (substantivos, verbos, elos gramaticais); em seguida, a compreensão de frases (identificar figuras ou palavras nas pranchas, realizar ações, responder com uma palavra, responder sim ou não); e, por último, a compreensão do discurso (textos que relatam um fato concreto, ou, até mesmo, histórias absurdas em que existe a contradição implícita) (PEÑA-CASANOVA; DIÉGUEZ-VIDE; PAMIES, 2005b).

A repetição, segundo Feiden (2014, p. 26), consiste na “perda da capacidade de repetir palavras ou sentenças”. A habilidade de repetir pode ser perdida ou vir acompanhada de omissões de sons e palavras ou parafasias fonêmicas. Peña-Casanova, Diéguez-Vide e Pamies (2005b) destacam que a repetição é a “transcodificação auditivo-fonatória” e que está presente em todos os testes relativos à afasia. A partir desse aspecto, é possível analisar a percepção da linguagem, os processos de produção e centrais, que permitem a transcodificação. Para os autores, (2005b, p. 40), “ao estudar os resultados da repetição devem ser consideradas as diversas características dos estímulos utilizados: sílabas, pares de sílabas, logatomas,

pseudopalavras, palavras concretas ou abstratas, elementos gramaticais, tamanho do material apresentado etc.”.

Já a denominação de palavras visa a analisar principalmente a produção de substantivos. Essa avaliação é considerada uma das mais importantes na avaliação da linguagem. Podem ser verificadas: as denominações de imagens, partes do corpo e objetos; resposta e complementação da frase (o paciente responde a uma pergunta com um substantivo ou completa uma frase iniciada pelo terapeuta); evocação categorial em associações (o paciente evoca o maior número de palavras que conhece com base em uma categoria semântica: animais, flores, móveis etc.); denominação de antônimos e sinônimos; evocação de verbos de ação (o paciente visualiza uma imagem e denomina a ação que está sendo realizada) (PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005).

Os déficits de leitura, chamados de dislexia adquirida, e escrita, conhecidos por disgrafia adquirida, consistem na perda ou na falha na habilidade de ler e escrever. Ainda para os autores (2005), a avaliação da discriminação visual pode ser realizada através de atividades com base no espelhamento de letras, sílabas, pseudopalavras e palavras escritas com grafia distinta. Essa avaliação pode ser dividida em duas áreas: a primeira consiste na análise da capacidade de verbalizar, que é desempenhada através da conexão entre a visão e a oralidade, através da leitura de letras, logatomas, palavras e textos; e a segunda diz respeito à avaliação da capacidade de discriminar e compreender semanticamente o que está sendo lido. Para o desenvolvimento das atividades pertencentes à segunda área, é necessário conhecer o significado das palavras, das frases e dos textos. Aqui, o afásico pode decodificar, mas não compreender o que está sendo lido. Para avaliar a habilidade de leitura, são realizadas as seguintes atividades: cópia, que possibilita verificar a capacidade de transcodificação dos estímulos gráfico-visuais; ditado, que averigua a capacidade de transcodificação de estímulos acústico-verbais (transposição audiomanual); narração escrita, que visa a comparar as transformações da linguagem escrita e com as alterações encontradas na linguagem oral espontânea.

Goodglass e Kaplan (1972), com base nos pressupostos de avaliação descritos acima e nas classificações já desenvolvidas por outros afasiólogos, desenvolveram o Sistema de Classificação de Boston, que divide as afasias em dois grandes grupos: as subcorticais e as corticais.

As afasias subcorticais, concernente à Mac-Kay et al. (2003, p. 55), “correspondem aos quadros relacionados às lesões subcorticais do hemisfério esquerdo em estruturas como a cápsula interna, putâmen e tálamo”. Já as afasias corticais podem ser divididas em afasias não

fluentes (motoras) e fluentes (sensoriais). Neste estudo, dar-se-á prioridade à análise das afasias corticais.

Para Morato (2001, p. 153, grifos nossos),

as primeiras teriam como características os problemas de expressão (como alterações fonético-fonológicas, estereotípias, perseverações, disprosódias, parafasias – sobretudo fonológicas –, fala telegráfica, agramatismo, falta de iniciativa verbal, alteração de linguagem escrita, apraxia buco-labio-lingual) e são creditadas a lesões na parte anterior do córtex cerebral. As segundas teriam como características os problemas de compreensão, ausência de déficits articulatórios e alteração nos aspectos semânticos da linguagem (como anomias, dificuldades de evocar ou selecionar palavras, dificuldades maiores com a linguagem escrita, parafasias – sobretudo semânticas –, circunlóquios, confabulações). Os problemas perceptivos e gestuais são mais frequentes e numerosos nesse tipo de afasia, que é creditada a lesões na parte posterior do córtex cerebral.

Mac-Kay (2003, p. 52-53) descreve a localização e a classificação das afasias corticais não fluentes e fluentes, conforme o quadro 5:

Quadro 5 – Descrição das afasias corticais não fluentes e fluentes

AFASIAS NÃO FLUENTES	DESCRIÇÃO
Afasia de Broca	<p><i>Localização da lesão:</i> Parte inferior da 3ª circunvolução frontal do hemisfério esquerdo, conhecida como a área 44 de Broadman⁷.</p> <p><i>Fala:</i> não fluente.</p> <p><i>Sinais principais:</i> redução da linguagem expressiva, fluxo de fala com interrupções, presença de fala laboriosa, mas com significado, presença de agramatismo⁸ e com maior preservação de nomes e verbos, pausas de grau variado, dificuldade em nomeação e na repetição de palavras e/ou sentenças, reconhecimento das incorreções na fala, melhor performance na leitura do que na escrita e problemas leves de compreensão.</p>
Afasia Transcortical Motora	<p><i>Localização da lesão:</i> área cerebral anterior esquerda, envolvendo a área motora suplementar; ocorre uma interrupção nas conexões das estruturas suplementares na área externa à área de Broca.</p> <p><i>Fala:</i> não fluente, mas bem articulada.</p> <p><i>Sinais principais:</i> compreensão razoavelmente preservada, habilidades de repetição intactas, inclusive para sentenças mais longas, dificuldade com a fala espontânea, sintaxe mais limitada e dificuldade na nomeação.</p>
Afasia Global	<p><i>Localização da lesão:</i> Extensão entre os lobos frontal, parietal e temporal.</p>

⁷ Chamam-se área de Brodmann as regiões cerebrais de acordo com o mapeamento desenvolvido pelo neurologista Korbian Brodmann, em 1909. Brodmann dividiu o cérebro em 52 áreas distintas, que garantem uma função que é própria dela. Uma das áreas mais conhecidas é a área de Broca, que gerencia a linguagem, localizada sobre as áreas 44 e 45 de Brodmann (BRODMANN, 1909).

⁸ O *agramatismo* consiste na desorganização da linguagem, especificamente na estrutura sintática. Normalmente encontra-se na afasia de Broca. Nesse caso, é possível constatar: omissão e troca de artigos, preposições e pronomes pessoais; emprego dos verbos no infinitivo, de modo que a distinção entre as diversas formas de flexão gramatical se perde; problemas na construção frasal com inversão da subordinação e da coordenação sintática; perda da entonação melódica da frase; construção de frases incompletas (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

	<p><i>Fala:</i> não fluente. <i>Sinais principais:</i> anomia⁹, possível presença de dispraxia¹⁰, habilidades comprometidas nas tarefas de repetição e nomeação, e dificuldades sensíveis tanto na compreensão como na expressão da linguagem oral e escrita.</p>
AFASIAS FLUENTES	DESCRIÇÃO
Afasia de Wernicke	<p><i>Localização da lesão:</i> córtex auditivo de associação, localizado no giro superior do lobo temporal do hemisfério esquerdo. <i>Fala:</i> fluente com aparente gramaticalidade (melodia e ritmos adequados). <i>Sinais principais:</i> dificuldade de compreensão, jargonofasia¹¹, dificuldade em traduzir “os pensamentos em palavras” (perda de memória dos sons das palavras”, dificuldades moderadas/severas na nomeação, na repetição de palavras e/ou frases e problemas moderados de leitura e escrita. Área mais importante para a compreensão da fala. O paciente sente que algo está errado em sua fala, mas não consegue identificar o problema.</p>
Afasia de Condução	<p><i>Localização da lesão:</i> rompimento de informações nas regiões que conectam a área de Wernicke com a área de Broca. <i>Fala:</i> fluente, bem articulada e com significado. <i>Sinais principais:</i> dificuldade em repetir palavras, principalmente as sem significado, embora haja compreensão. Há presença de parafasias¹², dificuldades em graus variados para nomear, reconhecimento dos próprios erros e problemas de leitura leves/moderados. As habilidades de escrita apresentam-se bem preservadas. Em alguns casos há dispraxia oral.</p>
Afasia Transcortical Sensorial	<p><i>Localização da lesão:</i> região temporoparietal, com possível envolvimento do córtex auditivo, do córtex visual e do giro angular. <i>Fala:</i> fluente. <i>Sinais principais:</i> parafasia, repetição ecológica¹³ preservada, habilidades de nomeação com problemas de moderados a severos. Compreensão auditiva, leitura e escrita comprometidas. Conhecida como afasia de Wernicke tipo II e bastante associada à doença de Alzheimer.</p>
Afasia Anômica	<p><i>Localização da lesão:</i> córtex temporal anterior esquerdo. <i>Fala:</i> fluente ou não fluente (depende a gravidade do caso). <i>Sinais principais:</i> leitura e escrita preservadas, boa articulação dos sons da fala, ausência de parafasias, boa repetição e compreensão auditiva, mas nomeação comprometida.</p>

FONTE: Quadro desenvolvido pela autora desta dissertação, com base na obra de Mac-Kay et al. (2003).

O paciente afásico analisado nesta dissertação apresenta afasia de Broca, portanto, dar-se-á maior aprofundamento teórico a esse tipo de afasia.

⁹ A *anomia* diz respeito à inabilidade para denominar objetos que são mostrados ao afásico. A incapacidade de nomear coisas é encontrada em quase todos os tipos de afasias (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

¹⁰ *Dispraxia* é o transtorno de aprendizagem caracterizado pela má coordenação motora e por problemas de orientação espacial. Alguns sinais permitem reconhecer uma dispraxia: falta de coordenação dos movimentos voluntários, dificuldade na orientação espacial, no desenho e na escrita; dificuldade em utilizar alguns objetos (tesouras, régua, compasso); dificuldades em montar quebra-cabeças e jogos de construção (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

¹¹ A *jargonofasia* define-se pela produção verbal sem identificação precisa. É um discurso sem mensagem, uma linguagem incompreensível, sem significado, perfeitamente articulada, num ritmo rápido. Desaparecem aqui duas qualidades que garantem o significado da informação: a semântica e a sintaxe (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

¹² A *parafasia* diz respeito à emissão de uma palavra por outra quando não existe um problema muscular orofacial. Observa-se a existência de uma ligação conceitual, ou fonética e fonêmica, ou morfológica entre o nome proferido e o objeto apresentado (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

¹³ A *ecolalia* consiste no ato de repetir várias vezes a última palavra ou sílaba escutada. Em alguns momentos a pessoa tenta falar as palavras, mas não consegue (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Na afasia de Broca, ocorre o predomínio da dificuldade de expressão, ou seja, após adquirir a afasia, a linguagem torna-se não fluente. Percebem-se na linguagem do afásico de Broca os seguintes aspectos: esforço para pronunciar as palavras e alterações fonoarticulatórias, de modo que o paciente não consegue produzir o som necessário para proferir determinada palavra; dificuldade em acessar o acervo lexical; dificuldade para elaborar frases longas, portanto a comunicação é reduzida a frases curtas e até mesmo a palavras (o afásico, em vez de produzir a frase “agora, eu quero assistir TV.”, simplesmente dirá “TV”); produção oral lenta e silábica, com disprosódia ou aprosódia; compreensão verbal geralmente preservada; e repetição nitidamente alterada. A denominação, a leitura e a escrita também são afetadas (PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005).

A afasia de Broca se instaura de forma rápida como consequência da lesão cerebral, principalmente do Acidente Vascular Encefálico (AVE). Tem-se como primeiro sintoma a supressão total da fala, porém, com a evolução do quadro clínico, o mutismo irreversível torna-se raro. É comum que o desempenho linguístico se restrinja a algumas estereotípias. Durante o processo reabilitatório, percebe-se a redução significativa dessas estereotípias e a re aquisição de vocabulário, que acontece de forma lenta e, raramente, tornar-se-á plena (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Jakubovicz e Meinberg (2005, p. 95) salientam que os vocábulos comuns e usuais são os primeiros a serem readquiridos, e, “assim que a redução da fala se atenuar, a linguagem irá se tornar gradualmente mais proposicional”. Constata-se, também, que o afásico fala extremamente pouco e sua elocução é vagarosa e fragmentada. A anomia circunda os graus moderado e severo e é observada nas situações de conversação e narração, podendo ser minimizada com as sessões de fonoterapia.

Na afasia de Broca, a anomia pode ser provocada por dificuldades fonoarticulatórias. Nesses casos, a dificuldade de emitir um vocábulo não implica, necessariamente, no déficit de conhecimento semântico, pois o afásico consegue relacionar o conceito (significado) à imagem acústica (significante), porém o cérebro não transmite aos órgãos da fonação o impulso correlativo à imagem acústica, impedindo que a palavra seja proferida (RAJER, 2010).

Peña-Casanova, Pamies e Diéguez-Vide (2005, p. 67) ressaltam que à

medida que o quadro clínico evolui, a redução [da expressão] vai diminuindo: o paciente começa a emitir palavras como seu nome, o nome de familiares ou de objetos comuns. Esta ocorrência de palavras isoladas é acompanhada de um aumento progressivo de expressões mais ou menos automáticas e ligadas à linguagem emocional.

Nesse sentido, é fundamental que nas sessões de fonoterapia sejam levados em consideração os vocábulos e enunciados presentes no dia a dia do paciente, tendo em vista sua profissão, sua escolaridade e seu estado emocional. A paciente analisada nesta dissertação é cabeleireira e, portanto, algumas das terapias foram desenvolvidas com base nesse repertório lexical, a fim de aproximar a afásica das situações comunicativas que já foram vivenciadas por ela, bem como favorecer a reaquisição de palavras que ela necessita utilizar diariamente. Além disso, deve-se analisar a escolaridade e o estado emocional, uma vez que é importante saber se o paciente possui condições intelectuais e psicológicas para desenvolver as atividades propostas. Se o afásico não tiver sido alfabetizado antes da lesão cerebral, por exemplo, o fonoaudiólogo não poderá exigir do paciente resultados que nunca foram alcançados.

Peña-Casanova, Pamies e Diéguez-Vide (2005) desenvolveram um breve resumo com os possíveis déficits encontrados na afasia de Broca, conforme descrito no quadro 6.

Quadro 6 – Déficit encontrados no afásico de Broca

EXPRESSÃO	COMPREENSÃO
<p><i>Fase aguda:</i> Supressão da linguagem. Estereotipia. Evoluções: Mutismo irreversível (excepcional) Estereotipia verbal irreversível Estereotipia irreversível controlada pelo paciente Diminuição progressiva da redução.</p> <p><i>Fase crônica:</i> anartria¹⁴: (não fluência, transformações fonéticas (síndrome de desintegração); ensurdecimento, nasalização, elisão de fonemas; Paresia¹⁵-distonia¹⁶-dispraxia; Possível evolução para anartria pura. Agramatismo: não fluência (comunicação considerável), redução e simplificação da sintaxe: frases breves, justaposição, elisões, substituição de monemas gramaticais. Anomia: mais evidente na conversação, narração e evocação.</p>	Normal ou alteração discreta. No máximo, compreensão alterada de: elementos gramaticais, ordens complexas e textos.
	REPETIÇÃO
	Em função da capacidade expressiva.
	ESCRITA
	Expressão: supressão da escrita. Alteração do grafismo. Evoluções: redução, agramatismo, paragrafia. Compreensão escrita: em geral mais alterada que a oral.

Fonte: Elaborado pela autora desta dissertação com base na obra de Peña-Casanova; Pamies; Diéguez-Vide (2005, p. 66).

Além disso, afásicos de Broca podem apresentar alterações motoras sob a forma de hemiplegia ou hemiparesia direita. Ao contrário das alterações relativas à gestualidade, as

¹⁴ A *anartria* consiste na impossibilidade de articular palavras em consequência de lesão central ou do hipoglosso (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

¹⁵ *Paresia* é considerada uma paralisia parcial de nervo ou músculo (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

¹⁶ A *distonia* diz respeito à contração involuntária, desencadeada por um movimento voluntário ou mesmo pela permanência por muito tempo em uma só posição, desaparecendo com a posição de repouso (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

modificações da sensibilidade e dos campos visuais ocorrem na extremidade esquerda (PEÑA-CASANOVA, 2005).

3.4 Conceito e aplicação do grau de severidade

Os danos linguísticos não se manifestam de maneira homogênea, porque dependem em parte da localização da lesão, bem como da organização sistêmico-funcional de cada um, que se manifesta de diversas formas, tendo em vista o que ficou preservado e o que foi perdido, ou seja, elas variam em graus de severidade (CUPELLO, 2004).

Segundo Cupello (2004, p. 109), o conceito de severidade das afasias está relacionado diretamente ao diagnóstico e ao prognóstico de cada caso. Através do conceito de severidade é possível verificar se a reabilitação do paciente será profícua ou não.

Peña-Casanova, Diéguez-Vide e Pamies (2005b) acreditam que, devido a diferentes graus de severidade, fatores etiológicos e diversos tipos clínicos, as orientações quanto ao prognóstico a longo prazo devem ser realizadas após a fase aguda, que permeia as três primeiras semanas após a lesão. Durante essa fase, podem ocorrer avanços clínicos em dias ou horas, passando de um quadro afásico grave, como a afasia global, por exemplo, para uma afasia mais específica, como a afasia de Broca, ou até mesmo para a normalidade.

Alguns fatores devem ser considerados para que a reabilitação seja efetiva. O primeiro consiste no *tempo transcorrido após a lesão para início da reabilitação*. Quanto menor for o período aguardado para o início das sessões fonoterapêuticas, melhor será o prognóstico para a reabilitação. Através da Fonoaudiologia Hospitalar, esse tempo tem diminuído devido à estimulação em pacientes que ainda se encontram na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (CUPELLO, 2004). Porém, sabe-se que essa é a realidade dos hospitais particulares, das grandes capitais do Brasil e dos países desenvolvidos, tendo em vista que a rede pública carece de fonoaudiólogos e, em geral, desconhece os tratamentos disponibilizados pela área.

Tendo em vista o tempo transcorrido após a lesão para início da reabilitação, o afásico pode se enquadrar em um dos dois grandes grupos relativos a esse período:

1. *Recuperação nas fases agudas*. A recuperação nos primeiros dias e semanas (1 a 3 semanas) está relacionada com a neurobiologia da lesão: redução do edema e da infiltração celular, redução das alterações hemodinâmicas e eletrolíticas etc. Nestes casos surge a recuperação funcional do que não foi destruído de forma irreversível. Não é fácil delimitar a fase aguda do ponto de vista temporal, já que a neurobiologia (etiologia, extensão etc.) de cada lesão tem suas características específicas.
2. *Recuperação a longo prazo*. Refere-se à recuperação contínua, após a fase aguda, que pode durar meses ou anos. Tal como é reconhecido pela literatura e pela

observação clínica rotineira, a recuperação ocorre com maior rapidez durante os três primeiros meses após a fase aguda. A seguir, torna-se mais lenta, sendo mais ou menos evidente entre os 6 primeiros meses até um ano após a lesão (PEÑA-CASANOVA, 2005, p. 97, grifos originais).

Outro aspecto a ser considerado é a *frequência das sessões*. Esse fator é extremamente relevante, entretanto, devido ao seu alto custo, a frequência acaba não sendo a ideal para a maioria dos afásicos. Quanto mais adepto às sessões for o paciente, maior será o grau de reabilitação das funções debilitadas (CUPELLO, 2004). O tópico em questão é funcional na medida em que o paciente possui uma condição financeira favorável, que permite sua assiduidade. Normalmente, na rede pública, o paciente necessita aguardar na fila de espera, em torno de um ano, para iniciar o tratamento fonoterapêutico. Ressalta-se que o tempo começa a contar a partir do momento em que ocorre a busca pelos serviços clínicos, o que sugere que o indivíduo pode ter sofrido a lesão recentemente ou não.

A assiduidade nas sessões

interfere na evolução do tratamento. Pode ser importante a fragmentação das sessões de reabilitação e a duração máxima de 30 minutos. As sessões de terapia individual podem ser complementadas por sessões em grupo. Os períodos de férias podem prejudicar a evolução, razão pela qual seria aconselhável sua redução na medida do possível (PEÑA-CASANOVA, 2005, p. 108).

A *idade* condiz com o terceiro aspecto a ser observado. Quanto mais jovem for o afásico, melhor o prognóstico, “pois a neuroplasticidade é maior e os circuitos neuropsicológicos tendem a se organizar mais eficientemente e de forma mais rápida” (CUPELLO, 2004, p. 110).

Acredita-se que a *personalidade pré-mórbida* é o quarto fator que merece atenção. Sabe-se que cada indivíduo apresenta um tipo de personalidade. Quanto mais perseverante e positiva for a pessoa, melhores serão seus resultados. O bom humor, a persistência frente aos desafios, a disciplina e o otimismo fazem da reabilitação afasiológica um obstáculo leve a ser vencido (CUPELLO, 2004).

Nesse contexto, não é raro o paciente

pessimista, que desanima e não frequenta as sessões de terapia, e o paciente que desde o primeiro dia demonstra claro interesse por todo o processo terapêutico e luta o tempo inteiro para melhorar. As atitudes passivas e depressivas – seja qual for a sua base – pioram o prognóstico. A depressão, que particularmente está associada a lesões frontais esquerdas, influi de modo negativo no prognóstico e em especial na participação ativa nos programas de reabilitação (PEÑA-CASANOVA, 2005, p. 107).

Já a *competência e o desempenho linguístico pré-mórbidos* ocupam o quinto lugar, dentre os aspectos a serem considerados, para que a reabilitação afásica seja um sucesso. Existem pessoas com mais facilidade para se comunicar, tanto através da fala como da escrita, do que outras. Cupello (2004) salienta que o nível cultural nem sempre determina se a reabilitação será profícua ou não, de modo que existem pessoas cultas e reservadas, que pouco se expõem, assim como o inverso também é verdadeiro. Porém, quanto mais desenvolvido for o desempenho linguístico, mais dedicado será o afásico diante da reabilitação fonoterapêutica, e, apesar da extensão da lesão, mais fácil aceitará e compreenderá sua função.

A competência

é tomada enquanto saber-fazer, enquanto processo, enquanto habilidade exibida pelo sujeito na manipulação dos mais diversos aspectos linguísticos e pragmáticos, como: fonético-fonológicos, morfossintáticos, semântico-pragmáticos, interacionais, enunciativos e discursivos. Relativamente à argumentação, cabe à competência a manipulação de diferentes saberes envolvidos nas mais diversas práticas linguísticas, nas diferentes operações que a língua possibilita ao sujeito, entre elas, a possibilidade de argumentar – e argumentar com maior ou menor êxito, de acordo com o maior ou menor domínio dos diferentes saber-fazer requeridos pela argumentação (TAVARES, 2007, p. 13).

Morato (2010) elucida que a competência linguística deve estar associada à ideia de interação, ou seja, é através da comunicação interpessoal que o desempenho linguístico é lapidado. Cada indivíduo utiliza a linguagem de uma forma específica e particular. São esses desdobramentos dentro de um ambiente comunicativo que possibilitam o prognóstico favorável do quadro clínico.

O *ambiente familiar* condiz com o último tópico a ser explorado nesta dissertação como fator relevante para a reabilitação afasiológica. Nesse âmbito, circundam as dificuldades financeiras e as crises conjugais, de modo que o afásico não pode comprometer-se mais com as responsabilidades domésticas que se preocupava anteriormente à afasia. Cabe ao fonoaudiólogo, conjuntamente com o psicólogo, orientar e confortar os familiares, a fim de evitar a culpabilidade do afásico, pelos membros da família, pela falta de comprometimento e colaboração diária (CUPELLO, 2004).

Geralmente, os cuidadores atuam na nova estrutura do lar. Moleta et al. (2011) destacam que existem dois tipos específicos de cuidadores: os formais, que condizem com profissionais da área da saúde preparados para desenvolver esse tipo de atividade, conforme as necessidades do cliente, e que recebem para isso; e os informais, que não possuem vínculo empregatício, porém assumem o papel de cuidador. Geralmente, os cuidadores informais são familiares ou pessoas próximas do doente. Sabe-se que as condições socioeconômicas não são

as mesmas para todas as famílias e, na maioria dos casos, são elas que norteiam a escolha de um cuidador formal ou de um cuidador informal.

Ressalta-se que, se o indivíduo adoece, a família adoece junto. Portanto, trabalha-se com a conscientização da necessidade de mudar velhos hábitos, para que a nova situação familiar seja enfrentada e superada. Se a família, ou o cuidador, colabora e auxilia nos exercícios propostos pelo fonoaudiólogo, a reabilitação torna-se efetiva (CUPELLO, 2004).

Entretanto, Novaes Pinto (2006) salienta que, primeiramente, devem-se analisar os registros socioculturais, o grau de escolaridade e de letramento, e, principalmente, o uso que o indivíduo faz da língua(gem). Normalmente, os resultados das categorias estabelecidas por Cupello (2004) são analisados estatisticamente e as unidades, que compõem os testes-padrão, condizem com vocábulos e frases desvinculadas das situações de uso.

Para a autora (2006, p. 1733), “as afasias podem perturbar tanto as relações formais como as condições que intervêm na produção de enunciados efetivos, e em alguns gêneros do discurso mais que em outros”. Assim, constata-se que o grau de severidade está relacionado tanto com os níveis de articulação da linguagem quanto com os aspectos envolvidos com o contexto da produção do discurso.

Existem dificuldades específicas impostas pela afasia, que prejudicam as operações frente aos recursos linguísticos, tornando-as mais lentas e árduas, como a produção fonoarticulatória, o acesso lexical, a estruturação frasal, a relação com o *outro*, a anuência do assunto a ser discutido. Assim, determinar o sentido passa a ser uma ação conjunta, que depende mais do outro, do “coprocessamento” realizado entre os interlocutores (NOVAES PINTO, 2006).

Há momentos em que o afásico não consegue realizar o seu “intuito discursivo”,

o que o leva à frustração. É nesse sentido que afirmo que a linguagem do afásico, em certas situações dialógicas, fica mais indeterminada. Com relação ao eixo normal-patológico, é na dificuldade de determinar o sentido (na produção ou na compreensão de certos enunciados – mesmo na esfera de gêneros discursivos cotidianos, dos diálogos coloquiais, e que se agravam à medida que os gêneros discursivos exijam um domínio maior dos recursos expressivos da língua) que a alteração causada pela afasia afasta os enunciados dos parâmetros normais [...]. Como há um movimento constante nesse eixo, explica-se também o fato de que o afásico não é afásico o tempo todo. Portanto, o grau de severidade não é o mesmo para o mesmo sujeito o tempo todo (NOVAES PINTO, 2006, p. 173, grifo original).

A análise dos fatores referentes ao grau de severidade não permite identificar o quão fluente era o indivíduo antes da afasia, bem como suas predisposições. Se fossem comparados dois afásicos, o primeiro, ex-docente universitário, desenvolvido e fluente; o segundo, mecânico,

tímido e não fluente devido às poucas situações comunicativas em seu trabalho, perceber-se-á que a probabilidade de o primeiro sujeito apresentar maiores dificuldades frente aos desdobramentos da língua é maior, pois, anteriormente à afasia, o segundo indivíduo já utilizava a fala de forma restrita. Novaes Pinto (2006) salienta que essa variável não é discutida em nenhum teste metalinguístico.

A pesquisadora (2006) ainda refere que se as dificuldades apresentadas pelos sujeitos em momentos dialógicos fossem avaliadas fora do âmbito interativo, através de palavras e frases isoladas de seu contexto e fora do elo enunciativo, constatar-se-ia apenas o que as avaliações tradicionais já revelam: as anomias e as dificuldades fonoarticulatórias, de modo que o fracasso seria explícito.

A análise

do processo dialógico e dos recursos alternativos dos quais se utiliza – os gestos, a escrita de estilo telegráfico, os acabamentos mútuos, a insistência em atingir seu intuito discursivo – nos revelam muito mais sobre sua afasia e sobre aspectos do processamento linguístico e do grau de severidade que a afasia impõe para sua atividade de produção. Normalmente não se avalia longitudinalmente o desempenho dos sujeitos, a fim de se verificar quais os fatos – além dos neurológicos – que estão ou não contribuindo para a mudança no quadro de uma afasia sensorial, permitindo ao afásico a possibilidade de efetivamente engajar-se em práticas discursivas (NOVAES PINTO, 2006, p. 1734).

A língua(gem) apenas se concretiza nas interações sociais e contribui com a constituição do sujeito (COUDRY, 2001; BENVENISTE, 2005). Assim, a reorganização linguística só pode ser concretizada a partir da análise da produção discursiva do afásico.

Esta dissertação visa a destacar que, com relação ao grau de severidade, as duas abordagens são válidas, de modo que a pesquisa defendida por Novaes Pinto (2006) complementa os estudos desenvolvidos por Cupello (2004). Cada afásico, independentemente de manifestar o mesmo tipo de afasia que outros cérebro-lesados, apresenta déficits particulares, que implicam o desenvolvimento das capacidades pré-mórbidas. Portanto, acredita-se que a avaliação deve contemplar fatores metalinguísticos objetivos (oriundos de testes-padrão) e subjetivos (provenientes da produção discursiva), a fim de apanhar todas as informações necessárias para estabelecer as condutas reabilitatórias.

Entende-se que o grau de severidade deve ser ampliado, a ponto de incorporar à sua análise os enunciados obtidos em situações discursivas, nos diversos momentos em que os afásicos se autoavaliam e comparam suas dificuldades com as de outros afásicos e com o seu desempenho linguístico anterior ao comprometimento neurológico (NOVAES PINTO, 2006).

3.5 Avaliação afasiológica e testes-padrão

Existem diversos protocolos que visam à avaliação da afasia, porém a maioria não está disponibilizada na língua portuguesa, como o *Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia* (SPREEN; BENTON, 1977); o *Western Aphasia Battery* (KERTSZ, 1982); o *Aachen Aphasia Test* (HUBER et al., 1984), que prima pelo diagnóstico afasiológico; o *Examining for Aphasia* (EISENSON, 1954); o *Language Modalities Test for Aphasia* (WEPMAN, 1961); o *The Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia* (SCHUELL, 1957); o *Proch Index os Communicative Ability* (PORCH, 1967), que propõe a análise do grau de severidade; e o *Token Test* (DE RENDI; VIGNOLO, 1962), que verifica outros aspectos linguísticos, a fim de identificar o diagnóstico e o prognóstico. Além dos testes já mencionados, existem outros que analisam os distúrbios de linguagem adquiridos a partir de uma lesão cerebral focal.

Já no Brasil, os instrumentos de avaliação disponíveis são os seguintes: *Token Test*, *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE); Bateria Montral-Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL); Bateria MAC; e o Teste M1-Alpha.

O *Token Test*, desenvolvido por De Renzi e Vignolo em 1962, foi desenvolvido com a intenção de avaliar apenas a capacidade de compreensão verbal a partir da responsividade de diferentes comandos, impostos por níveis de complexidade distintos. Segundo De Macedo et al. (2007, p. 62), “a versão original consiste em um conjunto de 20 peças diferentes a partir da combinação de duas formas geométricas (círculo e retângulo), dois tamanhos diferentes (pequeno e grande) e cinco cores distintas (branco, azul, verde, amarelo e vermelho)”. O teste custa aproximadamente 75 reais. Infelizmente, a avaliação do *Token Test* é sucinta e aplica-se apenas para analisar a habilidade de compreensão auditiva, deixando as outras habilidades, não menos importantes, de lado.

O *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) foi elaborado por Harold Goodglass e Edith Kaplan. A primeira edição foi lançada em 1983, enquanto a terceira, e última edição, no ano de 2001. Atualmente, o preço do BDAE gira em torno de 1.700 reais. A bateria visa a avaliar o desempenho de pacientes com características afasiológicas a partir de déficits específicos. Ela auxilia na classificação da afasia, através da análise dos seguintes tópicos: fala espontânea, compreensão auditiva, repetição, nomeação, leitura e escrita. Cada tópico consiste em um teste específico, que pode durar de 30 a 90 minutos, dependendo das condições do afásico e da quantidade de testes a serem administrados pelo fonoaudiólogo. Através de pontuação quantitativa, é possível traçar um perfil das características afasiológicas

do paciente. O BDAE foi desenvolvido na língua inglesa, traduzido e validado para a língua espanhola, não tendo sua versão em língua portuguesa. Apesar disso, a bateria é utilizada em consultórios fonoaudiológicos brasileiros e ampara, de forma não regulamentada, muitas avaliações de afasia. Devido ao fato de os testes serem longos, muitos fonoaudiólogos não aderem o BDAE para avaliação afasiológica.

A Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação (Bateria MAC) consiste em um instrumento de origem canadense, que foi traduzido e adaptado para o português brasileiro, em 2008, por Rochele Paz Fonseca e colaboradores. A bateria busca avaliar os indivíduos com lesão no hemisfério direito através de quatro esferas do processamento comunicativo: o discursivo, o pragmático-inferencial, o léxico-semântico e o prosódico. O instrumento custa aproximadamente 370 reais e

é composto por 14 tarefas: questionário sobre a consciência das dificuldades; discurso conversacional; interpretação de metáforas; evocação lexical livre; prosódia linguística compreensão; prosódia linguística repetição; discurso narrativo; evocação lexical com critério ortográfico; prosódia emocional compreensão; prosódia emocional repetição; interpretação de atos de fala indiretos; evocação lexical com critério semântico; prosódia emocional produção; julgamento semântico (FONSECA, 2008, p. 288).

Devido aos inúmeros testes, a aplicação completa da bateria não é usual no âmbito clínico. Geralmente, são selecionados alguns dos testes específicos para serem aplicados.

O Teste M1-Alpha, desenvolvido por Karen Zazo Ortiz e colaboradores, em 1993, contribui com o diagnóstico das afasias, especificamente para testagem breve, incluindo triagens no ambiente hospitalar. Conforme Ortiz e Costa (2011, p. 221), “o teste é composto por estímulos que podem ser processados com dificuldade pela população de baixo letramento, sobretudo pela presença de estímulos visuais”. O instrumento comporta uma entrevista, que analisa a conversa espontânea, a compreensão oral, a compreensão escrita, a escrita copiada, o ditado, a leitura, a repetição e a nomeação.

Já a Bateria Montreal Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL) foi desenvolvida por Maria Alice de Mattos Pimenta Parente e colaboradores, no ano de 2016, e consiste em um instrumento de avaliação de origem francesa, que foi adaptado, revisado e reformulado para o Português Brasileiro, a fim de avaliar o funcionamento de diferentes componentes da linguagem oral e escrita, de praxias e de calculias, após lesão cerebral. O instrumento conta com padrões de aplicação, pontuação e interpretação, assim como normas de desempenho por idade, escolaridade e estado. A coleção MTL custa em média 550 reais. Acredita-se que, atualmente, é a bateria mais completa para avaliar a afasia no âmbito brasileiro.

Coudry (2001, p. 6) descreve que a neurolinguística propôs-se a avaliar e analisar as baterias de testes-padrão, a fim de observar suas inadequações, como:

- Descontextualização das tarefas de linguagem propostas, simulando situações artificiais para uma suposta atividade linguística;
- Predominância de tarefas metalinguísticas que, embora necessárias para o diagnóstico, não podem substituir atividades linguísticas e a consideração dos processos epilinguísticos envolvidos na reconstrução da linguagem pelo sujeito afásico;
- O fato de que a natureza das tarefas propostas corresponde a exercícios fundados na língua escrita, com forte compromisso escolar (no pior sentido de “escolar”), quando não se reduzem a técnicas de abordagem do fenômeno para levantar fatos necessários à descrição acadêmica da afasia;
- Insuficiência nos resultados empíricos: a perspectiva teórica reducionista do fenômeno da linguagem acaba por restringir os fatos juntamente àqueles que não são nem os mais significativos nem os mais relevantes para caracterizar as dificuldades linguísticas do afásico e fornecer os subsídios para o acompanhamento.

Salienta-se que as baterias de testes-padrão são importantes para fundamentar apenas o diagnóstico afasiológico, ou seja, servem como critério para classificar o tipo de afasia que o sujeito apresenta com base na localização da lesão cerebral, porém o fato de identificar o tipo de afasia não garante explicar o fenômeno como um todo. Coudry (2001, p. 9-10) ressalta que na análise dos “resultados do sujeito em tarefas específicas não se tem as indicações relevantes para a compreensão dos processos envolvidos e, conseqüentemente, não se tem pistas para a reelaboração de suas dificuldades”.

Assim, na maioria dos casos, o sujeito fracassa frente às atividades propostas pelo examinador e, em seguida, contextualiza, a seu modo, a resposta esperada que não fora capaz de realizar (COUDRY, 2001).

Nas situações de avaliação, via teste-padrão, podem-se imaginar momentos em que necessariamente seja solicitado ao afásico para repetir o que disse, enumerar objetos, definir uma palavra, porque não foi possível entender o que ele disse, ou por outro motivo. Nesses casos, “esses pedidos seriam perfeitamente relevantes para os propósitos discursivos e para a intenção significativa dos interlocutores” (COUDRY, 2001, p. 11). Porém, isso é diferente do que ocorre habitualmente, uma vez que o avaliador determina o grau de severidade, o diagnóstico e o prognóstico, em uma ou duas sessões de terapia, através de atividades superficiais, pré-determinadas e isoladas das situações discursivo-linguísticas habituais.

Assim, a Neurolinguística Discursiva, por meio dos estudos desenvolvidos por Coudry (1996, 2001), elucida que a prática clínica deve avaliar o sujeito longitudinalmente, isto é, por um período extenso, através de situações discursivas, em que os dados vão sendo construídos. Coudry (1996, p. 183) chama esse processo de *dado-achado*, que consiste no “produto da

articulação de teorias sobre o objeto que se investiga com a prática de avaliação e acompanhamento clínico dos processos linguísticos-cognitivos”. A diferença consiste na forma contextual em que o dado é analisado e na maneira como o terapeuta explora esses elementos.

Coudry (2001, p. 195) preocupa-se em afirmar que alguns cuidados, normalmente não observados na clínica tradicional, devem ser analisados:

não confundir diferenças de natureza linguística, como variedades de uso, com déficits a serem arrolados, isto é, não enxergar déficits onde existem diferenças; não incorporar de imediato a terminologia afasiológica, cheia de conotações negativas, como contaminação, perseveração, parafasias, ecolalia, resposta em eco, palilalia, etc. para que esses sintomas (tomados como meros critérios de classificação) não mascarem processos linguísticos de construção ou organização da produção do sujeito; não confundir produtos transitórios, muitas vezes típicos da construção de objetos linguísticos, como os resultantes de processos de expecularidade, mas tomá-los como fio condutor pelo qual o sujeito afásico se orienta pelo interlocutor em sua atividade linguística.

O investigador não pode ser um sujeito marginalizado e distante que “observa, analisa e teoriza”, mas um interlocutor que atua no âmbito linguístico em que o afásico se reconstitui como sujeito. Cabe ao investigador disponibilizar condições para que o sujeito afásico atue na e com a linguagem, “transforme, corte, insira, diga de outra maneira, recorra a elementos paraverbais etc”, agindo sobre o outro e sobre o mundo (COUDRY, 2001, p. 196).

Feito esse percurso, sobre alguns dos diferentes olhares teóricos acerca da afasia, passa-se a seguir para o capítulo 4.

4 A RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE ENUNCIATIVA DO SUJEITO AFÁSICO

Este capítulo tem por objetivo analisar o processo de reconstrução da identidade enunciativa de um afásico, buscando avaliar como as teorias linguísticas, apresentadas no capítulo 2, e os preceitos afasiológicos, encontrados no capítulo 3, poderiam contribuir com o tratamento fonoaudiológico. Para isso, optou-se por fazer um estudo de caso, em que será descrita e analisada cada uma das sessões de reabilitação.

Acredita-se que o estudo de caso proporciona o acompanhamento longitudinal do progresso frente à fonoterapia, bem como a análise das situações interativo-dialógicas. Dessa forma, esta pesquisa constitui-se da observação das sessões de fonoterapia, por meio da exploração do prontuário do paciente afásico, em que constam os dados pessoais, o diagnóstico fonoaudiológico, as avaliações realizadas, os planejamentos terapêuticos e os resultados obtidos nas sessões de fonoterapia.

Para tal, retratar-se-á o cenário da pesquisa, que consiste no local em que foi realizada a investigação; o fluxo de acesso à fonoterapia do serviço público; as considerações éticas para desenvolvimento deste estudo; os procedimentos de avaliação e de terapia fonoaudiológica; a descrição do sujeito M¹⁷; e, por último, a análise do processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico M.

4.1 Cenário da pesquisa

Os dados para o desenvolvimento desta pesquisa foram coletados no Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro, localizado na cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, o qual está vinculado ao Sistema Único de Saúde e que atua em parceria com o Curso de Bacharelado em Fonoaudiologia, da Faculdade Nossa Senhora de Fátima.

Em 2004, foram iniciadas, nesse serviço, as atividades de atendimento ao público na especialidade de fonoterapia, vinculadas à clínica escola da Faculdade Fátima. Em meados de 2009, conforme as Portarias Ministeriais 587 e 589, de 2004, foi inaugurado o serviço audiológico.

No início dos atendimentos prestados em fonoterapia, atendia-se, em média, 215 pacientes por mês e respeitava-se uma lista de espera interna. A partir de julho de 2012, o

¹⁷ A fim de preservar sua identidade, o indivíduo afásico será reconhecido como M, que corresponde à letra inicial do seu nome.

serviço de fonoterapia passou a ser vinculado ao Sistema Único de Saúde, o que possibilitou o aumento significativo de atendimentos, passando de 215 para 500 atendimentos por mês.

O objetivo do Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro, especificamente do setor de fonoterapia, é oferecer práticas fonoaudiológicas aos acadêmicos do Curso de Fonoaudiologia, bem como proporcionar à população promoção, prevenção e reabilitação da saúde fonoaudiológica.

Atualmente, a equipe do setor de fonoterapia é composta por duas fonoaudiólogas, uma estagiária/bolsista e acadêmicas do Curso de Fonoaudiologia, que atuam sob supervisão técnica de profissionais devidamente habilitados.

4.2 Fluxo de acesso à fonoterapia

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Caxias do Sul, integrando a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, cuja abrangência é de 49 municípios. É atribuição da SMS formular e implantar políticas, programas e projetos que visem à promoção da saúde aos usuários do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017¹⁸).

A SMS tem como missão

prestar atenção integral à saúde da população da cidade, envolvendo desde a atenção aos problemas e necessidades básicas mais comuns até o atendimento aos casos mais complexos e assistência hospitalar. O trabalho inclui a atenção às necessidades de urgência e emergência junto ao Pronto Atendimento 24 horas e a assistência hospitalar aos casos que requerem internação para cirurgias e acompanhamento mais intensivo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

O fluxo de acesso à fonoterapia é determinado pelo Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria (DACRA), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Caxias do Sul. O encaminhamento para a avaliação e para o tratamento fonoaudiológico é realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que agenda as consultas conforme a disponibilidade de horários oferecidos pela Central de Regulação Ambulatorial (DACRA, 2012)¹⁹.

Em seguida, o paciente é encaminhado para um dos três centros vinculados ao SUS para receber o atendimento fonoaudiológico, que compreende a Escola de Ensino Médio

¹⁸ Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://www.caxias.rs.gov.br/saude/>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

¹⁹ Verificar Anexo A.

Hellen Keller, o Centro Especializado em Saúde e o Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro. Posteriormente à avaliação fonoaudiológica, é verificado se o indivíduo necessita de fonoterapia. Se o cliente não carecer do serviço, o responsável pelo Centro preenche o Boletim de Referência e Contra-Referência (BRCR), em que consta o resultado da avaliação fonoaudiológica, e reencaminha para a UBS. Caso a fonoterapia seja necessária, o Serviço realiza o agendamento interno de até vinte e cinco sessões, com duração de trinta minutos cada, sendo o atendimento fonoaudiológico realizado uma vez por semana. Se, após as vinte e cinco sessões, houver melhora parcial no quadro clínico, o Serviço disponibiliza mais dez sessões para dar continuidade ao tratamento; todavia, se após as vinte e cinco sessões houver melhora integral do quadro ou não houver alteração significativa, o cliente é reencaminhado para o profissional que solicitou o acompanhamento fonoaudiológico, através do BRCR. Se necessário, durante o período em que estiver sob tratamento fonoaudiológico, o cliente pode ser encaminhado para atendimento médico especializado, feito por meio do Boletim de Referência e Contra-Referência, que é conduzido pela UBS (DACRA, 2012).

4.3 Considerações éticas

O estudo foi realizado a partir da coleta e da análise dos dados do prontuário de uma paciente que apresenta diagnóstico fonoaudiológico de afasia de Broca, bem como da observação clínica, de algumas sessões, do processo de reabilitação afasiológica. Assim que a paciente iniciou o tratamento fonoaudiológico no Centro de Saúde, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi, automaticamente, inserido em seu prontuário clínico, para que ela ou seu responsável autorizasse a utilização de seus dados, a fim de contribuir com novas pesquisas científicas.

Este projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa indicado²⁰. Somente após a sua aprovação foi iniciada a coleta de dados. As pesquisadoras deste estudo comprometeram-se a preservar a privacidade e a confidencialidade com relação aos dados coletados através da assinatura do termo de consentimento para utilização de dados.

A instituição participante da pesquisa assinou o Termo de Ciência da Empresa Envolvida²¹, que garante e autoriza o procedimento e a coleta de dados dentro de sua

²⁰ Verificar Anexo B.

²¹ Verificar Anexo C.

instituição. É garantido à instituição participante que a pesquisa não acarreta em risco algum e, pelo contrário, traz benefícios ao serviço envolvido.

Os resultados obtidos neste estudo serão utilizados estritamente para fins científicos e acadêmicos, podendo ser, posteriormente, publicados em periódicos da área e apresentados em eventos regionais, nacionais ou internacionais.

4.4 Avaliação e reabilitação fonoaudiológica no Sistema Único de Saúde

Os pacientes vinculados ao Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro são direcionados à terapia fonoaudiológica, após realizarem a entrevista inicial, que coleta informações referentes aos dados de identificação, à queixa, à conduta e aos encaminhamentos a serem efetuados. Esse processo é realizado por uma fonoaudióloga ou por uma estagiária do Serviço.

No primeiro contato com o profissional responsável pelas sessões de terapia, o paciente é informado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Clínica de Fonoaudiologia, do Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro. O termo é composto pelos dados pessoais do paciente e pela sua autorização voluntária em receber o tratamento fonoaudiológico. O assentimento é dado através da tomada de decisão voluntária do paciente, ou de seu representante legal, mediante entrevista com o fonoaudiólogo responsável pela inserção do paciente no serviço. Durante a entrevista, ambas as partes trocam perguntas e informações que culminam na assinatura do termo de consentimento, estando o paciente consciente dos riscos, benefícios e possíveis consequências do tratamento ao qual será submetido. Em seguida, o paciente é informado de que o tratamento disponibilizado pela Clínica não limita, substitui, nem exclui qualquer outra intervenção a que está sendo submetido em outra especialidade da área da saúde, para obtenção da cura ou para alcançar melhor resultado, devendo atender, também, às prescrições e às determinações dos demais profissionais de saúde. Além disso, o paciente é alertado de que o tratamento adotado não implica necessariamente cura e que a evolução da doença e da reabilitação pode obrigar o fonoaudiólogo (ou o estagiário responsável) a modificar condutas inicialmente propostas. Ainda na primeira sessão, o paciente é notificado de que possui o direito de receber 25 atendimentos fonoaudiológicos, os quais, dependendo da sua evolução clínica, podem ser prorrogados por mais 10, totalizando 35 sessões de fonoterapia.

Após explicar acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ainda na primeira sessão de terapia, o profissional responsável aplica a anamnese, a fim de identificar: o histórico e a causa da queixa; o profissional que realizou o encaminhamento; a área da

fonoaudiologia em que consistirá o tratamento; as intercorrências nas atividades diárias devido ao comprometimento; o histórico médico; a presença de comorbidades; o tempo de espera para receber o atendimento (comparado à data que sofreu a lesão, se for o caso); e a percepção do paciente e do familiar quanto à gravidade da alteração e às expectativas do tratamento fonoaudiológico.

As avaliações, referentes à causa e à queixa, iniciam na segunda sessão de fonoterapia e podem se estender, caso necessário, por mais duas ou três sessões, a fim de coletar todas as informações relativas ao comprometimento fonoaudiológico e determinar as habilidades alteradas.

Os atendimentos fonoaudiológicos, com vistas à reabilitação da patologia, iniciam, geralmente, a partir da quinta sessão de fonoterapia.

4.5 O sujeito M

M participou da entrevista inicial no Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro no dia 19 de junho de 2015 e sua primeira consulta fonoaudiológica ocorreu no dia 07 de agosto de 2015, aproximadamente dois meses depois.

M, nascida em 1º de julho de 1957, sexo feminino, brasileira, divorciada, mãe de um filho, não finalizou o ensino fundamental e atua profissionalmente como cabeleireira.

Foi encaminhada à intervenção fonoaudiológica por um neurologista, devido à dificuldade para falar, que foi identificada há vinte anos, após sofrer um aneurisma cerebral²², que se rompeu. Em 2014, retirou um tumor na região do pescoço.

M relatou, por meio de gestos e palavras monossilábicas, que o problema interfere em sua vida diária, principalmente quando necessita solicitar algo para alguém que desconhece suas condições linguístico-neurológicas. Referiu ainda que, após tratar a lesão cerebral, realizou tratamento fonoaudiológico, por pouco tempo devido às suas condições financeiras.

4.6 O processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico M

Os dados desta pesquisa são fruto da observação de algumas sessões de fonoterapia, que foram investigadas por meio da análise do prontuário do sujeito M, em que constam os

²² O *aneurisma* é caracterizado pela dilatação anormal de um vaso sanguíneo causado pelo enfraquecimento das paredes do vaso, por trauma ou por doença vascular (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

dados pessoais, o diagnóstico fonoaudiológico, as avaliações realizadas, os planejamentos terapêuticos e os resultados obtidos nas sessões de fonoterapia.

O período de coleta dos dados estendeu-se de 07 de agosto de 2015 a 13 de outubro de 2016, o que corresponde ao período letivo de dois semestres e meio. As sessões de fonoterapia foram interrompidas durante as férias escolares. Os atendimentos ocorreram em um dos consultórios fonoaudiológicos do Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro e cada sessão contou com a duração de 30 minutos, conforme as instruções normativas do Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria (DACRA), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Caxias do Sul.

M recebeu 35 atendimentos fonoaudiológicos²³. As primeiras quatorze sessões foram realizadas pela estagiária P. D. A. e ocorreram de 07 de agosto a 19 de novembro de 2015. As 13 sessões seguintes foram executadas pela estagiária A. S. e aconteceram de 10 de março a 23 de junho de 2016. As últimas oito sessões foram desenvolvidas pela estagiária L. R. S., no período de 04 de agosto a 06 de outubro de 2016. Durante os recessos escolares, M foi atendida pela fonoaudióloga responsável pelo Serviço.

Tendo em vista o caso clínico observado nesta dissertação, constatou-se que a primeira sessão é valiosa, no sentido de ouvir o que a paciente presume sobre o seu comprometimento, seu desempenho social e suas possibilidades de recuperação.

1ª sessão – 07/08/2015

No primeiro atendimento fonoaudiológico de M, foi possível perceber que sua identidade enunciativa se encontrava abalada, uma vez que tentou se comunicar, por meio da fala, e não obteve sucesso, tendo que relatar sua angústia, através de gestos. A paciente manifestou que sempre falou demais e que essa situação a deixava constrangida.

Concluído o atendimento, nesta mesma sessão, devido à extrema dificuldade comunicativa, M solicitou à estagiária que escrevesse um bilhete, para que ela pudesse levar a uma agência bancária, após o término da sessão, com o intuito de requerer, por meio dele, alguns serviços. A paciente demonstrou o que queria dizer, após diversas tentativas de adivinhação, realizadas pela estagiária.

A partir disso, M tentou, inúmeras vezes, ocupar o lugar do *eu* no discurso, todavia, quando a estagiária usou “eu” para escrever a frase “eu quero sacar 200 reais”, logo foi

²³ As sessões de fonoterapia realizadas por M estão descritas no Anexo D.

questionada pela paciente, que solicitou, por meios de gestos indicadores de negação, que a palavra “eu” fosse substituída pelo seu nome próprio.

Percebeu-se, a partir dessa situação, a dificuldade de M em se reconhecer como o *eu* do discurso, tendo em vista que *eu* só pode ser empregado na medida em que se dirige a alguém, por meio do processo enunciativo, e realiza experiências por oposição, em que se defronta com um *tu*; no entanto, devido à lesão cerebral, que resultou na afasia, M não se identifica como sujeito do discurso.

Como visto no capítulo 2 desta dissertação, Benveniste (2005, p. 285) refere que é “um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição de homem”. Destaca, ainda, que “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como *sujeito*” (BENVENISTE, 2005, p. 286, grifo original), uma vez que ela fundamenta o conceito de “ego”.

A autoconsciência só é possível a partir de experiências por contraste. *Eu* só é empregado na medida em que se dirige a alguém, que corresponde ao *tu*. Essa é uma relação de reciprocidade: o *tu* se tornará a alocação da pessoa que se designar como *eu*, e vice-versa (BENVENISTE, 2005).

A permuta do uso do *eu* e do *tu*

somente é possível no exercício da língua, ou seja, enunciar é admitir a possibilidade de se propor como “eu” e por este ato mesmo propor o outro como “tu”, sabendo-se desde sempre que isso implica submeter-se à fugacidade do lugar – imaginário, certamente – do “eu”. Eis o paradoxo da enunciação: não se pode ser sujeito sem ocupar o lugar de “eu”, mas é necessário abandoná-lo em favor do “tu” no instante mesmo em que o “eu” quer ser “eu” (FLORES, 2007, p. 113).

Conforme Benveniste (2006, p. 101), a subjetividade une o dialógico-discursivo, que se encontra à margem da língua, ao traço autorreferencial da linguagem, interno à língua, de modo que

cada um fala a partir de si. Para cada falante o falar emana dele e retorna a ele, cada um se determina como sujeito em relação ao outro ou a outros. Entretanto, e talvez por causa disto, a língua que é assim a emanação irredutível do eu mais profundo de cada indivíduo é ao mesmo tempo uma realidade supraindividual e coextensiva à toda a coletividade. [...] [a língua] fornece o instrumento lingüístico que assegura o duplo funcionamento subjetivo e referencial, é a distinção indispensável [...] entre o eu e o não-eu.

Destaca-se que a identidade enunciativa do indivíduo se estabelece por meio da linguagem. Se a linguagem não é desenvolvida de forma adequada, devido a um comprometimento lingüístico desencadeado pela afasia, por exemplo, suas relações sociais

tornam-se limitadas e seu autorreconhecimento enquanto sujeito é prejudicado. Relacionar-se com o mundo e com os outros indivíduos é fundamental para constituir um grupo social, uma identidade cultural, e são essas condições que favorecem a constituição identitária do sujeito enquanto ser atuante na sociedade.

A identidade enunciativa, assim como a identidade individual/pessoal e a identidade cultural/coletiva estabelece-se a partir de representações simbólicas, que produzem significados, a fim de responder às dúvidas relativas quanto ao que somos ou ao que gostaríamos de ser, bem como a que grupos pertencemos ou a que grupos gostaríamos de pertencer (WOODWARD, 2000).

Silva (2000, p. 96-97) salienta ainda que

primeiramente, a identidade não é uma essência; não é um dado ou um fato – seja da natureza, seja da cultura. A identidade não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental. Por outro lado, podemos dizer que a identidade é uma construção, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato performativo. A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsciente, inacabada. A identidade está ligada a estruturas discursivas e narrativas. A identidade está ligada a sistemas de representação. A identidade tem estreitas conexões com relações de poder.

Acredita-se que definir identidade seja uma tarefa fácil, pois, resume-se em ser simplesmente aquilo que se é, como, por exemplo: “sou haitiano”, “sou negro”, “sou homossexual”, “sou jovem”. Concebe-se a identidade como positiva, independente e autônoma. Pensando assim, a identidade tem apenas como referência a si própria: “ela é contida e auto-suficiente”. Considera-se a diferença como entidade independente. Em oposição à identidade, a diferença é o que o outro não é: “sou americana”, “sou branca”, “sou homossexual”, “sou velha”. Assim como a identidade, a diferença é discernida por remeter a si própria e ser autorreferenciada (como algo que remete a si mesma), de modo que ambas, a identidade e a diferença, simplesmente existem (SILVA, 2000).

A identidade e a diferença, entretanto, são extremamente interdependentes, pois se afirmo que “sou haitiano” significa dizer que existem outros indivíduos que *não* são haitianos e *não* compartilham comigo o mesmo grupo identitário. “Por trás da afirmação ‘sou [haitiano]’ deve-se ler: ‘não sou argentino’, ‘não sou chinês’, ‘não sou japonês’ e assim por diante, numa cadeia, neste caso, quase interminável” (SILVA, 2000, p. 81).

Silva (2000) enfatiza que a identidade se estabelece por meio das fronteiras simbólicas e de valores opostos, com o intuito de distinguir-se do outro, através de um processo de alteridade (ser o que o outro não é). Todavia, não se pode falar em identidade, sem falar em

diferença, uma vez que são constructos inseparáveis, que se desenvolvem por meio da cultura, da sociedade e dos aspectos simbólicos.

A construção da identidade é marcada pela ambiguidade, pela “síntese inacabada de contrários, daquilo que é individual e coletivo, daquilo que é próprio e alheio, daquilo que é igual e diferente, sendo semelhante a uma linha que aponta ora para um polo, ora para outro”. Reconhece-se o outro por meio da identidade, que nos permite desvelar sua individualidade e sua coletividade, localizadas no tempo e no espaço e identificadas como estas e não outras, mesmo em metamorfose (MAHEIRIE, 2002, p. 41).

Para Arendt (2012, p. 89) a identidade individual “resulta dessas identificações construídas no tempo e no espaço, na interação com diferentes pessoas e objetos. As identificações podem ser, em razão disso, temporárias, flutuantes e flexíveis, e não monolíticas, rígidas e eternas”.

Alguns teóricos pós-estruturalistas entendem o sujeito como produto da cultura, desenvolvido por meio das relações de poder e das práticas discursivas. Weedon (2003, p. 126, tradução nossa), reitera que

o pós-estruturalismo discorda do sujeito Cartesiano, teorizando a subjetividade (definida como nosso senso de consciência e inconsciência de nós mesmos, nossas emoções e desejos) como um efeito da linguagem. A consciência racional é somente uma dimensão da subjetividade. É no processo de uso da linguagem – como pensamento ou discurso – que nós adotamos posições como sujeitos da fala e do pensamento.²⁴

A identidade discursiva se constrói a partir da organização enunciativa estabelecida pelo *eu* durante o discurso. Assim, ela sempre estará “em construção”, na medida em que se edifica a partir da interação com o *outro* (CHARAUDEAU, 2009). Enquanto a afásica não se reconhecer como o *eu* da enunciação, que integra o discurso, sua identidade enunciativo-discursiva encontrar-se-á abalada.

Ademais, a partir dos pressupostos linguísticos, explorados no capítulo 2 desta dissertação, referentes à concepção de *língua*, *linguagem* e *fala*, bem como os preceitos afasiológicos analisados no capítulo 3, concernentes ao conceito de afasia, grau de severidade e métodos de avaliação, constata-se que as sessões de reabilitação afasiológica devem fundamentar-se nos dados pessoais e socioculturais apresentados pelo afásico, nos resultados

²⁴ Originalmente: post-structuralism takes issue with the Cartesian subject, theorizing subjectivity (defined as our conscious and unconscious sense of self, our emotions and desires) as an effect of language. Rational consciousness is only one dimension of subjectivity. It is in the process of using language – whether as thought or speech – that we take up positions as speaking and thinking subjects.

das avaliações desenvolvidas, e, principalmente, nas situações interacionais discursivas, pois a linguagem apenas se concretiza nas relações comunicativas usuais, em que o indivíduo está contextualizado com o meio, com a linguagem e com a temática em discussão.

Jakobson (2003) salienta que o processo de reabilitação da afasia de Broca pode ser comparado ao processo de aquisição e de desenvolvimento de uma língua, na medida em que se busca associar os termos a serem ditos com unidades que já são conhecidas pelo falante. Assim, devido à necessidade de se comunicar com outros indivíduos tanto no ambiente familiar quanto no ambiente profissional e de reconstruir sua identidade enunciativa, buscou-se, a todo momento, mesmo que em situações discursivas espontâneas, oferecer à paciente atividades baseadas em seu repertório linguístico usual, uma vez que se M não reconhecer a funcionalidade da linguagem reaprendida, o consentimento de sua reabilitação será nulo. Portanto, se a reconstrução da identidade enunciativa se estabelece na e por meio da linguagem, cabe ao fonoaudiólogo proporcionar condições para que o afásico se sinta confortável frente ao tratamento e às atividades a serem desenvolvidas no âmbito clínico.

A comunicação discursiva é efetiva quando os interlocutores dispõem de um mesmo conhecimento para interpretar a mensagem. A construção da significação do discurso não se dá sempre da mesma forma, ela

depende justamente das complexas relações estabelecidas no contexto: o discurso se dá na situação. Quando o conhecimento recíproco e a partilha das pressuposições estão bem estabelecidos e os tópicos estão presentes na situação, o discurso pode fluir com uma mínima explicitude deixando-se aos fatores contextuais sua determinação. Caso contrário existe uma necessidade constante de ajuste e negociação e de um texto muito mais exigente e transparente (COUDRY, 2001, p. 65).

Coudry (2001, p. 05) descreve que “a afasia se caracteriza por alterações de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva”. Nesse sentido, os testes-padrão não avaliam integralmente a linguagem do afásico, tampouco garantem o prognóstico afasiológico, mas colaboram com o diagnóstico, identificando as habilidades afetadas. Assim, após a realização das avaliações, devem-se desenvolver estratégias que visem à reabilitação com base nas habilidades lesadas que foram identificadas.

Sabe-se da importância do jogo dialógico entre o terapeuta e o afásico logo nas primeiras sessões de fonoterapia, entretanto, devido às formalidades impostas pelo serviço público, esse jogo não acontece a contento, pois é necessário submeter o afásico a avaliações relativas aos distúrbios de linguagem e suas comorbidades, assim como inserir os resultados obtidos em *softwares* específicos, disponibilizados pelo Governo Federal, a fim de controlar

os atendimentos prestados e identificar as necessidades dos usuários, a partir dos serviços já realizados.

Conforme Felício (2014, p. 323), esses instrumentos

podem favorecer a organização administrativa e financeira dos atendimentos, o tempo da equipe na manipulação dos procedimentos, o resgate de informações sobre os pacientes, o conhecimento e a disponibilidade desse conhecimento onde e quando ele for necessário, para a adequada tomada da decisão e, em certos casos, a geração do diagnóstico e a orientação terapêutica.

Além disso, a estrutura curricular do curso de Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade Nossa Senhora de Fátima, especificamente a que concerne aos estágios de fonoterapia na clínica-escola, também se preocupa com a aplicação desses testes-padrão, uma vez que fornecem subsídios aos acadêmicos para iniciar o processo de raciocínio clínico e perceber as reais necessidades do paciente, na iminência de identificar seu diagnóstico e, conseqüentemente, entabular condutas que subsidiem o processo reabilitatório de cada caso.

2ª sessão – 20/08/2015

As avaliações fonoaudiológicas, oriundas de testes-padrão, iniciam na segunda sessão de terapia.

No caso de M, em sua segunda sessão, foi aplicado o teste M1-Alpha, que é utilizado para analisar o comportamento linguístico de indivíduos possivelmente afásicos.

Conforme Ortiz e Costa (2011), o instrumento comporta uma série de provas controladas, como se vê no quadro 7:

Quadro 7 – Provas controladas do Teste M1 – Alpha

PROVAS CONTROLADAS	ATIVIDADE
Conversa espontânea (entrevista semi-dirigida)	O sujeito deve responder a nove questões abertas, sendo que algumas delas podem ter subpartes.
Compreensão oral de palavras, frases simples e frases complexas	Tarefa composta por 11 pranchas ²⁵ com seis figuras dispostas em cada uma das cinco pranchas de palavras, quatro figuras em três pranchas de frases simples e em três pranchas relativas às frases complexas.
Compreensão escrita de palavras, frases simples e frases complexas	Tarefa composta por 11 pranchas com seis figuras dispostas em cada uma das cinco pranchas de palavras, quatro figuras em três pranchas de frases simples e quatro figuras em três pranchas de frases complexas. Para cada prancha apresentada, o investigador apresenta um estímulo escrito, que deve ser lido silenciosamente e colocado sobre a figura correspondente.
Escrita copiada	O sujeito deve copiar uma frase.

²⁵ Referem-se a figuras que contêm símbolos, letras e palavras que representam mensagens (SANT'ANNA; DELIBERATO; ROCHA, 2017).

	A cópia fiel ou servil não é considerada como correta.
Ditado	O investigador dita três palavras e uma frase e o sujeito deve escrevê-las.
Leitura em voz alta	O sujeito deve ler um total 11 estímulos, sendo oito palavras e três frases.
Repetição	O sujeito deve repetir um total de 11 itens, sendo oito palavras e três frases, que são transcritos pelo investigador de acordo com a emissão do sujeito.
Denominação	O sujeito deve nomear 12 figuras.

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base no protocolo de Ortiz e Costa (2011).

Através da avaliação do Teste M1-Alpha, verificou-se que a paciente M apresentou pontuação abaixo do ponto de corte para os domínios de fala espontânea, nomeação, leitura em voz alta e escrita. Além disso, observaram-se agramatismos²⁶, esforço ao falar, anomias²⁷, uso de jargões²⁸, estereotípias e parafasias²⁹. Durante a realização do teste, a paciente não demonstrou problemas de compreensão, mas, sim, uma dificuldade acentuada na programação motora da fala, sempre buscando pistas fonoarticulatórias, oriundas da terapeuta, para desempenhar o que lhe era proposto.

Muitos fonoaudiólogos deixam de utilizar protocolos de avaliação por serem longos e cansativos, porém, conforme Ortiz e Costa (2011), o teste M1-Alpha é um instrumento desenvolvido especificamente para procedimentos rápidos, incluindo triagens fonoaudiológicas hospitalares. Ou seja, a avaliação pode ser realizada com o paciente que ainda se encontra no leito, após diagnóstico médico de afasia. Entretanto, o teste é composto por estímulos que podem ser processados com dificuldade pela população de baixo letramento. Isso implica dizer que o sujeito M, que cursou apenas parte do ensino fundamental, pode apresentar dificuldades (principalmente de leitura e escrita) devido à sua baixa escolarização, e não ao fato de possuir um distúrbio de linguagem. Assim, conclui-se que o Teste M1-Alpha é inconsistente, subjetivo e não considera aspectos individuais e socioculturais.

²⁶ O *agramatismo* consiste na desorganização da linguagem, especificamente na estrutura sintática. Normalmente encontra-se na afasia de Broca. Nesse caso, é possível constatar: omissão e troca de artigos, preposições e pronomes pessoais; emprego dos verbos no infinitivo, de modo que a distinção entre as diversas formas de flexão gramatical se perde; problemas na construção frasal com inversão da subordinação e da coordenação sintática; perda da entonação melódica da frase; construção de frases incompletas (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

²⁷ A *anomia* diz respeito à inabilidade para denominar objetos, que são mostrados ao afásico. A incapacidade de nomear coisas é encontrada em quase todos os tipos de afasias (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

²⁸ O *jargão* define-se pela produção verbal sem identificação precisa. É um discurso sem mensagem, uma linguagem incompreensível, sem significado, perfeitamente articulada, num ritmo rápido. Desaparecem aqui duas qualidades que garantem o significado da informação: a semântica e a sintaxe (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

²⁹ A *parafasia* diz respeito à emissão de uma palavra por outra quando não existe um problema muscular orofacial. Observa-se a existência de uma ligação conceitual, ou fonética e fonêmica, ou morfológica entre o nome proferido e o objeto apresentado (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Nos últimos minutos dessa sessão, a frustração tomou conta da paciente, devido ao fato de não conseguir se expressar e se fazer entender. A partir da avaliação realizada, verificou-se que M apresenta afasia de Broca.

3ª sessão – 27/08/2015

Na terceira sessão, M foi submetida ao protocolo de disartria³⁰, desenvolvido por Fracassi et al. (2011), que visa à análise do conjunto de alterações miofuncionais. Através do protocolo, é possível avaliar cinco componentes orgânicos, envolvidos no desenvolvimento da fala, como: (a) a respiração, que é verificada através da frequência respiratória, por meio da contagem do número de ciclos respiratórios durante um minuto; e o número de palavras por expiração, observadas a partir da contagem numérica inversa espontânea e durante a fala espontânea; (b) a fonação, que consiste na avaliação perceptivo-auditiva da qualidade vocal e análise acústica, por meio do tempo máximo de fonação durante a emissão das vogais sustentadas /a/ e /i/, das fricativas surda e sonora /s/ e /z/ (proporção entre elas) e a fala espontânea. Examinam-se também a sensação de frequência e intensidade (*pitch* e *loudness*) e características da emissão (ataque vocal e estabilidade); (c) a ressonância, que culmina na movimentação velar e faríngea para emissão dos fonemas /a/ e /ã/, alternadamente, e durante a repetição da sílaba /ka/. A emissão nasal é avaliada com o auxílio do espelho milimetrado de glatzel; (d) a articulação, que se caracteriza pela amplitude dos movimentos de lábio, língua e mandíbula com avaliação da constância e velocidade. Os sujeitos devem emitir, espontaneamente, de forma sobrearticulada o /i/, /u/, e /pa/, e as sílabas /ka/ e /ta/ alternadamente e com velocidade crescente. Para avaliar a articulação, Fracassi et al. (2011) sugerem analisar a fala espontânea, a descrição de figuras e a leitura de palavras isoladas, com pontos e modos articulatórios distintos, além das diadococinesias³¹; e, por último, (e) a prosódia, que se observa por meio da leitura, durante a fala espontânea e a partir da entonação dada à fala ao emitir frases afirmativas, interrogativas e exclamativas. Para quantificar a disartria, cada componente de fala é graduado a partir da escala de 0 a 6, sendo 0 ausência do distúrbio e 6 distúrbio grave. Após essa análise, a pontuação obtida em cada componente é somada, classificando a disartria em leve (1-10 pontos), moderada (11-20 pontos) ou grave (21-30 pontos).

³⁰ A *disartria* consiste no conjunto de alterações resultantes do distúrbio no controle muscular do mecanismo da fala devido lesão no sistema nervoso central ou periférico (FRACASSI et al., 2011, p. 1056).

³¹ A *diadococinesia* diz respeito à capacidade que um indivíduo tem para realizar movimentos rápidos de forma alternada (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014).

Através do protocolo de avaliação da disartria, desenvolvido por Fracassi et al. (2011), não foi detectada em M nenhuma alteração nos itens referentes à respiração, à fonação, à ressonância e à articulação, entretanto, a aplicação do protocolo não foi finalizada devido ao fato de a paciente apresentar dificuldade acentuada na programação mental para realizar a produção oral. Assim, não foram observados sinais na fala que caracterizassem uma disartria.

Como visto no capítulo anterior, Jakubovicz (2004) e Cupello (2004) apontam que as afasias não podem ser atribuídas por danos de paralisia muscular ou sensorial, todavia, podem estar associadas. Por isso, dá-se a necessidade de realizar esse tipo de avaliação em M, que poderia apresentar afasia e, concomitante, disartria, apraxia de fala e/ou disfagia.

4ª sessão – 03/09/2015

A quarta sessão de fonoterapia teve como objetivo avaliar as funções do Sistema Estomatognático (SEG), por meio do protocolo desenvolvido por Cesa (2012)³², que analisa as estruturas orofaciais em repouso; a mobilidade; a percepção da força dos músculos bucinador, via contra resistência; os hábitos orais deletérios; e as funções do SEG, como a fala, a respiração, a deglutição e a mastigação.

Através da avaliação realizada em M, verificaram-se tensão do lábio inferior para a direita e do mento, hipotonia da bochecha à direita (em repouso), presença de prótese dentária parcial superior e ausência de dentes inferiores. Quanto à força do bucinador via contra resistência mantida, observou-se flacidez à direita. Além disso, restos de alimento foram encontrados na cavidade oral, após deglutição do bolo alimentar.

A lesão cerebral, além de desencadear um distúrbio de linguagem, pode provocar transtorno de mobilidade, sensibilidade, força e tônus orofacial, por isso, há a necessidade de avaliar as estruturas envolvidas com o sistema estomatognático, de modo que o fonoaudiólogo atue na prevenção e na redução de complicações, a partir do gerenciamento seguro e eficaz dos processos envolvidos com a deglutição e com a linguagem (PADOVANI et al., 2007).

Ressalta-se que os protocolos de avaliação escolhidos para serem aplicados no âmbito clínico são estudados, primeiramente, em disciplinas teóricas do curso de Fonoaudiologia da Faculdade Nossa Senhora de Fátima e, em seguida, repassados à clínica-escola para embasar a intervenção fonoaudiológica. Acredita-se que os protocolos, antes de serem direcionados à prática, devem ser validados cientificamente, adaptados e traduzidos para o português

³² Protocolo elaborado no ano de 2012 por Carla Ciceri Cesa, Fonoaudióloga e docente da Faculdade Nossa Senhora de Fátima. O teste avaliativo não apresenta normatização e também não foi validado cientificamente.

brasileiro, quando necessário, e normatizados, de modo que, através de pesquisa científica, identifique-se o motivo pelo qual o protocolo se destina a avaliar certas estruturas e funções.

Com relação ao caso de M, verificou-se, por meio do protocolo de Cesa (2012), que avalia sucintamente as funções do sistema estomatognático, a presença de resíduos alimentares na cavidade oral. Porém, após a obtenção desse resultado, não foi solicitado à paciente exame médico específico (conhecido como videofluoroscopia, que visualiza e avalia as estruturas envolvidas no processo de deglutição), ou realizada avaliação específica de deglutição, em que podem ser observados os seguintes aspectos: o histórico clínico do paciente (pneumonia, desnutrição, desidratação); os exames complementares que já foram realizados; os distúrbios associados; o nível de consciência à atenção; a emissão da linguagem oral; a postura e o posicionamento para realizar a deglutição; as condições pulmonares e respiratórias; a observação das três fases da deglutição (oral, faríngea, esofágica); e os sinais clínicos de aspiração ou penetração; de modo a garantir um diagnóstico fonoaudiológico funcional de disfagia ou distúrbio de deglutição.

A partir disso, constata-se a real necessidade da aplicação de protocolos avaliativos. Com relação aos testes-padrão aplicados em afásicos, Coudry (2001, p. 11) acredita que

o examinador ocupa uma posição de domínio da interlocução e detém um saber sobre o afásico e sobre a linguagem (muito próxima do saber “escolar”) a respeito do qual quer testar o sujeito, de modo a desfazer a simetria e interação indispensáveis ao exercício da linguagem. Fica evidente que esses tipos de tarefa (nomear, definir, listar, repetir, etc.) excluem o interlocutor da situação de interlocução; esta é construída do ponto de vista do locutor-examinador, mesmo que sob a aparência de um pedido para que o afásico fale.

Sabe-se que, além da afasia, o indivíduo pode apresentar outras comorbidades. Assim, contrariamente a Coudry (2001), acredita-se que os testes-padrão devem ser aplicados na medida em que contribuem para o diagnóstico, não só da afasia, mas de outros distúrbios oriundos da lesão cerebral. Ou seja, os testes aplicados em afásicos não se limitam a analisar apenas as habilidades envolvidas com o desempenho linguístico, mas, também, investigam o funcionamento de algumas estruturas, responsáveis pelo desenvolvimento da mastigação, da deglutição, da respiração, da fala etc. A averiguação desses aspectos é extremamente relevante, principalmente quando a afasia é de expressão (dificuldade no ato motor), como é o caso das afasias de Broca, Global e Motora Transcortical.

Com base nos preceitos de Coudry (2001), cabe às sessões destinadas à reabilitação proporcionar situações de interlocução, em que o afásico assuma o papel do *eu* e do *tu*,

alternadamente, no discurso, com o intuito de reconstruir, da melhor forma possível, sua identidade enunciativa.

A partir dos resultados obtidos nas avaliações de M, concretizadas nas primeiras sessões, foi possível iniciar a intervenção fonoaudiológica, com vistas à reabilitação afasiológica.

5ª sessão – 10/09/2015

A quinta sessão de fonoterapia visou à estimulação do acesso lexical e à programação mental, considerando a produção oral. As atividades foram realizadas com o auxílio da fonoterapeuta, que serviu de modelo para a produção e articulação das palavras. Utilizaram-se figuras de objetos isolados, presentes no âmbito profissional da paciente, que é o salão de beleza. Intentou-se estimular os vocábulos encontrados nesse ambiente, tendo em vista a familiaridade da afásica com o tema. Para finalizar, a fonoterapeuta entregou à paciente uma lista de palavras, que fazem parte do seu dia a dia, como ‘cabelo’, ‘escova’, ‘chapinha’, ‘secador’ entre outras, para treinar a leitura e a produção oral em casa.

Entende-se a relevância do emprego e do uso de uma linguagem acessível e representativa, no que diz respeito às relações advindas das experiências vividas pelo afásico. O aumento do conhecimento mútuo, entre fonoterapeuta e paciente, provocado pelos procedimentos avaliativos e pelas atividades de interesse pessoal, subsidia condições mais espontâneas, que contribuem de forma significativa na reconstituição da identidade enunciativa do afásico.

6ª sessão – 17/09/2015

Esta sessão objetivou estimular o acesso lexical, a nomeação de vocábulos isolados, a leitura e a programação mental da produção oral.

Iniciou-se a terapia por meio de conversa espontânea – momento em que M evidenciou os resultados obtidos na atividade desenvolvida em casa e referiu, através de palavras isoladas e gestos, os momentos mais significativos da semana.

Independentemente da vertente teórica assumida, acredita-se que “o conhecimento mútuo constitui o conjunto das pressuposições indispensáveis ao diálogo e à determinação pragmática da significação nas situações discursivas” (COUDRY, 2001, p. 79). Assim, essa troca de informações deve, constantemente, fundamentar a prática clínica com os afásicos.

Com base nos preceitos de Coudry (2001), a sessão ocupou-se, sobretudo, da edificação desse conhecimento mútuo (terapeuta-paciente), referido anteriormente, isto é, das informações pessoais, profissionais, atividades diárias, amigos, lazer etc.

A afásica destacou que, quando não está em seu ambiente de trabalho, está em casa, desempenhando alguma atividade doméstica. Para ela, cuidar do lar permite sua aproximação e seu convívio com os entes queridos. Dessa maneira, as atividades proporcionaram o reconhecimento, por meio de palavras isoladas relacionadas a imagens, dos objetos encontrados nos diversos ambientes da casa, principalmente na sala de estar. A partir da identificação, foi possível programar mentalmente a fala e executá-la através de situações discursivas. Percebeu-se que M participou ativamente da terapia em virtude de partilhar da mesma gama linguística e estar familiarizada com o assunto. De uma sessão para outra, a estagiária identificou progresso na produção oral de M, tendo em vista os exercícios que lhe foram disponibilizados para treino em casa.

7ª sessão – 01/10/2015

As atividades propostas para a sétima sessão foram ao encontro das desenvolvidas na sessão anterior, todavia, com base no acervo lexical de outros ambientes da casa, como a cozinha e o quarto³³.

Nesta sessão, a paciente demonstrou-se frustrada por não conseguir falar e escrever alguns vocábulos e, pelo fato de não os realizar isoladamente, apresentou dificuldades para expressá-los por meio do discurso.

Para Benveniste (2005), o sujeito é o ser que produz linguagem, que fala, que interage com o outro por meio das interações discursivas. Dessa forma, a linguagem é um fato humano, ou seja, é através dela que os interlocutores se estabelecem enquanto sujeitos.

Constata-se que há momentos em que M não utiliza a linguagem enunciativa devido às dificuldades de programação mental para realização da produção oral e de acesso lexical, o que faz com que não se reconheça enquanto sujeito do discurso, tampouco se identifique como o *eu* enunciativo, considerando que o *eu* se instaura na e pela linguagem.

As dificuldades apresentadas por M para acessar o léxico e programar mentalmente a produção oral podem ser relacionadas com o que Saussure (2012) refere sobre o eixo associativo e sintagmático.

³³ Verificar anexo E.

Para o linguista genebrino (2012), tanto as diferenças sonoras quanto as conceituais, integrantes da língua, são consequências de duas comparações – as aproximações associativas e as sintagmáticas. Os conjuntos das duas esferas são estabelecidos pela língua, e é a partir desse agrupamento de termos que ela é organizada funcionalmente e constituída, de modo que cada uma concebe determinado valor.

A frase consiste em um exemplo típico de sintagma. Ela pertence à fala e não à língua. Cabe à fala a liberdade de adotar as melhores combinações. Já as relações associativas realizadas mentalmente não se restringem a aproximar elementos que apresentam algo em comum. Basicamente, a essência das relações que une os termos em cada situação é captada e, com isso, são desenvolvidas diversas séries associativas e relações que possam existir (SAUSSURE, 2012).

A partir disso, constata-se que o afásico de Broca apresenta dificuldade para relacionar o eixo associativo ao sintagmático. Mentalmente, o indivíduo seleciona as combinações mais oportunas para expressar sua ideia, através da fala, porém nada garante que consiga desenvolver a unidade no plano linear sintagmático, devido aos bloqueios neurológicos que desfavorecem a nomeação, característicos da lesão cerebral.

Ao recorrer a outros elementos para fazer as devidas associações, o afásico de Broca seleciona, mentalmente, os termos que remetem à analogia dos significados. Na maioria das vezes, é inviável realizar certas aproximações por meio do radical ou do sufixo em virtude da complexidade em realizar o ponto articulatório de determinado som, ou seja, M, constantemente pronuncia “cabelo” quando se refere à sua profissão “cabelereira”, que vindica habilidades adicionais.

8ª sessão – 08/10/2015

A oitava sessão destinou-se à otimização da capacidade de repetição, nomeação, atenção, memória, prosódia, bem como à estimulação do acesso lexical e à programação mental da produção oral.

A estagiária apresentou a música preferida da paciente. Primeiramente, escutou-se integralmente a canção, que tocava no rádio. Em seguida, a música foi sendo pausada a cada três palavras, com o intuito de promover a repetição dos vocábulos que ouviu. Além disso, foram disponibilizadas pranchas com trechos da canção para apoio visual. A fonoterapeuta auxiliou nas situações de dificuldade, apresentando o modelo articulatório ideal para a pronúncia das palavras.

Percebeu-se que, quando a paciente se identifica com a atividade, sua comunicação oral flui e os resultados são positivos. Ao se conceber, na clínica fonoaudiológica, a linguagem como um trabalho identitário-constitutivo,

busca-se (re)inserir o sujeito, agora afásico, em rotinas significativas para ele, aproximando-o das suas atividades cotidianas anteriores à lesão cerebral. Nesta perspectiva, o terapeuta deve ser um interlocutor privilegiado, que conhece os processos linguísticos do afásico e é capaz de propor estratégias terapêuticas que visam a (re)inserção do sujeito na linguagem. Essa (re)inserção é realizada por meio de propostas de práticas de oralidade, leitura e escrita que têm relação com as práticas sociais do sujeito (SENHORINI et al., 2016, p. 310).

Considera-se que a interação verbal desempenha papel fundamental na reconstituição da identidade social e discursiva, além de envolver inúmeras habilidades linguísticas.

9ª sessão – 15/10/2015

A nona sessão visou à revisão dos vocábulos relacionados ao salão de beleza. Estimulou-se a construção discursiva, tendo em vista as situações interativas vivenciadas pela paciente diariamente. Além disso, presou-se pelo aprimoramento da programação mental da produção oral.

A atividade baseou-se em pranchas com palavras isoladas, conhecidas pela paciente, que necessitou organizá-las sintaticamente, a fim de estimular a criação de frases curtas e a produção oral dessas sentenças.

M obteve sucesso na organização de frases curtas e menos complexas. Demonstrou dificuldade na nomeação e na leitura, porém gostou do exercício que lhe foi proposto.

10ª sessão – 23/10/2015

A décima sessão destinou-se a revisar os vocábulos trabalhados nos encontros anteriores, empregando-os em situações discursivas espontâneas. Salientou-se, a partir das dificuldades apresentadas por M, a importância do uso dos artigos definidos e indefinidos, pois auxiliam a determinar os substantivos de forma particular, objetiva e precisa, individualizando seres e objetos.

A estagiária elegeu como atividade o jogo de memória, em que a paciente precisou relacionar a figura, que indicava um ser ou objeto, a um nome. As escolhas foram realizadas oralmente por M, que classificou a imagem de acordo com o seu gênero.

Jakobson (2003) reconhece a afasia de Broca como distúrbio de contiguidade e afirma que o indivíduo cérebro-lesado, portador desse transtorno, é incapaz de construir unidades

linguísticas plenas e de organizá-las em estruturas simples. Assim, a palavra é a maior entidade linguística preservada e que, devido à diminuição da extensão e da variedade das frases produzidas, os elementos sintáticos se perdem, levando o afásico a proferir um amontoado de palavras desconexas, na tentativa de enunciar uma frase simples. O autor afirma, como visto no capítulo 2 desta dissertação, que a “ordem das palavras se torna caótica; os vínculos de coordenação e subordinação gramatical, quer de concordância, quer de regência, dissolvem-se” (2003, p. 51). Assim, conjunções, pronomes, preposições e artigos desaparecem.

Portanto, o estímulo dessas partículas é fundamental, desde que vinculadas a situações interativo-discursivas, uma vez que auxiliam na construção dos processos de significação, a fim de reestabelecer, através da linguagem, as relações interpessoais e se reconstituir como sujeito do discurso.

11ª sessão – 29/10/2015

Paciente não compareceu à sessão fonoaudiológica.

12ª sessão – 05/11/2015 e 13ª sessão – 12/11/2015

Estas sessões tiveram como objetivo estimular o uso dos artigos definidos e indefinidos e aprimorar a programação mental da produção oral.

Através de conversa semi-espontânea, foi solicitado à paciente que nomeasse, oralmente, as imagens apresentadas nas pranchas e que indicasse o número (singular ou plural) e o gênero (masculino ou feminino) desses substantivos.

Por mais que no distúrbio de contiguidade, como refere Jakobson (2003), os enunciados sejam reduzidos a frases simples, e essas frases, na maioria das vezes, se restrinjam a uma só palavra, cabe às interações discursivas desenvolver habilidades linguístico-enunciativas que viabilizem o reestabelecimento do discurso fluente.

14ª sessão – 19/11/2015

Devido ao fato de ser a última sessão fonoaudiológica do semestre, pretendeu-se ratificar os aspectos linguísticos trabalhados anteriormente, através da revisão de vocábulos readquiridos, encontrados no salão de beleza e na casa; estimular a programação mental da produção oral; e promover a diferenciação entre o número (singular ou plural) e o gênero (masculino ou feminino) de substantivos, através do uso de artigos.

Para proceder à reabilitação, foi desenvolvido um jogo de bingo personalizado pela estagiária, em que constaram imagens e palavras já estimuladas. Objetivou-se, por meio do jogo, a nomeação dos objetos encontrados nas figuras e a respectiva classificação quanto ao número (singular ou plural) e ao gênero (feminino e masculino).

Jakobson (2003, p. 39) destaca que é imprescindível que os falantes conheçam as unidades linguísticas estabelecidas no discurso, de modo que, para “compreender a esmagadora maioria dos grupos de palavras, basta estarmos familiarizados com as palavras constituintes e com as regras sintáticas de suas combinações”. Nesse sentido, o jogo de bingo adequa-se à necessidade de promover o rápido acesso lexical e estimular a programação mental para a produção oral dos vocábulos mais utilizados no dia a dia da paciente.

M já havia demonstrado, por meio de gestos e agramatismos, interesse e satisfação em jogar bingo, por isso, a ideia de trazê-lo para a terapia fonoaudiológica. A paciente gostou da atividade e solicitou, por meio de palavras monossilábicas e gestos, que novos jogos fossem incluídos nas sessões.

A estagiária constatou uma evolução significativa quanto à nomeação e à programação mental do discurso de M, contudo, sabe-se que o trabalho é contínuo e que a estimulação fonoaudiológica ainda se faz necessária. Senhorini et al. (2016) reforçam que as práticas cotidianas que usam a linguagem escrita como sistema simbólico e tecnológico em contextos específicos pressupõem o envolvimento do afásico em diferentes práticas de linguagem, que favorecem as associações cognitivas e viabilizam a tomada de consciência do sujeito acerca dos processos linguísticos envolvidos em diversas situações sociais. Evidencia-se que esse processo não se dá somente pelo uso da palavra escrita, mas também por meio de práticas de linguagem multissemióticas, que envolvem a manipulação de gráficos, ilustrações, imagens, cores, sons e outros. Assim, a exposição do afásico frente às práticas cotidianas se faz necessária, na medida em que proporciona condições para manipular a linguagem, nas suas diferentes esferas, desde o desenvolvimento da escrita até a fala fluente.

No término dessa sessão, a paciente foi informada de que, devido ao recesso escolar, as sessões de terapia fonoaudiológica com a estagiária P. D. A. estavam encerradas.

15ª sessão – 10/03/2016

Esta foi a primeira intervenção fonoaudiológica desenvolvida por A. S., que corresponde à segunda estagiária do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Fátima a proceder ao tratamento reabilitatório de M.

A sessão visou ao desenvolvimento de vínculo entre M e a nova estagiária. Com o apoio do jogo de dominó, buscou-se investigar o desempenho das habilidades linguísticas da paciente, tendo em vista as terapias fonoaudiológicas já realizadas.

A estagiária confeccionou um jogo de dominó, que contou com figuras e palavras presentes no cotidiano da afásica, que contempla suas preferências e gostos, a fim de provocar situações interativas, promover o acesso lexical e a programação mental da fala. O jogo de dominó consistiu, primeiramente, na associação entre figuras e palavras escritas. Em um segundo momento, fundamentou-se na relação de *contiguidade* das orações, em que o vínculo, que caracteriza o jogo de dominó, ocorreu a partir da junção entre o início de frases usuais, como “*eu passo manteiga no...*”, com o possível termo, que finaliza a oração, nesse caso, o vocábulo *pão*. Têm-se outros exemplos, como: “O céu é... azul”, “Parabéns para você, nesta data... querida” etc.

Para Jakobson (2003) os elementos fonológicos e lexicais são responsáveis por distinguir as palavras umas das outras e por significá-las. Reconhecer sua função distintiva e significativa gera uma deficiência considerável para o contexto linguístico do afásico, de modo que a hierarquia das unidades linguísticas é revogada, reduzindo-se a um só nível. A última instância conservada é a palavra, que corresponde à classe dos valores significativos, ou ao fonema, que diz respeito à classe dos valores distintivos. Assim, o afásico é capaz de identificar, distinguir e reproduzir certos vocábulos e fonemas, porém não os compreende, em virtude das palavras perderem sua função significativa e assumirem a função distintiva, que, normalmente, pertence ao fonema.

Tendo em vista a afasia de Broca (ou de contiguidade, como refere Jakobson), o jogo de dominó corrobora o propósito de combinar e contextualizar palavras, considerando a sua função significativa. Dessa forma, objetiva-se, por meio do reconhecimento da sua aplicabilidade frente ao discurso, preservar a hierarquia das unidades linguísticas, de maneira que M saiba combinar palavras, levando em consideração seu valor linguístico, e entender a distinção entre um vocábulo e outro, a partir das particularidades fonoarticulatórias apresentadas por cada fonema.

Acredita-se que a interação intersubjetiva

cria condições de interação, não como um limite dos acontecimentos discursivos mas como o lugar onde eles podem ocorrer. A interação possibilita a participação dos interlocutores na instância discursiva de que fazem parte; os episódios discursivos, por sua vez, vão ampliando as condições de interação que tornam mais intensa a intersubjetividade (até mesmo porque nela o afásico se reconstrói como

sujeito), ampliando o espaço de interação inicial e orientando positivamente a evolução do processo (COUDRY, 2001, p. 82).

Notou-se melhora na comunicação discursiva da paciente, uma vez que, independentemente de ter estado de férias, realizou as atividades em casa, que lhe foram propostas na última sessão, com o intuito de praticar a sua linguagem oral.

16ª sessão – 17/03/2016

A décima sexta sessão teve como propósito realizar a avaliação da afasia, por meio do Teste M1-Alpha, desenvolvido por Ortiz (1993). Esse teste foi aplicado na segunda sessão fonoaudiológica, no dia 20/08/2015, pela primeira estagiária responsável pelas intervenções clínicas.

A mudança de fonoterapeuta supõe que novas avaliações sejam realizadas, a fim de verificar a evolução clínica da paciente, bem como despertar novas percepções para o distúrbio em questão. Além do mais, a maioria das avaliações provenientes de testes-padrão é subjetiva, o que implica dizer que podem haver divergências entre o desfecho de uma avaliação e o de outra, que dependem do olhar do fonoaudiólogo. Portanto, a percepção de outro profissional frente ao mesmo tópico investigativo é sempre importante.

Como se viu, o teste M1-Alpha, visa a analisar o comportamento linguístico de indivíduos possivelmente afásicos. O instrumento comporta uma série de provas controladas, como a conversa espontânea (entrevista semi-dirigida), a compreensão oral, a compreensão escrita, a escrita copiada, o ditado, a leitura, a repetição e a nomeação.

Através da avaliação, verificou-se que M conseguiu responder às perguntas de grau simples e usuais relativas à entrevista semi-dirigida. Quando perguntada sobre sua idade, indicou o número com os dedos das mãos, e, quando solicitada para relatar o que havia acontecido, utilizou palavras isoladas, como ‘cabeça’ e ‘AVC’ e alguns gestos, que apontavam para a cabeça, a fim de salientar a dificuldade para se comunicar devido à lesão cerebral.

Relacionando a teoria saussuriana aos distúrbios de linguagem, constata-se que o afásico, em específico o de Broca, apresenta dificuldade para relacionar o eixo associativo ao sintagmático. Mentalmente, o indivíduo seleciona as combinações mais adequadas para expressar sua ideia através da fala, entretanto, na maioria das vezes, não consegue desenvolver a unidade no plano linear sintagmático, devido aos bloqueios neurológicos que desfavorecem a nomeação, fazendo com que o indivíduo cérebro-lesado emita palavras soltas, desconectas e incongruentes.

Além disso, foram constatadas as seguintes dificuldades: anomia, parafasia, agramatismo e perseveração. A compreensão oral da paciente é satisfatória, porém, na maioria das vezes, M solicitou à estagiária que repetisse as informações. Com relação à compreensão da escrita, à leitura em voz alta, à repetição e à denominação, demonstrou comprometimento. A paciente conseguiu copiar a frase para a avaliação da escrita, todavia não conseguiu escrever os vocábulos que lhe foram ditados.

Apesar da crítica às inconsistências do teste M1-Alpha, apresentada na segunda sessão de terapia fonoaudiológica, acredita-se que M permanece com o diagnóstico fonoaudiológico de Afasia de Broca.

17ª sessão – 24/03/2016

Esta sessão destinou-se a analisar o conjunto de alterações miofuncionais, através do Protocolo de Avaliação de Disartria, proposto por Fracassi et al.(2011). A mesma avaliação foi realizada na terceira sessão de terapia fonoaudiológica, no dia 27/08/2015. Devido à mudança de estagiária, que ocorreu a partir da 16ª sessão, novas avaliações estão sendo realizadas.

Por meio da avaliação de disartria, constataram-se as seguintes alterações: o tempo de fonação para os fonemas /a/, /i/, /s/, /z/ foi, respectivamente, de 4,07 segundos (s), 5,84s; 4,60s e 4,21s; sendo que a normalidade se encontra entre os 10 e os 20 segundos. Na avaliação de palavras por expiração, a paciente não conseguiu desempenhar a tarefa, que compreendia a contagem dos números de 40 a 1. A qualidade vocal da paciente foi analisada como rouca e áspera. Dessa forma, M foi graduada com grau 3 (três)³⁴ de comprometimento de fonação.

Em relação à ressonância, observou-se que a movimentação velar de /a/ e /ã/ encontra-se alterada, enquanto que a mobilidade da parede faríngea (/ka/-/ka/-/ka) está adequada. A emissão nasal com utilização do espelho é normal, levando em consideração as palavras e frases que M conseguiu pronunciar. Assim, o grau de comprometimento de ressonância é 0 (zero).

Através de exercícios relacionados à articulação, constatou-se que M movimenta os lábios adequadamente, para pronunciar de forma espontânea e forçada os sons /i/, /u/, /pa/; movimenta a língua, em velocidade crescente, por meio dos sons /ka/ e /ta/; e abre a mandíbula de modo correto.

³⁴ Como dito na sessão três, para quantificar a disartria, cada componente de fala é graduado a partir da escala de 0 a 6, sendo 0 ausência do distúrbio e 6 distúrbio grave.

Não foi possível avaliar o desempenho da fala espontânea, a leitura, a emissão de palavras isoladas e a prosódia, devido ao comprometimento linguístico-neurológico apresentado por M, portanto, sua precisão articulatória foi classificada como grau 6 (seis).

Nessa avaliação, a paciente não conseguiu realizar a maioria das tarefas, devido à dificuldade de expressão, o que não caracteriza necessariamente a disartria, porém acredita-se que a Afasia de Broca está associada ao distúrbio miofuncional.

Ressalta-se que o Centro de Saúde ser também Clínica-Escola pressupõe que os discentes atuem no âmbito clínico, relacionando a teoria, vista em sala de aula, à prática, executada na clínica fonoaudiológica. Espera-se que o aluno conheça as diferentes abordagens teóricas que visam à reabilitação fonoaudiológica de qualquer distúrbio, de modo a identificar o diagnóstico, promover o prognóstico e reestabelecer, da melhor forma possível, o aspecto funcional que se encontra debilitado.

18ª sessão – 31/03/2016

A décima oitava sessão dedicou-se à aplicação do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE), desenvolvido por Felício e Ferreira em 2008, que visa a detectar e a graduar os distúrbios neuromusculares da estrutura orofacial. O protocolo foi, anteriormente, validado para crianças, jovens e adultos, e adaptado para o português brasileiro, tendo em vista suas especificidades linguístico-culturais.

Avalia-se a partir do AMIOFE: a aparência e a postura (face, mandíbula, bochechas, lábios, palato duro e língua); a mobilidade (lábios, língua, mandíbula e bochechas); a funcionalidade (respiração, deglutição e mastigação); e as condições oclusais (classe dentária, linha média, abertura e fechamento da boca, protusão, lateralização, ruídos na articulação temporomandibular).

Conforme o protocolo AMIOFE, foram observadas as seguintes alterações, observadas através do quadro 8:

Quadro 8 – Alterações encontradas a partir do protocolo AMIOFE

APARÊNCIA E CONDIÇÃO POSTURAL/POSIÇÃO		
<i>Condição postural dos lábios</i>	Oclusão dos lábios com tensão	Atividade aumentada dos lábios e do mento
<i>Postura vertical da mandíbula</i>	Oclusão dos dentes	Sem espaço funcional livre
<i>Aparência das bochechas</i>	Flácida/Arqueada	Leve
<i>Aparência da face</i>	Assimetria	Leve
<i>Posição da língua</i>	Contida na cavidade oral	Normal
<i>Aparência do palato duro</i>	Largura diminuída (estreito)	Leve

MOBILIDADE		
<i>Movimento dos lábios</i>	Protrusão/Retração	Falta de precisão e tremor
	Lateralidade para a direita	Falta de precisão e tremor
	Lateralidade para a esquerda	Inabilidade Severa
<i>Movimentos da língua</i>	Protrusão/Retração	Falta de precisão e tremor
	Lateralidade para a direita	Falta de precisão e tremor
	Lateralidade para a esquerda	Falta de precisão e tremor
	Elevar/Abaixar	Preciso
<i>Movimentos da mandíbula</i>	Protrusão	Inabilidade Severa
	Lateralidade para a direita	Inabilidade Severa
	Lateralidade para a esquerda	Inabilidade Severa
	Elevar	Preciso
	Abaixar	Falta de precisão e desvio para a direita
<i>Movimentos das bochechas</i>	Inflar	Preciso
	Suflar	Falta de precisão e tremor
	Retrair	Falta de precisão e tremor
	Lateralizar o ar	Inabilidade Severa
FUNÇÕES		
<i>Respiração</i>	Respiração nasal	Normal
<i>Deglutição</i>	Oclusão dos lábios com esforço	Leve
	Comportamento da língua (contida na cavidade oral)	Normal
	Movimentação da cabeça	Ausente
	Tensão dos músculos faciais	Ausente
	Escape de alimento	Ausente
	Bolo sólido	Não repete a deglutição do mesmo bolo
	Bolo líquido	Não repete a deglutição do mesmo bolo
<i>Mastigação</i>	Morde com incisivos	
	Bilateral	Simultânea (vertical)
	Movimentação da cabeça ou outras partes do corpo	Ausente
	Postura alterada	Ausente
	Escape de alimento	Ausente
ANÁLISE FUNCIONAL DA OCLUSÃO		
<i>Classe dentária</i>	Direita/Esquerda	Classe III
<i>Linha média</i>	Desviada para a direita	
<i>Abertura e fechamento da boca</i>	(Esses aspectos não foram avaliados)	
<i>Protrusão</i>	(Esses aspectos não foram avaliados)	
<i>Lateralização</i>	(Esses aspectos não foram avaliados)	
<i>Ruídos na ATM</i>	(Esses aspectos não foram avaliados)	

Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação, com base no protocolo AMIOFE, desenvolvido por Felício e Ferreira (2008).

Cada uma das funções foi avaliada como normal (3 pontos), disfunção leve (2 pontos) e disfunção grave (1 ponto). A partir dos resultados obtidos, M atingiu 76 pontos, o que indica alteração nas estruturas e funções neuromusculares orofaciais.

Como se viu anteriormente, por meio da análise das sessões de terapia fonoaudiológica, além da afasia, o indivíduo pode apresentar outras patologias, associadas ao distúrbio neurológico. Assim, o teste-padrão, além de proporcionar o diagnóstico do(s) transtorno(s), averigua a evolução do quadro clínico, ou seja, analisa se houve melhora dos sinais ou não, tendo em vista o processo reabilitatório.

Constata-se que o distúrbio miofuncional não foi o foco das primeiras sessões de terapia fonoaudiológica, contudo agora passa a ser, devido ao resultado negativo obtido na avaliação realizada, através do AMIOFE.

19ª sessão – 07/04/2016

Nesta sessão foram desenvolvidas atividades com vistas à nomeação de objetos encontrados no dia a dia de M e à programação mental da produção oral, a partir de pistas visuais gráfico-fonêmicas disponibilizadas pela fonoterapeuta.

Foram apresentadas imagens de alguns objetos encontrados no salão de beleza, como secador de cabelos, chapinha, escova, tesoura etc., com o intuito de M realizar a nomeação e descrever suas situações de uso, perante uma conversa espontânea com a fonoterapeuta. Nos momentos em que a paciente não conseguiu nomeá-las, foram apresentados estímulos visuais com pistas fonêmicas (apresentação do primeiro fonema que compõe a palavra, por meio de pistas articulatórias, ou exposição de outras palavras que iniciam com o mesmo fonema), ou gráficas (apresentação da palavra escrita para leitura e associação).

M pronunciou e nomeou a maioria das palavras, porém apresentou dificuldades para produzir os sons, devido ao distúrbio miofuncional.

Saussure (2012, p. 47) salienta que a linguagem consiste na relação entre língua e fala. A língua “é um sistema de signos que exprimem ideias, e é comparável, por isso, à escrita, ao alfabeto dos surdos-mudos, aos ritos simbólicos, às formas de polidez, aos sinais militares etc. Ela é apenas o principal desses sistemas”. Para o autor, a língua está amplamente conectada à fala. Ela permite que a fala seja compreendida e repercuta todos os seus efeitos. Desse modo, a fala é fundamental para que a língua se estabeleça.

Cada indivíduo é responsável pelas escolhas dos signos linguísticos que emprega em seu discurso, pois, conforme Saussure (2012, p. 45),

a fala é um ato individual de vontade e inteligência, na qual convém distinguir: 1º – as combinações pelas quais o falante realiza o código da língua no propósito de exprimir seu pensamento pessoal; 2º – o mecanismo psicofísico que lhe permite exteriorizar essas combinações.

Ainda para o linguista genebrino (2012), o sistema da língua é processado por meio da fala e compartilhado entre as pessoas do mesmo grupo social. Cada indivíduo suporta em seu cérebro um sistema gramatical restrito, pois a língua só existe de modo completo na coletividade.

Portanto, para Saussure (2012), a língua é o principal sistema linguístico, responsável por exprimir ideias por meio de signos, porém, quando as habilidades linguísticas, que proporcionam o ato de fala, estão debilitadas, outras formas de linguagem são desempenhadas, como é o caso da escrita, dos gestos fonoarticulatórios e corporais e do desenho, como referem Senhorini et al. (2016), tendo em vista que a fala é multimodal e viabiliza a reinserção do sujeito na linguagem através de outros componentes linguísticos.

20ª sessão – 28/04/2016

Antes de iniciar a atividade principal proposta para esta sessão, foram desenvolvidos exercícios de motricidade orofacial, com vistas à tonificação da musculatura que se encontra flácida, bem como à promoção do posicionamento adequado da língua, dos lábios e da bochecha para a produção adequada dos sons.

Este encontro objetivou reconhecer as letras do alfabeto, através da pronúncia de palavras encontradas no dia a dia de M, a fim de identificar o mesmo som em vocábulos distintos e aperfeiçoar a pronúncia, tendo em vista o ponto articulatório correto para a reprodução de cada som. Para isso, foram utilizadas palavras como: pente – peruca – panela | casa – cozinha – comida | tesoura – toalha – tinta.

Saussure (2012) destaca que a língua materna é adquirida e desenvolvida a partir da interação com outras pessoas. Aprende-se com base naquilo que se ouve. A língua materna estabelece-se em nosso cérebro a partir de inúmeras vivências. Na afasia, o processo de readquirição da linguagem ocorre da mesma maneira, pois o emprego diário de vocábulos conhecidos por M, seja por seus familiares, seja por seus amigos, em situações de interação discursiva, proporciona o acesso lexical, a programação mental para a produção oral e a automatização das palavras readquiridas.

21ª sessão – 05/05/2016

Devido às dificuldades apresentadas nas intervenções fonoaudiológicas anteriores, esta sessão visou a ampliar a mobilidade da musculatura orofacial, com base em exercícios isotônicos, como afilar e alargar a língua, realizar bico e sorriso; morder lábio superior e inferior, vibrar os lábios, lateralizar a língua para a direita e para a esquerda, inflar bochechas, apontar a língua para cima e para baixo etc. Além disso, foram apresentados a M o ponto e o modo articulatório dos fonemas /m/, /d/, /f/, e /b/. Em seguida, foi realizada a nomeação de ações encontradas em algumas imagens apresentadas pela fonoterapeuta.

A paciente desenvolveu adequadamente a maioria dos exercícios propostos, contudo não conseguiu desempenhar as tarefas de bochechas. M procedeu à nomeação das figuras, após estímulo com pistas fonoarticulatórias executadas pela estagiária. Mostrou maior facilidade na nomeação dos fonemas que são visíveis em sua articulação, como /f/ e /d/.

Flowers et al. (2013) e Somasundaram et al. (2014) verificaram que, com relação à coocorrência de distúrbios fonoaudiológicos, como a disfagia, a disartria, a afasia e a apraxia de fala, em pacientes após acidente vascular encefálico (AVE), o fator de risco mais comum para o AVE é a história progressiva de hipertensão arterial. A partir da análise de 221 pacientes que sofreram AVE, averiguou-se que mais de 66% apresentaram pelo menos um distúrbio fonoaudiológico; 44% manifestaram disfagia, 42% disartria, 30% afasia, 28% apresentaram disartria e disfagia e 10% apresentaram os três distúrbios simultaneamente.

Assim, a lesão cerebral pode resultar em um distúrbio de linguagem, como a afasia, que pode estar associada a outro(s) transtorno(s) fonoaudiológico(s), como a disartria, a disfagia e a apraxia de fala. A reabilitação afasiológica deve visar não só pelo reestabelecimento da linguagem, como também pela reconstituição da funcionalidade oromuscular, que promove a produção da fala, pois, se essas estruturas não estiverem desempenhando suas funções de forma adequada, não será possível reorganizar a fala do sujeito afásico.

22ª sessão – 12/05/2016 e 23ª sessão – 19/05/2016

Estas sessões propiciaram o desenvolvimento de exercícios isométricos (resistência sem movimento, parado, contração mantida) e isotônicos (movimentos dinâmicos ou repetitivos) de algumas estruturas orofaciais, como os lábios, a língua e as bochechas, com o intuito de aperfeiçoar a produção motora da fala. Além disso, por meio de interações discursivas, buscou-se acessar o léxico e nomear espontaneamente alguns vocábulos, a partir de pistas fonoarticulatórias e gráficas concedidas pela estagiária.

A fonoterapeuta sugeriu, ao longo da sessão, alguns tópicos para discussão semi-espontânea, tendo em vista os interesses pessoais de M. Todavia, mesmo conhecendo o repertório lexical, a paciente não conseguiu pronunciar algumas palavras e realizar alguns dos exercícios de motricidade orofacial, devido ao seu comprometimento miofuncional.

A produção da fala e a motricidade orofacial estão amplamente relacionadas, na medida em que uma depende da outra para exercer suas funções.

Para Raimundo (2016, p. 09),

falar é um mecanismo motor complexo, envolvendo mais de 50 músculos, que devem rapidamente mudar a forma e a posição dos articuladores. É o produto final da relação entre as áreas linguística, cognitiva e sensoriomotora, tendo por base a coordenação pneumofonoarticulatória.

Cabe ao fonoaudiólogo desenvolver estratégias que visem à identificação do distúrbio, ao diagnóstico precoce dos transtornos e, quando não é possível, à intervenção, a fim de fornecer dados quanto ao prognóstico e promover a reabilitação. Sabe-se que qualquer alteração nas estruturas ou funções do sistema estomatognático tende a provocar um desequilíbrio em todo o sistema, que pode representar um impacto negativo, tanto na saúde oral, como na saúde global de cada indivíduo (RAIMUNDO, 2016).

24ª sessão – 02/06/2016

Paciente não compareceu à sessão fonoaudiológica.

25ª sessão – 09/06/2016

Esta sessão proporcionou o aumento do *input* sensorial, visual, cinestésico e auditivo, desenvolvido por meio do Método das Boquinhas, tendo em vista o processo de re aquisição da habilidade de leitura.

Os exercícios de motricidade orofacial foram realizados com o apoio de espátula, que assegurou força e contra-resistência aos movimentos executados pelos lábios, língua e bochechas.

Salienta-se que o método fonovisuoarticulatório, conhecido por Método das Boquinhas, utiliza-se tanto de estratégias fonêmicas (fonema/som) e visuais (grafema/letra), quanto de estratégias articulatórias (articulema/Boquinhas) (JARDINI, 2010).

Jardini (2010, p. 59, grifos originais) afirma que a

proposição teórica do Método das Boquinhos viabiliza e favorece a alfabetização a partir da conscientização da consciência fonoarticulatória. Assim, se torna um método oralista, fônico e articulatório de alfabetização, que além de viabilizar a aquisição da leitura e escrita pela fala, fortalece a correta articulação, propiciando uma mediação pedagógica e preventiva das alterações fonológicas de fala e processamento auditivo. [...] Com os conhecimentos das neurociências e neuroimagens atuais pode-se afirmar que a Metodologia Boquinhos sendo multissensorial e fonovisuoarticulatória, atua no córtex cerebral pré-frontal. Essa constatação baseia-se no fato de que a área de Broca, situada nessa região, responsável pela articulação das letras é fortemente ativada com o trabalho de Boquinhos, favorecendo de maneira rápida, concreta e eficaz a aquisição da leitura e escrita. [...] Como consequência, podemos afirmar, seguramente, que Boquinhos traz benefícios à memória imediata (*loop* – caminho fonológico), à memória de longa duração (*loop* – caminho articulatório), à atenção e, conseqüentemente, à cognição de um modo geral, melhorando as capacidades fonológicas dos usuários.

De modo geral, o método das boquinhos favorece a consciência fonoarticulatória e, seguramente, atinge, de forma rápida e eficaz, a conversão fonema/grafema, promovendo a compreensão e a utilização do sistema de escrita alfabética do português brasileiro.

M conseguiu realizar os exercícios, utilizando a língua e os lábios, como forma de resistência, no entanto não conseguiu desempenhar os exercícios propostos para as bochechas, pois não possui força e habilidade para impulsionar a espátula. Além disso, a paciente conseguiu realizar a atividade de leitura, com base no método fonovisuoarticulatório, conhecido por Método das Boquinhos.

26ª sessão – 16/06/2016 e 27ª sessão – 23/06/2016

A décima sexta sessão e a décima sétima propuseram-se, por meio de exercícios de motricidade orofacial, a aumentar o tônus e a mobilidade dos músculos orofaciais. Ademais, pretendeu-se facilitar a leitura por meio de pistas fonêmico-gráficas.

Foram desenvolvidos os seguintes exercícios isotônicos e isométricos: inflar as bochechas, “varrer” o palato duro (com movimentos de trás para frente), lateralizar a língua, sorrir e jogar beijo.

Com vistas à promoção da leitura, a fonoterapeuta apresentou pistas fonêmico-gráficas relativas à primeira sílaba de cada vocábulo a ser lido, contudo, esses indicativos não foram suficientes, tendo que a estagiária oferecer outros recursos fonovisuoarticulatórios, como a realização de leitura, para, posteriormente, M repetir. Com base nos exercícios propostos, a estagiária constatou que M vem progredindo e demonstrando acesso mais rápido à nomeação.

Verificou-se que a estagiária se deteve à reabilitação de força e de resistência dos músculos orofaciais, pois, se o indivíduo não estiver realizando adequadamente o ponto e o modo articulatório de cada som, a comunicação discursiva tornar-se-á inviável. Portanto, para

que a linguagem seja reestabelecida, é necessário, primeiramente, recorrer à terapia fonoaudiológica para sanar as dificuldades mio-oro-funcionais.

28ª sessão – 04/08/2016

Aproximadamente quarenta e cinco dias após a última sessão, M retornou aos atendimentos fonoaudiológicos. A pausa no tratamento ocorreu devido ao recesso escolar do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Fátima.

Os atendimentos de 04 de agosto a 06 de outubro de 2017 foram desenvolvidos pela nova estagiária, que, prontamente, realizou novas avaliações, com vistas à verificação do processo evolutivo das últimas 27 sessões fonoaudiológicas.

Primeiramente, foi aplicado o Teste M1-Alpha³⁵, com vistas à avaliação da linguagem, que se encontra debilitada. Verificou-se que M ainda apresenta baixa pontuação nos seguintes aspectos avaliados: entrevista inicial (conversa espontânea), ditado, leitura em voz alta, repetição e nomeação. Além disso, novamente, foi observada a presença de agramatismos³⁶, perseveração³⁷, esforço ao falar, uso de jargões³⁸, anomias³⁹ e disfluência no discurso. Constatou-se que, no decorrer da avaliação, M não demonstrou dificuldades de compreensão, mas, sim, um bloqueio acentuado na programação motora da fala, sempre buscando pistas fonoarticulatórias, oriundas da terapeuta, para desempenhar o que lhe era proposto.

No final da sessão, M empolgou-se para explanar acerca das férias de inverno. Declarou, através de gestos e palavras isoladas, que, antigamente, não se preocupava em procurar auxílio, por meio da fonoaudiologia, para reestabelecer sua linguagem, entretanto, agora, acredita na sua importância e realiza-se com os sucessos e conquistas já obtidos.

³⁵ Ressalta-se que o mesmo protocolo foi utilizado anteriormente, pelas outras fonoterapeutas, para avaliar a linguagem de M.

³⁶ O *agramatismo* consiste na desorganização da linguagem, especificamente na estrutura sintática. Normalmente encontra-se na afasia de Broca. Nesse caso, é possível constatar: omissão e troca de artigos, preposições e pronomes pessoais; emprego dos verbos no infinitivo, de modo que a distinção entre as diversas formas de flexão gramatical se perde; problemas na construção frasal com inversão da subordinação e da coordenação sintática; perda da entonação melódica da frase; construção de frases incompletas (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

³⁷ A *perseveração* diz respeito à repetição ilógica de uma ideia, frase ou ação, geralmente de uma forma incontrollável, fora do contexto e de uma forma mecanizada (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

³⁸ O *jargão* define-se pela produção verbal sem identificação precisa. É um discurso sem mensagem, uma linguagem incompreensível, sem significado, perfeitamente articulada, num ritmo rápido. Desaparecem aqui duas qualidades que garantem o significado da informação: a semântica e a sintaxe (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

³⁹ A *anomia* diz respeito à incapacidade para denominar objetos, que são mostrados ao afásico. A incapacidade de nomear coisas é encontrada em quase todos os tipos de afasias (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 2005).

Verificou-se que, após 28 sessões de terapia fonoaudiológica, M ainda apresenta as mesmas dificuldades, considerando se tratar de um tempo exíguo, e as atividades propostas não terem contemplado, também, a reconstrução da identidade enunciativa do afásico.

Acredita-se que o tratamento fonoaudiológico, com vistas à reabilitação afasiológica, deve iniciar imediatamente, após a lesão cerebral, tendo em vista a reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico, pois os resultados podem atingir a excelência, na medida em que o distúrbio de linguagem se encontra na fase aguda e ainda não está consolidado, como é o caso de M.

29ª sessão – 11/08/2016

Esta sessão propôs-se a expandir o léxico de M, com base nas cores e nos objetos utilizados diariamente pela paciente. A atividade consistiu na visualização de imagens reproduzidas na tela do computador, com o intuito de identificar as cores empregadas, por meio da nomeação, relacionar com outros objetos ou coisas da mesma cor e empregar os vocábulos explorados no discurso espontâneo.

M possui intenção comunicativa significativa, o que permite identificar seu esforço ao realizar as tarefas solicitadas, principalmente as que resultam no diálogo despretenso. Sabe-se que as situações discursivo-dialógicas proporcionam o primeiro modo de ação em que se exercita a linguagem oral, de modo que “o processo dialógico caracteriza a linguagem e é o lugar de constituição para outros modos de ação verbal” (COUDRY, 2001, p. 76). Aproveita-se o discurso para analisar e sistematizar a linguagem por meio de contextos reais.

As situações discursivas propiciam o aumento do conhecimento mútuo, entre paciente e fonoterapeuta. Parte-se, então, em um primeiro momento, da interação dialógica “provocada” para desencadear situações de fala espontâneas. Objetiva-se, com essa prática, conquistar o desempenho linguístico, desancorado do apoio clínico, e esperado nas situações sociais em que o sujeito afásico age e interage, espontaneamente (COUDRY, 2001).

Saussure (2012) salienta que cabe ao discurso o papel de organizar a língua enquanto sistema, na medida em que associa signos isolados (no caso do afásico, vocábulos reaprendidos por meio das sessões de terapia fonoaudiológica) e os coordena (através de situações espontâneas). Para isso, analisa-se o fato social e não mais o ato individual, uma vez que as pessoas reproduzirão (não da mesma maneira, mas aproximadamente) os mesmos signos associados aos mesmos conceitos.

30ª sessão – 18/08/2016 e 31ª sessão – 25/08/2016

Na trigésima sessão e na trigésima primeira sessão, praticaram-se a nomeação de alimentos, disponibilizados em figuras, e a leitura de palavras escritas, que correspondeu à identificação gráfica do nome desses alimentos. Buscou-se explorar comidas e bebidas conhecidas e consumidas por M diariamente. A partir disso, estimulou-se a construção frasal, por meio de pistas fonoarticulatórias oferecidas pela estagiária.

M estava desanimada e com sono (os encontros fonoaudiológicos ocorrem às 07h50min). Vagarosamente, associou a palavra escrita ao seu significante, antes mesmo de expressá-la verbalmente. Alguns vocábulos foram julgados “difíceis” pela paciente (como melancia, cenoura, refrigerante), que logo se negou a proferi-los. A fonoterapeuta enfatizou a importância da assiduidade e da adesão ao tratamento fonoaudiológico, que prima pela efetividade do desempenho linguístico espontâneo frente às situações interativas sociais.

Sabe-se que M terá maiores chances de reconstituir sua subjetividade enunciativa, no momento em que aderir à intervenção fonoaudiológica e com vistas aos desdobramentos linguísticos, pois, como refere Benveniste (2005), é na linguagem e através dela que o homem se constitui como sujeito.

Para o autor (2005, p. 286, grifos originais), a subjetividade consiste na capacidade do locutor de se propor como sujeito do discurso. Assim:

Define-se não pelo sentimento que cada um experimenta de ser ele mesmo (esse sentimento, na medida em que podemos considerá-lo, não é mais que um reflexo), mas como uma unidade psíquica que transcende a totalidade das experiências vividas que reúne, e que assegura a permanência da consciência. Ora, essa “subjetividade”, quer a apresentemos em fenomenologia ou em psicologia, como quisermos, não é mais que a emergência no ser de uma propriedade fundamental da linguagem. É “ego” que diz *ego*. Encontramos aí o fundamento da “subjetividade” que se determina pelo *status* linguístico da pessoa.

Com base nisso, verifica-se que a subjetividade enunciativa do indivíduo também se estabelece por meio da linguagem. Se a linguagem de M não é desenvolvida de forma adequada, devido à afasia, suas relações sociais tornam-se limitadas e o seu autorreconhecimento enquanto sujeito é prejudicado. Relacionar-se com o mundo e com os outros indivíduos é fundamental para constituir um grupo social, uma identidade cultural, e são essas condições que permeiam a constituição identitária do sujeito enquanto ser atuante na sociedade e na linguagem.

32ª sessão – 08/09/2016

Paciente não compareceu à sessão fonoaudiológica.

33ª sessão – 15/09/2016

Esta sessão visou ao acesso lexical e à nomeação de palavras, a partir do apoio visual de imagens. Para isso, foi fornecida à paciente a seguinte frase incompleta: “*tem no (tal lugar/contexto) com a letra (X)*”, com o intuito de M, através de sorteio, substituir o lugar/contexto da frase (supermercado, praia, casa, shopping, salão de beleza etc.) e associar com os objetos/coisas encontrados nesses ambientes, a partir da letra escolhida pela fonoterapeuta (A - alimento, B - blusa, C - cabelo, D - dinheiro).

A paciente estava desanimada, pois, no seu ponto de vista, não está identificando resultados significativos com a terapia fonoaudiológica. Solicitou, por meio de gestos, que todas as atividades fossem baseadas em frases ou perguntas curtas, para que ela pudesse responder e empregar no seu dia a dia com mais facilidade. Os resultados da sessão foram satisfatórios, contudo, obtidos com muita dificuldade, principalmente na escolha lexical, evocação motora e nomeação.

34ª sessão – 29/09/2016

A penúltima sessão teve como objetivo proporcionar o aumento da mobilidade e da resistência dos lábios, da língua e das bochechas, por meio de exercícios isométricos e isotônicos. Além disso, foi solicitado a M que lesse uma notícia de jornal, a fim de reconhecer os vocábulos empregados e nomeá-los por meio da leitura. A partir dessa atividade, a fonoterapeuta retomou algumas situações da notícia a partir dos dados lidos pela paciente, com o intuito de promover o discurso, contudo, a situação enunciativa não foi extensa devido ao curto tempo de sessão fonoaudiológica.

A paciente encontra-se desanimada, todavia, através de incentivo da estagiária, M reconheceu alguns avanços frente à reabilitação afasiológica. A terapia foi realizada com êxito, mediante as limitações advindas do distúrbio de linguagem e dos déficits psicológicos apresentados por M.

Após muitos anos frente à afasia, o indivíduo cérebro-lesado pode se desanimar com o processo reabilitatório, uma vez que não identifica resultados significativos, no que consiste ao restabelecimento da linguagem, como pode ser observado nas últimas sessões de terapia fonoaudiológica.

Sabe-se que a intervenção fonoaudiológica deve ocorrer imediatamente após a lesão cerebral, todavia nem todas as pessoas possuem as mesmas condições, relacionadas ao grau de severidade, estabelecido por Cupello (2004), para assumir o tratamento. Como referido pela autora, essas condições variam de acordo com o tempo transcorrido após a lesão para início da reabilitação, a frequência das sessões, a idade, a personalidade pré-mórbida, a competência e o desempenho linguístico pré-mórbidos, o ambiente familiar, a escolaridade e o nível sociocultural e econômico.

Para receber o tratamento do Sistema Único de Saúde (SUS), na maioria dos casos, o paciente deve aguardar na fila de espera, em média, de um a vinte e quatro meses⁴⁰. Essa é a melhor das hipóteses e acontece quando o indivíduo recorre ao SUS imediatamente após o comprometimento neurológico. Ou seja, se o cérebro-lesado espera anos, como é o caso de M, que procurou pelos serviços fonoaudiológicos vinte anos após a lesão cerebral, o distúrbio de linguagem torna-se crônico e sua linguagem é compensada por meio de outras formas, que não a fala.

Nesses casos, indica-se que o tratamento fonoaudiológico seja desenvolvido concomitantemente com o apoio psicológico, a fim de que o paciente reconheça a necessidade da intervenção, que reestabelecerá suas condições de comunicação, e não desista.

Para Godoy (2016, p. 19), o

profissional da saúde com formação em psicologia, pertence ao grupo interdisciplinar responsável pela atenção nesses contextos, auxilia na tarefa de observar os comportamentos e as interações dos indivíduos, além de avaliar o contexto desse paciente, em especial, na descrição da qualidade da relação entre paciente-familiar, partindo da atual situação vivenciada.

35ª sessão – 06/10/2016

Paciente não compareceu à sessão fonoaudiológica e foi desligada do serviço por ter atingido as 35 sessões, disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde, e por não ter justificado suas ausências nas sessões de terapia fonoaudiológica anteriores.

4.6.1 Para além da análise das sessões de reabilitação afasiológica de M

Verificou-se que, após a realização das 35 sessões, M desanimou com o tratamento fonoaudiológico, devido à sua dificuldade em atingir os principais objetivos da terapia

⁴⁰ Essa variabilidade ocorre devido ao agendamento interno e a disponibilidade de atendimentos oferecidos em cada Secretaria Municipal de Saúde.

afasiológica, que consistem, entre outras coisas, na reconstrução da sua identidade enunciativa.

Sabe-se que a intervenção fonoaudiológica deve ser inserida imediatamente após a lesão cerebral nas atividades diárias do paciente afásico, a fim de conquistar os resultados da forma mais plena possível. Contudo, isso não foi observado no histórico clínico de M, que buscou auxílio fonoaudiológico apenas 20 anos após a lesão cerebral. Constatou-se que, após esse período, M desenvolveu algumas estratégias compensatórias, com a intenção de facilitar sua comunicação verbal, porém não foram suficientes para se reconhecer como o *eu* do discurso e acessar e utilizar seu repertório lexical, de maneira natural, em situações enunciativas.

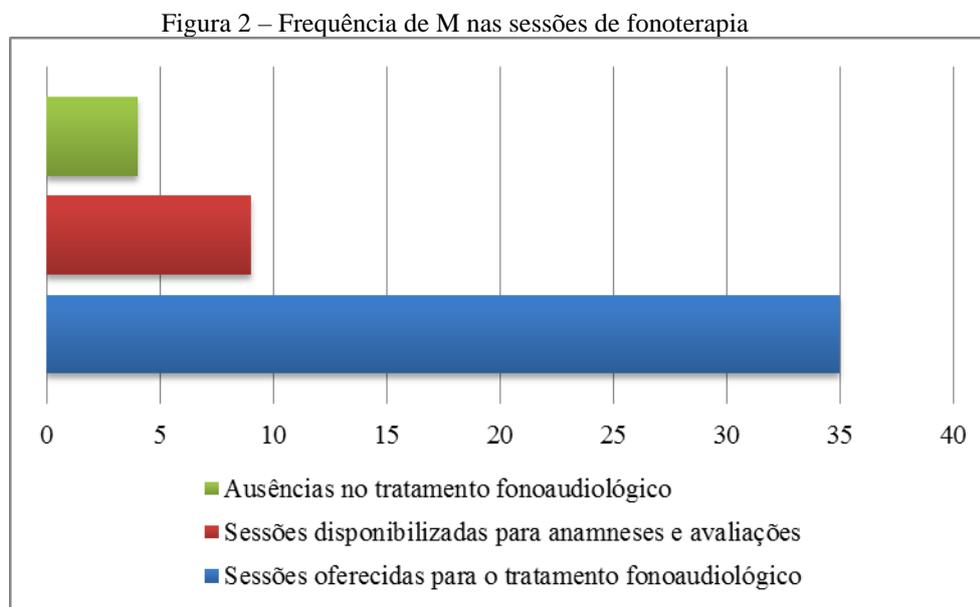
Além disso, verificou-se que cada estagiária se preocupou em desenvolver atividades que visassem ao aprimoramento de certas habilidades: P. D. A. buscou potencializar o acesso lexical e reconhecer e utilizar palavras encontradas no dia a dia de M; A. S. aprofundou-se em exercícios de motricidade orofacial, tendo em vista a dificuldade motora para articular e preferir certos vocábulos; e L. R. S. estimulou o acesso lexical, através de interações discursivas.

Compreende-se que no decorrer do processo reabilitatório podem ocorrer imprevistos, bem como alterações nos objetivos propostos oriundas das avaliações fonoaudiológicas realizadas por cada profissional, que implicam no sucesso (ou não) da terapia. Percebeu-se que, após quatro ou cinco sessões com a mesma fonoterapeuta, M alcançou bons resultados, devido à persistência da profissional na realização das atividades sugeridas e ao vínculo desenvolvido entre a estagiária e a paciente. Contudo, devido ao término do semestre, foi necessário interromper as sessões e trocar de profissional, tendo que M se adaptar e desenvolver vínculo com a nova terapeuta. Essa situação não ocorreu apenas uma vez, mas duas, tendo que M se submeter a três novas abordagens terapêuticas diferentes. Sabe-se que a reconstrução da identidade enunciativa é um processo lento e delicado, e que situações como essas não favorecem a reabilitação como um todo. Além disso, como pode ser observado nas sessões de terapia fonoaudiológica, ratificou-se a importância do acesso lexical de palavras anteriormente utilizadas pela paciente, do que, propriamente, a reconstrução da sua identidade enunciativa.

Destaca-se que a substituição de fonoterapeuta é necessária, devido ao fato de alunos do Curso de Fonoaudiologia, da Faculdade Fátima, estarem cursando o estágio curricular de fonoterapia no âmbito clínico do Centro de Saúde Clélia Spinato Manfro, o que implica dizer que o serviço é prestado por alunas, matriculadas semestralmente em estágios não

remunerados, e não por fonoaudiólogos contratados pelo Serviço. Assim, é fundamental que, após a mudança de fonoterapeuta, ocorram novas avaliações, com o intuito de detectar novas alterações e verificar o processo evolutivo dos distúrbios anteriormente identificados.

Por meio da figura 2, destaca-se a assiduidade de M no tratamento fonoaudiológico:



Fonte: desenvolvido pela autora desta dissertação.

Certificou-se que, das 35 sessões oferecidas a M, nove foram disponibilizadas para avaliação fonoaudiológica (25,71% do tratamento fonoaudiológico) e quatro não foram realizadas (11,42% do tratamento fonoaudiológico), devido à ausência da paciente no tratamento reabilitatório, o que implica dizer que M participou de, apenas, 22 sessões de terapia (62,85% do tratamento fonoaudiológico) com vistas à reabilitação afasiológica. Afirma-se que esse número é insuficiente, perante as, já poucas, 35 sessões disponíveis para conclusão do tratamento (ou para retornar à fila de espera, a fim de recorrer a novos atendimentos). De qualquer forma, salienta-se que as avaliações são fundamentais para verificar o processo evolutivo da paciente e proporcionar aos estagiários de fonoaudiologia, que atuam na clínica em questão, conhecimento clínico-prático.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo geral desta pesquisa, que consiste em analisar o processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público, discutiu-se acerca dos conceitos de *linguagem*, *língua* e *fala*, provenientes dos estudos de Saussure (2002, 2012), de *similaridade* e *contiguidade*, explorados por Jakobson (2003), e da relação *eu-tu*, proposta por Benveniste, visto que há a necessidade de compreender o modo como se desenvolvem as relações linguístico-comunicativas no processo enunciativo e reconhecer o falante enquanto sujeito do discurso. Verificou-se que, se os componentes linguísticos estiverem em desacordo com o esperado, o ato comunicativo não será assertivo, e esse desalinhamento foi identificado no discurso afásico.

Em seguida, analisaram-se o conceito de afasia, que consiste em um distúrbio de linguagem adquirido, sua etiologia, seus tipos, o grau de severidade e os testes-padrão, que coadjuvam o processo reabilitatório afasiológico. Antes de iniciar a intervenção fonoaudiológica, preconiza-se pela consideração dos sinais/sintomas apresentados pelo afásico, das habilidades afetadas, da idade, da personalidade pré-mórbida, da competência e do desempenho linguístico, entre outros fatores, para, em seguida, aplicar os testes-padrão (traduzidos, validados e normatizados), a fim de promover a reabilitação afasiológica.

Examinaram-se as sessões de terapia fonoaudiológica de M, realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à reabilitação afasiológica, bem como se averiguou se a terapia fonoaudiológica, desenvolvida no SUS, fornece condições (ou não), por meio dos procedimentos realizados (planejamento terapêutico), para que o sujeito reestabeleça sua identidade enunciativa e se reconheça como o “eu” do seu discurso.

Verificou-se que o Sistema Único de Saúde proporciona a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde fonoaudiológica, a partir de um constructo organizacional, que agenda as consultas conforme a disponibilidade de horários oferecidos pela Central de Regulação Ambulatorial. Os atendimentos avaliativos e reabilitatórios são realizados a partir de um fluxo de acesso à fonoterapia, determinado pelo Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria⁴¹, de modo que o paciente aguarda na fila de espera em torno de 12 meses, até ser contatado, o que dificulta e compromete o sucesso do tratamento fonoaudiológico.

Os atendimentos promovidos na Clínica Clélia Spinato Manfro estão interligados com o serviço do Sistema Único de Saúde e com a Faculdade Nossa Senhora de Fátima, o que

⁴¹ Vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Caxias do Sul.

possibilita o contato direto entre o discente, graduando em fonoaudiologia, e o ambiente profissional. A partir dessas experiências, o aluno desenvolve habilidades e competências inerentes à prática clínica e aprende a (1) selecionar e utilizar instrumentos e procedimentos de avaliação fonoaudiológica, respeitando os preceitos éticos; (2) desenvolver ações de prevenção, promoção e proteção da saúde; (3) orientar acerca dos achados fonoaudiológicos, tendo em vista as diferentes idades, níveis cognitivos e socioculturais de cada indivíduo; (4) atuar junto a equipes interdisciplinares e multidisciplinares; (5) desenvolver o raciocínio clínico, através da integração dos dados da observação e da avaliação fonoaudiológica, considerando as particularidades individuais; (6) promover a habilidade de redação de laudos, pareceres e relatórios das avaliações realizadas; (7) observar e reavaliar, constantemente, sua postura enquanto profissional da área da saúde; (8) entre outros.

Todavia, devido ao fato de o paciente ser atendido por estagiárias do Curso de Fonoaudiologia, os atendimentos fonoaudiológicos são encerrados no momento em que o período (semestre) letivo acaba. Assim, é necessário que o paciente desenvolva um novo vínculo com a nova fonoterapeuta e se submeta a outras avaliações.

Além disso, diversos são os protocolos avaliativos aplicados no âmbito público. A escolha depende do supervisor e do docente, responsáveis pela administração do estágio supervisionado. Muitas vezes, esses protocolos, como observado na análise das sessões de reabilitação afasiológica de M, não foram validados e traduzidos, pois são os próprios docentes da Faculdade que os desenvolvem e encaminham à Clínica-Escola para aplicação. Acredita-se que os protocolos, antes de serem direcionados à prática, devem ser validados cientificamente, adaptados e traduzidos para o português brasileiro, e normatizados, de modo que, através de pesquisa científica, identifique-se o motivo pelo qual o protocolo se destina a avaliar certas estruturas, funções e habilidades. Outro aspecto que merece destaque diz respeito à subjetividade dos resultados e ao oferecimento de estímulos que podem ser processados com dificuldade pela população de baixo letramento, ou seja, verificou-se que alguns aspectos individuais e socioculturais são desconsiderados.

A partir dos procedimentos adotados no âmbito clínico do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou-se o caso clínico e procedeu-se à respectiva análise, tendo em vista o constructo teórico desenvolvido nos capítulos anteriores. No decorrer da descrição e da análise das sessões de terapia fonoaudiológica, concluiu-se que são poucas as chances de M reconstruir sua identidade enunciativa, pois:

(1) infelizmente, o âmbito clínico público disponibiliza apenas 35 sessões de fonoterapia, para que o paciente conclua o tratamento fonoaudiológico, ou volte para a fila de espera, o que é precário frente às dificuldades apresentadas por um afásico;

(2) ocorrem trocas de fonoterapeuta na metade do processo reabilitatório, ou a cada quatro meses, que dificultam o avanço processual, tendo que o paciente reestabelecer novo vínculo com a nova terapeuta e passar por novas avaliações fonoaudiológicas;

(3) diversas avaliações devem ser realizadas, uma vez que são necessárias e significativas para a intervenção fonoaudiológica como um todo. As sessões disponibilizadas para avaliação corresponderam a 25% do tratamento oferecido à paciente;

(4) foi detectada, por meio de avaliação fonoaudiológica, presença de outra comorbidade (alteração mio-oro-funcional), tendo que esta ser tratada conjuntamente com o reestabelecimento da linguagem oral;

(5) M não participou de algumas sessões do tratamento fonoaudiológico, devido à desmotivação para continuar, referida por ela. As faltas nas sessões corresponderam a 11% do tratamento oferecido à paciente;

(6) M não buscou auxílio fonoaudiológico nos últimos vinte anos, período em que sofreu a lesão cerebral, tendo desenvolvido algumas estratégias compensatórias para se comunicar, que não foram suficientes para se reconhecer como o *eu* do discurso e acessar e utilizar seu repertório lexical, de maneira natural, em situações enunciativas;

(7) os protocolos de avaliação e as atividades propostas não contemplam a reconstituição da identidade enunciativa do sujeito afásico, isto é, não possibilitam avaliar se o cérebro-lesado se reconhece como sujeito do seu discurso (não sendo apenas “eco” em suas interações discursivas), nem tampouco estimulam que essa identidade se reconstitua.

Na maioria dos casos, devido às dificuldades financeiras, o afásico acaba se submetendo à intervenção fonoaudiológica oferecida pelo Sistema Único de Saúde, que não é de todo ruim, mas precária frente às necessidades identificadas para reconstruir a identidade enunciativa de um cérebro-lesado.

O crescente avanço nos estudos na área de afasia, observado nos últimos anos, cooperou para que novas abordagens avaliativo-terapêuticas fossem desenvolvidas e aprimoradas, com o intuito de proporcionar ao afásico novas possibilidades de reabilitação e viabilizar o reestabelecimento dos padrões de conectividade da área neurológica lesionada em curto tempo de tratamento.

Atualmente, a Linguística Cognitiva e a Neurolinguística Enunciativo-Discursiva vem obtendo resultados significativos no âmbito da afasiologia.

A perspectiva cognitiva utiliza as habilidades preservadas, as quais não foram afetadas pela lesão cerebral, para promover a compreensão e a expressão, por meio da fala e da escrita. O conexionismo, exemplo de corrente cognitiva, debate questões relativas ao Processamento Auditivo Central (PAC), que, através da neuroimagem, demonstram que “não há uma correspondência direta entre a lesão cerebral e o sintoma linguístico na afasia”, isto é, os inúmeros afásicos podem apresentar os mesmos sintomas e lesões cerebrais em regiões distintas. De forma que, “dificuldades de busca e acesso lexical podem estar relacionados a lesões mais anteriores, mais posteriores e até em zonas corticais envolvendo o tálamo”. Isso significa que “as manifestações das afasias não se limitam à expressão externa da linguagem, mas são operações mentais conjuntas realizadas por uma vasta rede neuronal” (SENHORINI et al., 2016, p. 310).

Em 2016, novos estudos de cunho cognitivo foram realizados e apontam que o Modelo Clássico Broca-Wernicke, desenvolvido por Norman Geschwind, que analisa as funções da linguagem por meio de localizações cerebrais, é obsoleto e não é mais adequado para o propósito. Além disso, o seu legado e o uso contínuo de sua terminologia estão dificultando o progresso no campo, em termos de pesquisa e prática médica. Tremblay e Dick⁴² destacam que, hodiernamente, nem todos os cientistas concordam com as definições anatômicas estabelecidas e suas funções.

Dessa forma, evidencia-se a relevância das pesquisas cognitivas para os estudos afasiológicos, na medida em que corroboram a localização da lesão cerebral e a identificação de habilidades afetadas, porém entende-se que tais estudos não condizem com o processo reabilitatório como um todo, uma vez que são deixados à margem os principais fatores a serem investigados, como a subjetividade do sujeito afásico, sua identidade pessoal, discursiva e social e a maneira como o cérebro-lesado se desenvolve e utiliza sua linguagem residual, em situações enunciativas.

Já a neurolinguística enunciativo-discursiva, distante dos estudos cognitivos, analisa a terapia reabilitatória a partir das práticas sociais da língua que se preocupa em reestabelecer habilidades relacionadas à compreensão e à expressão por meio de interações discursivas, uma vez que desempenham papel significativo e privilegiado na (re)construção da subjetividade e das identidades pessoal e cultural. A vertente teórica “considera a linguagem como atividade constitutiva do sujeito e do mundo” e se interessa pelo sujeito e por suas

⁴² Broca and Wernicke Are Dead – It’s Time to Rewrite the Neurobiology of Language. Disponível em: <<http://neurosciencenews.com/broca-and-wernicke-are-dead-its-time-to-rewrite-the-neurobiology-of-language/>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

estratégias discursivas frente ao distúrbio de linguagem e não pela investigação da afasia por ela mesma (SENHORINI et al., 2016, p. 310).

Senhorini et al. (2016) destacam que, nesse processo de reabilitação, o sujeito é inserido em práticas rotineiras de sua comunidade, de modo que o tratamento rompe com estigmas vinculados a uma visão que desconsidera o sujeito, suas ações linguísticas e práticas sociais.

Coudry iniciou no Brasil, em meados da década de 80, os primeiros estudos voltados para questões discursivas em casos de afasia. A pesquisadora critica “a prática de avaliações psicométricas de linguagem, exercidas sob o domínio da tradição da escrita normativa, e, apartadas, portanto, do exercício intersubjetivo e social da linguagem” (SENHORINI et al., 2016, p. 310).

Com base nos estudos de Coudry, cabe à clínica fonoaudiológica,

(re)inserir o sujeito, agora afásico, em rotinas significativas para ele, aproximando-o das suas atividades cotidianas anteriores à lesão cerebral. Nesta perspectiva, o terapeuta deve ser um interlocutor privilegiado, que conhece os processos linguísticos do afásico e é capaz de propor estratégias terapêuticas que visam a (re)inserção do sujeito na linguagem. Essa (re)inserção é realizada por meio de propostas de práticas de oralidade, leitura e escrita que têm relação com as práticas sociais do sujeito (SENHORINI et al., 2016, p. 310).

Infelizmente, essa abordagem é pouco utilizada no âmbito clínico público, espaço onde ocorrem as sessões de fonoterapia, portanto, não condiz com o processo reabilitatório como um todo, na medida em que não são considerados os aspectos elencados nesta dissertação, que proporcionem a reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico.

Conclui-se que este estudo comprova que a afasia não pode ser concebida apenas como um distúrbio de linguagem. Os conceitos linguísticos provenientes de Saussure (2012), Benveniste (2005, 2006) e Jakobson (2003) revelam a necessidade de se conhecer, antes de avaliar e tratar a patologia, as possíveis contribuições oriundas da linguística. Tais estudos possibilitam entender que o sujeito se constitui como tal, a partir do momento em que se instaura no discurso, ocupando o lugar do *eu*, marcando sua identidade enunciativa e, por conseguinte, social.

O *querer dizer* está amplamente relacionado à afasia, à identidade enunciativa e social e ao sucesso da reabilitação fonoaudiológica, pois, se o indivíduo não consegue reconhecer os componentes linguísticos e utilizá-los, a sua identidade e o seu reenquadramento social estarão comprometidos, uma vez que o afásico precisa atuar nos *atos de fala*, para ouvir o

que se fala, perceber como os sons são pronunciados e relacioná-los às unidades linguísticas encontradas em nosso *sistema linguístico*.

O prognóstico do distúrbio de linguagem depende da inclusão do afásico no ambiente comunicativo e social. Assim, reconhece-se que a afasia envolve demandas sociais, que repercutem na constituição identitária enunciativa do indivíduo e nas relações de alteridade que se estabelecem. Essas questões necessitam do reconhecimento da sociedade, uma vez que o processo de reabilitação vai além do reestabelecimento do sistema linguístico que se encontra debilitado.

Ao final da análise das sessões, realizada a partir da aplicação das teorias linguísticas e do conhecimento afasiológico, comprovou-se que tais fundamentos podem, efetivamente, contribuir para a elaboração de novos protocolos de avaliação e de estratégias de reabilitação direcionadas à reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico.

Por fim, sabe-se que a pesquisa afasiológica no âmbito clínico público não se encerra por aqui. Sugere-se (para um doutorado próximo) que novas investigações, acerca do processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito cérebro-lesado, sejam realizadas na clínica particular, a fim de comparar as metodologias empregadas nos dois ambientes e propor novas formas de avaliação e reabilitação afasiológica, haja vista que qualquer indivíduo, afásico ou não, necessita se comunicar e se relacionar com o outro e com o mundo, para se reconhecer enquanto sujeito, portador de uma identidade individual, social e enunciativa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Gracinda Maria Gomes. *Afasia, sujeito e funcionamento da linguagem: análise discursiva de um caso atendido em Terapia Ocupacional*. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2007.
- ANTONIO, Betina Sguário Moreschi. *Relações de interdependência entre a oralidade e a escrita em um caso de afasia*. Mestrado (Dissertação). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004.
- ARENDDT, João Claudio. Do outro lado do muro: regionalidades e regiões culturais. *RUA*, n. 18, v. 2, 2012.
- BALIEIRO, Júnior, Ari Pedro Balieiro. *O sujeito que se estranha: manifestações de subjetividade na afasia*. Mestrado (Dissertação). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- BENVENISTE, Émile. *Problemas de Lingüística Geral I*. Campinas: Pontes, 2005.
- BENVENISTE, Émile. *Problemas de Lingüística Geral II*. Campinas: Pontes, 2006.
- BRODMANN, Korbian. *Brodmann's localisation in the cerebral cortex: the principles of comparative localisation in the cerebral cortex based on cytoarchitectonics*. Lausanne: Springer, 1909.
- CESA, Carla Ciceri. *Avaliação das funções do Sistema Estomatognático (SEG)*. 2012.
- CHARAUDEAU, Patrick. Identidade social e identidade discursiva, o fundamento da competência comunicacional. In: PIETROLUONGO, Márcia (Org). *O trabalho da tradução*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009.
- COUDRY, Maria Irma Hadler. *Diário de narciso: discurso e afasia*. São Paulo: Martins. Fontes, 2001.
- COUDRY, Maria Irma Hadler. Grupo de trabalho em Neurolinguística: alterações neurolinguísticas e processos de significação - estudos de caso. *Estudos Linguísticos*, v. XXII, 1993.
- CUPELLO, Regina. Avaliação das afasias. In: JAKUBOVICZ, Regina (org.). *Avaliação em voz, fala e linguagem*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- DE MACEDO, Elizeu Coutinho et al. Avaliando linguagem receptiva via Teste Token: Versão tradicional versus computadorizada. *Revista Avaliação Psicológica*: Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2007.
- DE RENZI, E., VIGNOLO, L. The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, v. 85, 1962.
- DEPECKER, LOÏC. *Compreender Saussure a partir dos manuscritos*. Trad. Maria Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

EISENSON, Jon. *Examining for Aphasia*. New York: Psychological Corp. 1954.

FEIDEN, Juliana Andrade. *O acesso lexical na afasia: anomia, parafasia e estratégias comunicativas na produção oral*. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

FELÍCIO, Cláudia Maria de. Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado: usabilidade e validade. *CoDAS*, v. 26, n. 4, 2014.

FELÍCIO, Cláudia Maria; FERREIRA, Cláudia Lúcia Pimenta. Protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 7, n. 3, 2008.

FLORES, Valdir do Nascimento. Benveniste e o sintoma de linguagem: A enunciação do homem na língua. *Revista Letras*, v. 33, 2007.

FLORES, Valdir do Nascimento. *Introdução à teoria enunciativa de Benveniste*. São Paulo: Parábola, 2013.

FLORES, Valdir do Nascimento; SURREAUX, Luiza Milano; KUHN, Tanara Zingano. *Introdução aos estudos de Roman Jakobson sobre afasia*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2008.

FLOWERS, Header Leslie Irene et al. The incidence, cooccurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders*, v. 46, n. 3, 2013.

FONSECA, Rochele Paz. Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia Brasileira: Bateria MAC. *Pró-Fono – Revista de Atualização Científica*, v. 20, n. 4, 2008.

FRACASSI, Angélica Suelen et al. Adaptação para a língua Portuguesa e aplicação de protocolo de avaliação das disartrias de origem central em pacientes com Doença de Parkinson. *Revista CEFAC*, v. 13, n. 6. 2011.

FUGIWARA, Renata Viana Ensinas. *Processos de (inter) compreensão nas afasias: um estudo neurolinguístico na perspectiva bakhtiniana*. Doutorado (Tese). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.

GODOY, Marina Rodrigues Bighetti. *Qualidade da interação entre familiar/cuidador e adulto ou idoso pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Mestrado (Dissertação). Bauru: Universidade de São Paulo, 2016.

GOLDFELD, Marcia. *Fundamentos em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

GOODGLASS, Harold; KAPLAN, Edith. *Assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1972.

GOODGLASS, Harold; KAPLAN, Edith. *Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1983.

GREENBERG, David; AMINOFF, Michael; SIMON, Roger. *Neurologia Clínica*. 8. Ed. Artmed. 2014.

HUBER, W et al. *Aachen Aphasia Test*. Adv Neurol. 1984.

JAKOBSON, Roman. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Editora Cultrix, 2003.

JAKUBOVICZ, Regina (org.). *Avaliação em voz, fala e linguagem*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

JAKUBOVICZ, Regina; MEINBERG, Regina Cupello. *Introdução à Afasia: diagnóstico e terapia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

JARDINI, Renata Savastano Ribeiro. *Método das boquinhas: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita*. 3 ed. Bauru: Boquinhas, 2010.

KERTSZ, Andrew. *The Western Aphasia Battery-Revised*. New York: Grune & Stratton. 1982.

KÖCHE, J. C. *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa*. 25. ed., Petrópolis: Vozes, 2008.

MACEDO, Marília Maria De Lucena. *Uma re-significação do mundo: estudo de caso em afasia*. Mestrado (Dissertação). Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2004.

MAC-KAY, Ana Paula Machado Goyano et al. *Afásias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico*. São Paulo: Santos, 2003.

MAC-KAY, Ana Paula Machado Goyano. Afásias. In: MAC-KAY, Ana Paula Machado Goyano et al. *Afásias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico*. São Paulo: Santos, 2003.

MAHEIRIE, Kátia. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Interações*, v. 7, n. 13, 2002.

MOLETA, Francisleine et al. O cuidador familiar no contexto das afásias. *Distúrbios da Comunicação*. PUCSP, n. 23, v. 3, 2011.

MORATO, Edwiges Maria (Org.). *A semiologia das afásias: perspectivas linguísticas*. São Paulo: Cortez, 2010.

MORATO, Edwiges Maria. As afásias entre o normal e o patológico: da questão neuro(linguística) `questão social. In: SILVA, F. L. da; MOURA, H. M. de M. (Orgs). *Direito à fala: a questão do preconceito linguístico*. Florianópolis: Insular, 2000.

MORATO, Edwiges Maria. Neurolinguística. In: MUSALIM, F.; BENTES, A. C. (Orgs). *Introdução à Linguística: domínios e fronteiras*. São Paulo: Cortez, 2001.

NANDIN, Tainara Lemes Conde. *Possibilidades narrativas de sujeitos com afasias severas de produção: o papel dos signos não-verbais para alcançar o "querer-dizer"*. Mestrado (Dissertação). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2013.

NOVAES PINTO, Rosana do Carmo. Uma reinterpretação do conceito de grau de severidade a partir de uma concepção enunciativo-discursiva de linguagem e dos relatos de sujeitos afásicos sobre suas dificuldades. *Estudos Linguísticos*. São Paulo, n. 35, 2006.

OLIVEIRA, Livia Miranda de. *A co-construção de identidades em interações face-a-face entre pessoas com e sem afasia de expressão*. Mestrado (Dissertação). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

ORTIZ, Karin Zazo; COSTA, Flávia Pereira da. Aplicação do teste M1-Alpha em sujeitos normais com baixa escolaridade: estudo piloto. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 23, n. 3, 2011.

ORTIZ, Karin Zazo; OSBORN, Ellen; CHIARI, Brasília Maria. O teste M1-Alpha como instrumento de avaliação da afasia. *Pró-fono*, v. 5, n. 1, 1993.

PADOVANI, Aline Rodrigues et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 12, n. 3, 2007.

PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta et al. *Bateria Montral-Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL)*. São Paulo: Vetor Editora, 2016.

PEÑA-CASANOVA, Jordi. Afasias e área da linguagem: fundamentos. In: PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez. *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. Reabilitação da afasia e transtornos associados. Barueri: Manole, 2005.

PEÑA-CASANOVA, Jordi; DIÉGUEZ-VIDE, Faustino; PAMIES, Montserrat Pérez. A linguagem e as afasias. In: PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez. *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. Reabilitação da afasia e transtornos associados. Barueri: Manole, 2005a.

PEÑA-CASANOVA, Jordi; DIÉGUEZ-VIDE, Faustino; PAMIES, Montserrat Pérez. Exploração de base da linguagem para orientação terapêutica. In: PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez. *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. Reabilitação da afasia e transtornos associados. Barueri: Manole, 2005b.

PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez. *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. Reabilitação da afasia e transtornos associados. Barueri: Manole, 2005.

PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez; DIÉGUEZ-VIDE, Faustino. Tipos clínicos clássicos de afasias e alterações associadas. In: PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Montserrat Pérez. *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. Reabilitação da afasia e transtornos associados. Barueri: Manole, 2005c.

PORCH, Bruce E. *Proch Index os Communicative Ability*. Journal of Speech and Hearing Disorders, v. 39, 1967.

PRATES, Letícia Pimenta Costa Spyer; MARTINS, Vanessa de Oliveira. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, 2011.

RAIMUNDO, Ana Filipa Catarino. *Protocolo de avaliação da motricidade orofacial: Revisão e características psicométricas*. Mestrado (Dissertação). Portugal: Escola Superior de Saúde do Alcoitão, 2016.

RAJER, Franco. A anomia no campo da afasiologia. In: MORATO, Edwiges Maria (Org.). *A semiologia das afasias: perspectivas linguísticas*. São Paulo: Cortez, 2010.

SAMPAIO, Nirvana Ferraz Santos. *Uma abordagem sociolingüística da afasia: o Centro de Convivência de Afásicos (UNICAMP) como uma comunidade de fala*. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SANT'ANNA, Maria Madalena Moraes; DELIBERATO, Debora; ROCHA, Aila Narene Dahwache Criado. Percepção do usuário de comunicação suplementar e alternativa e de seus interlocutores sobre o uso dos sistemas gráficos. *Revista Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 3. 2016.

SAUSSURE, Ferdinand. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix, 2012.

SAUSSURE, Ferdinand. *Escritos de linguística geral*. Trad. Bras. Carlos Augusto Salum e Ana Lúcia Franco. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.

SCHUELL, H. *The Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1957.

SENHORINI, Gisele et al. O processo terapêutico nas afasias: implicações da neurolinguística enunciativo-discursiva. *Revista CEFAC*. v. 18, n. 1. 2016.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

SOMASUNDARAM, Sriramya et al. Dysphagia risk assessment in acute left-hemispheric middle cerebral artery stroke. *Cerebrovascular Diseases*, v. 37, n. 3. 2014.

SPREEN Otfried; BENTON Arthur. *The Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*. Revised edition. Victoria, BC, Canada: Neuropsychology Laboratory, University of Victoria, 1977.

SURREAUX, Luiza Milano. *Linguagem, Sintoma em Clínica de Linguagem*. Doutorado (Tese). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

TAVARES, Eliana da Silva. *Competência e argumentação nas afasias: um estudo enunciativo*. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2007.

TREMBLAY, P1; DICK, AS. Broca and Wernicke are dead, or moving past the classic model of language neurobiology. *Brain Language*. Pubmed, v. 162, 2016.

VAN HOUT, A. Afasia da Criança. In: CHEVRIE-MULLER, Claude; NARBONA, Juan. *A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

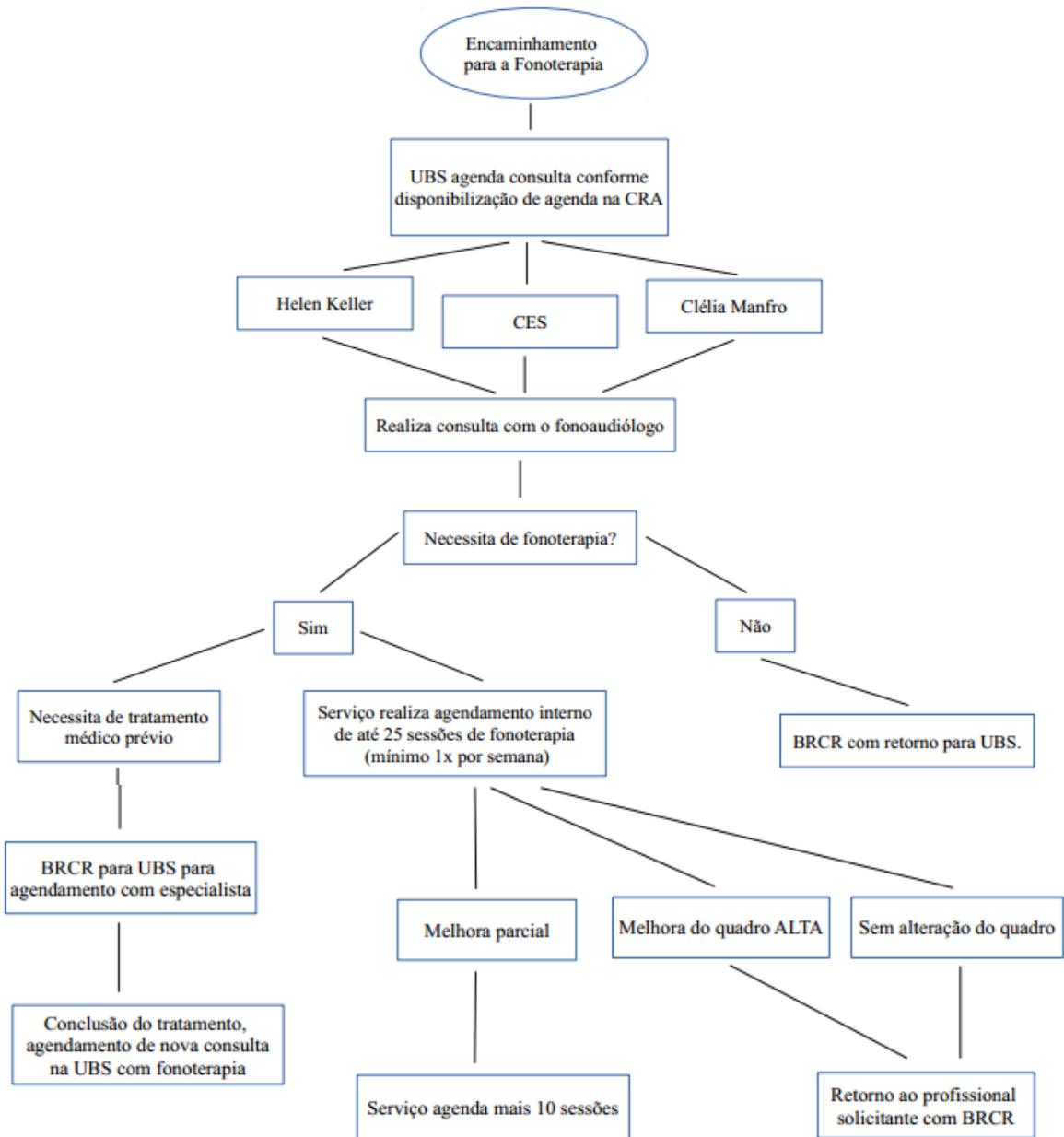
WEEDON, Chris. Subjects. In: EAGLETON, Mary. (Org.). *A concise companion to feminist theory*. London: Blackwell publishing, 2003.

WEPMAN, Joseph. *Language Modalities Test for Aphasia*. Chicago: Education Industry Service. 1961.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

Anexo A – Fluxograma de acesso à fonoterapia

Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul – DACRA (Março de 2012)
FLUXO DE ACESSO À FONOTERAPIA



Prefeitura Municipal de Caxias do Sul | Secretaria Municipal de Saúde | Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria
 UBS: Unidade Básica de Saúde
 CRA: Central de Regulação Ambulatorial
 BRCR: Boletim de referência e Contra-Referência
 DACRA: Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria

Consultas: 30 minutos
 Quantidade de sessões: inicialmente 25 sessões, podendo realizar mais 10 sessões.
 Vínculo máximo: de 6,5 à 8,5 meses.

Anexo B – Termo de Autorização para realização deste estudo – Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O processo de reconstrução da identidade enunciativa do sujeito afásico no âmbito clínico público

Pesquisador: Larissa Rizzon da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59621216.5.0000.5341

Instituição Proponente: Fundação Universidade de Caxias do Sul - FUCS/RS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.330.983

Apresentação do Projeto:

Ver Parecer: 1.800.235

Objetivo da Pesquisa:

Ver Parecer: 1.800.235

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver Parecer: 1.800.235

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver Parecer: 1.800.235

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver Parecer: 1.800.235

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acolhe-se Emenda solicitada e justificada: "[...] alteração do título da pesquisa. A adequação deve-se a necessidade de adaptar o título aos objetivos da pesquisa e aos resultados adquiridos".

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, de acordo

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS

Bairro: PETROPOLIS

CEP: 95.070-560

UF: RS

Município: CAXIAS DO SUL

Telefone: (54)3218-2829

Fax: (54)3218-2100

E-mail: cep-ucs@ucs.br

Continuação do Parecer: 2.330.983

com as atribuições definidas nas Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16, aprova o projeto para dar início à pesquisa.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento da pesquisa, por meio de relatórios semestrais. Solicitamos que o relatório contemple o andamento da pesquisa, as modificações de protocolo, cancelamento, encerramento, publicações decorrentes da pesquisa e outras informações pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_827088 E1.pdf	10/10/2017 00:06:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATUALIZADO.pdf	17/10/2016 17:26:09	Larissa Rizzon da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizaodaInstituicao.pdf	17/10/2016 17:25:29	Larissa Rizzon da Silva	Aceito
Cronograma	CronogramaATUALIZADO.pdf	17/10/2016 17:23:32	Larissa Rizzon da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoATUALIZADO.pdf	17/10/2016 17:22:57	Larissa Rizzon da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	30/08/2016 18:41:07	Larissa Rizzon da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS DO SUL, 16 de Outubro de 2017

Assinado por:
Luciane Andreia Bizzi
(Coordenador)

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS CEP: 95.070-560
UF: RS Município: CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 Fax: (54)3218-2100 E-mail: cep-ucs@ucs.br

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL-RS



Continuação do Parecer: 2.330.983

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **Fax:** (54)3218-2100 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br

Anexo C – Prontuário clínico do sujeito M
(Disponível apenas na versão impressa)

Anexo D – Atividade proposta com vistas ao acesso lexical
(Disponível apenas na versão impressa)