

**ANÁLISE DO DISCURSO DE SUJEITOS
AFÁSICOS EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

**ANÁLISE DO DISCURSO DE SUJEITOS
AFÁSICOS EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

*Dissertação apresentada
como requisito final para
obtenção do grau de Mestre
em Ciências da Linguagem, no
Programa de Mestrado em
Ciências da Linguagem, da
Universidade Católica de
Pernambuco, sob orientação
da Profª Drª Nadia Azevedo.*

RECIFE/2011

M929a

Moura, Maria Martins Amorim de
Análise do discurso de sujeitos afásicos em um grupo de
convivência / Maria Martins Amorim de Moura ; orientador
Nadia Azevedo, 2011.
69 f. : il

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação.
Mestrado em Ciências da Linguagem, 2011.

1. Afasia. 2. Análise do discurso. 3. Linguagem. I. Título.

CDU 159.946.3

MARIA MARTINS AMORIM DE MOURA

**ANÁLISE DO DISCURSO DE SUJEITOS AFÁSICOS EM UM GRUPO DE
CONVIVÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Linguagem.

Data da aprovação: 20/06/11

Prof^a. Dr^a. Nadia Pereira Gonçalves de Azevedo – UNICAP
Universidade Católica de Pernambuco
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Vilar de Melo
Universidade Católica de Pernambuco
Examinadora Interna

Prof^a. Dr^a. Jônia Alves Lucena – UFPE
Universidade Federal de Pernambuco
Examinadora Externa

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter me dado força para
que eu conseguisse conquistar todos
os meus objetivos.

Aos meus pais, Miguel e Fátima,
pelo amor e dedicação demonstrado
em todos os momentos da minha
vida.

Ao meu noivo, Paolo, pelo amor,
força, carinho e compreensão nesta
caminhada.

À minha irmã, Camila, por ter me
ajudado nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Nadia Azevedo, pela compreensão, incentivo e apoio em todos os momentos deste estudo.

À minha tia Jai, que sempre me apoiou nos meus estudos acadêmicos, me incentivando à realização do mestrado.

A minha amiga do mestrado Juliana Barreto que, apesar da distância, compartilhou comigo muitos momentos no desenvolvimento deste estudo.

À todos os afásicos do Grupo de Convivência da Católica, pela confiança e carinho durante todo nosso convívio.

Às minhas colegas do Grupo de Convivência de Afásicos, Zara, Isabela e Adriana, que sempre me ajudaram.

“Assim, se todas as coisas inteiras pudessem ser partidas ao meio... todos teriam possibilidade de sair de sua unidade obtusa e ignorante. Eu era inteiro e todas as coisas eram, para mim, naturais e confusas, estúpidas como o ar, acreditava ver tudo, porém, era apenas aparência. Se algum dia se transformar na metade de mim mesmo... compreenderá coisas que estão além da inteligência comum dos cérebros inteiros. Terá perdido a metade de si e o mundo, porém, a metade que sobrar será mil vezes mais profunda e preciosa.”

Italo Calvino – O Visconde Partido ao Meio

RESUMO

A afasia é caracterizada por uma alteração na linguagem decorrente de lesão cerebral. O sujeito afásico apresenta dificuldades no processo linguístico, podendo, também, apresentar problemas motores, sensoriais e emocionais, refletindo assim no seu meio social. A literatura fonoaudiológica que estuda a afasia apresenta uma perspectiva organicista, priorizando apenas a causa neurológica, na qual a relação entre a ordem neurológica e a da linguagem se dá de forma direta. Percebendo que a afasia deve ser pensada de uma forma mais ampla, não se restringindo apenas à doença, mas, também, ao sujeito, é que se utiliza a Análise do Discurso de linha francesa. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho foi analisar o discurso de sujeitos afásicos na perspectiva linguístico-discursiva. Especificamente, pretende-se investigar o discurso de sujeitos afásicos, com o diagnóstico neurológico de lesão encefálica e fonoaudiológico de distúrbio da similaridade e da contiguidade; descrever as características de produção linguístico-discursiva de sujeitos afásicos; e identificar estratégias linguístico-discursivas que gerem efeitos de deslocamento na linguagem dos sujeitos em estudo. Participaram desta pesquisa os afásicos que fazem parte do Grupo de Convivência de Afásicos da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), o qual tem como finalidade trabalhar os aspectos relacionados à linguagem. A coleta dos dados foi realizada por meio de gravações, tanto em áudio como em vídeo, das oficinas realizadas no Grupo de Convivência de Afásicos, com temas variados. Para a análise dos dados, foram retirados recortes discursivos dos momentos de interação dos afásicos no grupo. O recorte discursivo é um fragmento de situação discursiva que o pesquisador utiliza para analisar a produção discursiva dos sujeitos avaliados. A análise das situações discursivas aqui enfocadas possibilitou a sugestão de respostas às questões abordadas neste trabalho. Diante dos resultados, observou-se como característica discursiva do afásico o apagamento, pelo próprio sujeito, da condição de falante. Observou-se, também, que a postura que o Fonoaudiólogo apresenta, em algumas situações, provoca silenciamento no afásico. E que algumas atividades geram efeito de deslocamento no discurso destes sujeitos. Estas atividades foram aquelas em que a linguagem sempre estava presente, mostrando sua importância no processo terapêutico dos sujeitos. Com isso, fica claro que os profissionais que trabalham com o sujeito afásico, principalmente o Fonoaudiólogo, não podem se furtar ao uso de uma terapêutica que contemple, em sua essência, o funcionamento da linguagem.

Palavras-chave: Afasia; Linguagem; Discurso.

ABSTRACT

Aphasia is characterized by a language change due to a brain injury. The aphasic person presents difficulties in the linguistic process, and may also presents motor, sensory and emotional problems, which, this way, reflect on his or her social environment. The literature that studies aphasia presents an organicist perspective, focusing only on the neurological cause, in which the relationship between neurological order and language order is done directly. Realizing that aphasia should be thought in a more broadly way, not restricted to the disease only, but also to the person who has the disease, is the reason for the French Discourse Analysis line to be used. Thus, the overall objective of this study was to analyze the speech of aphasic people in a linguistic-discursive perspective. Specifically, it is intended to investigate the speech of aphasic people with the diagnosis of brain injury and neurological speech disorder of similarity and contiguity; to describe the aphasic people linguistic and discursive production characteristics; and to identify strategies which generate linguistic-discursive effects shift on the people under study language. The aphasics who participated in this study were part of the Catholic University of Pernambuco (UNICAP) aphasic social group, which aims to work out the issues related to language. Data was collected by recordings, both in audio and video, from the workshops held in the aphasia Group, with varied themes. For data analysis, speech cuttings were taken from the aphasics' interaction discursive moments in the group. The discursive cutting is a piece of discourse situation that the researcher uses to analyze the people evaluated discursive production. The discursive situations analysis focused here enabled the answers for the suggested questions addressed in this work. Considering the results, it was observed, as an aphasic discursive characteristic, the erasure of the speaker condition done by the person itself. It was also observed that the attitude taken by the Speech Therapist, in some situations, causes silencing on the aphasic. And that some activities generate displacement effect on the speech of these people. These activities were those in which the language was always present, showing its importance in the people therapeutic process. This makes it clear that professionals working with the aphasic person, especially the Speech Therapist, cannot avoid the use of a therapy which would contemplate, in essence, the language functioning.

Keywords: Aphasia; Language; Speech.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I - A AFASIA SOB O PONTO DE VISTA LINGUÍSTICO-DISCURSIVO	7
1.1 Afasia	8
1.1.1.A História da Afasia e Visão Organicista	8
1.1.2.A Afasia e a perspectiva Linguístico-Discursiva	18
1.1.2.1.Distúrbio da Contiguidade	21
1.1.2.2.Distúrbio da Similaridade	23
1.1.3.A Afasia e a Clínica Fonoaudiológica	27
1.2 Análise do Discurso de Linha Francesa	30
1.2.1. AD: teoria e procedimento de análise	33
.	
CAPÍTULO II - CAMINHO METODOLÓGICO	38
CAPÍTULO III ANÁLISE DOS DADOS	46
3.1 O Discurso do sujeito afásico	47
3.2 Estratégias clínicas na Fonoaudiologia: abertura ou silenciamento?	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	66

INTRODUÇÃO

“A gente se sente numa *caverna*, escuta sua própria voz como em um precipício. Temos medo das pessoas, não queremos sair sozinhos!” (L.M.)*

O interesse pelos estudos da Afasia aconteceu ao final do curso de Fonoaudiologia, durante o estágio curricular na graduação, e no estágio no Hospital Geral do Exército, no Recife, onde tive a oportunidade de conhecer melhor este distúrbio de linguagem. O primeiro contato, no entanto, ocorreu no 3º período, em uma disciplina de Neurologia, quando nos foi apresentada uma visão acentuadamente orgânica da Afasia. Somente mais tarde, ao cursar as disciplinas de estágio, nos foi oferecido outro olhar sobre essa patologia, desta vez embasada em conhecimentos de outros campos¹ da afasiologia até então por nós desconhecidos.

Ao final da graduação, na busca de aprofundamento dos conhecimentos ali obtidos, veio a seleção ao Mestrado. Ali, com a interação junto ao Grupo de Convivência de Afásicos da UNICAP, foram surgindo algumas inquietações. Ao longo das sessões do grupo, foi possível observar como os afásicos se mantêm em uma posição de incapacidade comunicativa. Com frequência, afirmam que não conseguem falar, quando, na verdade, o estão fazendo. O que chamou a atenção nesses discursos foi o fato de conseguirem organizar uma frase completa, e se deterem apenas nos momentos das “falhas” em sua enunciação. Daí, várias perguntas foram surgindo e deixando uma certa inquietação: Por que o sujeito afásico acha que não consegue falar, se já fala? Há perda de linguagem? E o sujeito da linguagem, para onde vai? Ele já não foi constituído na/pela linguagem? Quais as peculiaridades na linguagem deste sujeito? Na Fonoaudiologia, que atividades geram efeito de linguagem nesses sujeitos? Por outro lado, que atividades os silenciam? Será que as estratégias clínicas que a Fonoaudiologia utiliza são suficientes para mostrar a estes pacientes que eles têm uma linguagem e podem se comunicar com as pessoas?

Foram, pois, questionamentos dessa natureza que despertaram a

¹ O Campo linguístico-discursivo abordado por Fonseca (1995).

* Depoimento retirado do livro *O afásico – convivendo com a lesão cerebral* de Jacques Ponzio.

necessidade de aprofundar os estudos da afasiologia na perspectiva linguístico-discursiva, e por acreditar que a clínica fonoaudiológica deve repensar sua prática, de modo a evitar que o fator orgânico seja o foco terapêutico. Ou seja, que esta clínica passe a priorizar a linguagem do afásico, com vistas à sua reintegração na sociedade.

A Fonoaudiologia ficou inserida por muito tempo em questões relacionadas aos fenômenos patológicos. O modelo clínico médico prevalecia na clínica fonoaudiológica, ficando esta restrita aos aspectos orgânicos e esquecendo-se de estudar a linguagem de forma mais abrangente. Com isso, ao se aprofundar no campo da afasiologia, a Fonoaudiologia se apresentou numa perspectiva visando ao orgânico, ou seja, uma relação direta entre a ordem neurológica e a da linguagem.

Até o presente, muitos fonoaudiólogos se identificam com esta prática terapêutica, ficando presos a testes para fazer com que o afásico “volte” a falar, mesmo que esta resulte em uma fala mecânica. Este “volte” é para enfatizar que muitos profissionais que utilizam testes-padrão parecem não acreditar que o afásico tem uma linguagem, e que, devido às falhas que ocorrem naquele discurso, deve tê-la perdido. Parecem esquecer, no entanto, que essas falhas também ocorrem em pessoas não-afásicas (quanto a isso, será discutida, mais adiante, a posição de Freud).

Neste trabalho, propõe-se um afastamento da tendência terapêutica organicista, por acreditar que o sujeito afásico procura a clínica fonoaudiológica para manter-se *sujeito ativo* na linguagem. Daí, a proposta na perspectiva linguístico-discursiva aqui adotada.

Para Mancopes (2009, p.73), “o corpo do afásico fala do quanto o organismo depende da fala para alçar a condição de sujeito”. Com isso, é fácil perceber como o afásico se sente ao participar de uma terapia fonoaudiológica realizada por meio de testes já elaborados no qual ele não apresentará uma linguagem própria, mas sim, já construída por um Outro. De acordo com Coudry (2001), os testes-padrão² eram utilizados para localizar lesões cerebrais e, também, fornecer os critérios de classificação dos diferentes tipos de afasia. Com essa proposta, pode-se notar que o afásico não se sentirá de maneira alguma sujeito falante, mas um objeto que fala.

² Esses testes-padrão serão abordados nos capítulos adiante.

Com um olhar voltado para o sujeito, pretende-se dar um suporte à clínica fonoaudiológica, pela observação da linguagem do afásico em funcionamento, em sua prática social efetiva. Portanto, o objetivo deste trabalho será analisar o *funcionamento linguístico-discursivo* de sujeitos com afasia. Especificamente, pretende-se, ainda: a) investigar o discurso de sujeitos afásicos, a partir dos distúrbios da similaridade e da contiguidade; b) descrever as características de produção linguístico-discursiva de sujeitos afásicos; e c) identificar estratégias³ linguístico-discursivas que gerem efeitos de deslocamento na linguagem dos sujeitos em estudo.

Pretende-se, assim, utilizar a proposta teórica de Jakobson, primeiro linguista a estudar a afasia a partir do olhar da linguagem, bem como a Análise do Discurso de linha francesa, que estará neste trabalho como teoria e procedimento de análise. Dessa forma, acredita-se que se poderá responder às questões iniciais e analisar discursivamente a linguagem dos sujeitos do estudo.

Para isso, o trabalho foi estruturado da seguinte maneira: o primeiro capítulo trata da fundamentação teórica para a abordagem da linguagem, oferecendo uma visão panorâmica da afasia, destacando algumas tendências, procurando, enfim, marcar o que se aproxima da ótica proposta: a afasia vista como uma questão de linguagem e não, simplesmente, como uma lesão neurológica. Além disso, serão discutidos os principais conceitos da Análise do Discurso de linha francesa. O segundo capítulo destaca a metodologia utilizada no trabalho, apontando o percurso na realização desta dissertação. O terceiro capítulo apresenta a análise dos dados, com os recortes discursivos das sessões do Grupo de Convivência de Afásicos. Por fim, as considerações finais que levantam algumas possibilidades de pesquisa na área.

³ O termo “estratégias” é bastante utilizado como um uso da linguagem onde o sujeito mascara uma palavra utilizando-se de outra. Porém, o termo aqui utilizado se refere às posturas linguísticas adotadas pelo terapeuta para que o sujeito afásico se desloque no seu discurso. Ou seja, são habilidades linguísticas que o profissional irá utilizar para que o afásico perceba o seu discurso e se desloque dentro do discurso. Esse termo será melhor explicado nas análises deste trabalho.

CAPÍTULO I

A AFASIA SOB O PONTO DE VISTA LINGUÍSTICO-DICURSIVO

“Perda que o perde, no qual ele (o sujeito) “se” reacha perdido; e se inaugura “o tempo de compreender”, a partir deste *flashback* que é o momento de retorno” (Moulin, 1994)

Neste capítulo, dá-se destaque à trajetória dos estudos sobre a Afasia, desde as primeiras publicações até a inclusão do sujeito afásico e da sua linguagem, procurando marcar a perspectiva linguística-discursiva.

De Lemos (*apud* BRISSANT, 2006), em seus estudos, contribuiu para modificar a visão da clínica fonoaudiológica e de sujeito, sendo este considerado participante efetivo de uma relação significativa. Para Lier-De Vitto (2006, p.1), a linguagem

não é determinada e não pode ser explicada por uma ordem social, nem psicológica, nem orgânica; embora as manifestações de fala/discurso possam ser afetadas por esses domínios

Nesse sentido, a autora faz uma crítica à clínica fonoaudiológica ao afirmar:

Na clínica fonoaudiológica impera o imaginário de que a linguagem é comportamento que pode ser corrigido [...], uma vez que se há algo o que concordam teóricos e pesquisadores da Aquisição da Linguagem é que linguagem não se ensina (LIER-DE VITTO, 2006, p.4).

De acordo com a visão organicista, falar em afasia é falar em lesão, sendo este, inclusive, o elemento principal para o seu diagnóstico. Ou seja, a afasia se caracteriza por um conjunto de perturbações da linguagem, de natureza oral e/ou escrita, proveniente de uma lesão cerebral (LECOURS *et al.*, 1995). Nem toda lesão, no entanto, poderá, necessariamente, levar à afasia, ficando esta restrita a lesões nas áreas responsáveis pela linguagem, especificamente, as áreas de Broca e Wernicke.

As causas mais freqüentes das afasias são as vasculares, infecciosas, traumáticas, anóxicas, metabólicas, idiopáticas, degenerativas e

desmielinizantes. De acordo com Mac-Kay (2003, p.51), “a afasia não é uma doença, mas um sintoma complexo relacionado a uma desordem neurofisiológica que envolve os mecanismos cerebrais”.

Coudry (2001), por sua vez, ao conceituar afasia, apresenta uma visão neurolinguística, e considera a linguagem como prioritária na circunscrição do distúrbio.

A afasia se caracteriza por alterações de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associarem a alterações de outros processos cognitivos. Um sujeito é afásico quando, do ponto de vista linguístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados recursos de produção ou interpretação (COUDRY, 2001, p 5).

No próximo segmento, passaremos a nos debruçar sobre os estudos relativos à Afasia. Faremos um breve relato sobre o histórico da afasia, para, posteriormente, nos debruçarmos na perspectiva discursiva.

1.1 Afasia

1.1.1 A História da Afasia e a Visão Organicista

O interesse em descobrir os mistérios do corpo humano vem desde os séculos antes de Cristo, quando nada se conhecia a seu respeito. Os estudos realizados nesta época referiam-se à divisão entre corpo e alma, cérebro e pensamento. Alguns estudos, no entanto, já mostram uma investigação sobre a afasia nesta época. Vieira (2007) comenta que Landi (2000) já chama a atenção para a descrição das afasias em 3.000 a.C., e afirma que o termo “afasia” foi utilizado pela primeira vez na Filosofia como referência aos cétricos, quando estes tinham dificuldade em pronunciar algo.

As primeiras pesquisas comprovadas sobre a patologia foram, na realidade, realizadas pela área da medicina. No início, os médicos se baseavam nas “lesões visíveis”, ou seja, nos sintomas apresentados pelo paciente, restringindo-se apenas aos sinais das alterações motoras, sensoriais e linguísticas (MANCOPES *et al*, 2009).

Durante esta época, a Medicina necessitava dar uma resposta aos

sintomas observados nos pacientes, e, com isso, procuravam uma relação entre alterações físicas e sintomas observados. Com o decorrer do tempo, começou a estudar o cérebro de modo mais profundo,

[...] permitindo a análise experimental das alterações que as doenças produzem, bem como a correlação entre as lesões visíveis no organismo e a coerência das formas patológicas. Por meio deste método, o que era invisível passou a ser visível (MANCOPEs *et al*, 2009, p. 02).

Com esta nova possibilidade, a Medicina pode expandir seus conhecimentos sobre o corpo humano. A partir daí, o campo médico iniciou seus estudos para descobrir com mais propriedade as alterações que a doença apresentava.

Isso só foi possível devido à abertura de cadáveres, o que dava uma onipotência ao campo médico, sendo fundamentado, principalmente, na técnica da anatomia patológica (MANCOPEs *et al*, 2009).

Fonseca (1995, p. 12) comenta que

A anátomo-patologia foi, também, base para a comparação entre 'organismos doentes' e, a partir da correlação positiva interno/externo, fundamentava-se a oposição normal/patológico.

Desde o século XIX, há um interesse dos neurologistas pelo estudo da Afasia. Com a II Guerra Mundial, houve uma febre de estudos, pela possibilidade de se observar a relação entre lesão e sintoma (LEBRUN, 1983). Dada a necessidade de encontrar uma resposta sobre os sintomas observados nos pacientes, vários médicos da época foram em busca da localização da área da linguagem. Com isso, surgiram duas escolas de pensamento sobre as funções do cérebro. Os *localizacionistas*, que acreditavam que determinadas funções mentais eram produzidas por áreas cerebrais específicas, e os *holistas*. Entre os que se destacavam na defesa da visão localizacionistas estavam Gall, Broca e Wernicke. Em oposição aos localizacionistas, os holistas acreditavam que o funcionamento mental se dava a partir do trabalho cerebral como um todo, ou seja, negando toda a possibilidade das faculdades mentais terem localizações específicas no cérebro. Entre os representantes desta corrente, destacam-se Goldstein, Pierre Marie, dentre outros (LEBRUN, 1983).

Durante muitos anos, essas duas visões tomaram conta dos pesquisadores da afasiologia. Lebrun (1983) relata que foi Franz Joseph Gall o pioneiro da teoria da dominância cerebral para linguagem, atribuindo-lhe o papel de um dos fundadores da teoria localizacionista. Vieira (1992) comenta sobre os estudos realizados por Gall, na procura por proeminências no cérebro de humanos e/ou animais, visto que sua idéia básica é “de que a proeminência é resultante do desenvolvimento maior do órgão cortical⁴ subjacente da pessoa em questão”.

Para Gall, as dificuldades em evocar palavras advinham de uma lesão na região anterior dos lóbulos frontais, onde estava localizada a memória verbal, estabelecendo a função a partir do sintoma. Sua teoria deu origem às pesquisas sobre as localizações cerebrais, embora ele não tenha despertado para a possibilidade de uma assimetria funcional entre os hemisférios cerebrais (LEBRUN, 1983).

Durante muito tempo, os médicos não buscaram estabelecer uma relação entre as perturbações linguísticas dos seus pacientes com uma doença no hemisfério esquerdo. Essa relação alteração linguística/hemisfério esquerdo só foi feita por Broca, em 1865, a partir da análise cerebral de um de seus pacientes, confirmando a existência de uma assimetria funcional entre os hemisférios cerebrais (LEBRUN, 1983).

Para chegar à descoberta da assimetria funcional entre os hemisférios, Broca fez uma relação da preferência manual, geralmente a direita, na maioria dos indivíduos, com uma relação do hemisfério cerebral contralateral. Ele conclui que se a movimentação da mão é realizada pelo lado oposto do cérebro, o hemisfério esquerdo seria dominante para a motricidade manual.

Do mesmo modo que dirigimos os movimentos da escrita, do desenho, do bordado, etc., com o hemisfério esquerdo, assim, também, nós falamos com o hemisfério esquerdo (BROCA, 1865 *apud* LEBRUN, 1983, p.13).

Suas conclusões foram registradas em “La Bulletin de la Société

⁴ Broca fez essa relação, mais tarde, da proeminência hemisférica esquerda com o desenvolvimento da linguagem. Ele afirma que no desenvolvimento do cérebro, as circunvoluções do hemisfério esquerdo são desenvolvidas mais precocemente do que as do hemisfério direito. Segundo Broca, a aquisição da fala é acompanhada pelo hemisfério que se encontra mais desenvolvido, sendo este o hemisfério esquerdo.

d'Athropologie”:

Eu tenho relatado a vocês ... dez casos de afemia nos quais as autópsias mostraram várias lesões na terceira circunvolução frontal ... Eu persisto pensando [...] que a afemia genuína [...] esteja relacionada à lesão do hemisfério esquerdo do cérebro (op. cit., pg. 337, *apud* FONSECA, 1995, p.15, grifo nosso).

Neste relato, Broca enfatiza a relação localização cerebral (hemisfério esquerdo) e sintoma linguístico (afemia) a partir de experimentos realizados por ele. Broca, ao interpretar a localização cerebral da linguagem no lobo frontal, se referiu apenas ao tipo motor, o que ele chamou de *afemia* (perda da fala). Estabeleceu, então, para sede da linguagem articulada⁵ a parte posterior da terceira circunvolução frontal do hemisfério esquerdo, hoje conhecida como área de Broca.

Em seus relatos, Broca só enfatiza a localização da linguagem articulada. Para ele, a compreensão da linguagem falada e relação de sentido entre significado e significante dependiam igualmente dos dois hemisférios cerebrais.

Lebrun (1983) relata que Broca considera que a alteração de linguagem do afásico é resultante de quatro afecções distintas: (1) ausência de uma idéia de exprimir⁶, denominada *alogia*; (2) ausência do conhecimento das relações que a convenção estabelece entre as idéias e as palavras, denominada *amnésia verbal*⁷; (3) falta dominar a habilidade de combinar com regularidade os movimentos delicados dos órgãos da articulação, de maneira a produzir imediatamente e sem esforço as palavras convenientes, o que chamou de *afemia*⁸; (4) falta de integridade dos órgãos da articulação a fim de que se possam obedecer imediatamente às ordens da vontade, denominado de *alelia mecânica*⁹.

Nos grupos (1) e (2) Broca faz uma referência ao sintoma linguístico

⁵ Faculdade de produzir movimentos próprios da expressão oral (LEBRUN, 1983).

⁶ Broca atribuiu essa ausência a uma perda da inteligência em geral (VIEIRA, 1992, p.28).

⁷ Os sujeitos são capazes de pronunciar palavras, mas não conseguem exprimir o que desejam. Têm dificuldades no reconhecimento de objetos, localidades. Observa-se uma perda da memória das palavras orais e escritas (VIEIRA, 1992, p.28).

⁸ Os sujeitos têm as idéias, mas as exprimem através de gestos ou, mesmo, palavras próprias do seu vocabulário, reduzindo a monossílabos, utilizando jargões e neologismos (VIEIRA, 1992, p.28).

⁹ Os afásicos possuem dificuldades de articulação decorrentes de alterações neuro-musculares (VIEIRA, 1992, p.28).

encontrado nos afásicos, enquanto nos grupos (3) e (4) o autor se remete à motricidade da linguagem, ou seja, em nível cerebral, pois é o cérebro que libera os comandos para os movimentos articulatórios. Isto mostra, mais uma vez, a relação direta cérebro/linguagem (LEBRUN, 1983).

Após a descoberta de Broca, as pesquisas no campo da afasiologia ganharam força, tendo um grande avanço com a descoberta de outra área cerebral, no lobo temporal esquerdo, no qual uma lesão nesta região afetaria a área sensorial da linguagem. Esta descoberta foi realizada pelo neuropsiquiatra alemão Carl Wernicke, hoje tido como defensor da área sensorial da linguagem (LEBRUN, 1983).

A partir destas descobertas, o hemisfério dominante para a área da linguagem ficou sendo o hemisfério esquerdo, no qual a região anterior (área de Broca) seria a responsável pela parte motora da linguagem e a região posterior (área de Wernicke) pela parte sensorial da fala e da linguagem (Figura 1) (LEBRUN, 1983).

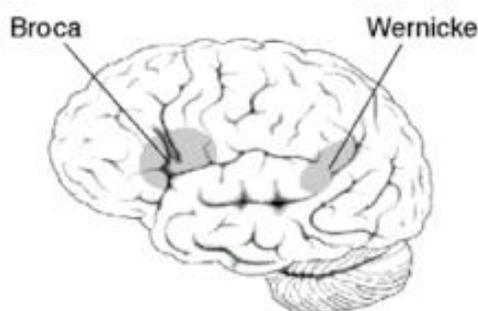


Figura 1 - Localização das áreas de Wernicke e de Broca

Fonte: Wikipédia, 2010.

Segundo Lebrun (1983, p.13), Carl Wernicke

mostrou que, assim como uma lesão unilateral anterior é suficiente para perturbar a expressão oral, uma lesão do mesmo lado, situada posteriormente no hemisfério, causa frequentes problemas de compreensão da linguagem falada.

Para explicar seus achados, Wernicke publicou uma descrição das principais características do que ele denominou de afasia sensorial. Os afásicos que tinham este tipo de afasia apresentavam uma fala fluente, mas comprometida, com alterações na leitura e na escrita, e uma dificuldade na

compreensão oral, embora o afásico não percebesse o seu erro (LEBRUN, 1983):

O paciente tornava-se inconsciente do uso correto ou errado das palavras.[...] Uma das características da afasia sensorial é que o paciente fica pouco preocupado com seu distúrbio de linguagem (LEISCHNER, 1979, p.22-23 *apud* LEBRUN, 1983, p.28).

Vieira (2007) comenta que Wernicke estava interessado em distinguir as doenças mentais das alterações de compreensão de linguagem. Nessa época, os afásicos que apresentavam alterações de compreensão eram confundidos com loucos¹⁰, pois os que tinham esse tipo de afasia se caracterizavam por sujeitos que falavam muito (logorréia), mas sua fala apresentava alterações de sentido.

Wernicke (*apud* MURDOCH, 1997) reconheceu a existência da área de Broca e, baseando-se nessa descoberta, propôs a existência dos dois tipos de afasia: motora e sensorial. A partir destes achados, Wernicke foi mais longe quando

não somente enfatizou a importância dos centros corticais no desempenho da linguagem, como também acentuou o papel dos tratos associativos que conectam os centros corticais da linguagem. Postulou a existência de um feixe de fibras (que hoje se sabe ser o fascículo arqueado) ligando a área de Broca ao primeiro giro temporal, e sugeriu que lesões neste local produziam afasia de condução (MURDOCH, 1997, p.55, ênfase e grifo nosso).

Com isso, Wernicke foi o primeiro pesquisador a propor que a afasia poderia ser causada por desconexões corticais. Na afasia de condução, o sujeito afásico apresenta alterações na fala e na escrita – sem sentido – podendo, também, apresentar parafasias.

Após a publicação destes achados de Wernicke, ocorreram vários sistemas de classificação das afasias, propostas por vários autores, baseando-se principalmente na teoria localizacionista.

Devido à complexidade da afasia e inúmeras classificações elaboradas por vários estudiosos, desde a época de Broca até os dias atuais, alguns autores se restringiram às dicotomias – sensoriomotora (WERNICKE, 1874

¹⁰ Mais à frente falaremos sobre a concepção de Foucault (2009) com relação ao discurso destes sujeitos.

apud MURDOCH, 1997), expressivo-receptiva (WEISENBERG e MCBRIDE, 1935 *apud* MURDOCH, 1997), fluente-não-fluente (BENSON, 1967 *apud* MURDOCH, 1997) e a ântero-posterior (GOODGLASS e KAPLAN, 1972 *apud* MURDOCH, 1997), para classificar a afasia.

Neste quadro de elaborações e classificações para as afasias, uma das propostas que tenta se afastar da relação lesão/sintoma é a de Luria, já que ele busca uma aproximação com a funcionalidade. Ainda assim, não foge à classificação. Desta forma, segundo Gurgacz (2003), Luria classificou as afasias em seis tipos: eferente, sensorial, dinâmica, semântica, aferente e amnésica, descrevendo-os do seguinte modo:

•afasia motora eferente ou cinética: os sujeitos que apresentam esta afasia têm dificuldades nos movimentos voluntários, a estrutura prosódica está prejudicada, ou seja, o sujeito não consegue repetir palavras ou mesmo denominar objetos. Essa afasia, para Luria, corresponde à afasia de Broca;

•afasia sensorial: nota-se neste tipo de afasia uma espécie de surdez verbal e uma perturbação da palavra espontânea, tanto na leitura como na escrita. “É uma condição na qual os sujeitos falam, mas são incapazes de entender a linguagem falada.”(LURIA ,1992 *apud* GURGACZ, 2003, p.19);

•afasia dinâmica: os sujeitos não apresentam nenhuma dificuldade articulatória, conseguem repetir palavras ou frases isoladas e não tem dificuldade em nomear objetos. Segundo Luria (1992 *apud* GURGACZ, 2003, p.19),

a observação inicial pode não detectar neles nenhuma desordem verbal. No entanto, uma análise mais atenta mostra estas alterações em forma bem evidente, pois aparecem nos enfermos deste grupo, no momento em que é preciso passar da simples repetição de palavras, frases ou da designação de objetos à criação ativa, criativa, de esquemas da própria enunciação verbal;

•afasia semântica: os sujeitos com este tipo de afasia apresentam desorientação espacial, acalculia, apraxia de construção espacial, agnosia e alterações de percepção em orações compostas.

•afasia motora aferente ou cinestésica: os afásicos, neste tipo de

afasia, apresentam uma imprecisão nos movimentos articulatórios, notando-se, assim, uma apraxia específica do aparelho fonador;

• afasia acústico-amnésica: “A alteração básica deste tipo de afasia é a instabilidade de retenção das séries articulatórias” (LURIA, 1992, p.103 *apud* GURGACZ, 2003, p.19). Os sujeitos conseguem reter apenas a primeira e a última parte da série verbal.

Murdoch (1997) ressalta que Luria propôs a existência de três principais unidades funcionais no cérebro, nas quais é necessária a participação destas para qualquer tipo de atividade mental. As três unidades funcionais são: (1) unidade de regulação do tônus, da vigília e dos estados mentais; (2) unidade de recepção, análise e armazenamento de informação, e (3) unidade de planejamento, regulação e verificação da atividade.

Para Luria, a causa da afasia é decorrente da lesão em uma dessas duas últimas unidades. Lesões na segunda unidade funcional podem causar diversos tipos de afasia receptiva (afasia sensorial, afasia acústico-amnésica, afasia motora aferente e afasia semântica). No entanto, lesões na terceira unidade funcional causam as afasias expressivas, que são a afasia motora eferente e a afasia dinâmica (MURDOCH, 1997).

Mostra-se que essa prática terapêutica limita tanto o sujeito afásico como o próprio profissional, pois ao usar os manuais o sujeito afásico esconde a possibilidade de trazer a sua fala, ficando preso a uma fala mecânica, sem sujeito de discurso. Nessa visão, o sintoma afásico é tratado como algo orgânico, sendo esquecido o sujeito que existe naquela fala.

Coudry (2001) faz uma crítica aos testes-padrões que alguns profissionais utilizam na avaliação e reabilitação do sujeito afásico. Nestes testes-padrão, o terapeuta cria uma situação não usual e, com isso, elabora uma bateria de testes nos quais se pede ao afásico:

- (1) repetição de fonemas ou palavras monossilábicas;
- (2) repetição de logatomas¹¹;
- (3) soletração e repetição de palavras;
- (4) discriminação de palavras pareadas (pato-bato, fato-fado);
- (5) formação de palavras a partir de fonemas iniciais;

¹¹ Palavras que não existem na língua do paciente mas com o mesmo padrão fonológico (COUDRY, 2001).

(6) denominação de objetos oralmente ou por escrito ou identificação do objeto, visando a verificação da capacidade de nomear ou a de compreender um nome;

(7) exercícios de contagem automatizada (série dos dias da semana, número, meses do ano, etc);

(8) verificação na fluência verbal mediante listagem de animais, países, profissões, etc;

(9) definição de palavras fornecidas pelo terapeuta;

(10) completar frases;

(11) formação de frases simples a partir de palavras fornecidas pelo examinador;

(12) descrição de uma figura: pede-se ao sujeito para descrever quais os elementos que estão na figura;

(13) compreensão de frases simples, semicomplexas e complexas;

(14) explicação de provérbios;

(15) exercícios sobre a morfologia e sintaxe da língua;

(16) repetição de parágrafos lidos pelo examinador;

(17) exercícios sobre algumas relações semânticas;

(18) leitura em voz alta e palavras, frases, parágrafos;

(19) leitura silenciosa de parágrafos acompanhados de questões visando a avaliar a sua compreensão;

(20) cópia de palavras e parágrafos;

(21) ditados de palavras e frases;

(22) fala espontânea (dar informações sobre dados pessoais); e,

(23) escrita espontânea (igual ao 22).

No auge das discussões sobre a afasia, o neurologista Sigmund Freud, em seu inscrito intitulado “A interpretação das afasias” levanta várias questões contrárias às idéias localizacionistas, fazendo uma crítica ao discurso organicista da medicina, formulando, a partir daí, a existência de um aparelho de linguagem.

Freud (1977) questiona a relação de causalidade lesão/sintoma, chamando a atenção para a ocorrência de sintomas linguísticos na ausência de lesão cerebral. Em seu artigo, faz menção às alterações de linguagem ocorridas no afásico no qual denomina como *parafasia* conceituando-a como:

uma perturbação da linguagem em que a palavra apropriada é substituída por uma outra não apropriada que tem no entanto uma certa relação com a palavra exata (FREUD, 1977, p.35).

Para este autor, a parafasia é um sintoma de alteração de linguagem, mas não necessariamente decorrente de lesão cerebral, pois este sintoma ocorre em sujeitos que não apresentam lesão em seu cérebro.

Segundo Freud (1977),

[...] a parafasia observada em alguns doentes não se distingue em nada daquela troca ou mutilação de palavras que quem é saudável pode encontrar em si próprio em caso de cansaço ou de atenção distraída [...]. É óbvio considerar a parafasia em seu sentido mais amplo como um sintoma puramente funcional, um sinal da perda da eficácia por parte do aparelho da linguagem (p.35, grifo nosso).

Para Freud, a parafasia é uma perturbação da linguagem no qual a pessoa substitui a palavra desejada por uma outra palavra, não apropriada, com a qual apresenta uma certa relação. Quando uma pessoa diz caneta por lápis, laranja por maçã, o que está em jogo é a “associação corrente” que une as duas palavras, ou o seu sentido semelhante. Freud (1977) também, define a parafasia como a junção de duas palavras, quando duas intenções verbais são fundidas num aleijão, por exemplo *Vutter* por *Mutter* ou *Vater*.

Finaliza-se este item com Freud, apesar de se compreender que este autor já traz ricas contribuições linguísticas à afasia, na medida em que considera a existência de sintomas de linguagem na ausência de lesão.

Por acreditar que a afasia deve ser pensada na articulação entre linguagem, fala e sujeito, é que agora irá se afastar da concepção organicista e se basear na abordagem linguístico-dicursiva.

1.1.2 A Afasia na perspectiva Linguístico-Dicursiva

Como mencionado até agora, a afasia vem sendo objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento: Medicina, Psicanálise, Linguística e

Fonoaudiologia. Também foi mencionado que os estudos relacionados com esta patologia, na sua grande maioria, são vistos a partir da perspectiva orgânica. Porém, ao longo das pesquisas, outros trabalhos foram surgindo para dar um novo olhar à afasia.

Essas pesquisas indicavam a existência de inúmeras manifestações linguísticas e dificuldades de fala associadas a lesões de determinadas áreas ou em várias áreas do cérebro, concorrendo para uma dificuldade específica. Dentre os vários pesquisadores desta nova corrente, destacou-se Roman Jakobson, primeiro linguista a tratar as afasias como questões do funcionamento da linguagem.

Ao escrever o artigo “Dois aspectos de linguagem e dois tipos de afasia”, Jakobson propõe um novo olhar para a afasia, a partir do funcionamento da linguagem. Para este autor, a afasia deve ser tratada sob o ponto de vista linguístico, já que a afasia é uma perturbação da linguagem. Nesta perspectiva de funcionamento da linguagem, a afasia é vista, antes de tudo, como uma disfunção da lingua(gem), na qual nenhum diagnóstico pode ser feito sem um competente exame linguístico (FLORES *et al*, 2008).

A partir dessa idéia de funcionamento da linguagem, Jakobson (2007) afirma que

se a afasia é uma perturbação da linguagem, então toda descrição e classificação das perturbações afásicas deve começar pela questão de saber quais aspectos da linguagem são prejudicados nas diferentes espécies de tal desordem (p. 34).

Em seu artigo, este autor tratou dos eixos metafórico e metonímico pela proximidade dos dois tipos de afasia com essas figuras de linguagem. Ele ressignifica os eixos sintagmático e paradigmático de Saussure para metonímico e metafórico, respectivamente. O autor afirma que o funcionamento da linguagem é resultado da articulação dos eixos da seleção (metafórico) e o eixo da combinação (metonímico). Para ele, esses dois eixos se referem ao duplo caráter que a linguagem apresenta. Ou seja, a fala se realiza através de dois modos, a seleção e a combinação. A seleção, ocorre através de certas unidades linguísticas (seleção de traços distintivos e fonemas), enquanto que a combinação ocorre por meio de unidades linguísticas mais complexas (combinação de palavras, frases e enunciados).

Para Jakobson (2007),

Falar implica a seleção de certas entidades linguísticas e sua combinação em unidades linguísticas de mais alto grau de complexidade. Isto se evidencia imediatamente ao nível lexical: quem fala seleciona palavras e as combina em frases, de acordo com o sistema sintático da língua que utiliza; as frases, por sua vez, são combinadas em enunciados. Mas o que fala não é de modo algum um agente completamente livre 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. (p.37)

Mais adiante, em seu artigo, Jakobson relaciona os conceitos de seleção e combinação aos conceitos de código e mensagem, com base nas relações *in absentia* e *in praesentia*, de Saussure, em que a seleção se refere ao código, ao modo de articulação, e a combinação à mensagem, às relações entre os termos presentes na mensagem.

Ao fazer uma relação dos conceitos de seleção e combinação com a afasia, Jakobson (2007) define os dois tipos de afasia a partir da classificação da unidade linguística que estiver mais afetada. Ou seja, quando houver alguma deficiência em um dos eixos de seleção e combinação, o sujeito afásico apresentará um distúrbio, que poderá ser

- de similaridade - deficiência na seleção, ou
- de contiguidade - deficiência na combinação,

denominação dada aos distúrbios, tendo por base os eixos de funcionamento de linguagem de Saussure.

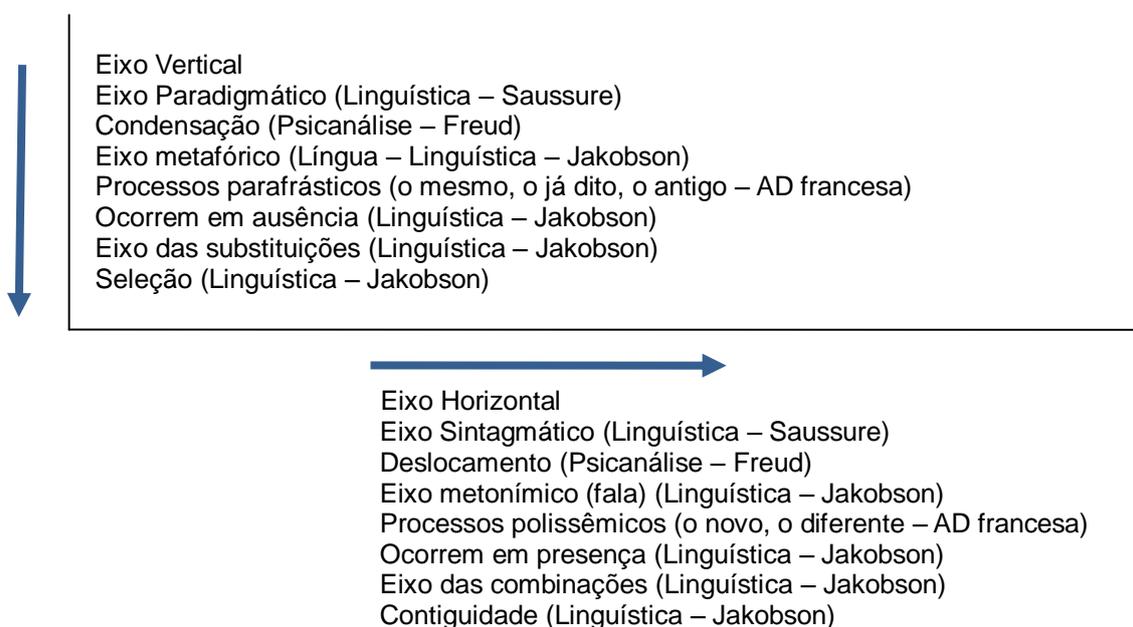
Saussure (2000), ao explicar as relações e as diferenças entre termos linguísticos, afirma que essas relações se desenvolvem em duas esferas distintas: a do discurso e a fora do discurso. Na primeira, os termos se relacionam entre si, baseados no caráter linear da língua, no qual não há possibilidade de pronunciar dois elementos ao mesmo tempo. Estes se alinham um após o outro na cadeia da fala, ou seja, se apóiam na extensão, e são denominados *sintagmas*.

No segundo, fora do discurso, as palavras se associam na memória e assim se formam grupos dentro dos quais imperam relações muito diversas. Nessa esfera, sua base está no cérebro, ela não tem por base a extensão. As unidades se opõem, pois uma exclui a outra, se uma está presente, as outras estão ausentes. São chamadas de *relações associativas* ou *paradigmáticas*.

De acordo com Rego (1997), Freud concebe os mecanismos de condensação e deslocamento como fundamentais na existência das formações do Inconsciente. Este autor afirma que esses dois mecanismos são, na verdade, desejos reprimidos que querem se expressar.

O sintoma, o sonho, o lapso, são formações do inconsciente, constituídos por estas propriedades, que moldam e definem a forma de expressarem à consciência (REGO, 1997, p.2).

Para um melhor entendimento sobre os eixos dos autores discutidos acima, Azevedo (2000) propôs um esquema, para uma melhor visualização, ilustrado a seguir.



Fonte: Esquema retirado da dissertação de Azevedo (2000, p.30)

Com base nos conceitos anteriormente mencionados, Jakobson relaciona-os para tentar explicar os distúrbios afásicos a partir do olhar linguístico. Quanto aos modos de relação da linguagem (similaridade e contiguidade), o autor afirma que os sujeitos afásicos apresentam problemas em, pelo menos, um deles (FLORES *et al*, 2008).

O distúrbio da similaridade ocorre quando algum componente do eixo vertical está comprometido. Neste distúrbio, o sujeito afásico apresentará uma alteração na capacidade de seleção, de substituição, embora a expressão

esteja favorecida. O afásico, por exemplo, irá trocar a palavra *faca* por *garfo*, substituindo uma palavra por outra semelhante àquela desejada.

Para ocorrer o distúrbio da contiguidade, alguns componentes do eixo horizontal devem estar alterados. Com isso, o sujeito afásico terá dificuldade na combinação, mas sua compreensão estará preservada. Neste distúrbio, o sujeito afásico, ao querer falar a palavra *ônibus*, poderá dizer “para levar pessoas”.

Hebling (2007) comenta que Jakobson, ao dedicar-se às afasias, estava interessado em construir uma teoria geral da linguagem, que explicasse o todo, ou seja, sua aquisição, funcionamento, estrutura, alterações etc. Com isso, passou-se a acreditar que a Linguística teria uma grande contribuição no diagnóstico das afasias. Segundo Fonseca (1995), Jakobson contribuiu com o pensamento da linguagem enquanto instância simbólica e não apenas cerebral.

Com vistas a uma maior familiarização com os tipos de distúrbios elaborados por Jakobson, serão aprofundados, a seguir, os conceitos de contiguidade e similaridade.

1.1.2.1 Distúrbio da Contiguidade

Na afasia de Broca, o sujeito afásico tem uma perda total da fala, porém sua compreensão estará preservada. O sujeito falará pouco, de maneira lenta e silabada. A anomia também estará presente. Outra característica desse tipo de afasia são as parafasias fonéticas, como a dificuldade em imitar fonemas ou executá-los (OLIVEIRA, 2008).

Com relação à escrita, a mesma poderá apresentar-se alterada, pois, na maioria dos casos, pode ocorrer hemiplegia direita. As alterações encontradas na escrita serão parecidas com as alterações presentes na linguagem oral, podendo apresentar trocas e/ou emissões, e letras mal formadas. Em relação à leitura, se for realizada em voz alta, o sujeito afásico irá apresentar uma deficiência, com muitos erros na produção oral, muito embora a leitura no modo silencioso permaneça preservada, visto que a compreensão não foi afetada (OLIVEIRA, 2008).

No olhar do funcionamento da linguagem, este tipo de afasia é

denominado como Distúrbio da Contiguidade (distúrbio na combinação), diminuindo a extensão e a variedade das frases. Os afásicos apresentam uma deficiência na utilização da combinação e contextura. Na maioria dos casos, a palavra é a unidade linguística mais fortemente preservada, porém há falhas na combinação entre elas. Os enunciados passam a ser “um monte de palavras”¹² apresentando uma fala telegráfica, pois as conjunções, preposições, pronomes e artigos desaparecerão.

Segundo Jakobson (2007, p.51)

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 [...].

Desse modo, o sujeito afásico recorre à metáfora para enunciar, já que a substituição e a seleção está intacta. Por exemplo, o afásico que quer dizer *fogo* irá falar *luz de gás*. Isso acarretará, no afásico, um discurso fechado, com dificuldade em converter unidades simples em unidades complexas (frases), comprometendo o contexto.

O doente limitado ao grupo de substituição (quando o contexto é falho) usa as similitudes, e suas identificações aproximadas são de natureza metafórica, em oposição às identificações metonímicas familiares aos afásicos do tipo oposto. (JAKOBSON, 2007, p.52)

Outra característica dos afásicos com este tipo de distúrbio são as palavras derivadas da mesma raiz. Os sujeitos tendem a abandonar as palavras derivadas, ou então, a combinação de uma raiz com o sufixo, ou um composto de duas palavras, tornando a produção incompreensível. Ao escutar a palavra cascadura, o afásico poderá compreender, mas se as palavras casca e dura forem ditas separadamente, ele terá dificuldade para entender. Ou seja, o sujeito afásico não consegue entender que a palavra composta tem um significado diferente das duas palavras sozinhas. Com este tipo de distúrbio, ele não consegue decompor a palavra em seus elementos morfo-fonológicos.

¹² Expressão utilizada por Jakobson (2007).

1.1.2.2 Distúrbio da Similaridade

Na afasia de Wernicke, o sujeito afásico apresentará um discurso fluente, porém com muitas parafasias (substituição de uma palavra por outra), neologismos e jargões. Neste tipo de afasia, há uma aumento no ritmo da fala (logorréia), variando sua entonação, contudo sua fala não apresenta significado algum.

Na escrita, embora faça uso correto das letras, sem alterações, não conseguem formar palavras com significado. Daí, a presença de jargonofasia, paragrafias semânticas e fonêmicas. A leitura encontra-se comprometida visto que sua compreensão está afetada (OLIVEIRA, 2008).

Na perspectiva do funcionamento da linguagem, os afásicos com este tipo de afasia, Distúrbio da Similaridade, baseiam-se no contexto para enunciar. Quanto mais presa a palavra estiver ao contexto, menor a possibilidade de o sujeito sair do discurso. Ou seja, ele depende totalmente do contexto para produzir um discurso. Segundo Jakobson (2007, p.42), “quando se apresenta fragmentos de palavras ou frases, ele as completa com muita facilidade”. Ao ser requisitado para iniciar uma frase, o afásico tende a omitir o sujeito da frase, e palavras soltas perdem sua significação.

A principal característica nesse tipo de distúrbio é a deficiência na seleção e substituição das palavras. Os afásicos com este distúrbio recorrem à contiguidade e passam a usar a metonímia como mecanismo de uso da linguagem.

Sujeitos com este tipo de distúrbio não conseguem substituir uma unidade por outra, não conseguem iniciar um diálogo e têm dificuldade em compreender um discurso fechado, como um monólogo. Uma vez ocorrido o distúrbio da similaridade, os afásicos se apóiam na contiguidade, ou seja, nas relações externas.

Segundo Jakobson (2007, p.44),

[...] alguns afásicos deste tipo têm a tendência a substituir as variantes contextuais de uma mesma palavra por termos diferentes, cada um dos quais é específico para as circunstâncias dadas.

Com isso, um afásico não conseguirá pronunciar a palavra *faca* isoladamente, mas, de acordo com as circunstâncias, irá designar *faca* como apontador, talher, *faca-de-pão*. Ou seja, não utilizará a forma “isto é chamado”, mas “serve para”, recorrendo à função do objeto.

A mesma coisa ocorre quando o afásico é solicitado a falar o nome de um objeto indicado pelo terapeuta, e ele não consegue, buscando, então, dizer para que serve o objeto. Em vez de dizer o nome, por exemplo, *lápiz*, o afásico dirá “*para escrever*”. Neste tipo de distúrbio, o signo pictórico substitui o linguístico, ou seja, ele dirá que conhece o objeto, mas não consegue denominá-lo.

Segundo Jakobson (2007), uma simples repetição de uma palavra enunciada pelo terapeuta parece não ter valor para o afásico, e apesar das observações feitas pelo terapeuta, ele não é capaz de repeti-la. Jakobson, em seu artigo “Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia”, comenta sobre um paciente de Head, que, ao ser requisitado a dizer a palavra *não*, respondeu: *Não, não sei como fazê-lo*. Nesse caso, o sujeito afásico utiliza espontaneamente a palavra no contexto de sua resposta, mas não pode dizer a palavra isoladamente.

Outra característica presente em afásicos com este distúrbio é a perda da metalinguagem, ou seja, deficiência em denominar. Esta linguagem não pode ser operacionalizada porque a substituição e a similaridade estão prejudicadas. O afásico deste tipo não passa de uma palavra para um sinônimo ou circunlocações equivalentes.

Com isso, entende-se que um sujeito afásico que apresente uma alteração na substituição (seleção), mas seu contexto permanece intacto, apresenta um distúrbio de similaridade, recorrendo a metonímias para produzir seu discurso. A capacidade de seleção é altamente afetada e a combinação é um pouco preservada. A contiguidade determina todo o comportamento verbal do afásico que apresenta este tipo de afasia.

É nesta perspectiva teórica que se baseiam os trabalhos em Aquisição de Linguagem propostos por De Lemos e pela Psicanálise Lacaniana. No Projeto de Aquisição de Linguagem, De Lemos define as propriedades estruturais da língua como seu objeto de estudo, enfocando a interação criança-adulto.

Na década de oitenta, alguns estudiosos vinculados aos estudos em

Aquisição de Linguagem, aproximaram-se da Linguística para uma nova concepção de funcionamento da linguagem. Nesse momento, destacam-se as concepções de De Lemos, onde o erro da/na linguagem e a questão da subjetividade ganharam lugar (MANCOPES *et al*, 2009).

Nessa proposta, a linguagem não é tida como objeto de conhecimento nem pode ser dividida em propriedades a serem aprendidas de forma ordenada. Para a Aquisição da Linguagem, os enunciados iniciais da criança são enunciados linguísticos e sujeitos a mudanças.

A mudança na fala da criança é um fenômeno intuitivamente apreensível em sua trajetória à falante de sua língua. Com relação às mudanças durante a aquisição da linguagem, De Lemos destaca as seguintes questões:

1) tanto expressões corretas quanto incorretas aparecem na fala de uma mesma criança;

2) a ordem de emergência de expressões e estruturas não pode ser prevista/antecipada com base no seu grau de complexidade na língua a ser adquirida;

3) adultos dirigem-se à criança e a interpretam como um falante de sua língua.

Com relação a essa última questão (De Lemos, 2006, p.23), comenta:

[...] enunciados fragmentados, erros e tudo o que pode aparentemente apontar para a ausência de conhecimento da criança não resultam nem em tentativas de ensinar a criança a falar, nem em mal entendidos explícitos[...]

Para De Lemos (2006), a fala inicial da criança apresenta uma certa relação da mesma com a linguagem, porém essa relação não pode ser descrita como conhecimento linguístico. Baseia-se na reflexão de Saussure sobre mudança lingüística, e na Psicanálise lacaniana para dar suporte a sua linha teórica. A autora, ao ter como base a teoria de Saussure (*langue x parole*), define a aquisição de linguagem “como um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança” (DE LEMOS, 2006, p. 28).

Com isso, De Lemos afirma que, na aquisição de linguagem, a criança se coloca em três posições durante o seu desenvolvimento linguístico:

1ª posição: a relação da criança com a fala do outro, intratexto;

2ª posição: a relação da criança com sua própria língua;

3ª posição: a relação da criança como sujeito falante.

Para a Aquisição da Linguagem, a mudança entre essas três posições não indica desenvolvimento, apesar de parecer cronologicamente ordenadas.

Diante destas questões, resolveu-se refletir sobre a especificidade da linguagem que institui o sujeito do discurso, ou seja, do *afásico em si*, expressão utilizada por Mancopes *et al* (2009), visto que antes se falava na afasia e não no afásico. Diante da união da Psicanálise, do Projeto de Aquisição de Linguagem de De Lemos e da Análise do Discurso, novos posicionamentos sobre as afasias foram colocadas com relação ao sujeito.

Para a Psicanálise, o “sujeito não é aquele que se apropria da língua por mecanismos cognitivos, mas aquele que é capturado pela língua” (MARCOLINO & CATRINI, 2006). Ou seja, o sujeito está atrelado na e pela linguagem. Para esta perspectiva – linguístico-discursiva –, o sujeito é definido não no sentido de indivíduo, organismo, mas enquanto efeito de linguagem.

Na perspectiva linguístico-discursiva na Fonoaudiologia, destacam-se os trabalhos de Vieira (1992), Fonseca (1995), Landi (2000; 2006), Freire (2000), entre outros, que trouxeram grandes contribuições para a clínica fonoaudiológica.

Em sua dissertação de mestrado, Vieira (1992), ao fazer um percurso sobre a história da afasiologia, observa que toda proposta terapêutica das afasias levava a concepções do funcionamento cerebral, de linguagem e de sujeito. Com isso, a autora afirma que o fonoaudiólogo, ao olhar a linguagem destes sujeitos, deve ter um olhar terapêutico, que vise não apenas ao cérebro, mas que se utilize de teorias que deem espaço para a atividade linguística do sujeito. Este olhar fonoaudiológico deve ser dirigido prioritariamente para a linguagem.

Seguindo esta mesma perspectiva, Fonseca (1995) traz algumas considerações sobre a Clínica Fonoaudiológica, comentando que a atividade clínica não é feita por meio de uma estimulação “controlada”, onde o terapeuta já tenha um resultado pré-estabelecido. Ao contrário, “a clínica fonoaudiológica é aquela em que a palavra está em cena” (FONSECA, 1995, p.133). O controle que o terapeuta tem na terapia se refere à decodificação do dizer do paciente, ou seja, o terapeuta fica diante desse dizer, “é a fala do paciente que determina a fala do terapeuta” (FONSECA, 1995, p.111).

Esta autora questiona as abordagens terapêuticas tradicionais e

apresenta uma conduta para a clínica fonoaudiológica. A seguir, será abordada a conduta terapêutica para a afasia que tem um olhar voltado para o sujeito afásico.

1.1.3 A Afasia e a Clínica Fonoaudiológica

Embora a afasia seja bastante estudada na Fonoaudiologia, a conduta terapêutica em pacientes afásicos ainda é muito discutida entre os profissionais da área, sob vários aspectos e abordagens, sendo a mais conhecida a visão organicista, utilizada por grande número desses profissionais que ainda planejam o tratamento por meio de estímulo-resposta, priorizando outros aspectos em detrimento da linguagem.

Ao adotar essa conduta, o profissional utiliza testes e manuais terapêuticos na condução do tratamento do afásico, nos quais o sujeito é reduzido à condição de objeto. Em uma clínica da linguagem não se faz terapia sem que se leve em conta o sujeito. Não que o fator orgânico não tenha importância, mas uma abordagem que valoriza apenas o orgânico acaba esquecendo o sujeito e a linguagem. Como comenta Vieira (2003, p.114),

corre-se o risco de se construir uma história comum a todos os pacientes, história que fala mais da patologia do que do próprio sujeito.

Ao procurar ajuda, o afásico sai em busca do fonoaudiólogo na esperança de que ele o faça “voltar a falar”, que lhe devolva a linguagem perdida, ali chegando com suas limitações e deficiências, esperando que este profissional o ajude a (re)habilitar a sua linguagem. Este cenário de esperança é misturado com a dor e a situação de luto em que o sujeito se apresenta.

A reabilitação do afásico tem como objetivo a ativação das capacidades inibidas, a capacidade de reorganizar as idéias e não uma nova forma de aprendizagem (CYR-STAFFORD, 1995). A terapia fonoaudiológica deve ser envolvida a partir da linguagem para que o sujeito afásico venha a se comunicar como antes.

Fonseca (2009), ao criticar a perspectiva organicista, traz algumas

contribuições, ao destacar que

[...]múltiplas técnicas são idealizadas no campo da Fonoaudiologia para ensinar o afásico a se comunicar. Elas, entretanto, recrudescem o dispositivo quando produzem manuais terapêuticos que promovem não só a morte subjetiva do afásico, como também a do terapeuta[...] (FONSECA, 2009 p.43, grifo nosso)

A proposta com testes-padrão mostra-se inadequada para a reabilitação do afásico, visto que o sujeito não terá a linguagem tão almejada através de métodos objetivos, que excluem a sua condição de sujeito.

Pelos parâmetros desses testes, igualizam-se todos os sujeitos como se não tivessem outra história pessoal que a do episódio neurológico comum: deixam de ser sujeitos para serem simplesmente um elemento da categoria “afásico” (COUDRY, 2001, p.11).

Convém destacar aqui, no entanto, que existem profissionais¹³ que utilizam o discurso linguístico-discursivo na clínica fonoaudiológica, dando importância ao sujeito afásico, não ficando apenas no sintoma da sua doença.

Na clínica da subjetividade, a preocupação se dá nas situações em que a linguagem é produzida, sendo o objetivo a completa autonomia discursiva do sujeito. Ou seja, o fator principal é a fala do sujeito, é colocar o afásico no lugar de falante. Nesta clínica, o sujeito é a articulação entre corpo e psíquico. Segundo Mancopes *et al* (2009)

o trabalho realizado na clínica da subjetividade, [...] se configura a partir de relações dialógicas e de relações discursivas, e nesta perspectiva o terapeuta não se faz presente para controlar o que diz ou não diz o paciente, ou ainda para adequar sua fala a um modelo ideal de língua, ‘colocando palavras em sua boca’. O terapeuta nesse caso, faz-se presente para re-significar o seu dizer ou não dizer [...]. (grifo nosso, p.13).

Nesta perspectiva de clínica da linguagem, entende-se que a afasia e o sujeito afásico devem ser olhados a partir de uma posição diante da fala

¹³ FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, LAEL-PUC/SP, 1995; LANDI, R. Quando o sintoma é de escutar: considerações sobre o diagnóstico de afásicos na clínica fonoaudiológica, em LIER-DE VITTO & ARANTES (orgs.). *Aquisição, patologia e clínica da linguagem*. São Paulo: Editora PUC/SP-FAPESP, 2006.

sintomática do afásico.

Para Lier-De Vitto (2006, p.185), “sintoma é definido como um acontecimento na fala que exprime a ‘prisão do sujeito numa falta ou falha’ e o impede de ‘passar outra coisa’”. Com isso, de acordo com essa autora, *sintoma* difere de *erro*, pois o sintoma é “aquilo que leva o sujeito à clínica”, portanto, que produz um sofrimento. Ou seja, o sintoma na fala faz com que o falante sofra. A partir desse sofrimento, o sujeito se isola dos outros falantes da língua.

Lier-De Vitto, Fonseca e Landi (2007, p.21) destacam que

A presença de sintoma na fala, descostura o laço social porque coloca em cena uma fratura, tanto na ilusão de semelhante quanto no imaginário de que se é o senhor da palavra.

Ao definir o que seria uma fala sintomática, as autoras afirmam que uma fala é sintomática quando a mesma “manifesta um desarranjo persistente na articulação significante”, e/ou quando “uma fala sempre frustra uma expectativa no instante em que é proferida” (LIER-DE VITTO; FONSECA; LANDI, 2007, p. 22).

Ao procurar a clínica fonoaudiológica, o sujeito afásico chega com a queixa de uma fala sintomática. Essa clínica, é um espaço onde há a presença de um sujeito que tem uma queixa sobre sua fala e que dirige uma demanda a um outro (LIER-DE VITTO, 2006). Chegando na clínica fonoaudiológica, o afásico enuncia um sintoma na fala, sendo este o motivo da consulta, exigindo do terapeuta uma posição de escuta (LANDI, 2006).

Lier-De Vitto, Fonseca e Landi (2007) comentam que, ao se dirigir à clínica fonoaudiológica, o sujeito afásico vai com a intenção de recuperar “vez e voz”¹⁴ na linguagem. Para estas autoras, essa expressão se refere

à condição de um falante de poder sustentar-se na ilusão de “estar em controle” de sua própria fala (LIER-DE VITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 20).

Desde o primeiro contato com o afásico, o terapeuta deve dar-lhe a palavra em vez de escutar a fala de um outro (no caso, acompanhante). Para Mancopes *et al* (2009), é no início do tratamento que se deve vincular a relação

¹⁴ Expressão utilizada por essas autoras no artigo *Veze e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática*. Revista Kairós, São Paulo, 10(1), jun. 2007, p.19-34.

do afásico com o terapeuta ao tratamento, fazendo com que este fale desde o início.

A escuta realizada pelo fonoaudiólogo é uma escuta especializada, na qual se deve ultrapassar os limites da emissão-recepção. O fonoaudiólogo precisa olhar para a subjetividade da fala do afásico.

Landi (2006) comenta que essa *escuta* deve ser valorizada pelo fonoaudiólogo, pois o afásico apresenta mais um “sintoma na escuta” do que um “sintoma na fala”. A autora afirma que o afásico apresenta um *drama subjetivo* ao fazer uma relação com sua própria fala.

1.2 A Análise de Discurso de Linha Francesa

Foucault (2009), em seu livro “A ordem do discurso” ressalta sobre o discurso dos sujeitos que eram considerados loucos¹⁵. Esse autor comenta que os médicos do final do século XVIII não se interessavam em saber o que era dito, como era dito e por que era dito, nessas palavras que faziam a diferença.

Falar sobre Análise de Discurso implica, necessariamente, em ressaltar o conceito de discurso que embasa este estudo. Segundo Pêcheux (2008), “discurso é efeito de sentido entre locutores”. Este é, portanto, o ponto de partida para uma explicação daquilo que consiste nosso material de investigação.

Para que haja discurso é necessário uma interação entre locutores. De acordo com Orlandi (1996), a linguagem é um modo de ação, e esse modo se dá entre duas pessoas, portanto, é interacional. Essa interação de que se fala é social, com características próprias mas que se relacionam com as ações sociais em geral.

Segundo a mesma autora, “as regras do discurso supõem uma relação homogênea, simétrica e estável entre interlocutores”. Ou seja, dois interlocutores com intenções comunicativas que se alternam em turnos sucessivos, dentro de uma linearidade. Mas, para que haja essa interação, é

¹⁵ Os sujeitos afásicos, antes dos estudos, eram considerados como loucos. Essa afirmação de Foucault nos mostra uma relação com o discurso afásico, onde ninguém se interessava em saber sobre o discurso.

necessário que os interlocutores tenham o mesmo código linguístico para compreender a mensagem dada pelo outro. Para Orlandi (2010), a palavra língua pode significar coisas muito diferentes, o que também explicaria as diferentes perspectivas de estudá-la por diferentes autores e em diferentes épocas. Foi a partir de uma maneira particular de olhar a linguagem que surgiu à Análise do Discurso (AD).

O surgimento da Análise de Discurso de linha francesa ocorreu nos anos 60, quando a conjuntura intelectual francesa favorece uma articulação entre a Linguística e o Marxismo. Essa união entre as duas disciplinas ocorre no momento de crescimento da Linguística (MUSSALIM, 2000).

Inicialmente, a AD é definida como “o estudo linguístico das condições de produção de um enunciado”, apoiando-se nos conceitos e métodos da Linguística (BRANDÃO, 2004).

Na década de 1970, Michel Pêcheux instaura a Análise do Discurso (AD) na França. Na sua concepção, a AD é pensada como uma ruptura epistemológica com a ideologia que domina as ciências humanas (MALDIDIER, 1997).

A AD, na concepção defendida pelos estudiosos de Linha Francesa, surge a partir das preocupações de pesquisadores de áreas como a Linguística, a Psicanálise, a História, instalando-se como uma disciplina que relaciona a linguagem com o social (BRANDÃO, 2004). É assim, pois, que a AD francesa se circunscreve nas linhas da Linguística, do Marxismo e da Psicanálise. Depois de um tempo, Orlandi modifica esta concepção retirando a teoria do discurso e ampliando o conceito de Linguística, sendo a partir de então as seguintes filiações: o Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais, incluindo a ideologia; a Linguística, como teoria dos sistemas sintáticos e da enunciação; e a Psicanálise (AZEVEDO, 2006).

Ao agrupar essas três disciplinas, a AD vê seu campo se estender para outras áreas do conhecimento expandindo, assim, o uso da expressão “análise do discurso”. Essa ampliação para outros campos advém da articulação do linguístico com o social (BRANDÃO, 2010).

Pêcheux (1997), em seu texto “A Análise de Discurso: três épocas (1983)”, divide a AD em três fases: AD-1, AD-2 e AD-3.

A primeira época (AD-1) é definida como uma posição estruturalista, na qual “o percurso de produção discursiva é concebido como uma máquina

autodeterminada e fechada sobre si mesma” e “a língua natural constitui a base invariante sobre a qual se desdobra uma multiplicidade heterogênea de processos discursivos justapostos”. A AD-1 foi inaugurada em 1969, com o lançamento do livro *Análise Automática do Discurso* de Pêcheux, apoiada no método de Harris (*Discourse Analysis*).

A segunda época (AD-2) tem seu início em 1975, com o lançamento do livro *Les Vérités de la Police* de Pêcheux, trazendo a noção de formação discursiva, trabalhada por Foucault, e a noção de interdiscursividade, como base para o processo discursivo.

Para caracterizar esta época, Pêcheux (1997) fala das relações entre as “máquinas”¹⁶ discursivas estruturais, que se tornam objeto de estudo desta época. Estas relações que ele menciona são as relações de força, que, para Pêcheux, são relações desiguais de forças. A partir dessas descobertas, Pêcheux formula a noção de **formação discursiva e interdiscurso**.

Ao discutir sobre formação discursiva (FD), Pêcheux (1997, p.314) comenta que

uma FD, não é um espaço fechado, pois é constitutivamente ‘inválida’ por elementos que vêm de outro lugar (isto é, de outras FD) que se repetem nela, fornecendo-lhes suas evidências discursivas fundamentais (por exemplo sob o lugar de pré-construídos e de ‘discursos transversos’).

A AD-2 foi um período de amadurecimento teórico para a terceira época (AD-3). Na AD-3, a teoria do discurso toma sua forma atual. Nesta época, Pêcheux destaca a emergência de novos procedimentos, através da desconstrução das maquinarias discursivas. O procedimento da AD é dividido em duas causas apontadas por Pêcheux (1997): (1) a desestabilização das garantias sócio-históricas para os procedimentos de construção empírica do *corpus*; e, (2) a interação cumulativa dos momentos de análise linguística e dos momentos de análise discursiva (algoritmos paradigmáticos verticais e sintagmático/sequenciais horizontais).

Para a AD francesa, o discurso é o lugar em que se pode observar a relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos para os sujeitos (COSTA, 2006). Para Pêcheux, não existe discurso sem sujeito, não há sujeito sem ideologia e é assim que a língua faz sentido

¹⁶ Expressão utilizada por Pêcheux (1983).

(ORLANDI, 2010).

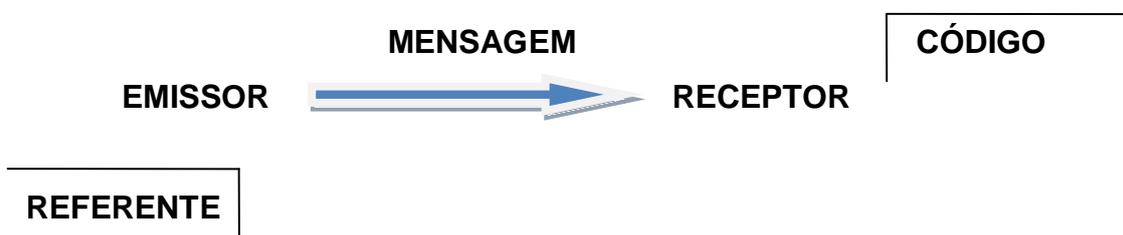
A ideologia consiste, para o analista do discurso, no fato de os sujeitos estarem sempre significando; a interpretação é sempre regida por condições de produção específicas (ORLANDI, 2003). Daí que, para Pêcheux (2008), todo discurso é opaco, cristalizado, que precisa ser interpretado para se entender o que está sendo dito.

Foi com base nessas questões e observando o sujeito afásico em interação, é que houve o interesse em trabalhar a Análise do Discurso na afasia, entendendo que o afásico permanece cristalizado no seu discurso, preso no dizer da impossibilidade, não percebendo que já está falando com os seus interlocutores.

1.2.2.AD: teoria e procedimento de análise

O que foi dito no parágrafo anterior só faz sentido se adotarmos não o paradigma tradicional utilizado na teoria da comunicação, mas aquele da AD, entendendo-se o discurso não como uma transmissão de informação, como apresentado no esquema tradicional da comunicação, emissor-referente-mensagem-receptor-código (figura 2), mas como uma construção de sentidos que são produzidos por interlocutores durante a comunicação (ORLANDI, 2010).

Figura 2



Fonte: ORLANDI, 2010.

Para a AD, essa linearidade da informação não ocorre, não há essa separação entre emissor e receptor, pois o processo de significação ocorre ao mesmo tempo para os dois (emissor e receptor) e, ao invés de mensagem (informação), o que prevalece é o discurso (ORLANDI, 2010) (figura 3).

Figura 3



Fonte: ORLANDI, 2010.

Para a Análise de Discurso, o discurso é efeito de sentido entre locutores. Com isso, a língua é condição de possibilidade do discurso (ORLANDI, 2010).

Ao falar em sentido, Orlandi (2010) afirma que a Análise de Discurso se constitui na Linguística, juntamente com a Filosofia e com as Ciências Sociais. Com isso, para se trabalhar o sentido, a AD une as três regiões do conhecimento em suas articulações contraditórias: (1) a teoria da sintaxe e da enunciação; (2) a teoria da ideologia; e (3) a teoria do discurso, em que todas as três regiões estão atravessadas por uma teoria do sujeito de natureza psicanalítica.

A partir da junção dessas três regiões faz-se uma relação com a noção de leitura, de interpretação. A AD teoriza a interpretação, colocando-a em questão. Para a AD, “não há uma verdade oculta atrás do texto” (ORLANDI, 2010, p.26).

Orlandi (2010) propõe a distinção entre inteligibilidade, a interpretação e a compreensão. Para ela, a inteligibilidade se refere ao sentido da língua, ou seja, basta conhecer a língua para saber o que se está enunciando. A interpretação é o sentido pensando-se o co-texto (as outras frases do texto) e o contexto imediato. E a compreensão é “saber como um objeto simbólico (enunciado, texto, pintura etc) produz sentidos”.

Assim, a Análise de Discurso se preocupa com o sentido que é produzido pelo objeto simbólico, como ele está investido de significado para e por sujeitos.

A Análise do Discurso oferece um procedimento de leitura que relacionava determinadas *condições de produção* com os processos de produção de um discurso (MUSSALIM, 2000). Mas o que são as condições de produção? Essas condições compreendem os sujeitos e a situação. Ela pode ser olhada de duas maneiras: com relação ao contexto imediato, as

circunstâncias da enunciação; e o contexto sócio-histórico, ideológico.

Segundo Orlandi (2010), as condições de produção são formações imaginárias onde se apresentam de três maneiras: (1) Relações de Sentido, (2) Relações de Força e (3) Antecipação.

As relações de sentido se referem ao fato que não há apenas um discurso, inédito. Mas que um determinado discurso tem relação com outros discursos, ou seja, um dizer tem relação com outros dizeres já ditos, imaginados.

Ao falar sobre relações de sentido, nos remetemos a noção de interdiscurso. Orlandi (2010, p.31) define o interdiscurso como

aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. Ou seja, é o que chamamos de memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada de palavra.

O já-dito, mencionado por Orlandi, são todos os sentido já ditos por alguém, em algum momento específico, que têm um efeito sobre aquele que diz.

As relações de força se referem à posição que o sujeito ocupa no discurso. Em outras palavras, às posições sociais que os interlocutores ocupam. Segundo Orlandi (2010), nossa sociedade é dividida por hierarquias, com isso, se o sujeito fala a partir do lugar do professor, suas palavras têm mais valor do que as palavras do aluno.

E a antecipação, que é a capacidade que todo sujeito tem de se colocar no lugar do seu interlocutor. Ele antecipa o julgamento que o outro pode fazer do seu discurso.

Ao falar sobre formação discursiva, Orlandi (2010) inicia tomando a noção de sentido. Para ela, o sentido é determinado pelas posições ideológicas em que as palavras são produzidas no processo sócio-histórico, sendo o seu sentido, por si, inexistente.

À medida que as palavras mudam de posição, são inseridas em contextos distintos, elas mudam de sentido. Para Orlandi (2010), elas adquirem sentido na posição que ocupam, onde se inserem. Logo, a noção de formação discursiva é básica na Análise do Discurso, pois nos permite compreender o processo de produção do sentido, a sua relação com a ideologia e, também, dá

ao analista a possibilidade de estabelecer regularidades no funcionamento do discurso (ORLANDI, 2010).

A formação discursiva é caracterizada a partir de uma formação ideológica, em que se determina o que pode e deve ser dito (ORLANDI, 2010), e define: (1) que a palavra não tem sentido nela mesma, pois ela só tem sentido quando está inserida na formação discursiva; e (2) que palavras iguais podem significar diferentemente porque se inscrevem em formações discursivas diferentes.

Segundo Orlandi (1996), para a Análise do Discurso a noção fundamental de linguagem é a de funcionamento, de uso. Não se deve esquecer que esse funcionamento não é integralmente linguístico, uma vez que dele fazem parte as condições de produção que representam o mecanismo de situar os protagonistas e o objeto do discurso. Sobre as tipologias do discurso, deixa claro que o que o caracteriza não é seu tipo, mas seu modo de funcionamento (ORLANDI, 2010), e estabelece critérios para distinguir diferentes modos de funcionamento desse discurso:

1) discurso autoritário: aquele em que o referente é esquecido pela relação de linguagem em que se estabelece, enquanto o locutor se coloca como agente exclusivo, apagando sua relação com o interlocutor. Neste caso, a polissemia é contida;

2) discurso polêmico: a polissemia é controlada, o referente é disputado pelos interlocutores, nos quais se dá uma relação tensa de disputa de sentido;

3) discurso lúdico: o referente está presente, mas os interlocutores se expõem aos efeitos dessa presença. A polissemia está aberta.

Essa tipologia elaborada por Orlandi, não se faz a partir de categorizações externas ao discurso, mas internas ao funcionamento do próprio discurso, ou seja, a relação entre os sujeitos, a relação com os sentidos e a relação com o referente discursivo.

Segundo Orlandi (2010, p.87),

não há nunca um discurso puramente autoritário, lúdico ou polêmico. O que há são misturas, articulações de modo que podemos dizer que um discurso tem um funcionamento dominante autoritário, ou tende para o autoritário (para a paráfrase), etc.

A autora traz questionamentos referentes à denominação desses modos

de funcionamento, ao comentar que o discurso lúdico, o autoritário e o polêmico são descrições de funcionamento discursivo em relação a suas determinações histórico-sociais e ideológicas. Não se deve pensar que se está julgando os sujeitos desses discursos, ou seja, não se deve adotar o autoritário como uma questão moralista, mas, como uma questão de fato simbólico.

No próximo capítulo, apresentaremos o percurso metodológico da pesquisa, procurando marcar os sujeitos, coleta e análise (procedimento de análise discursiva).

CAPÍTULO II CAMINHO METODOLÓGICO

“Eu bem que tinha minhas idéias; meus instrumentos psicológicos me faziam falta. Eu tinha perdido meus símbolos, minhas formas de expressão do pensamento através da palavra e da escrita” (S.S)*

Neste capítulo, procuraremos delinear o percurso do trabalho, desde o funcionamento do Grupo de Convivência de Afásicos até as transcrições das sessões do grupo.

Participaram desta pesquisa todos os sujeitos com o diagnóstico de afasia – apresentando distúrbio da similaridade e distúrbio da contiguidade, de acordo com os fundamentos de Jakobson (2001), que foram observados no Grupo de Convivência de Afásicos, da UNICAP.

Os sujeitos participantes do estudo foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- a) encontrar-se inseridos no Grupo de Convivência de Afásicos da Unicap;
- b) apresentar diagnóstico neurológico de afasia, confirmado a partir de avaliação neurológica e fonoaudiológica específica;
- c) ser do sexo, feminino ou masculino;
- d) ser adulto (ter idade acima de 18 anos);
- e) estar situados em faixa etária até 60 anos;

O Grupo de Convivência tem como objetivo promover a interação entre pessoas afásicas e não afásicas, descrever e analisar a dinâmica interacional do grupo, trabalhar o funcionamento da linguagem dos sujeitos afásicos e possibilitar a interação entre as famílias dos afásicos do grupo de convivência. O grupo é composto por 15 afásicos, 04 voluntárias, alunas do PIBIC e Mestrado e 02 professoras da Instituição.

O Grupo se reúne uma vez por semana, com duração de 2 horas. Esse tempo é dividido em três momentos: no primeiro momento, são trazidas notícias da semana, reportagens, ou mesmo, notícias pessoais; no segundo momento, é lida pelas terapeutas uma reportagem de destaque da semana, a qual é discutida, em seguida, no grupo; no terceiro momento, são realizadas as atividades planejadas para o dia, desenvolvidas juntamente com as pesquisadoras. Essas atividades são planejadas com o objetivo de trabalhar a

linguagem dos afásicos, nas modalidades oral e escrita.

O primeiro momento é muito valorizado pelos afásicos que trazem, eles mesmos, as notícias da semana. Esta é uma hora importante no grupo, pois todos discutem as notícias trazidas, tornando-se um momento de descontração e, ao mesmo tempo, de envolvimento com a linguagem.

O segundo momento acaba tornando-se uma continuação do primeiro, visto que, desta feita, a diferença é que a reportagem foi trazida pelas terapeutas. Após a leitura, há uma discussão sobre a reportagem escolhida.

No terceiro momento, as terapeutas realizam a atividade que já se encontrava no cronograma mensal. As atividades propostas são sempre voltadas para a linguagem, onde os afásicos elaboram produções escritas ou utilizam, com mais ênfase, a linguagem oral.

Para a coleta de dados, foram realizadas algumas oficinas com atividades lúdicas, variando os temas, assim distribuídos:

Música: apresentação de músicas, de vários gêneros musicais como MPB, Forró, Frevo, Rock. Dava-se uma pausa durante as músicas para que os participantes a completassem. Em seguida, os participantes da oficina foram solicitados a expor possíveis recordações relacionadas a uma das músicas.

Mímica: essa atividade foi realizada em dois grupos, onde os sujeitos afásicos sorteavam uma palavra para que os componentes do grupo adivinhassem a mímica que o mesmo está fazendo. Essa atividade foi realizada a partir das profissões.

Receitas: elaboração de alguma receita, onde os próprios afásicos preparavam a comida escolhida. O material foi levado pelas terapeutas e a atividade foi realizada na copa do prédio do Grupo de Convivência. Cada afásico preparava sua comida e, ao final, todos compartilharam seus pratos. A receita escolhida foi salada de fruta.

Trabalho com argila: nesta atividade, os sujeitos afásicos elaboraram utensílios para a sala do grupo, como porta-lápis, jarros para plantas e materiais de decoração.

Trabalho com papel machê: elaboração da decoração da festa de natal. Com este material, os sujeitos afásicos construíram uma árvore de natal para a comemoração da festa de natal.

Exibição de filmes de curta-duração: essa atividade foi realizada duas vezes. Na primeira vez, o filme colocado foi “As aventuras de ri-tim-tim”. E na segunda, o filme “Mrs. Been”. Após a exibição do filme, comentava-se sobre o filme, o que chamou a atenção deles, qual a mensagem que o filme queria passar, entre outras questões.

Brincadeira de telefone sem fio: primeiro escolhia-se uma palavra e, a partir daí, dizia-se a palavra no ouvido do sujeito ao lado, e, assim, sucessivamente. Ao final, o último sujeito dizia em voz alta a palavra que havia chegado ao seu ouvido.

Relatos de fatos históricos: foram utilizadas várias imagens, referentes a diferentes fatos históricos (Airton Sena; Seleção Brasileira; TV Tupi). Cada participante teve a oportunidade de ver a imagem e, a partir dela, tecer comentários sobre o que significava, quando e como ocorreu. Posteriormente, foi feita a sequencialização do fato, com base no que foi lembrado pelos participantes.

Narrativa de receitas: foram mostradas figuras de pratos típicos da culinária pernambucana, com o objetivo de promover o funcionamento da linguagem, estimular a memória e noções de sequencialização.

Localizando-se na sua cidade: foram expostas fotos da cidade e da cultura do Recife, para que cada participante falasse um pouco sobre as fotos.

É importante ressaltar que durante todo o desenvolvimento do trabalho, a pesquisadora manteve contato direto com os sujeitos afásicos do grupo, o que continuou mesmo após a coleta. Todas as atividades foram gravadas em áudio e em vídeo. As transcrições foram realizadas pelas pesquisadoras, com ortografia regular. As falas dos pacientes estarão em letras itálicas e as da terapeuta em romanos. Por ter mais de uma pesquisadora no grupo,

resolvemos identificar as pesquisadoras com letra (T), mostrando a diferença entre elas com números (T1, T2...), de acordo com o número de pesquisadoras no recorte.

Antes do início das atividades, foram coletados os dados pessoais de cada sujeito afásico, alguns tendo sido atendido na Clínica-escola de Fonoaudiologia da Católica. Com acesso às fichas, foi possível conhecer a história de cada um, bem como os dados da avaliação fonoaudiológica. Com aqueles sujeitos afásicos que não haviam passado pela Clínica-escola, foi realizada uma anamnese e uma avaliação fonoaudiológica, antes de sua inclusão no grupo.

Todo o trabalho foi discutido com os pacientes e/ou responsáveis pelos mesmos (cuidadores) e, só então, assinada a aceitação de participação pelo paciente e/ou família dos sujeitos afásicos

O segundo momento acaba se tornando uma continuação do primeiro, onde os afásicos escutam a reportagem que as terapeutas levaram para o grupo e, após a leitura, há uma discussão sobre a reportagem escolhida.

No terceiro momento, as terapeutas realizam a atividade que já se encontrava no cronograma mensal. As atividades propostas são sempre de valorização da linguagem, onde os sujeitos afásicos elaboram produções escritas ou precisam utilizar, com mais ênfase, a linguagem oral.

É importante ressaltar que durante toda a pesquisa, a pesquisadora responsável manteve contato direto com os sujeitos afásicos do grupo, durante e após a fase da coleta.

Apesar de não se tratar de um espaço de atendimento fonoaudiológico, utiliza-se aqui a palavra “terapeuta”, na referência aos profissionais que atuam no grupo de convivência, bem como a expressão “clínica da linguagem”, visto que, apesar da pesquisa ser realizada em um Grupo de Convivência, acredita-se que, indiretamente, foi realizada, efetivamente, uma terapia com os afásicos. Ou seja, as atividades trabalhadas não deixam de serem atividades terapêuticas, visto que se está fazendo com que eles percebam a sua linguagem.

O sentido de terapia está muito vinculado à clínica, pelo fato de estar atrelado ao individual. Ou seja, a terapia na clínica é individualizada, faz-se terapia para a recuperação da habilidade em que o afásico está em falta. Mas o termo “clínica da linguagem” já se refere ao sentido mais amplo, que olha o

afásico como um todo, não apenas naquilo que está em falta.

A coleta de dados foi realizada através de gravação, tanto em áudio como em vídeo. As transcrições foram realizadas pelas pesquisadoras do grupo de afásicos. A coleta se deu a partir de gravações de algumas sessões do grupo, em áudio ou em vídeo.

O Grupo de Convivência de sujeitos afásicos, além de ser um espaço de extensão, é, também, um espaço de pesquisa. Nesse sentido, há alunos do Mestrado em Ciências da Linguagem que vêm defendendo suas dissertações, procurando relacionar Afasia e Análise do Discurso. Com isso, cria-se um banco de dados que gerará novas possibilidades de pesquisa.

Todo o trabalho foi discutido com os pacientes e/ou responsáveis pelos mesmos (cuidadores) e, só então, assinada a aceitação de participação pelo paciente e/ou família dos sujeitos afásicos.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco sob o nº CEP 046/2009.

Para uma melhor compreensão dos dados de análise e familiarização com os sujeitos participantes da pesquisa, são fornecidos, a seguir, registros da história de cada um deles.

Sujeito D:

É do sexo feminino, casada, tem quatro filhos e três netos. Mora com dois filhos gêmeos, que fazem as atividades domésticas, atualmente, em casa. D não consegue mais cuidar da casa sozinha, fica cansada com facilidade e passa a maior parte do tempo descansando. Não gosta de assistir televisão, nem ouvir rádio; frequenta pouco a Igreja Evangélica, pois refere que não consegue participar dos eventos como participava antes de ter tido o AVC. O marido relatou, ainda, que não conversa muito com ela, pois trabalha como taxista e só chega em casa à noite.

D teve três AVC's. Aproximadamente há três anos, aconteceu o primeiro e, depois de um ano e meio, ocorreu o segundo, deixando seqüelas. Segundo informações do marido, D não apresentou evolução até o presente momento. Apesar da dificuldade da expressão, compreende tudo o que lhe é dito.

Sujeito F:

É do sexo masculino, tem cinco filhos e está casado com sua segunda

esposa. F era motorista e sofreu três AVC's. O primeiro aconteceu quando estava na cidade de São Paulo, a trabalho, com uma leve dor de cabeça. Após uma semana, quando se encontrava ainda em São Paulo, teve o segundo AVC. F apresentou uma hemiplegia à direita e foi, imediatamente, socorrido. Ficou internado durante quatro horas no hospital e, ao ser liberado, não informaram sobre o seu estado de saúde.

Voltou para o Recife sozinho, dirigindo o caminhão. Logo após chegar à cidade, F sofreu o terceiro AVC e foi internado. Chegando ao hospital, foi informado sobre seu estado de saúde. F possui problemas de diabetes e hipertensão arterial há cerca de cinco anos; fumava há, aproximadamente, vinte e três anos.

Na Clínica de Fonoaudiologia da UNICAP, F teve sua primeira triagem no segundo semestre do ano de 2008. Desde lá participa do Grupo de Convivência de Afásicos desta instituição. Após, aproximadamente, um mês, F começou a ser atendido também em terapias individuais na Clínica de Fonoaudiologia.

Sujeito J:

É do sexo masculino, tem 63 (sessenta e três) anos de idade, está casado há 15 anos com sua segunda esposa, tem seis filhos, sendo todos do primeiro casamento. Relatou que, desde a separação de sua primeira esposa, o relacionamento com seus filhos ficou abalado, não tendo eles conhecimento sobre o seu estado de saúde após o AVC.

J tem ensino médio completo e foi motorista de carros pipa durante muito tempo. Quando sofreu o AVC, estava no trabalho, apresentando uma forte dor de cabeça e enjoo. Pensou que havia sido o almoço e foi para casa. Chegando em casa, foi se deitar e, ao acordar, estava com o lado direito paralisado. Ficou, aproximadamente, três meses sem conseguir movimentar as pernas, fazendo uso da cadeira de rodas. Aos poucos, foi conseguindo recuperar os movimentos dos membros inferiores.

Após o AVC, J teve acompanhamento fonoaudiológico e fisioterápico. Atualmente, não apresenta alterações de ordem compreensiva e possui pouca dificuldade para a emissão de sua fala, com uma produção oral muito boa. Em alguns momentos, apresenta hesitações e repetições. Contudo, mostra um discurso coerente e não apresenta dificuldades em iniciar uma conversa.

Sujeito Ja:

Ja é do sexo masculino, com 50 (cinquenta) anos de idade, casado, pai de uma filha, não concluiu o ensino médio. Trabalha como auxiliar de serviços gerais há mais de 15 (quinze) anos, em uma Universidade, tendo o cargo de vigilante. Foi-lhe sugerido um cargo como auxiliar de jardinagem, que recusou, pois achou que seu supervisor o estava rebaixando de posição por causa do seu estado geral de saúde.

Ja não apresenta dificuldade na compreensão, podendo ser descrito como portador de uma afasia de predomínio expressivo. Com relação à linguagem oral, apresenta hesitações, pausas, anomia, agramatismo, parafasia semântica e, por vezes, supressão (ausência total de uma emissão oral ou gráfica). Essas características surgem esporadicamente em sua fala, umas mais frequentes do que outras, algumas quase despercebidas, o que resulta em uma fala bem compreensível.

Sujeito M:

M tem 47 (quarenta e sete) anos de idade, é do sexo masculino, fez curso superior, mas não terminou; é divorciado, tem uma filha de 21 (vinte e um) anos de idade. Sofreu um AVC e, de imediato, foi socorrido, após sentir uma forte dor no peito. Fazia uso de bebida alcoólica e cigarro e, antes do ocorrido, trabalhava como frentista em um posto de gasolina, mas, atualmente, está aposentado. Gosta muito de computador, ler jornal e ouvir música.

De acordo com o laudo da Ressonância Magnética, do qual foi fornecida uma cópia ao Grupo de Convivência de Afásicos, há efeito de massa sobre o ventrículo lateral esquerdo e leve desvio das estruturas da linha média para a direita, resultando em sequela neurológica, uma discreta hemiparesia direita e uma afasia mista, com predominância motora.

Com relação à linguagem oral, apresenta dificuldades articulatórias (apraxia da fala), omissões e substituições de fonemas. Sua compreensão encontra-se alterada em alguns momentos, não entendendo o que lhe é dito; em outras situações, no entanto, apresenta bom desempenho nas atividades. Para se expressar, utiliza a escrita que, mesmo com algumas falhas, lhe permite fazer-se entender, recorrendo, também, a expressões não-verbais

como os gestos.

Sujeito R:

É do sexo masculino, tem 58 (cinquenta e oito) anos de idade, é casado e tem três filhos, sendo uma mulher e dois homens. Era professor de química em escolas do ensino médio, há mais de 20 (vinte) anos. Porém, após sofrer o AVC, R se aposentou e, desde então, fica em casa sozinho, pois os seus familiares saem para trabalhar durante o dia.

Quando teve o AVC, R encontrava-se em casa com sua esposa. Ficou hospitalizado durante dois meses. A provável causa do AVC foi estresse, álcool e fumo em excesso. A Tomografia Computadorizada atesta lesões isquêmicas no hemisfério esquerdo, tendo como sequela neurológica pequena hemiparesia direita e uma afasia mista, com predominância na expressão. Apresenta, também, dificuldade de compreensão, mostrando, em alguns momentos, bom desempenho nas atividades.

Com relação à linguagem oral, R apresenta hesitações, parafasias e anomias, além de um discurso fechado, ou seja, não consegue iniciar a linguagem. Para se comunicar com as pessoas, R recorre à escrita, expressões faciais e mímicas.

A seguir, será feita uma análise das situações discursivas destes sujeitos, tendo por suporte as teorias apresentadas na Fundamentação Teórica deste trabalho.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de analisar o discurso de sujeitos afásicos na perspectiva linguístico-discursiva, identificando as suas condições de produção e as estratégias linguístico-discursivas que geram efeitos de deslocamento na sua linguagem, foram analisadas 10 (dez) sessões do Grupo de Convivência de Afásicos da UNICAP, dos anos de 2009/2010.

Tendo em vista que a pesquisa foi realizada em um Grupo de Convivência, convém explicitar a utilização dos termos “terapia” e/ou “terapêutico” que serão usados ao longo das análises. Alguns autores, a exemplo de Morato (2002) fazem essa relação, defendendo sua adequação. Santana *et al* (2009), retoma essa colocação com relação ao Centro de Convivência de Afásicos (CCA) e afirma:

o CCA não deixa de ser terapêutico, no sentido em que as relações humanas podem ter um efeito terapêutico, ou no sentido em que o reconhecimento dos rituais sociais (a empatia, a amizade, a ação conjunta, a reflexão) podem ser terapêuticos (SANTANA *et al*, 2009 *apud* MORATO, 2002, p.243).

Panhoca (2004), por sua vez, ressalta que o grupo pode ajudar cada integrante a se destacar, sendo importante na construção do sujeito, confirmando o que Santana *et al* (2009, p.258) defendem:

em um trabalho com a perspectiva discursiva o terapeuta atua como um dos mediadores, tendo, assim, um papel significativo neste processo de (re)construção[...]

Com isso, o termo se encaixa perfeitamente dentro da concepção aqui defendida, visto que, apesar de ser um grupo de convivência, a atuação se dá de forma indireta nesses sujeitos.

Para a análise, foram utilizados recortes discursivos de momentos interativos. O recorte é um fragmento de situação discursiva que o pesquisador

utiliza para analisar a produção discursiva dos sujeitos avaliados.

3.1 O discurso do sujeito afásico

Para a realização da análise, será feita, inicialmente, uma observação de como o afásico se posiciona em seu discurso. Em seguida, serão levantados alguns questionamentos e discussões com base na teoria já apresentada no trabalho.

Neste recorte, foi analisado o discurso de uma afásica. As falas dos sujeitos estarão em letra itálica e da terapeuta em letra romana. Os trechos analisados estarão em negrito, para melhor visualização.

Situação Discursiva 1: No início das atividades do grupo, todos os afásicos falam um pouco da sua semana, de notícias da semana que querem trazer, ou mesmo, dos seus problemas. O episódio abaixo aconteceu no momento de chegada. D estava dizendo que não conseguia falar e outro afásico, J, intervém em sua fala.

Recorte 1

Locutor	Transcrição	Observações sobre o enunciado verbal	Observações sobre o enunciado não-verbal
1.J	<i>Ficar pensando que não vai mais falar, que não vai se comunicar... se comunica, rapaz!</i>		
2.D	<i>Eu tenho vontade, mas não vem nada, nadinha!</i>		
3.J	<i>Eu, quando adoeci, fiquei assim também.</i>		
4.T1	Olha aí a senhora falando!	Dirigindo-se à afásica	
5.D	<i>Mas não vem! Quando eu vou para a igreja... nada, não vem nada, não falo nada, nada, nada</i>		
6.T1	Olha aí! Ta falando tudo.		
7.J	<i>Já to falando tudo! Já converso, me comunico. Mas o pessoal fica dizendo que não fala mais?!</i>		
8.T1	Ele não falava nada, não é seu J?	Direcionando-se a outro afásico	
9.J	<i>Falava não! O que eu falava,</i>		

	<i>ninguém entendia. Mas tem que ter pensamento positivo. Eu só não venho quando vou para o médico.</i>		
10.T1	Tem que falar, mesmo que a outra pessoa não compreenda logo. Você tem que falar.		

A concepção do discurso afásico como impossibilidade de dizer fica evidenciada no dizer de D, cuja atenção se volta mais para o seu erro, com a falha presente em sua fala, do que para as frases que consegue formar. Somente com a intervenção da terapeuta, o sujeito afásico percebe sua fala, em sua formação discursiva.

Ao observar o discurso deste sujeito, percebe-se como D fica no discurso da impossibilidade do dizer, antecipando sua condição de não-falante. É importante destacar que ela faz uma enunciação completa (construindo uma frase de modo organizado) sem perceber. Ou seja, o sujeito afásico fala da sua impossibilidade do dizer utilizando a própria linguagem. Isto está no interdiscurso do sujeito afásico. Fica evidente quando D. menciona sua impossibilidade construindo a sua fala:

(2) – *Eu tenho vontade, mas não vem nada, nadinha!*

Ao observar este episódio, nos remetemos à afirmação de Mancopes (2009) ao comentar que “ao escutar o sujeito afásico falar sobre si, parece-me que uma primeira divisão já apresenta quando ele anuncia sua impossibilidade, antecipando seu lugar de não-falante”. Ou seja, o afásico fica preso a este discurso não percebendo a construção da frase por ele realizada.

Após a fala de D, a terapeuta interfere, mostrando que ela está, efetivamente, falando:

(4) Olha aí a senhora falando!

gerando, com isso, um deslocamento na fala da afásica, pois a mesma percebe a sua fala, mudando o discurso para

(5): “**Mas não vem!** Quando eu vou para a igreja...nada, não vem nada, não falo nada, nada, nada.”,

percebendo que, ali, no grupo, ela realmente está falando, mas na igreja ela não consegue falar.

Pêcheux (2008), em seus estudos, fala sobre o discurso cristalizado, que precisa ser quebrado, interpretado. Esse discurso a que Pêcheux se refere é observado na fala da afásica em questão, que se apresentava presa ao discurso da impossibilidade. Com a ajuda da terapeuta, esse discurso foi quebrado, no momento em que ela percebe a construção na sua fala.

É interessante neste recorte, também, observar a construção de uma fala fluente, encadeada e sustentada do ponto de vista textual. A fala apresenta, ainda, uma coerência, apesar de hesitações e repetições. Nota-se que ela diz que não consegue falar, mas fala.

Landi (2006), relatando o caso de uma afásica, comenta sobre a dificuldade do afásico em escutar sua fala. A autora afirma que interessa ao clínico da linguagem a separação do sujeito entre fala e escuta, pois existe a possibilidade de o sujeito apresentar mais um “sintoma na escuta”, do que um “sintoma na fala”. Muitas vezes, o sujeito afásico está mais preocupado na *escuta*, que escuta erros que não ocorrem ou que não afetam significativamente a escuta do outro, do que na própria construção da fala, ou seja, a afásica apresenta uma *escuta sintomática*¹⁷.

Lier-De Vitto, Fonseca e Landi (2007) comentam que “o afásico estranha sua “nova” condição de falante”. Ou seja, o sujeito fica muito preso ao passado.

O discurso da terapeuta foi muito importante para que a afásica escutasse a sua fala. O deslocamento na fala da afásica mostrou que ela percebeu a sua construção. Ao dizer que não consegue falar na igreja, D notou que, naquele momento, ela realmente estava falando. Ao término de sua fala, em (5), a terapeuta ratifica o seu discurso da possibilidade de dizer:

(6) Olha aí! Ta falando tudo!

Na sequência que sucede a situação 1, destaca-se outro recorte ainda com D.

Situação Discursiva 2: Um sujeito do grupo tenta se comunicar com os outros

¹⁷ Expressão utilizada por Lier-De Vitto, Fonseca e Landi (2007) ao relatar o caso de uma afásica.

e não consegue.

Recorte 2

Locutor	Transcrição	Observações sobre o enunciado verbal	Observações sobre o enunciado não-verbal
1.T1	Quer um papel?		Entrega um papel para o afásico
2.M.A			Aceita o papel e escreve
3.T1	Chave?		
4.V	<i>Chave!</i>		
5.D	<i>É horrível! Você tenta...</i>		
6.T1	Calma, calma		Dirigindo-se para D.
7.D	<i>A pior coisa do mundo é isso.</i>		
8.V	<i>É.</i>		
9.D	<i>Ai, meu Deus!</i>		
10.T1	Calma! A gente não está aqui pra se lamentar, a gente está aqui pra tentar melhorar.		
11.J	<i>É, o que passou passou.</i>		
12.T1	É, o que passou pronto. Agora tem que ver daqui pra frente!		
13.J	<i>Tem que viver o presente</i>		
14.T1	Olha aí M. se comunicando, vai vivendo...		
15.V		Diz o nome do afásico pausadamente	
16.M.A		Diz o seu nome pausadamente	

A frase “*É horrível! Você tenta...*” elaborada por D pode ser vista a partir de dois olhares: primeiro, a falta da palavra pelo afásico M.A., e o segundo, o deslocamento na linguagem de D.

Com relação a essa falta, observa-se que D se preocupa mais com a não construção na fala do afásico do que o próprio afásico. A afásica se preocupa, apenas, com a fala do sujeito, não importando se ele está conseguindo se comunicar, já que esse sujeito se comunica através de outras formas, como a escrita e os gestos. É claro que não podemos deixar de lado as faltas, falhas e esquecimentos dos sujeitos afásicos, pois esses acontecimentos não são aleatórios. Mas esse incidente é levado como um drama pela afásica. Landi (2006) se refere a esse drama como *drama subjetivo*, no qual o afásico apresenta uma estranha relação com a própria fala, dizendo que não consegue falar, mas fala; que esquece a palavra, mas a

palavra vem.

Ao comentar sobre os gestos que alguns afásicos utilizam, Coudry (2008) afirma que mesmo se o afásico não conseguir dizer, de modo voluntário, algo com palavras, ele pode recorrer a outros sistemas simbólicos (como os gestos, percepção) que envolvam o corpo para se comunicar.

O interessante é que ao dizer “*Você tenta...*”, a afásica se refere apenas ao modo oral, pois não se dá conta que o mesmo está se comunicando através da escrita. Ao dizer que D. fica presa à fala do outro, não estamos falando que esse modo não é importante, mas que o afásico precisa olhar todas as conquistas que conseguiu ao longo do tempo, desde o acometimento da afasia até o presente momento. O que nos referimos é que o afásico fica muito cristalizado¹⁸, preso ao que não conseguiu, às suas limitações.

É interessante quando J, outro afásico do grupo, comenta:

(11) *É, o que passou, passou,*

afirmando que D. deve esquecer o que já passou e que precisa ver tudo o que conquistou. Ao analisarmos esse trecho, remetemos à afirmação de Landi (2009) sobre o fato do afásico ficar preso à sua condição de falante antes da afasia. Essa autora comenta que “pacientes afásicos sofrem em decorrência da lembrança de uma condição de falantes anterior à afasia”. A fala desse afásico confirma como a afásica está nesse momento, presa à sua antiga condição de falante.

O outro modo é o deslocamento na linguagem de D. Nesse fragmento, D enuncia um discurso como se já estivesse passado por aquela fase do quadro afásico, não ficando mais na sua posição de incapacidade: “*É horrível! Você tenta.*”. Esse deslocamento na sua fala ocorre no trecho (4), do episódio 1, em que a terapeuta mostra a D a sua construção:

(4) – Olha aí a senhora falando tudo?!

Observou-se que, nestes recortes, o discurso circular do afásico permanece no discurso da impossibilidade de dizer. Porém, ao ser mostrado

¹⁸ Expressão utilizada por Pêcheux (1983).

pela terapeuta a possibilidade da construção linguística, o afásico tende a deslocar o seu discurso.

3.2 As estratégias clínicas na Fonoaudiologia: abertura ou silenciamento?

Nesta parte, procura-se analisar se as estratégias clínicas que a Fonoaudiologia utiliza são suficientes para (re)habilitar o sujeito afásico, fazendo com que o mesmo expanda seu discurso, ou se a postura do fonoaudiólogo silencia o sujeito afásico.

Situação Discursiva 3: Neste dia do grupo, os afásicos começaram a falar da reportagem sobre alimentação que ia passar no globo repórter. Comentando sobre o que seria bom para a saúde, a terapeuta T começou a falar de uma receita com limão, mel e alho. O Recorte 3 traz a fala de duas terapeutas (T1 e T2).

Recorte 3

Locutor	Transcrição	Observações sobre o enunciado verbal	Observações sobre o enunciado não-verbal
1.T1	Alho, limão e mel.		
2.R	<i>Só isso, só isso. Muito bem, muito bom.</i>		
3.R	<i>Dormir, dormir... eu tomo todo dia, todo dia</i>		Gesto: Beber
4.M.A			Gesto: sinal de negação
5.R	<i>Oxe! Todo dia, todo dia</i>		
6.J.A	<i>Como é? Eu não conheço.</i>	Pergunta para seu R.	
7.T2	Mistura de alho, limão e mel. Mas é bom pra quê seu R.?		
8.R	<i>É bom pra... é bom pra...</i>		
9.T1	Mas fica oh! Seu J.A, fica delícia.		Gesto: sinal de gostoso
10.T2	Mas é bom pra quê seu R.?		
11.T1	Foram os pediatras que me ensinaram!	Se dirigindo para seu J.A.	

Observa-se, aqui, o silenciamento do discurso do afásico R com a

interrupção da terapeuta T1:

(7.T2) – Mistura de alho, limão e mel. Mas é bom pra quê seu R.?

(8.R) – *É bom pra... é bom pra...*

(9.T1) – Mas fica oh! Seu J.A, fica delícia.

(10.T2) – *Mas é bom pra quê seu R.?*

(11.T1) – Foram os pediatras que me ensinaram!

A terapeuta T1 não espera o discurso do afásico para se dirigir ao outro afásico (J.A), interrompendo o discurso de R, impedindo que ele fale o que desejava. Esse impedimento na fala de R ocorre duas vezes, como é visto no recorte acima.

A partir daí, percebe-se que o discurso da terapeuta gerou um silenciamento na fala do afásico. A pergunta, então, é: como é que o fonoaudiólogo deseja que o afásico fale, construa seu discurso, se nas suas terapias, ou mesmo em uma conversa informal, não espera a fala do sujeito afásico? Nesse momento, a terapeuta deveria ter dado espaço para o sujeito afásico falar sobre o benefício da sua receita. Pois, mesmo com suas dificuldades linguísticas, o mesmo se sentirá como um sujeito que tem uma linguagem e pode se comunicar com os outros.

Sobre o silenciamento do discurso do afásico, Freire (2009) define o sentido da palavra silêncio para a clínica da seguinte forma:

[...] o silêncio pode estar do lado do sintoma ou do lado de seus efeitos, mas que como sintoma presente na clínica pede uma leitura particular. Leitura que supõe uma escuta e que, conseqüentemente, requer uma posição a ser assumida pelo fonoaudiólogo. Posição que o distancia daquela ocupada pelos pares do sujeito que nos procura e que, por sua especificidade, deve gerar efeitos de deslocamento em sua fala (FREIRE, 2009, p.5, grifo nosso).

Ao falar em “gerar efeitos de deslocamento em sua fala”, Freire (2009) ressalta que cabe ao fonoaudiólogo fazer com que este deslocamento, da posição de não-falante para falante, seja conquistado. Ao fechar o discurso do afásico, a terapeuta não dá possibilidade ao afásico de construir seu discurso e, conseqüentemente, não gera um efeito em sua fala. Ao contrário, o

terapeuta bloqueia esta fala.

O discurso do sujeito afásico é marcado por pausas, hesitações, repetições e, muitas vezes, por momentos de silêncio, os quais devem ser olhados pelo fonoaudiólogo como um modo de dizer algo. Esse fechamento no discurso do afásico, gerado pela terapeuta, gerou um impacto em R, ficando em silêncio durante toda a sessão.

Essa atitude da terapeuta, que não foi percebida por muitos, nem por ela mesma, impactou o discurso do afásico. É necessário que o fonoaudiólogo, ao estar presente em um grupo com sujeitos específicos, tenha um olhar mais amplo, observando a fala de todos os sujeitos presentes para que esse fechamento no discurso não ocorra, mesmo inconscientemente.

Ao fonoaudiólogo cabe a escuta, que deve ser diferenciada, procurando não evidenciar o erro do afásico, pois, ao dar ênfase ao erro, estará fugindo ao seu papel. Freire (2009) traz boas contribuições acerca da escuta, quando afirma

Ao ser ouvido, terá que ser significado para, ao sê-lo, agir sobre o seu sujeito. Isto nos leva a legitimar uma certa ação clínica ao fonoaudiólogo que o colocará em uma posição diferencial diante do sintoma, a posição que, sob a égide silente a deslocar-se do silêncio e a identificar-se como sujeito falante (FREIRE, 2009, p.5-6).

A partir dessa perspectiva de escuta e de sentido ao dizer do afásico, o terapeuta irá conseguir com que o mesmo se desloque de sua posição de afásico¹⁹ para falante.

Situação Discursiva 4: A atividade realizada, neste dia, foi sobre frutos do mar. Mostrou-se uma foto com várias figuras e eles tinham que dizer quais as figuras que estavam na foto. A foto circulava na mão de todos os afásicos para que dissessem o nome da figura que estavam visualizando. A partir das figuras escolhidas, cada afásico dizia alguma coisa sobre aquela figura.

¹⁹ Ao fazermos a relação afásico X falante, estamos nos referindo ao discurso dos afásicos que, ao falarem, exploram o termo “afásico” para afirmar o seu discurso da impossibilidade de dizer.

Recorte 4

Locutor	Transcrição	Observações sobre enunciados verbais	Observações sobre enunciados não-verbais
1.J.A.	<i>Salada.</i>		
2.T1	Salada? Vamos passar mais perto pra ver o que é!		
3.R		Fala ininteligível.	
4.T1	Tem salada não!		
5.J.A.	<i>Eh!</i>		
6.R	<i>Aqui embaixo, todo dia... todo dia. Aqui embaixo, tomando um negocinho... (fala ininteligível)</i>		Apontando para seu F.
7.T1	Ah, foi? Foi mesmo? Comeu as coisas boas que a mulher dele faz, foi?		
8.R.			Gesto: afirmação com a cabeça.
9.F.	<i>Rão? Marão? Com alface e...</i>	Referindo-se a como a mulher dele preparava o prato.	
10.J.	<i>Tomate e pimentão.</i>		
11.T1	E esse camarão daí é feito com quê?	Referindo-se ao camarão da foto.	
12.J.A.	<i>Leo.</i>		
13.T1	Óleo, e o que mais?		
14.R.	<i>É o que?</i>		
15.F.	<i>Azeite.</i>		
16.J.A.	<i>Mais...</i>		Gesto: como se estivesse pensando.
17.T2.	Limão		
18.J.A.	<i>Não.</i>		
19.T1	<i>É...</i>		
20.J.A.	<i>Alho.</i>		
21.F.	<i>Alho.</i>		
22.T1	É! Alho e óleo.		
23.T3	É, e vem com cabeça e tudo né?		

No fragmento 6, o dizer de R “faz texto”²⁰ ao afirmar:

(6) “*Aqui embaixo, todo dia...todo dia. Aqui embaixo, tomando um negocinho...*”.

Nesta formação discursiva, o dizer de R abre possibilidades de

²⁰ Expressão de Lemos (1992) usada por Fonseca (1995). Para Lemos, “texto” é aquilo que tem efeito de consistência.

interpretações, e a terapeuta dá sentido²¹ ao discurso de R no fragmento 7:

(7): “Ah foi? Foi mesmo? Comeu as coisas boas que a mulher dele faz, foi?”.

Fonseca (1995) comenta que mesmo o dizer do sujeito afásico que resiste em fazer texto, dá possibilidade de sentido e se faz texto no dizer do outro. Afirma, ainda, que “a fala do paciente determina a da terapeuta. Porém, nem tudo o que o sujeito afásico fala é dado a interpretações”. Neste trecho, como a fala do sujeito afásico pode ser interpretada, a fala da terapeuta pode dar significado ao discurso do afásico.

Ao dar sentido ao dizer de R, a terapeuta também dá a possibilidade de outro afásico, F, construir seu discurso. Observa-se que F dá início a um outro discurso, ao dizer como a sua mulher preparava o prato com o camarão. Ele dá continuidade ao assunto sobre o seu restaurante, como em 9:

(9): “*Rãõ? Marãõ? Com alface e...*”.

O próprio sujeito afásico estranha o seu dizer, devolvendo o fragmento para si mesmo e para seus interlocutores em forma de pergunta.

Esse trecho mostra como o discurso da terapeuta deu possibilidade do afásico falar sobre o tema em discussão. Com isso, o discurso da terapeuta não só fez sentido ao dizer de R, como também deu possibilidade de outro afásico abrir seu discurso.

A posição defendida por Orlandi (2010) em relação ao sentido é de que “a linguagem é linguagem porque faz sentido”. Assim, a terapeuta, ao dar sentido à fala de R, confirma que ele não apenas detém a linguagem mas, também, que esta está em funcionamento, apesar de apresentar hesitações, repetições.

Logo após esse momento, a terapeuta volta à figura da foto, mas ainda dentro do assunto abordado pelo afásico, como visto em 11:

(11) E esse camarão daí, é feito com quê?

²¹ Expressão utilizada por Pêcheux (1983).

não fechando o seu discurso, mas possibilitando com que outros afásicos falassem, evitando que o assunto ficasse preso ao afásico F, como ocorre nos trechos de (11) a (22):

(11.T1) – E esse camarão daí é feito com quê?

(12.J.A.) – *Leo.*

(13.T1) – Óleo e o que mais?

(14.R) – *É o que?*

(15.F) – *Azeite.*

(16.J.A) – *Mais...*

(17.T2) – *Limão.*

(18.J.A.) – *Não.*

(19.T1) – *E...*

(20.J.A.) – *Alho.*

(21.F) – *Alho*

(22.T1) – *É, alho e óleo.*

Situação Discursiva 5: No recorte abaixo, a atividade realizada no grupo foi com imagens de pratos de comidas. Foram mostradas algumas fotos para que eles falassem sobre os pratos, como eram realizados, quais os alimentos que estavam presentes no prato, entre outras questões.

Recorte 5

Locutor	Transcrição	Observações sobre enunciado verbal	Observações sobre enunciados não-verbais
1.T1	Feijoada é muito bom. E essa foto de que é?		
2.J.A.	<i>É...é...como é o nome mesmo? Eu sei... é o camarão.</i>		
3.T1	Tem camarão, frutos do mar... vários frutos do mar.		
4.T2	Seu R. adora camarão, não é seu R.?		
5.R	<i>Não, não... hum,hum...</i>		
6.T1	Seu M gosta?		
7.M	<i>Eu o que?</i>		
8.T1	Como é que se dá o nome desse prato?		

9.T2	Sabe qual é o nome desse prato?		
10.R	<i>Eu gosto... gosto, gosto</i>		
11.J	<i>Agora diga o nome!</i>		
12.T1	O senhor sabe qual é, seu R? Como é o nome?		
13.R	<i>É... lá em casa. Aí jogamos, aí pega... é bichinho... eu não sei falar.</i>		
14.T1	Ca...		
15.R	<i>Camarão.</i>		
16.T1	Mas tem mais coisa.		
17.R	<i>Tem mais. O que? O que? Diz... eu não sei.</i>		
18.T1	Tem. Não é só camarão não.		
19.Fe	<i>Peixe</i>		
20.T1	Isso mesmo. Peixe.		
21.Fe	<i>Caranguejo... Tem?</i>		
22.J.A	<i>Tem...tem... como é o nome?</i>		
23.R	<i>Isso aqui, isso aqui não. Que mais hein? Diz..</i>		

Com relação à abertura ou silenciamento do discurso do afásico, podemos observar duas situações interessantes neste fragmento. A primeira, onde a terapeuta fecha o discurso do afásico M, fazendo-lhe uma pergunta e não o deixando responder, como é visto de 6 a 8:

(6.T1) – Seu M. gosta?

(7.M) – *Eu o que?*

(8.T1) – Como é que se dá o nome desse prato?

Nesse momento, a terapeuta dá espaço para a abertura do discurso do afásico, mas, no mesmo momento, fecha esse discurso, silenciando-o. Observa-se, no restante do recorte, que este sujeito não interage mais com os outros afásicos.

Ao silenciar o sujeito afásico, a terapeuta não percebe o fechamento no discurso dele e não se dirige mais a ele. Isso ocorre também devido à entrada da outra terapeuta no discurso, que reforça a pergunta que fechou o discurso daquele sujeito. Este fato pode ser notado em 9:

(9): “Sabe qual é o nome desse prato?”

Na segunda situação, a mesma terapeuta que silenciou M abre o

discurso de outro afásico, como pode ser visto de (12) a (15):

(12.T1) – O senhor sabe qual é, seu R? Como é o nome?

(13.R) – *É... lá em casa. Aí jogamos...aí pega, é bichinho... eu não sei falar.*

(14.T1) – Ca...

(15.R) – *Camarão.*

Essa abertura é de extrema importância, pois dá ao afásico a oportunidade de interagir, ao abrir-lhe o discurso. As estratégias de abertura no discurso são importantes para que o afásico se desloque em sua linguagem, saindo da posição de quem não sabe/não consegue falar, de acordo com o discurso dos sujeitos do grupo, para uma posição onde há esta possibilidade, há visibilidade, identificada por ele e pelo outro, na produção discursiva. Essas aberturas devem ser dirigidas pelo terapeuta para que o afásico venha a falar de forma natural, não ficando preso a testes que visam apenas ao estímulo-resposta. Nas terapias com atividades discursivas, o sujeito afásico pode expandir seu discurso, conseguindo manter um diálogo com o interlocutor.

Analisando o recorte acima, com base nos distúrbios propostos por Jakobson, pode-se observar que o sujeito afásico R apresenta um distúrbio da similaridade. Nesse tipo de distúrbio, o contexto permanece intacto, o sujeito afásico recorre às metonímias para produzir seu discurso, como é observado nos trechos (12) e (13):

(12.T1) – O senhor sabe qual é, seu R? Como é o nome?

(13.R) – *É... lá em casa. Aí jogamos...aí pega, é bichinho... eu não sei falar.*

No momento em que a terapeuta pergunta a R qual era aquele alimento, ele não consegue dizer o nome, fazendo uma relação de semelhança, como em (13). Nesse fragmento, o sujeito afásico ao invés de falar *camarão*, enuncia *bichinho*. Observa-se que ele recorre à metonímia para se comunicar.

Outro momento em que se pode observar o distúrbio de similaridade, acontece no trecho (14) e (15), onde a terapeuta inicia a palavra e o afásico diz o nome do alimento.

(14.T1) – Ca...

(15.R) – *Camarão*.

Afásicos com este tipo de distúrbio têm dificuldade em iniciar um diálogo, mas com a ajuda de partes de palavras ou de frases, ele consegue completar o enunciado.

Com isso, entende-se que um sujeito afásico que apresente uma alteração na substituição (seleção), mas seu contexto permanece intacto, apresenta um distúrbio de similaridade, recorrendo às metonímias para produzir seu discurso. A capacidade de seleção é altamente afetada e a combinação um pouco preservada; a contiguidade determina todo o comportamento verbal do afásico que apresenta este tipo de afasia.

Situação Discursiva 6: Nesse dia, a atividade realizada foi “Localizando-se na sua cidade”. Foram mostradas as fotos de alguns lugares, e os afásicos iam falando sobre os lugares. A foto analisada na situação discursiva abaixo foi do “marco zero”, que fica localizada no Recife Antigo.

Recorte 6

Locutor	Transcrições	Observações sobre enunciado verbal	Observações sobre enunciado não-verbal
1.R.	<i>Atrás, atrás, atrás</i>		Gesto: apontando para a foto
2.T1	As esculturas de Brennard?		
3.R.	<i>Sim, sim... atrás, atrás, atrás andando, andando, muitos anos... atrás, andando... muito anos</i>		
4.T2	Os bondes.		
5.R	<i>muitos anos, muitos anos</i>		Gesto: como se voltasse ao tempo
6.T2	o bloco da Saudade?		
7.R	<i>é, é muito bom, bom</i>		
8.T1	Vocês conhecem?		
9.J	<i>Conheço</i>		
10.Fe	<i>conheço, é é</i>		
11.R	<i>antes, antes, antes.... () mulher, mulher, mulher</i>		Gesto: apontando para a foto
12.T2	há ali antes era um ponto de mulheres		

13.R	<i>mulheres, mulheres, mulheres</i>		
14.Fe	<i>hum... (risos)</i>		
15.R	<i>antes, antes, "bemmm"</i>	Imita o apito do navio	
16.T1	Marinheiros		
17.R	<i>pronto, pronto, pronto, é é é</i>		
18.T1	hum, os marinheiros iam ficar com as mulheres?		
19.R	<i>é,éé</i>		

O dizer de R, neste episódio, é marcado por dificuldades no eixo metafórico. Ao imitar o som do apito de um navio, R faz uma relação metonímica, "*bemmm*" → *navio*. Jakobson (2007), ao explicar os eixos metafórico e metonímico, faz a distinção entre os distúrbios afásicos a partir desses dois eixos, afirmando que nos distúrbios afásicos, um dos eixos está alterado.

No caso do afásico analisado, o eixo desviante é o metafórico que, de acordo com Jakobson, está relacionado ao distúrbio de similaridade. R faz uso da metonímia para enunciar. Com isso, conclui-se, de acordo com os pressupostos de Jakobson, que esse afásico apresenta um Distúrbio da Similaridade, no funcionamento da linguagem.

Analisando outras partes do recorte, observa-se que R, para dar noção do passado, recorre aos termos "*atrás*" e "*muitos anos*", como é visto no fragmento 3:

(3): *Sim, sim... atrás, atrás, atrás andando, andando, muitos anos... atrás, andando... muito anos.*

Ao enunciar essa frase, R não consegue passar a mensagem desejada, pois a terapeuta e os afásicos do grupo não conseguem dar sentido à sua fala. Essa produção contínua vista no fragmento (3) é marcada por uma estereotipia na fala, visto que a construção sintática não é suficiente para a compreensão dos seus interlocutores.

Isto é confirmado nos recortes 4 a 12, onde a terapeuta e os outros afásicos dão outros sentidos para o discurso de R:

(4.T1) – Os bondes.

(5.R) – *muitos anos, muitos anos...*

- (6.T2) – o bloco da saudade?
(7.R) – *é, é muito bom, bom...*
(8.T1) – Vocês conhecem?
(9.J) – *Conheço*
(10.Fe) – *Conheço, é, é*
(11.R) – *antes, antes, antes... () mulher, mulher, mulher*
(12.T1) – Ah, ali antes era um ponto de mulheres.

Só a partir da palavra *mulher* foi que a terapeuta conseguiu dar sentido à fala de R, que queria se referir ao fato de que, naquele local, antigamente, as mulheres ficavam ali. Para dar continuidade à sua fala, R utiliza-se do uso da metonímia para passar a mensagem pretendida por ele, imitando o som de um apito de navio. A partir dessa enunciação, os interlocutores dão sentido ao discurso de R, como em 18:

(18): *hum, os marinheiros iam ficar com as mulheres?*

Segundo Coudry (2008), os processos de significação se opõem na impossibilidade do dizer através da ordenação e combinação das palavras, fazendo fluir o discurso. Este episódio mostra que alguns afásicos, como é o caso de R, não dispõem de recursos expressivos para dar significado ao discurso, mas utilizam outros processos de significação para ajudar na construção de sentido na sua fala, como foi visto ao imitar o som do apito do navio.

No decorrer das sessões do grupo, foram observadas ainda que algumas atividades, como as atividades manuais, deixavam os sujeitos afásicos calados, sem interagir uns com os outros. Com isso, houve uma diminuição destas atividades, já que o objetivo do grupo é a linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste trabalho, foram levantados alguns questionamentos acerca do sujeito afásico. Com base nos resultados da análise dos dados, foi possível respondê-las, pelo menos, provisoriamente.

Foi colocado aqui que, no campo teórico da afasiologia, pode-se perceber que a Afasia é bastante estudada, porém com um olhar predominantemente orgânico. Apesar dos muitos trabalhos sobre esta patologia, há poucos estudos, no Brasil, que abordem a questão na perspectiva linguístico-discursiva. Pode-se justificar este fato, pelo pouco tempo devotado ao seu estudo na perspectiva do sujeito do discurso.

Com base em estudos que visam ao orgânico, muitos fonoaudiólogos minimizam a importância do sujeito afásico, certamente por acreditarem que se pode fazer clínica da linguagem esquecendo-se do sujeito. A Fonoaudiologia se preocupa em estudar a linguagem, como só existe linguagem se existir sujeito, este não pode ser deixado de lado. A relação língua, fala e sujeito é a base para a Clínica da Linguagem.

Ao pensar em Clínica, não podemos deixar de levantar questões como queixa, escuta, transferência e diagnóstico, pois é a partir desses eixos que a clínica se configura. Por outro lado, não pode haver Clínica da Linguagem, sem essa abordagem ou esquecendo-se a articulação entre língua, fala e sujeito.

Na proposta da Clínica da Linguagem centrada no sujeito, o profissional naturalmente se distanciará de testes-padrão, que excluem os aspectos subjetivos da linguagem, descontextualizando-a. Da mesma forma, com a utilização destes testes-padrão, a Clínica Fonoaudiológica exclui a possibilidade da existência de um sujeito, este que deve ser sempre lembrado no processo de reabilitação. O sujeito da linguagem está efetivamente presente no afásico.

Do ponto de vista fonoaudiológico, o discurso do sujeito afásico é caracterizado por pausas, hesitações, parafasias, como já mencionado em outros trabalhos. Contudo, o discurso deste sujeito também é marcado pela negação de sua fala.

Não é raro, porém, que o próprio afásico faça com que este sujeito seja apagado ao afirmar sua condição de não-falante. Em muitos momentos, o sujeito afásico constrói seu discurso para falar sobre sua impossibilidade, como foi visto ao longo do trabalho. Essa condição em que o afásico se posiciona, da impossibilidade de dizer, é decorrente da relação que o sujeito tem com sua fala, o modo como ele a escuta. Essa escuta, muitas vezes, não possibilita o sujeito perceber sua produção discursiva, mesmo apresentando faltas e falhas. Apesar dessas faltas e falhas, o sujeito afásico produz sentido, dá ao interlocutor a possibilidade de compreender o que está sendo produzido por ele.

Pode-se perceber, neste trabalho, que é importante que o Fonoaudiólogo se utilize de questionamentos que apontem para os acertos dos sujeitos afásicos, mostrando-lhes que eles são sujeitos falantes, apesar de seus erros. Que existe uma relação entre o funcionamento da linguagem do afásico e aquele de uma pessoa não acometida pela afasia, em determinadas situações. Daí a importância de se planejar o processo terapêutico com base em questões discursivas.

É necessário que o fonoaudiólogo dê “vez e voz” à fala do afásico, para que haja uma interação entre terapeuta/afásico, e, assim, afirmar sua posição de locutor ativo no discurso.

Foi observado que a postura que o Fonoaudiólogo apresenta, em algumas situações, provoca silenciamento no afásico. É interessante, portanto, que o profissional dê possibilidade do afásico construir seu discurso, não o interrompendo, nem completando sua frase. Pois, esse tipo de atitude faz com que o afásico ache que não consegue construir seu discurso, querendo, sempre, que o outro fale por ele e, com isso, excluindo-se do meio social.

Ao longo do trabalho, percebeu-se que algumas atividades geram efeito de deslocamento no discurso do afásico. Estas atividades foram aquelas em que a linguagem sempre estava presente, mostrando sua importância no processo terapêutico dos sujeitos. Nas atividades em que os afásicos exercitavam mais a função motora, como trabalhos em argila, papel machê e pintura, os sujeitos permaneciam mais calados, o que evidencia a pouca eficácia no trabalho com a linguagem nessas atividades.

Conclui-se, com isso, que atividades que não tenham a linguagem como objetivo principal não devem ser inseridas com tanta frequência no processo

terapêutico, visto que terminam por silenciar o sujeito.

Diante dessas considerações, fica claro que os profissionais que trabalham com o sujeito afásico, principalmente o Fonoaudiólogo, devem procurar manter uma postura que visem ao funcionamento da linguagem, onde o sujeito constitui o ator principal, e não apenas o orgânico.

É importante destacar, acima de tudo, que o afásico é um sujeito que se constitui *na* linguagem e *pela* linguagem, e esta nunca pode ser esquecida.

Espera-se que os resultados aqui obtidos possam levar os profissionais da fonoaudiologia a uma reflexão sobre a posição do sujeito na clínica fonoaudiológica, e que outras investigações possam surgir a partir deste trabalho.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AZEVEDO, N.P.S.G. Uma análise discursiva da gagueira: trajetórias de silenciamento e alienação na língua. **Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**. São Paulo, 2000.

_____. Gagueira na perspectiva linguístico-discursiva: um olhar sobre a terapia. **Tese de Doutorado da Universidade Federal da Paraíba**. Paraíba, 2006.

BRANDÃO, H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2ªed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004.

_____. **Introdução à análise do discurso**. 5ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2010.

BRISSANT, T.M.V. O brincar e a constituição da linguagem na clínica fonoaudiológica. **Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Pernambuco**, 2006.

COSTA, M.F.F. Narrativas Oraís de sujeitos afásicos à luz da Análise de Discurso de Linha Francesa. **Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Pernambuco**, 2006.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso – Discurso e Afasia**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Neurolinguística Discursiva: afasia como tradução. In: **Estudos da lingua(gem)**. Vitória da Conquista, UESB, 2008.

CYR-STAFFORD, C. A dinâmica da intervenção fonoaudiológica. In: **O afásico – convivendo com a lesão cerebral**. São Paulo: Maltese, 1995.

DE LEMOS, C.T.G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. In: **Aquisição, patologia e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.

FERNANDES, E. Teorias de Aquisição de Linguagem. In: **Fundamentos em Fonoaudiologia – Linguagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FLORES, V.N.; SURREAUX, L.M.; KUHN, T.Z. **Introdução aos estudos de roman jakobson sober afasia**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2008.

FONSECA, S.C. Afasia: a fala em sofrimento. **Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, 1995.

_____. A clínica de linguagem com afásicos. In: **Perspectivas na clínica das afasias: o sujeito e o discurso**. São Paulo: Santos, 2009.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso - **Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 18ª ed. São Paulo: Loyola, 2009.

FREIRE, R.M. Fonoaudiologia e Linguística: modos de interpretação da linguagem. **Psycholinguistic on the threshold of the year 2000**, 2000.

_____. Se silêncio, que silêncio: em cena a clínica fonoaudiológica. **Conferência apresentada no evento “Café com linguagem” promovido pelo Instituto Linguagem**, 2009.

FREUD, S. **A interpretação das afasias**. Tradução: António Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

GURGACZ, G. Funcionamento das atividades de leitura na terapia de reabilitação de pacientes com afasia de Broca: estudo de caso. **Dissertação de Mestrado da Universidade do Sul de Santa Catarina**. Tubarão, 2003.

HEBLING, C. B. A definição de afasia como problema de metalinguagem: notas a partir da leitura de Jakobson. **Língua, literatura e ensino**. Vol II, mai/2007.

JAKOBSON, R. **Linguística e Comunicação**. 24ª ed. São Paulo: Cutrix, 2007.

LANDI, R. Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações. **Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**. São Paulo, 2000.

_____. Quando o *sintoma é de escuta*: considerações sobre o diagnóstico de afásicos na clínica da linguagem. In: **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: Editora PUC-SP, 2006.

_____. O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, 12(2), nov. 2009.

LEBRUN, Y. **Tratado de Afasia**. São Paulo: Panamed Editorial, 1983.

LECOURS, A. *et al.* A afasia e o afásico In: **O afásico – convivendo com a lesão cerebral**. São Paulo: Maltese, 1995.

LEMONS, M.T.G. **A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem**. Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

LIER-DE VITTO, M.F. Teoria de Linguagem e falas sintomáticas. **Texto referente à palestra apresentada no II Fórum de Linguagem – no fórum de Ciência e Cultura da Universidade do Rio de Janeiro**, 2006.

LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.

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

MAC-KAY, A.P.M.G.*et al.* **Afásias e Demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico**. São Paulo: Santos, 2003.

MALDIDIER, D. Elementos para uma história da Análise do Discurso na França. In: **Gestos de leitura – da leitura no discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.

MANCOPEDES, R. *et al.* Sobre o nascimento da clínica com sujeitos afásicos. In: **Perspectivas na clínica das afásias: o sujeito e o discurso**. São Paulo: Santos, 2009.

MARCOLINO, J.; CATRINI, M. O jogo entre falar/escrever/ler na clínica de linguagem com afásicos. **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, 18(1): 103-109, abr., 2006.

MORATO, E.M. (orgs.) **Sobre as afásias e os afásicos – subsídios teóricos e práticos elaborados pelo centro de convivência de afásicos**. Campinas: Unicamp, 2002.

MUSSALIM, F. **Introdução à Linguística: domínios e fronteiras**. São Paulo: Cortez, 2000.

MURDOCH, B.E. **Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem – uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

OLIVEIRA, A.A. **A produção de gênero textual de afásicos**. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Pernambuco, 2008.

ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. Campinas, SP: Pontes, 1996.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 2003.

_____. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 9ª ed. Campinas: Pontes, 2010.

PANHOCA, I. Grupo terapêutico-fonoaudiológico: refletindo sobre esse novo fazer. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004.

PÊCHEUX, M. Análise do Discurso: três épocas (1983). In: **Por uma Análise Automática do Discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Trad. de Eni P. Orlandi. Campinas: Unicamp, 1997a, pp 61-151.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 5ª ed. Campinas: Pontes, 2008.

REGO, J. Condensação e Deslocamento: uma reflexão sobre os mecanismos da emergência do desejo. **Texto apresentado na 1ª Jornada do Traço Freudiano**, 1997.

SANTANA, A.P. *et al.* O grupo terapêutico-fonoaudiológico nas afasias. In: **Perspectivas na clínica das afasias: o sujeito e o discurso**. São Paulo: Santos, 2009.

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. 24 ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

VIEIRA, C.H. Sobre as afasias: o doente e a doença. In: **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: Editora da PUC – SP, Reimpressão: 2007.

_____. Um percurso história da afasiologia: estudos neurológicos, linguísticos e fonoaudiológicos. **Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Paraná**, 1992.