

CLEYBE HIOLE VIEIRA

**UM PERCURSO PELA HISTÓRIA DA AFASIOLOGIA:
ESTUDOS NEUROLÓGICOS, LINGÜÍSTICOS
E FONOAUDIOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Letras, área de concentração: *Lingüística de Língua Portuguesa*, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Borges Neto

CURITIBA

1992

UM PERCURSO PELA HISTÓRIA DA AFASIOLOGIA:
ESTUDOS NEUROLÓGICOS, LINGÜÍSTICOS
E FONOAUDIOLÓGICOS

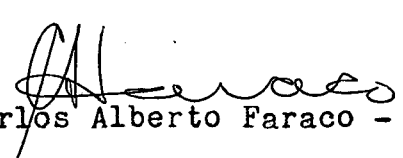
pôr


Cleybe Hiole Vieira

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Letras, área de concentração: Lingüística de Língua Portuguesa, pela Comissão formada pelos professores:

Orientador:


~~Prof. Dr. José Borges Neto - U.F.Pr~~


Prof. Dr. Carlos Alberto Faraco - U.F.Pr


Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry - Unicamp

CLEYBE HIOLE VIEIRA

UM PERCURSO PELA HISTORIA DA AFASIOLOGIA:
ESTUDOS NEUROLOGICOS, LINGUISTICOS
E FONOAUDIOLÓGICOS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Letras, área de concentração: Linguística de Língua Portuguesa, do setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Borges Neto

Curitiba - 1992

AGRADECIMENTOS

Longo foi o caminho até chegar aqui e, ao mesmo tempo, curto demais para tudo o que havia para ser visto, aprendido e vivido. Quero agradecer ao Prof. José Borges Neto pela orientação e apoio, penso que sem a sua compreensão talvez não tivesse chegado ao final. À Rosana Benine Basso companheira de tantos caminhos pessoais e profissionais, com quem pude dividir as alegrias, dificuldades, tristezas e as viagens à Unicamp. Ao Prof. Edson França pelo valioso auxílio prestado na seleção da bibliografia deste trabalho. À Profa. Maria Irma Hadler Coudry que através do seu trabalho iluminou um lugar ainda obscuro e inquietante da minha vida profissional.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Paraná que me ajudaram a adentrar pelos difíceis caminhos da lingüística.

Numa época bem mais distante, à Profa. Leonor Scliar-Cabral e Profa. Heloisa Lück pelo entusiasmo e confiança depositados, muito contribuíram para que eu iniciasse este trajeto.

A minha mãe pelo carinho e cuidado que me dispensou

durante todos esses anos, tive em sua casa um aconchego importante.

Ao meu irmão Junior pela sua valiosa e imprescindível ajuda na parte final de composição e apresentação deste trabalho.

A todas as pessoas amigas que durante esses anos souberam respeitar e compreender a minha falta de tempo para cumprir com os compromissos de ordem pessoal.

A Maria de Lourdes pelo trabalho final de revisão da redação pela sua dedicação e à Alga pelo trabalho de digitação.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná pelo apoio recebido.

SUMARIO

RESUMO.....	
INTRODUÇÃO.....	1
Notas.....	7
1. ABORDAGENS NEUROLOGICAS DA AFASIA.....	8
1.1. Introdução.....	9
1.2. Broca.....	22
1.3. Wernicke.....	33
1.4. Jackson.....	47
1.5. Freud.....	55
1.6. Goldstein.....	65
1.6.1. A proposta de Goldstein.....	65
1.6.2. O tratamento das afasias.....	73
1.7. Luria.....	79
1.7.1. A proposta luriana.....	79
1.7.2. A avaliação das afasias.....	109
1.7.3. O tratamento das afasias.....	124
1.8. Considerações sobre as abordagens neurológicas.....	141
Notas.....	155
2. ABORDAGENS LINGUISTICAS DA AFASIA.....	160
2.1. Análise das afasias segundo Jakobson.....	161
2.2. A alteração afásica do ponto de vista discursivo....	170
2.3. Considerações sobre as abordagens lingüísticas....	177
Notas.....	181

3. ABORDAGENS FONOAUDIOLÓGICAS DA AFASIA.....	182
3.1. Introdução : sobre a reabilitação do paciente afásico.....	183
3.2. Martha Taylor.....	185
3.3. Hildred Schuell.....	189
3.3.1. A proposta teórica	189
3.3.2. A avaliação das afasias.....	199
3.3.3. Terapia das afasias.....	214
3.4. Ana Basso.....	223
3.5. Considerações sobre as abordagens fonoaudiológicas..	232
Notas.....	240
CONCLUSÃO.....	244
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	250
Observações sobre a tipografia.....	255

RESUMO

Procuramos através deste estudo analisar a concepção de localização cerebral das faculdades mentais, noção chave nos estudos neurológicos desde o século XIX. Como não poderia deixar de acontecer, deparamo-nos com a polêmica entre a teoria localizacionista e a holística e discutimos esta questão no que se refere à afasia. Apresentamos, também, algumas abordagens lingüísticas das afasias, tentando explicitar as vantagens desta perspectiva de análise para os foncaudiológicos. E, por fim, realizamos a análise de algumas propostas de reabilitação elaboradas por foncaudiólogos, discutindo a concepção de organização cerebral, de linguagem e de sujeito subjacentes a cada uma delas. Acreditamos ter sido possível, através do que foi exposto, apontar uma direção para estudos futuros no tocante à reconstrução da linguagem dos sujeitos afásicos.

INTRODUÇÃO

O trabalho clínico, com sujeitos afásicos, é tido na prática fonoaudiológica como uma área complexa que necessita de um grande aprofundamento em estudos neurológicos. Como não poderia deixar de ser a minha formação profissional também foi influenciada por essa visão.

Tais estudos neurológicos englobavam, além de conhecimentos neuro-anatômicos e neuro-fisiológicos, o conhecimento da história da afasiologia que tem Broca (1824 - 1880) como seu iniciante e defensor da teoria localizacionista que foi o paradigma dominante até meados de 1900. O desenvolvimento dessa teoria se caracterizou pelo mapeamento cortical em centros: centro de imagem motora (da linguagem oral articulada), centro da imagem auditiva, etc., e, decorrente desses achados, pelo estabelecimento de uma tipologia afásica: motora (ou de Broca) e sensorial (ou de Wernicke). Uma oposição a Broca se deu na pessoa de Jackson (1834-1911) através de uma

concepção diferenciada de organização cerebral, não em centros, mas através da análise das funções mentais à luz de sua evolução, levando em conta o seu nível funcional (superior: voluntário; inferior: automático). Entretanto, essas idéias de Jackson não encontraram receptividade na comunidade científica da época, sendo resgatadas pela neuropsicologia soviética somente 50 anos mais tarde, após sua divulgação. O término do período dominado pela teoria localizacionista é caracterizado como uma época de crise do conhecimento científico, em função de achados contraditórios: uma área lesada ocasionava quadros clínicos diferenciados e quadros clínicos semelhantes eram decorrentes de lesões em áreas diferentes. Emerge, então, nesse panorama conflituoso a teoria holista, tendo como representantes K. Goldstein, Pierre Marie, dentre outros. Essa abordagem é apresentada como concebendo o cérebro como um todo indivisível e, portanto, negando toda e qualquer possibilidade de localização das faculdades mentais. Conseqüentemente, seus estudos focalizavam muito mais a descrição psicológica da desintegração das funções mentais (memória, linguagem, percepção, etc.) do que os aspectos neurofisiológicos. A saída desse estado 'paralisante' se dá através da retomada dos estudos localizacionistas por um lado, e da proposta da neuropsicologia soviética (na pessoa de Lúria), por outro. Esta última 'corrente' caracteriza-se pela concepção de uma organização dinâmica do cérebro e também pela incorporação da lingüística em seus estudos e pesquisas. Tem-se assim, nesse momento, o embrião

da neurolingüística.

O objetivo principal deste trabalho, de início, relacionava-se com esse momento de surgimento da neurolingüística. Em outras palavras, interessava-me apreender melhor essas 'duas correntes' atuais da neuropsicologia e discutir a contraparte lingüística adotada pelos modelos neurofisiológicos.

Para tanto, constava dos meus planos uma leitura de textos do período anterior a esse, ou seja, de Broca a Goldstein, sendo que esta etapa seria apresentada de forma sintética a título de introdução do trabalho como um todo. Por se tratar desde o início de um trabalho de caráter historiográfico, assumi o compromisso de ler os textos originais dos autores. Em função dessa decisão, a minha primeira leitura foi de Goldstein (1948) enquanto aguardava o recebimento de artigos originais, alguns oriundos do exterior.

Durante a leitura da obra de Goldstein, surpreendi-me ao perceber que sua postura na segunda parte do livro (que trata da apresentação de casos clínicos e da tipologia das afasias) não era tão holista como se dizia!(1)

Refeito o espanto, minha leitura dos textos originais passou a ser muito mais cuidadosa. E, surpresa após surpresa - Broca, também, não era tão localizacionista assim! - fui

percebendo que a história da afasiologia não era tão clara, delimitada e determinada como nos era apresentada. Assim, fui retrocedendo de autor para autor até chegar a Gall (1758-1828). Desse modo refiz, de forma detalhada, toda a história da afasiologia, constatando que a questão da localização cerebral se modifica de um autor para outro, alterando-se, assim, a concepção do que se está localizando (faculdades mentais, funções psíquicas elementares, sintomas, etc.), o funcionamento do que foi localizado também é postulado de forma distinta: o funcionamento é autônomo e independente, ou se dá através de redes de conexões, ou o nível funcional é hierarquizado, etc.

A partir dessa percepção, meu interesse se modifica. Tento, então, reconstruir esse percurso histórico desse ramo de estudos que se interessa pela afasia, a neurologia, desde Gall até Luria, com intuito de apreender as semelhanças e controvérsias presentes durante todo o tempo.

Percebo então, que o tema subjacente a esse interesse pela afasia se referia, em última instância, à relação existente entre o cérebro e a linguagem. Essa entidade nosológica, afasia, é tomada, em verdade, como um lugar privilegiado de explicitação dessa relação.

----->
cérebro

. afasia

linguagem



A neurologia é uma área de estudo que, interessada nessa relação percorre o caminho partindo do cérebro e chegando até a afasia. Ocorreu-me então, buscar outras áreas de estudo que também se interessassem por esse tema, mas que partissem do outro elemento, ou seja, que o seu ponto de origem fosse a linguagem e o caminho a ser percorrido fosse da linguagem para a afasia. Cheguei aos estudos lingüísticos sobre afasia de Jakobson e Coudry, os quais apresentarei no decorrer do trabalho. Refletindo um pouco mais sobre esse esquema, vejo que há uma terceira área de estudo que tem seu ponto de origem e de chegada na própria afasia e, que de alguma forma, deve direcionar seu olhar tanto para o cérebro como para a linguagem. Estou falando da fonoaudiologia. Faço então a apresentação de algumas propostas de trabalho de reabilitação amplamente conhecidas na área.(2)

Com isto, tenho como objetivo a reflexão desse lugar da fonoaudiologia, lugar esse destinado desde sempre a atuação junto ao sujeito afásico visando a sua recuperação. Interessa-me saber como a prática clínica, ou melhor as propostas terapêuticas de reabilitação são influenciadas a partir de uma ou de outra concepção de funcionamento cerebral, de uma ou de outra concepção de linguagem.

Notas:

1. Tomo conhecimento do artigo de Geschwind (1964) que, também, acredita que Goldstein acaba por se posicionar de forma paradoxal.

2. Devo ressaltar que um critério que norteou toda a seleção do material bibliográfico deste trabalho se refere a repercussão que obteve na área fonoaudiológica. Estou consciente de que muitos autores relevantes foram excluídos deste estudo em função desta decisão metodológica.

1. ABORDAGENS NEUROLÓGICAS DA AFASIA

1.1. Introdução

Idéias e noções sobre a localização cerebral e as manifestações decorrentes de lesões são mais antigas do que se pode supor. Hecaen & Lanteri-Laura(1977) apresentam um relato detalhado dessas questões desde Hipócrates (460 a.C.) e Platão (422-388 a.C.). Para o propósito deste trabalho, não me deterei nesses dados. Gostaria apenas de traçar em linhas gerais o panorama científico que antecedeu Gall (Franz Joseph Gall [1758-1828]) objetivando evidenciar a sua contribuição para os estudos neurológicos.

As idéias vigentes até 1600, basicamente, podem ser resumidas em torno do dualismo corpo/alma e da natureza inata das faculdades mentais. Nesse sentido, durante um longo período

(aproximadamente 1150 a 1500) tivemos o domínio da teoria ventricular que postulava a localização da sensação e imaginação no ventrículo anterior, a razão no ventrículo médio e a memória no ventrículo posterior. Podemos citar Alberto Magno (1193-1280) e Magnus Hundt (1449-1519) dentre outros autores que desenvolveram modelos dentro dessa perspectiva.

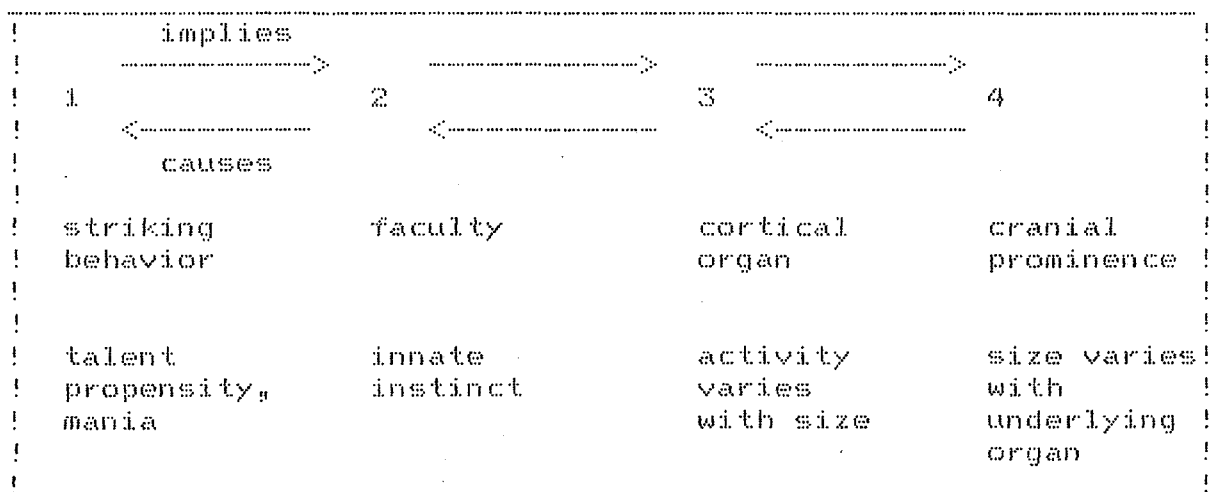
Com Locke (1632-1704) ocorreu a oposição à crença das faculdades inatas através do advento da corrente filosófica do empirismo, que concebe o organismo como uma tábula rasa e a existência de duas fontes das idéias: sensação e reflexão. A metodologia de pesquisa também se modifica sob esta influência; a especulação e a introspecção são questionadas e conseqüentemente abre-se espaço para o experimento empírico.

A frenologia, como ficou conhecida a proposta teórica de Gall, deslocou a localização das faculdades mentais dos ventrículos para o encéfalo. Postulou a existência de outras faculdades mentais além daquelas localizadas nos ventrículos e não assumiu totalmente os princípios empiristas, apesar de ter sofrido a influência destes em sua metodologia.

Para Gall, o objetivo maior na identificação das faculdades se refere à possibilidade de diferenciação entre espécies animais e entre indivíduos do mesmo grupo. Desse modo, ele não nega a existência das faculdades inatas postuladas pelos

filósofos, considera-as sim, como mera abstrações e ainda que sendo estas comuns a todos os homens, não serve aos seus objetivos. Da mesma maneira, questiona como seria possível explicar através das noções da psicologia associacionista as tendências e talentos que considera como faculdades, por exemplo, talento musical, tendência ao homicídio, dentre outros.

A estrutura básica da teoria de Gall pode ser apresentada da seguinte forma:



(Young, 1970:36)

A partir da observação dos dados de 1 e 4, Gall argumenta a existência de 2 e 3. Portanto, as faculdades por ele postuladas são inobserváveis, o que se observa são os talentos, as manias, etc. Seu procedimento compreendia a busca de dados do item 1, em indivíduos humanos ou animais, na sua expressão mais exarcebada, podendo ser inclusive na expressão de uma patologia

(com freqüência seus sujeitos eram internos de hospitais e/ou presos). A seguir realizava uma cuidadosa análise no crânio dessas pessoas e/ou animais na procura de proeminências e então efetuava uma correlação direta entre os dados. A idéia básica é de que a proeminência é resultante do desenvolvimento maior do órgão cortical subjacente na pessoa em questão.

Sua investigação completa abrangia uma sucessão de etapas, como pode ser visto na seguinte passagem de Young:

"Gall list nine methods: 1.correlation of propensities, sentiments and talents drawn from common language, with cranial prominences; 2.counter-proof; 3.correlation of marked cranial prominences with the faculties and qualities of individuals; 4.collection of head casts; 5. collection of crania; 6. correspondence between skull and underlying organ; 7.comparative anatomy and physiology; natural mutilations; 8.accidental mutilations; 9.the succession and arrangement of organs."(1970:33-35)

Vejamos agora quais são as faculdades de que Gall postula a existência e como ele as subdividiu:

Primeiro grupo - faculdades comuns ao homem e aos vertebrados, que correspondem, no homem, à parte posterior e inferior do encéfalo: instinto de propagação, amor de progenitura, afeição e amizade, gosto por rixas e combates, tendência ao homicídio, tendência à astúcia, sentimento de propriedade e tendência ao roubo, orgulho e amor ao poder, amor à glória, tendência à circunspeção e à previdência.

Segundo grupo - faculdades comuns ao homem e aos vertebrados superiores, que correspondem à parte inferior dos lobos anteriores: memória para coisas e fatos, sentido de localização e das relações espaciais, memória das pessoas, sentido das palavras e nomes, memória verbal, sentido da linguagem e da fala, sentido das cores, sentido das relações dos tons e talento musical, senso das relações numéricas, senso de mecânica e de construção.

Terceiro grupo - faculdades específicas ao homem, que correspondem à parte superior dos lobos anteriores: sagacidade, espírito metafísico e profundidade de espírito, espírito de ironia, talento poético, sentimento de justiça e injustiça, talento de imitação, devoção, firmeza de caráter.

Gall apresenta um mapeamento cortical contendo os locais das faculdades (fig.1), sem ter a pretensão de estabelecer os limites exatos de cada uma delas, ou seja, dos respectivos órgãos corticais:

"...His organ do not divide according to the convolutional patterns of the brain. Gall was content to specify the areas and to admit freely that he neither knew the functions of all the cerebral parts nor the precise limits to those parts whose function he had specified." (Young, 1970:28)

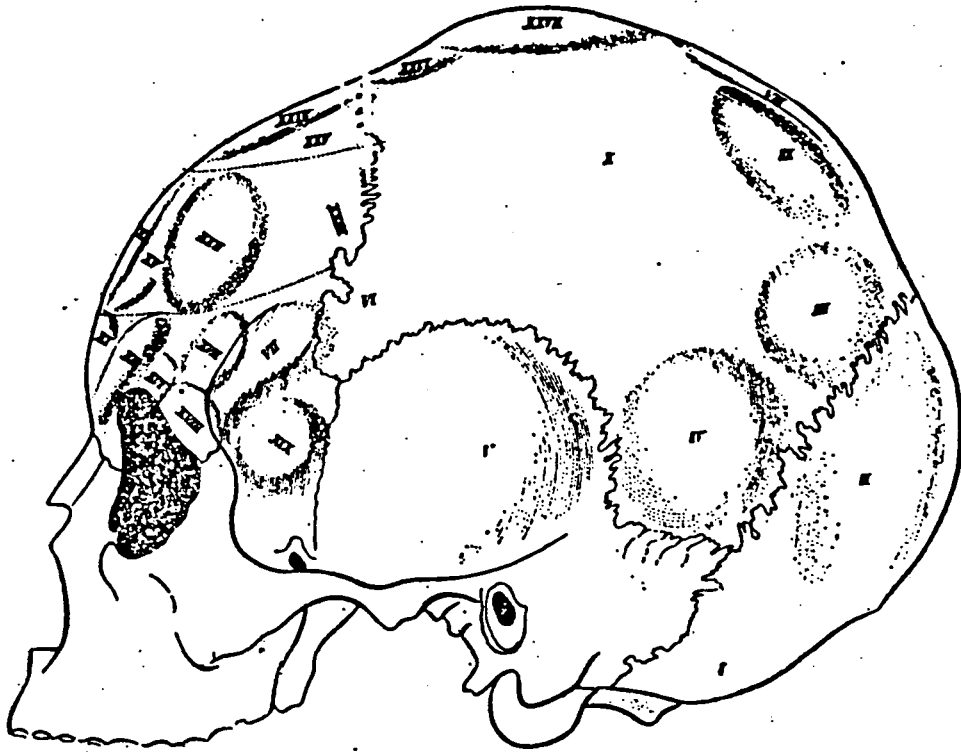


figura 1

Acredita-se que essa posição de Gall se deva a falta de conhecimentos precisos no tocante à anatomia do sistema nervoso, como a delimitação dos lobos e a respectiva descrição incluindo os sulcos e circunvolunções. Esses achados foram realizados posteriormente por Gratiolet (1815-1865).

Percebe-se, através do que foi exposto, que o mérito

de Gall é muito mais da ordem conceitual do que empírica, no que se refere aos resultados obtidos, pois seu trabalho pode ser considerado o marco dos estudos empíricos sobre a localização cerebral, bem como a tentativa de determinar faculdades que pudessem explicar o comportamento humano e dos animais em seu ambiente natural. O reconhecimento da importância de Gall se deu já com Broca, que afirma:

"The doctrine of cerebral localization was the natural consequence of the philosophic movement of the 18(th) century; for the time was no more when it was possible to say without hesitation, in the name of metaphysics, that the soul being simple, the brain, in spite of anatomy, must be simple too. Everything that concerned the relations between spirit and matter had been questioned, and in the midst of the uncertainties that surrounded the solution of that great problem, anatomy and physiology, up to then reduced to silence, were to make their voices heard. It was Gall who was the author of that kind of scientific revolution. He had the undisputable merit of proclaiming the great principle of cerebral localization, which was the starting point of the discoveries of our century concerning the physiology of the encephalon." (Broca apud Riese, 1977:61)

A partir de Gall, o cérebro passa a ser realmente o órgão da mente:

"Jusqu'à l'oeuvre de Gall, le cortex n'avait aucun privilège particulier, et les anatomistes étaient rebutés par la grande difficulté à en fournir une systématisation régulière: tous s'intéressaient aux formations de la ligne médiane, nul n'accordait d'importance à cette surface irrégulière et godronnée, que beaucoup comparaient à l'intestin grêle." (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:42)

Sendo assim a doutrina da localização cerebral pode ser definida como :

"...the doctrine that various parts of the brain have relatively distinct mental, behavioural, and/or physiological functions." (Young, 1970:10)

Em função do grande desenvolvimento nas áreas de anatomia, fisiologia e histologia do sistema nervoso durante o século XIX, decorrentes inclusive de avanços tecnológicos, e com a inclusão da observação de casos clínicos (metodologia anátomo-clínica(1)) nos estudos sobre a localização cerebral, é que vemos surgir posições teóricas que polemizaram com a abordagem frenológica. Observa-se que, já em 1840, a frenologia encontra-se com pouco prestígio na comunidade científica. Mas mesmo durante esse período de desprestígio e de inflamadas discussões sobre o problema da localização cerebral, pode-se notar a importância de Gall:

"Les études anatomocliniques s'opèrent par référence à Gall, qu'elles illustrent ou qu'elles attaquent, mais qui demeure le point de référence." (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:85)

Flourens (1794-1867) desempenhou um importante papel na polémica acima mencionada. Seus trabalhos experimentais apoiam-se sobre uma concepção enfraquecida de localização cerebral, aceitando uma divisão funcional das diversas partes do encéfalo, mas recusando uma fragmentação fisiológica do córtex e consequentemente rejeita a localização das faculdades da

frenologia.

"...au cervelet correspond, pour lui, la coordination des mouvements, au bulbe, à la fois, leur origine et la régulation des fonctions vitales (respiration, circulation, etc.), et, au cortex cérébral dans son ensemble, l'intelligence et les sensations." (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:62)

Sua metodologia baseia-se prioritariamente na realização de ablação experimental em animais, a qual consiste em isolar a parte (órgão) em questão, removê-la cirurgicamente e observar o comportamento do animal. A correlação que se realiza é a seguinte: o comportamento que se mostrar alterado após a ablação e que anteriormente era realizado com facilidade, é então atribuído à região (órgão) em estudo.

Gall e Flourens apresentaram mútuas restrições a metodologia que cada um empregava. Gall argumentava que não era possível saber com certeza o início e o fim de cada órgão cortical para se realizar a ablação. Uma segunda razão a de que, após a intervenção cirúrgica, dificilmente Flourens conseguia manter os animais vivos por tempo suficiente a fim de que observações sobre o comportamento fossem realizadas a contento. Utiliza-se da função do cerebelo como exemplo, Gall o aborda como sendo responsável pelo instinto de propagação, ao passo que Flourens afirma ser pela coordenação dos movimentos. Para Gall parece-lhe pouco convincente dizer que o animal apresenta dificuldades na coordenação dos movimentos e não manifesta alterações aparentes quanto ao instinto de propagação,

quando o mesmo está prestes a morrer.

Na literatura sobre a história da afasia alguns autores consideram que a abordagem de Flourens e outros (Ferrier, Fritsch, Hitzig) formam uma corrente denominada unitarista, ponto de partida da abordagem holística (século XX) representada por Goldstein, Head, Pierre Marie, dentre outros.

Em linhas gerais temos que o período subsequente a Gall caracterizou-se por:

"1.the progressive acceptance and success of the experimental method and the concomitant abandonment of Gall's correlative method and cranioscopy. 2.the development of the view that the nervous system is organized in sensory-motor terms and the extension of this approach to progressively higher parts of the system. 3. the progressive application of the sensory-motor view to mental process within the Lockean tradition of associationist psychology (...) 4.the parallel continuation of the assumption of cerebral localization within phrenology and its combination with the above developments in physiology and psychology and with clinical findings, leading to the localization of muscular movements by Fritsch and Hitzig, and of muscular movements and the primary sensory modalities by Ferrier."(Young,1970:54)

Vemos que alguns dos aspectos a que Gall se opôs aparecem com força no período subsequente a ele, isto é, a incorporação de conceitos da psicologia associacionista, principalmente a concepção das funções mentais como "complex of sensations, motions and associations. (ibidem)

Entretanto, se temos um grupo que se auto-denomina de "opositores a Gall", temos também aqueles que acreditam ser seus seguidores, como Bouillaud (1796-1881), por exemplo.

Bouillaud dedicou-se aos estudos anátomo-clínicos participando intensamente das apresentações e discussões de casos que ocorreram na Sociedade de Antropologia de Paris. Nos estudos publicados em 1825 mostra que a perda da fala corresponde à lesão nos lobos anteriores do cérebro, confirmando, assim, os achados de Gall. Apresenta, também, comparações de casos de perda de fala com e sem paralisia dos órgãos fono-articulatórios (língua, palato, etc.) concluindo que:

"l'abolition de la parole n'est pas réductible à la perte d'une fonction motrice." (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:86)

Na obra de Hecaen & Lanteri-Laura (1977) encontramos as conclusões que Bouillaud apresenta de seus estudos. Citaremos as mais relevantes:

"1. le cerveau, chez l'homme, joue un rôle essentiel dans le mécanisme d'un grand nombre de mouvements; il régit tous ceux qui sont soumis à l'empire de l'intelligence et de la volonté; 2. il existe dans le cerveau plusieurs organes spéciaux, dont chacun a sous sa dépendance des mouvements musculaires particuliers; 3. les mouvements des organes de la parole, en particulier, sont régis par un centre

cérébral spécial, distinct, indépendant; 4. ce centre cérébral occupe les lobules antérieurs.(Bouillaud apud Hecaen & Lanteri-Laura,1977:87)

Suas conclusões e apresentações dos casos clínicos provocam grande reação dos unitaristas, e nesse período a discussão girava em torno de casos que contradizem a localização proposta, ou seja, casos em que a perda da fala estava presente e os lobos anteriores estavam intactos.

Apesar das discussões não terminarem num consenso, dos estudos de Bouillaud não dissiparem as dúvidas e os casos contraditórios, duas modificações importantes resultam de seus trabalhos:

"...d'une part, l'on commence à savoir dans quelle partie de l'encéphale chercher les localisations, d'autre part, l'on renonce à invoquer une liste baroque de facultés, pour étudier directement le langage."(Hecaen & Lanteri-Laura,1977:88)

Foi neste clima de debates ferrenhos entre localizacionistas e unitaristas que Broca realiza a apresentação de seu famoso " Caso Tan " (Leborgne), em abril de 1861, (p.24)(2). Nesse período a base para a discussão se dava através da comparação entre estudos de casos clínicos, incluindo a topografia cortical da lesão. Esse fato só foi possível pelos avanços oriundos da anatomia e da histologia, com a descrição do cérebro em lobos e destes em circunvoluções e sulcos bem determinados e a descoberta de que a sua configuração é

permanente na espécie.

A maioria dos historiadores aprecia ser nesse período que se deu a origem da teoria da localização cerebral propriamente dita, pois considera que

"C'est un aspect radicalement neuf du problème, en ce qu'il ne doit plus rien à l'intuition de la vie intérieure: la question revient à mettre en lumière une correspondance bijective entre une série de constatations cliniques, isolables dans l'aire d'une sémiologie neurologique naissante, et une série de protocoles anatomopathologiques, repérables grâce à une nomenclature topographique en lobes, scissures, circonvolutions et sillons. Cette problématique n'appartient pas plus à Flourens qu'à Gall. Elle commence avec Broca, qui représente, sans le moindre doute, l'homme dont l'œuvre, prudente, rigoureuse et novatrice, a su garantir la mutation de toute cette recherche." (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:92)

Mas apesar de ser atribuído a Broca o marco da teoria da localização cerebral e seu nome estar sempre vinculado a esta abordagem, observa-se que ele não era um defensor afoito da teoria, pois posicionava-se de forma muito cautelosa:

"Les observations recueillies jusqu'ici, celles du moins qui sont accompagnées d'une description anatomique claire et précise, ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse considérer cette localisation d'une faculté particulière dans un lobe déterminé comme définitivement démontrée, mais on peut la considérer du moins comme extrêmement probable." (Broca apud Hecaen & Lanteri-Laura, 1977:98)

Retomando as idéias gerais desse percurso, de Gall passando por Bouillaud e chegando a Broca, observa-se que o

problema da localização cerebral se transforma. Em primeiro lugar, abandona-se a noção de faculdade como estando ligada a uma tendência ou traço de caráter. E a partir da clínica, de sintomas encontrados na clínica que se procurará estabelecer a correlação com a área lesada. Em segundo lugar, a localização que era realizada em termos globais, isto é, lobos anteriores e posteriores, passa a ter um caráter muito mais preciso e puntual, através da análise das circunvoluções, incluindo a questão da lateralidade hemisférica.

Passaremos a analisar agora, cada um dos autores que se destacaram a partir da teoria da localização cerebral.

1.2. PAUL BROCA (1824-1880)

Em seus estudos, Broca teve como preocupação central a seguinte questão relacionada com a organização cerebral:

"Todas as partes da massa cerebral têm a mesma função ou partes mais ou menos circunscritas seriam dotadas de atribuições particulares?"

Metodologicamente, Broca acredita ser a faculdade da linguagem articulada a que melhor se presta a este tipo de pesquisa pelas seguintes razões : por ser bem determinada; por suas alterações serem facilmente constatadas; por manifestar-se independentemente da inteligência.

Sendo assim, é de primordial importância sabermos qual a concepção de linguagem de Broca:

"Il y a, en effet, plusieurs espèces de langage. Tout système de signes permettant d'exprimer les idées d'une manière plus ou moins intelligible, plus ou moins complète, plus ou moins rapide, est un langage dans le sens le plus général du mot: ainsi la parole, la mimique, la dactylologie, (...), sont autant d'espèces de langages."(1861a[1969]:62) (3)

Para Broca existe uma faculdade geral da linguagem:

"Il y a un faculté générale du langage qui préside à tous ces modes d'expression de la pensée, et qui peut être définie: la faculté d'établir une relation constante entre une idée et un signe, que ce signe soit un son, un geste, une figure, ou un tracé quelconque. De plus, chaque espèce de langage nécessite le jeu de certains organes d'émission et de réception."(ibidem)

Podemos, agora, entender a concepção de faculdade da linguagem articulada, segundo Broca:

"N'est-ce qu'une espèce de mémoire, et les individus qui l'ont perdue ont-ils perdu seulement, non la mémoire de mots, mais le souvenir du procédé qu'il faut suivre pour articuler les mots? (...) Ces

perfectionnements graduels du langage articulé chez les enfants sont dus au développement d'une espèce particulière de mémoire qui n'est pas la mémoire des mots, mais celle des mouvements nécessaires pour articuler les mots. Et cette mémoire particulière n'est nullement en rapport avec les autres mémoires ni avec le reste de l'intelligence." (ibidem:65)

Em relação a esta independência da inteligência, Broca argumenta que grande número de dementes possuem linguagem articulada e que certos indivíduos a perdem sem terem perdido outra aptidão intelectual. Entretanto, admite que em vários casos se torna difícil determinar se a alteração manifesta é consequência apenas da destruição da faculdade da linguagem articulada ou de outras causas.

E com intuito de comprovar a existência da faculdade da linguagem articulada que Broca apresenta o caso do paciente Leborgne (conhecido como Tan-Tan) na Sociedade de Antropologia de Paris, em 1861.

Leborgne sofreu de ataques epilépticos desde a juventude. Aos 30 anos é internado no Hospital de Bicêtre tendo como sintoma a perda da fala. Não há dados se esse sintoma ocorreu de forma súbita ou progressiva. Nesse momento sua inteligência foi considerada normal, entretanto sua capacidade de expressão oral se reduzia ao uso de um monossílabo de forma duplicada: "tan-tan" acompanhado de gestos. Não mantinha boa relação com seus companheiros de quarto, pois apresentava

momentos de cólera ao não ser compreendido. Era nítido que possuía totalmente preservada a compreensão do que lhe era dito. Dez anos se passaram para que novos sintomas, de ordem motora, surgissem: paralisia do braço direito e evolução mais tarde para a perna, também, direita. Este agravamento do quadro o confina ao leito por um período de aproximadamente 11 anos. A 12 de abril de 1861, Leborgne é transportado ao centro cirúrgico do hospital para ser realizada uma intervenção no membro inferior direito. É nesse dia que Broca o conhece e resolve acompanhar o caso. Na sua avaliação, Broca observa que não há comprometimento algum da musculatura da face e língua, o paciente apresenta mastigação e voz normais, entretanto, alguma dificuldade na deglutição é constatada, o que sugere o início de paralisia da musculatura da faringe. Comprova-se que a capacidade de compreensão é bem superior a de expressão e quanto à inteligência já se observa algum comprometimento, porém muito mais leve do que a alteração da expressão oral. Nessa época Leborgne é capaz de responder a cálculos numéricos utilizando-se dos dedos como apoio. No dia 17 de abril de 1861, Leborgne vai a óbito e 24 horas após a sua morte a autópsia é realizada, à procura de dados anatômicos.

"Sur la partie latérale de l'hémisphère gauche, au niveau de la scissure de Sylvius, la pie-mère est soulevée par une collection de sérosité transparente, qui se loge dans une large et profonde dépression de la substance cérébrale. Ce liquide étant évacué par une ponction, la pie-mère s'affaisse, se déprime profondément, et il en résulte une cavité allongée d'une capacité équivalente au volume d'un œuf de poule, correspondant à la scissure de Sylvius, et

séparant par conséquent le lobe frontal du lobe temporal."(Broca, 1861b[1969]:80)(4)

À partir desses achados, a tarefa que Broca se impôs foi a de estabelecer se havia uma correlação entre a sintomatologia apresentada por Leborgne e as alterações anatómicas encontradas. Broca conclui que a região que se mostrava mais comprometida e com lesão mais antiga, seria responsável pelos primeiros sintomas - a perda da fala (afemia)- e estabelece uma correlação nítida entre dois períodos da evolução do quadro clínico com os achados anatómico, conforme podemos notar no esquema abaixo:

	lésions	symptômes
!première !période !(dix ans)	ramollissement d'une circonvolution frontale (probablement la troisième)	aphémie simple
!deuxième !période !(onze ans)	a. propagation au corps strié gauche b. ramollissement de tout le lobe frontal gauche; atrophie générale des hémisphères	paralysie croisée du mouvement affaiblissement de l'intelligence.

(Broca, 1861b[1969]:88)

Mesmo diante desses achados, Broca sempre utilizou termos que relativizassem a afirmação do local da faculdade da linguagem articulada (provavelmente), isto porque ainda considerava insuficiente o número de casos com descrição anátomo-patológica rigorosa para se atingir uma certeza a nível

científico. Entretanto, acreditava que estes fatos confirmavam a postura teórica de Bouillaud:

"...quoique la dernière discussion de la Société d'anthropologie eût laissé planer quelque doute sur la doctrine de M. Bouillaud, je voulus, dans l'attente d'une autopsie, prochaine, raisonner comme si cette doctrine était vraie; c'était le meilleur moyen de la mettre à l'épreuve." (ibidem:79)

No período de 1861 a 1865, Broca trabalha reunindo novos dados anátomo-patológicos de casos de perda de fala e neste último ano, então reafirma que a sede da faculdade da linguagem articulada é a terceira circunvolução frontal esquerda; região esta que ficou sendo conhecida como área de Broca (até os nossos dias).

Vejamos agora a classificação proposta por Broca dos distúrbios da fala e suas sugestões de como distinguir entre um tipo e outro, no que se constitui a primeira proposta de avaliação das afasias.

Broca considera que a alteração da fala pode ser consequência de quatro afecções bem distintas que estão em relação com quatro elementos que compõem a função complexa da linguagem: 1. ausência de uma idéia a exprimir; 2. ausência do conhecimento das relações que a convenção estabelece entre as idéias e as palavras; 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; 4. falta integridade dos órgãos da articulação a fim de que possam obedecer imediatamente as ordens da vontade.

As alterações decorrentes do primeiro grupo, Broca denomina de alogia e atribui essa ausência de idéia a exprimir a uma perda da inteligência em geral. Os pacientes são capazes de falar, de pronunciar, recitam perfeitamente orações, preces, sua fala é repleta de idéias desconexas, ditas ao acaso. Apresentam dificuldades de compreensão e reconhecimento das pessoas.

Amnésia verbal é a denominação dada às alterações do segundo grupo, atribuindo à ausência do conhecimento das relações que a convenção estabelece entre as idéias e as palavras. Relata que os pacientes são capazes de pronunciar palavras, mas que não conseguem exprimir o que desejam; suas emissões são confusas. Podem estar ou não privados de outros tipos de memória, apresentando, então, dificuldades ao reconhecimento de objetos, localidades, etc. Através do uso de gestos, podem expressar suas idéias de forma reduzida, bem como, a compreensão se vê facilitada se o interlocutor também usar gestos. A perda da memória das palavras abrange tanto as palavras orais como as escritas.

O terceiro grupo é denominado afemia. Broca acredita que o paciente afêmico tem as idéias; exprime-as através de gestos ou mesmo do uso de algumas palavras de seu vocabulário, reduzido a alguns monossílabos, blasfêmias ou uso de palavras não pertinentes à língua, tais como jargão e neologismo. Possui boa compreensão do que lhe é dito, apresentando reconhecimento perfeito das palavras e frases que lhe são dirigidas e que não é capaz de repetir.

Âlalia mecânica é a designação dada ao quarto grupo. Os pacientes possuem dificuldades de articulação decorrentes de alterações a nível neuro-muscular. O grau mais acentuado desta patologia seria a paralisia total dos órgãos fonarticulatórios, entretanto, devido à rapidez e precisão necessária aos movimentos articulatórios esta entidade nosológica pode se apresentar mesmo sem ser detectada a paralisia.

Broca admite que os casos puros são mais fáceis de serem identificados, porém mais difíceis de ocorrerem na prática. Entretanto, apesar da adversidade presente na prática clínica, acredita na existência destas entidades a nível teórico. O termo afasia foi evitado propositadamente nesta classificação, pois Broca crê que este termo carrega consigo as confusões teóricas que pretendeu dissipar com esta proposta de classificação e nomenclatura. Todavia, tal termo não seria

abolido e sua utilização se reservaria aos casos nos quais não seja possível determinar a que grupo corresponde por estar mesclado com sintomas de mais de um grupo.

Para se realizar o diagnóstico diferencial das patologias apresentadas, necessitar-se observar as possibilidades e dificuldades do paciente. Com relação a distinção entre amnésia e afemia, Broca propõe que se responda a seguinte questão:

"si l'impossibilité où se trouve le malade de prononcer certains mots vient de ce qu'il en a oublié le sens, ou de ce qu'il a oublié comment on les prononce." (1869:266-267)

Em caso de resposta afirmativa para o esquecimento do sentido das palavras, estamos perante um caso de amnésia; se a dificuldade refere-se ao esquecimento de como se pronunciam as palavras estamos frente a um caso de afemia. Como se poderia perceber esta diferença na prática? Broca sugere os seguintes pontos:

- a) geralmente o observador é capaz de saber qual palavra o paciente está tentando pronunciar, então ele deve dizê-la e pedir ao paciente que a repita. Se a repetição ocorrer imediatamente e sem esforço, o paciente é amnésico.
- b) deve-se tentar manter uma conversa com o paciente sobre temas rotineiros, através de palavras usuais com frases simples e

curtas. Verificar a compreensão do paciente. Ocorrendo o entendimento ainda não houve a distinção entre afemia e amnésia, devendo-se aos poucos, ir aumentando a complexidade das frases e ficar atento para o momento em que cessa a compreensão do paciente. Neste caso, temos uma amnésia do tipo incompleta.

c) se o paciente diz uma palavra por outra durante suas emissões, é provável que seja amnésico. Se for afêmico ele perceberá o seu engano e iniciará novamente a sua emissão e, provavelmente, tornará a errar, ficando irritado com a situação.

A distinção entre afemia e alogia envolve a necessidade de perceber o que predomina: a alteração da linguagem ou a alteração da inteligência. Ou seja, o paciente tem mais inteligência do que capacidade para falar, ou o inverso. Além da perspicácia do observador ser muito importante nesses casos, um bom critério a ser utilizado seriam as questões de raciocínio envolvendo cálculo numérico, pois exigem uma reflexão prévia à resposta, e esta em si é simples. Os pacientes com afemia teriam boa performance nessas questões, o mesmo não ocorrendo com os de alogia.

Quanto à diferenciação entre afemia e alalia, necessita-se perceber que a existência de uma paralisia de órgãos fono-articulatórios não basta para afastar a idéia de afemia. A distinção se a dificuldade para falar relaciona-se com o desempenho neuro-muscular dos órgãos fono-articulatórios ou

não, nem sempre é fácil. Outros critérios podem ser utilizados, se apesar da dificuldade oral, o paciente preserva a leitura, a escrita, a inteligência, o cálculo, e quando ele tenta suprir suas dificuldades orais por outros meios. Broca refere que os afêmicos fazem essa tentativa, os alálicos não.

Metodologicamente, as observações clínicas dos pacientes devem ser registradas, pois serão utilizadas posteriormente à realização da autópsia post-mortem. Nesta, faz-se a tentativa de determinar a área da lesão responsável pelos sintomas observados, realizando-se uma correlação entre a área lesada mais comprometida, como sendo a mais antiga e responsável pelos sintomas iniciais.

Broca deixa claro que se empenha em pesquisar se existe no cérebro uma sede particular para a faculdade da linguagem, não pretendendo dar conta de todos os casos clínicos. Admite a complexidade das patologias e a validade de outras formas de estudo, contudo posiciona-se categoricamente a partir de sua hipótese e se interessa pelo estudo dos casos afêmicos bem determinados, conforme podemos verificar em seu texto a seguir:

"Ne soyons donc pas étonnés si le diagnostic des diverses espèces de troubles du langage est souvent obscur et quelquefois impossible. Mais ne renonçons pas pour cela à l'espoir d'élucider cet important problème. Il est clair toutefois que si nous pouvons avoir quelque chance d'y réussir, ce n'est pas en nous heurtant de front contre le cas compliqués et

incertains, c'est en nous attachant spécialement à ceux qui sont simples et évidents. Je suis loin, certes, de dédaigner les travaux qui ont été faits sur l'ensemble de la question; ils ont une grande importance pathologique, un grand intérêt psychologique, mais, pour le but que je me suis proposé, et qui consiste à chercher s'il existe dans le cerveau un siège particulier pour la fonction du langage, j'ai dû me restreindre à l'étude spéciale des cas d'aphémie bien déterminée." (1869:266)

Broca considera como casos bem determinados a afemia traumática, afemia súbita (por exemplo a decorrente de embolia cerebral) e afemia progressiva. Nesta última observa-se a destruição da linguagem pelo desaparecimento das palavras até que não reste nada mais que um vocábulo, estando preservada a inteligência.

Concluimos assim, a apresentação das idéias básicas de Broca. Passemos agora a Wernicke.

1.3 Carl Wernicke (1848-1905)

Wernicke afirma ser seu trabalho uma tentativa de aplicação da teoria de conexões cerebrais de Meynert (5) a qual

baseia-se em fundamentos anátomo-fisiológicos do sistema nervoso central. Tal aplicação objetiva a análise do processo normal da fala (speech) e seus distúrbios, denominados afasia.

Em 1870, Meynert realiza a primeira descrição precisa das camadas corticais e distingue dois grupos de fibras: as de projeção e as de associação; indica que a parte anterior do cérebro tem função motora e a posterior sensorial. Dentre outros fatos, o avanço das técnicas de coloração possibilitaram-lhe tais descobertas.

"Meynert, grâce à l'amélioration des techniques de coloration, peut fournir la première description précise des couches corticales, des aspects propres aux cellules et aux fibres de chacune de ces couches, et indiquer quelques relations entre les caractères morphologiques de chaque région et les fonctions qui en dépendent". (Hecaen & Lanteri-Laura, 1977: 103-4)

Wernicke assume estas noções ao propor seus diagramas, baseando-se principalmente na distinção entre fibras de projeção e de associação. Dada esta importância, vejamos em maior detalhe o que Meynert denomina como sendo fibras de projeção e de associação.

"...the fiber systems of the brain by distinguishing the projection pathways connecting the cortex to the lower centers, the association pathways connecting different regions of the same hemisphere, and the commissural systems joining corresponding points in the two hemispheres." (Geschwind:1967 [1969] :14)

A partir dessas idéias básicas, Wernicke nega a localização cerebral de faculdades mentais, postulando que só se pode localizar funções psíquicas elementares. Vê-se aí presente, uma outra concepção de funcionamento cerebral.

"Only the most elementary psychic functions can be assigned to specific areas of the cerebral cortex - e.g., visual perception, to the central zone of projection of the optic nerve, sensations of smell to that of the olfactory nerve, (...) etc. The surface of the brain is a mosaic of very simple elements of this kind, which are characterized by their anatomical connections with the periphery of the body. Everything beyond these elementary functions, such as the linking of different sense impressions to form a concept, thought, and consciousness, is a function of the fiber tracts that connect different cortical regions with each other, i.e., a function of the association systems, to use Meynert's term" (Wernicke: 1874 [1969]: 34-5).

A posição de Wernicke é clara: as faculdades mentais não são propriedades de regiões localizadas no cérebro, mas são construídas a partir da associação de diferentes regiões. O que haveria então, registrado a nível cerebral nessas regiões primeiras que fazem conexões entre si, resultando nas funções mentais superiores? Wernicke postula a existência de imagens.

"The cerebral cortex with its 600 millions of cells, according to Meynert's estimation, offers a sufficiently great number of storage places in which the innumerable sensory impressions provided by the outer world can be stored one by one without interference. The cerebral cortex is populated with such residues of the past stimuli which we propose to call memory imagens.(Wernicke apud Riese, 1958: 293).

Estas seriam as imagens sensoriais armazenadas a partir de estímulos externos repetidos. O mesmo raciocínio é empregado a fim de se obter o conceito de imagens motoras.

"We must assume that bodily movements and changes in the state of the musculature, give rise to sensations, memory images of which also remain in the cerebral cortex(...) We shall call these memory images of sensation of movements either representations of movements or movement images, and we will consider them equivalent to other memory images". (Wernicke, 1874 [1969]:36)

Unindo a existência destes dois tipos de imagens e a divisão do cérebro em dois grandes blocos, citada anteriormente, temos que:

"The entire surface of the brain can be divided into two large areas of functionally different significance: the frontal lobe, i.e., the entire area in each hemisphere anterior to the fissure of Rolando, and the temporo-occipital lobe (regarded as a single unit). The first is a motor area and contains representations of movements; the second is sensory, containing memory images of past sense impressions. The parietal lobe proper, which lies between them, is a transitional area."(Wernicke, 1874 [1969]:36)

Retomando algumas idéias, já expostas, com objetivo de enfatizá-las e ampliá-las, temos que Wernicke postula a existência de imagens sensoriais e motoras. As sensoriais estabelecidas a partir da recepção pelas vias sensoriais de estímulos externos, as quais são armazenados no cérebro na área de projeção correspondente ao tipo de estímulo (estímulo visual - área occipital). As imagens motoras são resultantes da

sensação do próprios movimentos realizados de forma reflexa no início. Tais movimentos reflexos, ou seja, movimentos primários precedem os movimentos secundários que são voluntários. A distinção entre movimento reflexo e movimento voluntário se dá através de duas propriedades:

- "1. spontaneous movement does not follow the stimulus instantaneously but rather owes its elicitation to memory images of earlier sensations which are reawakened only in response to an external stimulus.
2. spontaneous movement is also distinguished from reflex movement by its pre-formed pattern - polished, specific and adapted to the attainment of a goal".
(Wernicke, 1874 [1969]:39)

De forma compatível com esta visão de funcionamento cerebral, Wernicke nega a existência de idéias inatas: "we are excluding innate ideas from the outset" (ibidem:38) e se posiciona da seguinte forma quanto à aquisição da linguagem e desenvolvimento intelectual:

"... the learning of speech consists in imitation of what is heard and speech is not identical with a certain level of intellectual development, thought and language are two completely independent process, which can in fact interfere with each other" (ibidem:61)

Diante do que foi exposto até aqui a aquisição da linguagem passaria na vertente motora, do movimento reflexo ao movimento espontâneo, através da imitação e exercícios constantes da articulação de sílabas e palavras.

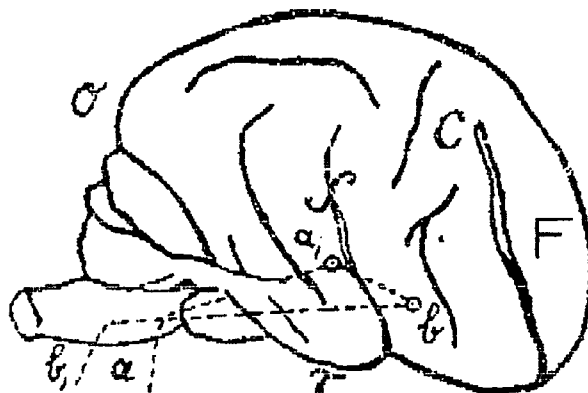
Simultaneamente, ocorreria o armazenamento da imagem sonora das palavras, através das vias de associação. Ligando a imagem sonora à respectiva imagem motora, ter-se-ia, mais tarde a emissão espontânea.

"The primary speech movements, i.e., those performed by the child before the development of consciousness, are of a reflex-mimetic nature.(...) Whether whole words or only fragments of them are produced reflexly in the medulla, in any case a sound image of the word or syllable is transmitted to some sensory portion of the brain from the site of the reflex action; the sensation of innervation of the movement performed is laid down in the frontal motor areas as a representation of a speech movement. The sound image and the representation of movement remain associated through some group of fibers in the white matter. When, later, the spontaneous movement, the consciously uttered word takes place, the associated representation of movement is innervated by the memory image of the sound." (ibidem:42-43).

Seguindo este raciocínio e partindo de dados clínicos(6), Wernicke acredita ser improvável que a área de Broca seja o único centro da linguagem (speech) e declara que:

"The entire region of the first convolution, which circles around the fossa Sylvii serves in conjunction with the insular cortex as a speech center. The first frontal convolution(7), which is a motor area, is the center of representations of movement; the first temporal convolution, a sensory area, is the center of sound images. The fibrae propriae which come together in the insular cortex(8) form the mediating psychic reflex arc. The first temporal convolution should thus be considered the central termination of acoustic nerve, and the first frontal convolution (which includes Broca's area) the central end of the nerves of the muscles of speech". (ibidem: 47-48) (As notas desta citação foram incluídas por mim (C.H.V.) não fazendo parte do original).
Ter-se-ia, desta forma, o seguinte esquema,

apresentado por Wernicke(1874 [1969]:48):



F - lobo frontal O - lobo occipital
T - lobo temporal S - fossa Silvius
C - sulco central

a - local de entrada do nervo acústico na medula
al - terminação central do nervo acústico na medula
b - local de armazenamento das representações do movimento
alb - fibras de conexões do córtex insular
bl - passagem da inervação motora na medula

A partir deste diagrama, Wernicke analisa as alterações de linguagem. No caso da lesão incidir na conexão aal, o processo patológico apresenta-se como destruição do curso central do nervo acústico, resultando um quadro de surdo-mudez, pois as impressões sensoriais captadas pelo órgão periférico

não atingem a região de projeção no cérebro. Alguns autores denominam este quadro de surdez central.

Se a1 que é o local de armazenamento da imagem sonora se vê afetado, temos o quadro de afasia sensorial. A1 corresponde a primeira circunvolução temporal e sua destruição extingue a imagem sonora dos nomes dos objetos da memória, embora o conceito dos objetos possa permanecer íntegro. Wernicke acredita que a alteração do conceito (assimbolia) seria decorrente de lesão afetando as imagens visual e tátil, sendo esta alteração classificada dentre os distúrbios da inteligência. O quadro sintomatológico da afasia sensorial apresentaria as seguintes características:

- a) dificuldade/incapacidade de repetição - para o que necessitaria da integridade de aalbb1;
- b) dificuldade/incapacidade de compreensão da linguagem oral - paciente escutaria sons ininteligíveis, ruído sonoro que não teria significado para ele, ou no máximo poderia representar uma língua estrangeira. Porém, Wernicke acredita que o paciente perceberia estes sons e aos poucos aprenderia a entendê-los novamente;

"a language completely foreign to him, the individual sounds of which he perceives and gradually learns to understand again" (ibidem:51)

- c) o paciente não tem percepção dos erros de sua própria fala;
- d) vocabulário extenso, em potencial, porém com dificuldades no

uso adequado das palavras. Em síntese, é um paciente muito falante, mas com uma fala confusa;

e) ausência de hemiplegia;

f) agrafia está presente e a explicação de Wernicke para este fato é a dependência do movimento voluntário da escrita em relação ao som:

" There is no direct connection between the writing movement and the concept such as we must assume there to be between the speech movement and the concept. In cases of partial sensory aphasia partial agrafia is also to be expected." (ibidem: 53)

A relação entre linguagem oral e gráfica é direta e a perturbação se dá no mesmo grau, segundo Wernicke.

g) a alteração ou não da leitura está relacionada com o grau de habilidade com a linguagem gráfica. Wernicke acredita que as pessoas que tenham desenvolvido a capacidade de ler sem recorrer à imagem sonora, ou seja, as de grau de letramento mais desenvolvido, não apresentariam dificuldade, isto é, seriam capazes de ler silenciosamente; na leitura em voz alta, as alterações da oralidade estariam presentes. E as pessoas que se apoiam na imagem sonora para realizar a leitura, teriam como manifestação a alexia.

Wernicke considera que este quadro patológico (afasia sensorial) não é raro, porém foi por muito tempo entendido como perturbação da inteligência, confusão mental, fazendo parte das doenças psiquiátricas.

Outros autores, Liepmann, Bastian, também descreveram esse tipo de afasia, entendendo-o como uma síndrome. Wernicke discorda dessa posição e pode-se perceber que concebe a primazia do distúrbio da memória da imagem sonora como fator desencadeador de toda a sintomatologia.

"Wernicke did not conceive of the syndrome he described as being a composite one, i.e., he did not argue that four separate lesions were necessary to produce the full syndrome, but asserted instead that as a result of the way in which language is learned and used all modalities would be affected by a disturbance of the auditory memory images." (Geschwind, 1967 [1969]:21)

Uma outra possibilidade de alteração seria a afecção da conexão alb, ou seja, das fibras de associação entre a imagem sonora e a representação do movimento, sendo que tanto al como b se manteriam íntegros. Este quadro é denominado afasia de condução. (9) Como sintomatologia teríamos a dificuldade no uso adequado das palavras (parafasias), sendo a fala hesitante e com esforço aparente. Em virtude da alteração na conexão alb, a imagem sonora não poderia exercer sua influência na seleção correta da representação do movimento. O paciente consegue perceber sua fala e seus erros. A compreensão está preservada. A hemiplegia está quase sempre presente. Quanto aos problemas relativos à leitura e à escrita, faz-se necessário entender o diagrama abaixo e a concepção de Wernicke destas modalidades de

linguagem.



Na aquisição da linguagem gráfica, Wernicke acredita que para ler a criança deve relacionar a imagem visual da letra, α , com a imagem sonora ai . Para ler em voz alta $\alpha + ai$ devem inervar a representação do movimento, b , através da conexão alb . Portanto, se encontra sempre alterada a leitura em voz alta neste tipo de afasia, sendo que a leitura silenciosa vai estar mais ou menos preservada, dependendo do nível de letramento do paciente. Quanto à escrita, Wernicke afirma que sua aquisição acontece através da cópia da imagem visual da letra através da conexão β (β seria o centro dos movimentos da escrita). Apenas, através de muita prática é que a associação de $\alpha\beta$ se une a alb , sendo então possível a capacidade de escrever sem ter o modelo presente. Porém, como β deve estar localizado no lobo frontal, a conexão acima mencionada deve ser próxima da conexão alb , e com grande probabilidade de se ver lesada simultaneamente. Na prática clínica, observou que a agrafia está

sempre presente, estando preservada a cópia de letras.

A afasia de condução foi um quadro clínico bastante discutido, e ainda o é. Wernicke se dedicou a este estudo durante vários anos, alterando a localização da área lesada a partir de constatações clínicas e pesquisas de outros autores (cf. nota 8). De acordo com Freud (1891 [1953]) e Lichtheim (1885), a característica fundamental da afasia de condução é a dificuldade de realizar repetição mantendo a compreensão intacta. Sintoma este, passível de dedução a partir do diagrama de Wernicke, porém não descrito por ele.

A quarta possibilidade de alteração da linguagem deduzida a partir do diagrama (p.39) tem origem pela destruição de b (representações do movimento), resultando na afasia motora. A compreensão está preservada, mas a possibilidade de expressão do paciente se reduz a poucas palavras, as quais utiliza em todas as suas tentativas de comunicação, acompanhadas de gestos, a fim de se fazer entender. O paciente tem preservado o significado das palavras e percebe suas dificuldades, entretanto não possui outra possibilidade de emissão. Dependendo da extensão da lesão, o centro das representações do movimento para escrita, pode também estar comprometido, e então, a agrafia se manifesta. Este é o tipo de afasia descrito por Broca, segundo Wernicke.

A interrupção da conexão bhl também apresenta como

manifestação a afasia motora, podendo ter sintomatologia associada da alalia, por exemplo: dificuldade a nível neuromuscular para funções como deglutição, mastigação.

A partir dos diagramas apresentados por Wernicke (p.39 e 43) e de sua análise do processo da linguagem normal e suas alterações, parece ser possível perceber que o autor postula um modelo de funcionamento do cérebro baseado em uma rede de conexões e a partir daí procura entender os processos patológicos que surgem na prática clínica. Sua metodologia de estudo compreende a observação clínica do paciente e de seu comportamento lingüístico. Apesar de não realizar a apresentação formal dos itens que constam de sua avaliação, é possível depreendê-los através da apresentação dos casos, sendo eles: mobilidade dos órgãos fono-articulatórios; comando de ordens simples para verificar a compreensão da linguagem; diálogo; reconhecimento de objetos através da observação do uso que o paciente faz dos mesmos; leitura; escrita; cálculo; nomeação; possibilidade de cantar e rezar; repetição. Enfatiza, ainda, a importância do acompanhamento do caso desde o início do processo patológico a fim de melhor avaliar e analisar os achados post-mortem, através da autópsia.

Pensamos que Wernicke não pode ser considerado radical quanto à localização de uma área circunscrita no cérebro e nem quanto à especialização hemisférica. Neste último aspecto,

apesar de no texto atribuir ao hemisfério esquerdo a localização do centro da imagem sonora e da representação do movimento apresenta os seus diagramas sempre projetados no hemisfério direito. Em relação ao centro da escrita levanta a hipótese de estar representado nos dois hemisférios. Através das palavras de Geschwind percebemos que há uma certa flexibilidade na localização dessas áreas propostas por Wernicke:

"Wernicke's emphasis on the fact that aphasia is produced not by lesions of fixed language areas but rather by damage to those areas which in any individual have been used in acquiring speech." (1967 [1969]:23)

O valor dos achados de Wernicke para a história da afasiologia está no fato de ter descrito um outro tipo de afasia, diferente daquele postulado por Broca, e desta forma, através da afasia sensorial postular a existência de outro centro da linguagem, em que ele afirma:

" For all their diversity, the clinical pictures of aphasia vary between two extremes, those of pure motor aphasia and pure sensory aphasia. The existence of these two forms must be considered an irrefutable proof of the presence of two anatomically different centers for language." (Wernicke, 1874 [1969]:66)

Um outro fato importante a ser destacado é que ao lidar com pacientes afásicos fluentes, com discurso confuso, Wernicke traz à tona a discussão sobre a relação da linguagem e inteligência, e conseqüentemente seus distúrbios. Como já foi

mencionado, o diagnóstico diferencial entre afasia de condução, afasia sensorial e distúrbios da inteligência é extremamente difícil e antes de Wernicke nem mesmo se colocava a questão. Desta forma, Wernicke considera da maior importância tal distinção e declara:

"Disturbances of the concepts of the things with which we deal in the process of thinking are always disturbances of intelligence; disturbances of speech, on the contrary, cause difficulties only in the use of the conventional means of representation of the concepts" (ibidem:63-4)

Vejamos agora a proposta de Jackson, contemporâneo de Wernicke e franca oposição à Broca.

1.4. JOHN HUGHLINGS JACKSON (1834-1911)

Jackson em sua prática clínica como neurologista acompanhou inúmeros pacientes com alterações de linguagem, caracterizada por diminuição quase total da capacidade de falar, do bom entendimento, da dificuldade na escrita, a que denominou 'speechless'. Além de pesquisar a lesão envolvida no caso (local, extensão, etc.) procurava ter uma visão clara das possibilidades lingüísticas do paciente. Relata em seus artigos

informações relativas à linguagem obtidas através dos familiares, enfermeiras e em seus próprios contatos com o paciente. Um fato pareceu haver-lhe intrigado sobremaneira, qual seja, o de que o paciente mesmo não conseguindo realizar repetição de vocábulos e/ou frases, podia falar algumas palavras e/ou expressões em situações de grande excitação nervosa e/ou tensão emocional, por exemplo, 'Cuidado!' na tentativa de avisar que uma criança estava por cair. Em seguida, essa mesma palavra não era mais passível de repetição. A partir disso, tentava manipular o ambiente em que o paciente se encontrava inserido, no sentido de criar necessidade de uso da linguagem. Por exemplo, pedia a enfermeira para que não levasse a refeição ao paciente para verificar se ele era capaz de pedir ou não. Relata que nem sempre se obtinha o uso lingüístico por parte do paciente. Em outras situações, mesmo o paciente não sendo capaz de repetir o vocábulo 'tchau', sob ordem, fazia uso da palavra ao deixar a sala.

De posse dessas informações, Jackson conclui que há dois modos de expressão, um emocional e outro intelectual, e que em alguns casos de alterações do sistema nervoso, a expressão intelectual está ausente e a emocional preservada. Observou que, nesses casos, há sempre lesão próxima do corpo estriado. Este tipo de paciente é capaz de pronunciar (utter) mas não de falar (speech), conforme as palavras de Jackson (1874[1958]:130):

"Speaking is not simply the utterance of words. The

utterance of any number of words would not constitute speech. Speaking is propositionising."

Completando esse pensamento:

"the unit of speech is a proposition, not simply an unrelated succession of words, but a relation in which the terms are modified by each other." (Riese, 1977:102)

A linguagem emocional é considerada inferior e automática, sendo possível a sua produção em estado de grande excitação nervosa e emocional. Assim sendo, ela é produzida como um bloco único. Outros exemplos que Jackson considera como linguagem emocional são as interjeições, as frases convencionais (frases-feitas: 'muito obrigado, como vai'), xingamentos, orações.

A observação e valorização desses fatos se tornou de grande importância na teoria da afasia de Jackson pois:

"here was demonstrated, for the first time in the history of aphasia, the flexibility of defects. (...) It simply is not intelligible that a given speech defect is due to the destruction of a corresponding center when shortly thereafter the same defect is no longer demonstrable. (...) To allow other areas to take over the role of the destroyed speech centers would mean to postulate more than one center for the same performance; one may then ask why just two centers and why not consider the whole brain as one great center?" (Riese, 1977:101-102)

Cabe ainda especificar que a oposição de Jackson a Broca não se refere à disputa do local do sistema nervoso em que deve residir o centro da linguagem (corpo estriado versus terceira circunvolução frontal esquerda) e sim a uma outra concepção do funcionamento cerebral e a negação por parte de Jackson da existência do centro da linguagem.

"...damage near the corpus striatum affects language and thought, not because any so-called faculty resides there (or anywhere, except in the whole brain or whole body) but because more or less of parts which help in making symbols are broken up."
(Jackson, 1866[1958]:125)

E ainda que

"There is no faculty or power of speech apart from words revived or revivable in propositions, any more than there is a faculty of co-ordination of movements apart from movements represented in particular ways." (Jackson, 1878[1958]:160)

Desse modo, Jackson nega a existência do centro da linguagem, tanto por achados clínicos, ou seja, uma lesão em outra área do cérebro causa transtornos de expressão da linguagem, semelhante aquele postulado por Broca, como por uma questão teórica importante: existe uma grande diferença entre localizar a área lesada que destruiu a linguagem e localizar a linguagem em alguma área do cérebro. Quando localiza-se a área lesada pode-se no máximo supor a localização dos sintomas e não da função normal.

Nas palavras do autor veremos que o que ele pretende é explicitar a contraparte fisiológica de uma função mental e não localizá-la no sistema nervoso.

"We have, as anatomists and physiologists, to study not ideas, but the material substrata of ideas (anatomy) and the modes and condition of energising of these substrata (physiology). Where most would say that the speechless patient has lost the memory of words, I would say that he has lost the anatomical substrata of words. The anatomical substratum of a word is a nervous process for a highly special movement of the articulatory series. That we may have a 'idea' of word, it suffices that the nervous process for it energises; it is not necessary that it energises so strongly that currents reach the articulatory muscles (...). We have no direct concern with 'ideas', but with more or less complex processes for impression and movements." (Jackson, 1874[1958:132-133])

Jackson concebe o cérebro como um órgão do movimento, desde o mais automático até o mais especializado como a linguagem.

"Jackson's interpretation of the nervous system as a organ of movements from the lowest and most automatic ones serving in respiration, to highly evolved, most voluntary, refined and educated movements serving in speech and conduct. The purely instrumental role of the nervous tissue in language." (Riese, 1977:101)

Vimos como Jackson define linguagem, e esta não é movimento. Para entender a citação acima parece ser necessário, deixar claro o que o autor quer dizer quando fala em movimento:

"When movements of words are spoken of, it is not necessarily meant that actual movement of the articulatory muscles occurs.(...) There is in the left hemisphere during internal speech simply a slight excitation of the highest of the nervous processes of the articulatory series, which are strongly excited when words are actually uttered."(ibidem:133)

A partir da citação acima é possível afirmar que para Jackson linguagem externa e interna diferem-se quanto ao grau de excitação nervosa.

Nos casos de 'speechless', Jackson afirma que existe alteração tanto de linguagem externa quanto de linguagem interna, uma vez que a desordem se caracteriza pela dificuldade em realizar proposições em voz alta e internamente. À prova disto seria a impossibilidade do paciente escrever. Se fosse capaz de realizar proposições internamente seria capaz de escrevê-las, ao invés disto, possui apenas a capacidade de realizar cópia.

"The proof that he does not speak internally is that he cannot express himself in writing. He may write in the sense of copying writing, and can usually copy print in writing characters. Now, if he can speak internally, why does he not write what he says to himself? He can say nothing to himself, and therefore has nothing to write."(Jackson,1874[1958]:131)

Entretanto, há de ficar claro que o paciente 'speechless' não perdeu a capacidade total de processar palavras, como diz Jackson; ele não é 'wordlessness', isto

porque é capaz de entender o que as pessoas lhe dizem. A sua explicação para tal fato, assenta-se na divisão de funções para cada um dos hemisférios cerebrais.

Jackson considera que existem semelhanças e diferenças entre os hemisférios cerebrais. A semelhança reside em que os dois hemisférios processam palavras. A diferença é que o hemisfério direito faz uso das palavras em atividades automáticas e involuntárias; o hemisfério esquerdo em funções voluntárias e não automáticas da linguagem. A compreensão da linguagem (não fica especificado se tanto para a oral como para a gráfica) é considerada uma atividade automática, portanto de responsabilidade do hemisfério direito. Tal divisão abrange as atividades não-lingüísticas com os órgãos fono-articuladores. Por exemplo: colocar a língua para fora sob ordem é considerado um movimento voluntário e o paciente 'speechless' geralmente não o realiza, mas efetua este mesmo movimento ao se alimentar. A possibilidade de repetir uma palavra sob comando é voluntária e não automático, e é involuntário pronunciá-la sob forte excitação emocional.

A avaliação das condições da linguagem do paciente, parece constar dos seguintes itens: anamnese - informações dos familiares a respeito da história de vida do paciente, ênfase no tocante à linguagem após o início do problema; observação de 'diálogos' ou possibilidades de diálogos espontâneos entre

paciente/familiares, paciente/funcionários e paciente/médico; nomeação de objetos e cores; repetição de vocábulos e frases; canto de uma música; descrição de caminhos conhecidos do paciente, exemplo: da própria casa ao parque; compreensão da linguagem; leitura; escrita espontânea e cópia; observação do raciocínio.

Uma preocupação importante permeia todo o trabalho de Jackson no que se refere às diferenças existentes de caso para caso. E, embora, procure um certo grau de generalização em sua teoria, recomenda que a análise dos casos seja feita particularizando-se a pessoa em questão.

"The affections of speech met with are very different in degree and kind, for the simple reason that the exact position of disease in the brain and its gravity differ in different cases; different amounts of nervous arrangements in different positions are destroyed with different rapidity in different persons. There is, then, no single well-defined 'entity' - loss of speech or aphasia and thus, to state the matter for a particular practical purpose, such a question as, "can an aphasic make a will ?" cannot be answered (...) The question should be, 'can this or that aphasic person make a will?'" (Jackson, 1878[1958]:161).

Percebe-se, a partir da bibliografia consultada, que Jackson interessou-se principalmente por casos em que a predominância da alteração se relacionava com a expressão da linguagem. Encontrou-se apenas uma menção a problemas de pacientes com alteração da compreensão da linguagem a que

Jackson comenta serem casos muito mais complicados .

A nossa próxima apresentação será da posição crítica de Freud em relação à teoria da localização cerebral.

1.5. SIGMUND FREUD (1856-1939)

Freud se propõe, em sua clássica monografia 'On Aphasia (1891)', a realizar uma abordagem crítica à teoria da localização cerebral e, para isso, postula a existência de um aparelho da linguagem com uma contraparte anatômica definida de forma não pontual, como no caso dos centros da linguagem.

Sua argumentação provém tanto da observação de dados clínicos como da necessidade de revisão de alguns conceitos teóricos. Com referência aos dados clínicos, baseia-se em dois fatos: a) no sintoma denominado parafasia; b) nos casos de contradição entre a área lesada e o quadro clínico nos tipos de afasia designada afasia motora transcortical e afasia sensorial transcortical.

Entende por parafasia:

"uma perturbação da linguagem em que a palavra apropriada é substituída por outra não apropriada que tem no entanto uma certa relação com a palavra exacta." (Freud, 1891[1977]:35)

e considera este sintoma como uma alteração de funcionalidade do aparelho da linguagem e não como necessariamente decorrente de lesão cerebral, pois se o encontramos nos casos de afasia também está presente em pessoas normais quando submetidas a tensão, stress e fadiga.

"É óbvio considerar a parafasia na sua vasta acepção como um sintoma puramente funcional, como sinal de funcionalidade reduzida do aparelho associativo da linguagem." (ibidem)

Os dois tipos de afasia mencionados acima, caracterizam-se pela perda da fala espontânea, estando preservada a capacidade de repetir e ler em voz alta, sintomas comuns tanto a afasia motora transcortical quanto à afasia sensorial transcortical, sendo que neste último tipo acresce-se a dificuldade de compreensão. Freud apresenta vários casos de afasia transcortical (casos de outros autores) com suas respectivas áreas lesadas. Observa que tanto é possível encontrar alterações anatómicas nas áreas motoras como nas áreas sensoriais, isolada ou simultaneamente, e que a natureza da lesão é diversificada: traumatismo, tumor, amolecimento cortical dentre outras. Diante destes fatos, Freud sugere que se deve abandonar a explicação do quadro patológico através da

localização da lesão, uma vez que os dados da autópsia contradizem em muitas vezes a expectativa quanto à região cortical lesada e também que a forma de raciocínio de que uma lesão cerebral acarreta a destruição total de elementos do sistema nervoso é errônea.

" Durante decênios deixámo-nos guiar pela intenção de nos servirmos das perturbações que a clínica nos fornece para o conhecimento da localização das funções, e agora já estamos habituados à pretensão de que uma lesão orgânica destrua completamente uma parte dos elementos do sistema nervoso, mas deixe completamente intactos os outros, e na realidade só assim podem ser utilizáveis dos para os nossos fins. Só poucas lesões satisfazem estas condições, ao passo que na sua maioria elas não são directamente destrutivas e envolvem uma muito maior quantidade de elementos na zona de seu efeito de perturbação." (1891[1977]:43)

Propõe que os quadros de afasia transcortical devem ser entendidos como resultantes de uma modificação do estatuto funcional do aparelho de linguagem e não como a interrupção localizada de uma via. Essa alteração da funcionalidade do aparelho de linguagem pode ser resultante da reação conjunta do aparelho a uma lesão próxima ou distante.

"É necessário (...) tomar em consideração a relação entre uma lesão parcialmente destrutiva e o aparelho que ela atingiu. A este propósito há dois casos atendíveis que na realidade se encontram. No primeiro, o aparelho apresenta-se mutilado em alguma de suas partes pela lesão, ao passo que as outras partes intactas funcionam sem qualquer alteração; no segundo, o aparelho reage à lesão de maneira solidária, como um todo, e não permite encontrar uma deficiência de partes isoladas, mostrando-se porém, enfraquecido na sua função; quer dizer, reage à lesão parcialmente

destrutiva com uma perturbação funcional que também se poderia produzir através de um dano não material (...). Quanto ao aparelho da linguagem, parece que apresenta em todas as suas partes o segundo tipo de reação às lesões não destrutivas, ou seja, responde a uma tal lesão de maneira solidária, com uma perturbação funcional." (1891[1977]:44)

Para exemplificar essas duas possibilidades, temos nos casos de paralisia o primeiro tipo de lesão, ou seja, uma lesão totalmente destrutiva e localizada. Já nos problemas de linguagem, os quais Freud considera serem sempre decorrentes de lesões parcialmente destrutivas, jamais se observou a perda de 100 (cem) palavras em consequência de uma lesão no centro motor da linguagem. O que se verifica é que a perda parcial manifesta-se pela expressão de uma redução geral da funcionalidade desse centro.

Os argumentos apresentados até aqui, fundam-se na observação dos dados clínicos. Freud também acredita ser necessário rever alguns conceitos teóricos que conduzem a conclusões inadequadas. A questão principal que levanta é a distinção entre sensação e associação.

"Sensação e associação são dois nomes com que designamos duas diferentes perspectivas do mesmo processo. Sabemos, no entanto, que ambos os nomes são abstraídos de um processo unitário e indivisível. Não podemos ter uma sensação sem logo associá-la; embora procuremos separar as duas atividades conceptualmente, elas dependem na realidade de um único processo que, iniciando-se a partir de uma área cortical, se difunde por todo o córtex. A localização do correspondente fisiológico é portanto a mesma para representação e associação (...) temos de evitar colocar a representação num ponto do córtex encefálico

e a associação num outro ponto. Mas ambas procedem de um mesmo ponto e nunca se encontram em estado de repouso." (1891[1977]:57)

Ao falar na localização do correspondente fisiológico e não da função em si, Freud apoia-se no ponto de vista de Jackson, para quem, ao se identificar uma área lesada e correlacioná-la com sintomas clínicos, pode-se concluir apenas pela localização dos sintomas e não da função, como já foi dito anteriormente.

Esta crítica quanto à localização da sensação em um ponto e da associação em outro, é uma alusão direta a Wernicke. Freud acredita que o trabalho de Wernicke tenha causado impressão de grande evolução quando referiu-se à localização de funções psíquicas elementares, que seriam as imagens, e não das faculdades psíquicas como era a tradição. Porém, a discordância de Freud está na separação dos centros para imagens (sensações) e para as representações e na análise das afasias como sendo resultantes de lesão nas vias de associação entre os centros. Um outro aspecto que Freud discorda é o fato de que os centros da linguagem estariam circunscritos por vazios livres de funções. Levanta então uma questão: qual a função atribuída a esses 'vazios livres de funções'? A resposta é encontrada na proposta teórica de Meynert (em quem Wernicke se baseia):

"Daí se segue naturalmente que no caminho fisiológico de ocupação do córtex encefálico por parte de imagens mnésicas tenha lugar uma crescente difusão da ocupação das células corticais em que se baseia o ulterior

desenvolvimento do âmbito visual infantil, mediante a multiplicação das imagens mnésicas. É muito provável que a memória como fundamento de todas as actividades intelectuais seja posto um limite de recepção pelas células do córtex."(1884:140)

Na interpretação de Freud, Meynert propôs que durante o desenvolvimento infantil estes 'vazios' iriam sendo gradativamente ocupados e também através de aprendizagens ulteriores, como por exemplo, a aquisição de uma nova língua. Se tal fato se comprovasse, encontraríamos casos de afásicos políglotas em que a perda da linguagem se restringiria a apenas uma das línguas faladas. Uma outra função dos 'vazios livres de função' seria de assumir a função dos centros destruídos por lesão cortical, no decorrer da recuperação dos paciente.

Passemos agora para a proposta da estrutura do aparelho da linguagem:

" Só nos resta pois formular a hipótese de que a região cortical da linguagem seja um articulado tecido cortical dentro do qual as associações e as transmissões em que se apoiam as funções de linguagem procederiam com uma complexidade não propriamente compreensível."(Freud, 1891[1977]:62)

Essa região cortical da linguagem estaria localizada no hemisfério esquerdo, ocupando o espaço entre as terminações do nervo óptico, auditivo e da região motora. Nesta área, constituída de um articulado tecido cortical, se dariam os processos de associação e representação que, como já foi dito,

constituem um único processo. Como explicar então os dados clínicos e anatômicos que de certa forma comprovam a existência dos centros motor, auditivo (sensorial), óptico? Na hipótese de Freud estes centros situam-se muito próximos das terminações dos nervos correspondentes (regiões essas ainda não conhecidas totalmente em sua extensão) e uma lesão próxima a eles implicariam na ruptura de seu aferente à região associativa da linguagem e por conseqüência ao funcionamento da linguagem faltaria o elemento acústico, visual, motor, de acordo com cada caso. Teríamos, assim, quadros clínicos com sintomatologia bem definida. Por outro lado, se a lesão se situar mais para o interior da área da linguagem, distanciando-se das terminações nervosas, obteríamos efeitos sintomáticos mais incertos.

"Desta maneira, as partes do campo da linguagem confinantes com os campos corticais do nervo óptico, do nervo acústico e dos nervos cranianos, assumem toda a importância evidenciada pela patologia, pelo que se chegou à sua formulação como centros da linguagem." (1891[1977]:64)

Freud comenta também, noções oriundas do trabalho de Charcot em relação a organização dessas vias aferentes do campo associativo da linguagem. E dada ênfase na interferência da experiência individual na organização cortical da linguagem, apontando-se para uma relativa plasticidade funcional desta organização.

"Segundo a interpretação de Charcot (...) todas as ligações entre elementos da linguagem parecem ter num primeiro tempo o mesmo direito a funcionar e é a prática ou a estrutura individual que faz deste ou daquele elemento da linguagem o ponto de conexão, o nó dos outros. Falo que, um falaria, escreveria, leria, sobretudo ou exclusivamente com a ajuda dos seus elementos sensoriais cinestésicos, e um outro servir-se-ia com o mesmo objetivo dos elementos visuais, etc." (Freud, 1891[1977]:90)

Antes de falarmos da consequência destas noções para o entendimento dos casos de afasia, faz-se necessário entender como a palavra, tida como a unidade da função da linguagem, era concebida:

"...a unidade da função de linguagem é a palavra, uma complexa representação que se apresenta composta de elementos acústicos, visuais e cinestésicos." (ibidem:67)

Entende-se que esses elementos são constituídos pela imagem acústica da palavra, imagem visual de uma letra, imagem motora da linguagem e a imagem motora do escrever.

Nos casos de patologia teríamos então, a quebra, a ruptura dessa composição, e só assim, esses elementos se mostrariam de forma isolada. Na linguagem normal, esta estrutura composta nos dá a impressão de ser um todo indivisível. E, é em decorrência da possibilidade de separação desses elementos que se levanta a hipótese do local da lesão no córtex.

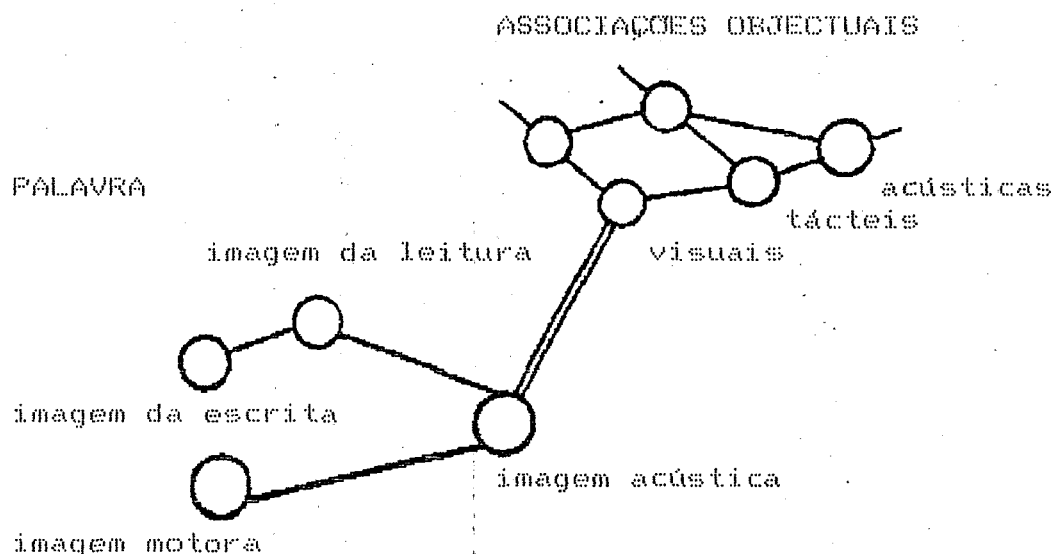
"Encontramo-nos assim preparados para considerar a queda de um destes elementos da representação da palavra como a marca essencial que nos permite deduzir a localização da lesão." (ibidem)

Com as noções de Charcot, a afirmação acima seria rejeitada ou no mínimo relativizada, pois a organização da linguagem e de sua contraparte anátomo-fisiológica ocorre através de uma estruturação dinâmica com a interferência de fatores individuais. Vejamos as consequências dessas noções para o diagnóstico das afasias:

"Entrevê-se facilmente que com o pressuposto de uma tal relação as perturbações da linguagem deveriam configurar-se muito diversamente mesmo nos casos que apresentem uma lesão do mesmo tipo. Um falante motor poderia suportar um dano sobre os elementos acústicos e visuais com efeitos pouco sensíveis, ao passo que um dano do elemento motor privá-lo-ia quase inteiramente de sua actividade de linguagem e não somente, por consequência, da actividade motora(...) O diagnóstico da afasia incorreria nos mais grosseiros erros se pretendesse deduzir de uma perda funcional a posição e a extensão da lesão sem ter primeiro assegurado o conhecimento do privilégio individual concedido a cada elemento." (Freud, 1891[1977]:90-91)

Para finalizarmos a explanação das idéias de Freud com a apresentação de sua proposta de classificação das afasias, necessitamos ainda introduzir a relação que estabelece entre a palavra e as associações objectuais.

"...a palavra adquire a sua denotação pela ligação com a 'representação objectual', pelo menos se nos limitamos à consideração dos substantivos." (1891[1977]:70)



"a representação da palavra apresenta-se como um complexo fechado de representações, ao passo que a representação objectual se apresenta como um complexo aberto. A representação da palavra está ligada à representação objectual a partir não de todos os seus componentes mas apenas da imagem acústica. Entre as várias associações objectuais são as visuais que representam o objeto; assim, analogamente, a imagem acústica representa a palavra." (1891[1977]:71)

Freud considera então a existência de dois grupos de perturbações da linguagem: afasia de primeira ordem, ou afasia verbal, e afasia de segunda ordem, ou afasia simbólica. No primeiro tipo, afasia verbal, estariam perturbadas as associações entre cada um dos elementos da representação da palavra. Na afasia simbólica, a perturbação incidiria sobre a associação entre a representação da palavra e a representação do objeto. As alterações a nível das associações objectuais resultariam em falha no reconhecimento de objetos, ou seja

agnosia, que uma vez ocasionando conseqüências na linguagem, o quadro se caracteriza como sendo afasia agnósica. Seu maior interesse, reside neste último tipo de afasia, não desenvolvendo e nem exemplificando os dois quadros anteriores. Para o propósito deste trabalho, acreditamos não ser necessário um aprofundamento maior neste tipo de afasia (agnósica).

Apresentaremos, agora, as idéias de Goldstein que durante a sua formação de médico teve Wernicke como professor.

1.6. KURT GOLDSTEIN (1878-1965)

1.6.1. A proposta de Goldstein

Goldstein opõe-se à teoria da localização cerebral principalmente porque acredita que os sintomas observados em patologias decorrentes de lesão cerebral focal não são conseqüências diretas apenas de sua localização. Tais sintomas dependem de outros fatores como a natureza do processo patológico, condições do restante do cérebro, o estado da circulação em geral, reação funcional do organismo frente à lesão, à constituição psico-física da personalidade dentre

outros. Além disso, concorda com a posição de Jackson quanto à impossibilidade de se localizar funções mentais e sim, apenas, sintomas.

Tais discussões levaram-no a postular um novo conceito de localização:

"... the rejection of the old concept of circumscribed localization is justified, such a rejection is not in contradiction to an assumption that to each performance corresponds an excitation of definite structure in the cortex, indeed, not in a circumscribed area but widespread over the whole cortex, differently in each performance. This is what we should term localization." (Goldstein, 1948:50)

Influenciado pelas noções da psicologia gestáltica, Goldstein acredita que a relação existente entre as áreas corticais excitadas durante uma atividade determinada é do tipo da relação figura-fundo, ou seja, a área de maior concentração de energia (excitação) é a figura, sendo o restante do córtex, o fundo.

Em decorrência desta postura, a análise dos sintomas afásicos se diferencia. Goldstein distingue quatro grupos de sintomas de acordo com a sua origem: sintomas diretos, indiretos, secundários e de proteção.

Os sintomas diretos seriam consequência do substrato orgânico lesado, também denominados de "defeitos de

performance". A lesão de uma determinada área ocasiona a perda ou alteração de uma determinada atividade, por exemplo: lesão do giro temporal posterior com alteração da função auditiva. Entretanto, tal alteração não se dá uniformemente, o que se observa são modificações da performance auditiva resultante de uma desintegração, ou como Goldstein prefere denominar 'dedifferentiation'. Alterações do comportamento abstrato e concreto, em geral, e lingüístico, os quais serão explicados a seguir, estão inclusos neste grupo de sintomas.

Os sintomas indiretos seriam consequência da separação entre a área lesada e as áreas não-lesadas. Em consonância com Jackson, Goldstein acredita ser razoável assumir que, no sistema nervoso normal, o funcionamento se dá através da inter-relação de cada parte com as outras, cada uma contribuindo com sua função específica. A lesão, e conseqüentemente a desintegração de uma das partes, altera a performance geral, uma vez que sua contribuição ao funcionamento do todo está alterada.

Os sintomas secundários seriam os efeitos que o processo patológico exerce nas demais partes do sistema nervoso, ou seja, as modificações que uma lesão pode ocasionar na áreas vizinhas, ou mesmo uma irritação ou inibição geral a nível do córtex, etc. Neste grupo de sintomas a natureza da doença é enfatizada no sentido de se apreender e entender a sintomatologia.

Por fim, os sintomas de proteção. Estes sintomas são reunidos sob o termo de "reações catastróficas", que seriam alterações do comportamento geral do paciente, envolvendo labilidade de humor, de atenção, de interesse, de performance, dentre outros. Segundo Goldstein, a resposta do organismo na tentativa de evitar tais reações catastróficas se dá através dos fenômenos de perseveração e fadiga frente a determinadas tarefas ou situações que são solicitadas ao paciente.

Vejamos, agora, a noção de atitude abstrata e atitude concreta em relação ao comportamento geral do indivíduo.



Na atitude concreta, nosso comportamento está diretamente determinado pelos objetos e situações imediatos. Por exemplo: temos uma atitude concreta se, ao entrarmos em uma sala escura, acendermos a luz.

Na atitude abstrata, nós transcendemos os aspectos imediatos e nossa ação está determinada não apenas pelos objetos e situações imediatos, mas pelo modo por que nós pensamos e nos posicionamos frente a eles. Expandindo o exemplo anterior, teríamos uma atitude abstrata se não acendessemos a luz, pois poderíamos acordar alguém que estivesse dormindo na sala.

Segundo Goldstein, a atitude abstrata se baseia nas seguintes potencialidades:

"1. assuming a mental set voluntarily, taking initiative, even beginning a performance on demand; 2. shifting voluntarily from one aspect of a situation to another, making a choice; 3. keeping in mind simultaneously various aspects of a situation; reacting to two stimuli which do not belong intrinsically together; 4. grasping the essential of a given whole, breaking up a given whole into parts, isolating them voluntarily, and combining them to wholes; 5. abstracting common properties, planning ahead ideationally, assuming an attitude toward the 'merely possible', and thinking or performing symbolically; 6. detaching the ego from the outer world." (1948:6)

A linguagem concreta pertence ao comportamento concreto e consiste das instrumentalidades da fala: os sons, palavras, séries de palavras, sentenças, pseudo-nomeação (emparelhar vocábulos aos objetos), o entendimento da linguagem em situação familiar e enunciados emocionais. A linguagem abstrata pertence ao comportamento abstrato e consiste na linguagem proposicional, volitiva e racional. Na linguagem cotidiana tem-se a combinação destes dois tipos de linguagem. (10)

No caso da patologia deve-se procurar determinar a que nível se encontra o problema central, pois se a alteração incidir na atitude abstrata, pode-se esperar dificuldades também na linguagem abstrata. Como exemplo de alteração a nível da atitude abstrata, Goldstein considera que ao solicitar ao paciente que copie traçados do tipo :  e  ou outros quaisquer, se a performance do paciente for adequada somente quando ele associar tais traçados a algum objeto concreto, como

telhado para o primeiro traçado e o segundo não conseguir copiar. Um exemplo envolvendo a linguagem seria: ao ser solicitado ao paciente que diga o nome de alguns animais, este recorre a uma situação de sua experiência de vida (visita ao zoológico) e enumera os animais vistos, mantendo a ordem da disposição das jaulas.

No sintoma denominado parafasia, que se manifesta através da produção de um vocábulo por outro, por exemplo, o paciente fala branco em vez de preto, sim em vez de não. Golstein interpreta que a relação figura-fundo a nível da excitabilidade nervosa se encontra alterada.

"All damage in the nervous system, especially in the brain cortex, disturbs this normal relation. The sharp differentiation of figure from background suffers, inducing a general leveling or intermingling of figure and background. (...) We expect the 'figure' as reaction to a definite stimulus and the patient may answer with the 'background': instead of yes, the patient may say no; instead of black, white; instead of the demanded series of numbers, the series of the days of the week, etc." (1948:5)

Passemos agora para a avaliação proposta por Goldstein que deve constar de uma investigação neurológica visando obter informações sobre as condições gerais do paciente, bem como fornecer o diagnóstico da localização da alteração cerebral. Apresentaremos a seguir os itens que compõem a bateria de testes, ressaltando que a performance do paciente deve ser

analisada qualitativamente e para tanto o registro dos dados deve ser feito de forma descritiva e o mais detalhadamente possível.

O exame divide-se em três partes: capacidades gerais, linguagem e cálculo, devendo ser precedido por uma anamnese com os familiares.

O exame das capacidades gerais tem como objetivo avaliar a capacidade do paciente quanto à atitude abstrata. Compreende as seguintes provas: teste dos bastões (stick test); cópia de traçados (p. 69); teste do cubo de Goldstein-Scheerer (11); classificação de cores; classificação de cor e forma; categorização de objetos.

O exame da linguagem inclui a análise da linguagem espontânea (conversa informal com o paciente) na qual deve ser observado a fluência, o ritmo da fala, a articulação, se inicia diálogos, se interrompe a fala do interlocutor, como se dá a estruturação de sua fala (palavras isoladas, frases incompletas, palavras ou frases estereotipadas, etc.). Avalia-se também a linguagem automática que consiste na capacidade de produzir conteúdos memorizados: preces, músicas, números (na ordem direta e inversa), alfabeto e séries gramaticais (eu sou, tu és, ele é, ...)(12). A prova de repetição deve ser realizada a nível de sílabas, palavras e frases, bem como com logatomos. Um outro

item, refere-se a capacidade de evocação de palavras que consiste em atividades de nomeação de objetos, partes do corpo e também observação de quais vocábulos o paciente utiliza durante a conversa espontânea. Verifica-se também a compreensão do paciente para a execução de ordens simples e complexas, de perguntas e diálogos rotineiros. Deve-se ainda realizar uma avaliação audiológica.

Por fim, o exame da capacidade cálculo que inclui noções de quantidade, reconhecimento dos numerais, operações matemáticas, leitura e escrita de números, manipulação de dinheiro e memória para números e datas.

Quanto à leitura e à escrita, Goldstein orienta apenas que se deve verificar se o paciente é capaz de ler e escrever o que é capaz de falar.

Antes da apresentação da proposta terapêutica de Goldstein, gostaríamos de citar suas palavras no tocante à questão da localização da lesão, uma retomada que ele próprio faz no livro antes de relatar vários casos clínicos.

"As much as our concept of localization differs from the assumption of a simple relation between a symptom and a lesion in a circumscribed area, it leaves unaltered the usual procedure of localization of symptom or symptom complexes for practical purposes. (...) A motor speech defect will mostly be correctly localized in the expanded Broca's region of the left hemisphere. But we should not be surprised if sometimes we err, because we have not or could not

take into consideration all the factors which modify the relation between the aphasic picture and the lesion."(1948:50-51)

Após esse alerta, temos na seqüência de sua obra a apresentação de inúmeros casos clínicos, que na realidade não diferem praticamente em nada do relato e discussão de casos feitos sob a ótica localizacionista.

1.6.2. Tratamento das afasias

Goldstein acredita que todos os tipos de afasia são passíveis de algum tratamento específico. Ressalta, ainda, que o prognóstico é pior para os casos de afasia sensorial. Observa, entretanto que a melhora espontânea nesses casos é significativa e atribui isto ao fato de que há participação dos dois hemisférios nos processos sensoriais.

"... the apparatus underlying the sensory functions mostly comprise corresponding parts in both hemispheres."(1948:328)

Não apresenta procedimentos terapêuticos de acordo com uma classificação das afasias e sim, para as seguintes alterações: transtornos motores da fala; distúrbios de leitura, distúrbios da escrita e anomia.

Com relação às alterações motoras da fala propõe que sejam trabalhadas, de acordo com as etapas a seguir:

1. repetição de sons isolados (fonemas);
2. imitação de movimentos dos órgãos fono-articulatórios, utilizando-se espelho para facilitar o controle por parte do paciente de sua própria produção;
3. utilização de pistas táteis-cinestésicas durante a execução das etapas precedentes;
4. associação do som a algum movimento não verbal conhecido, por exemplo, /k/ com tentativas de limpar a garganta;
5. emissão do som em palavras curtas e familiares ou em músicas.

Após ter superado essas etapas o paciente deve, através da intensificação da repetição de palavras, ser capaz de produzi-las mais tarde espontaneamente. Goldstein, entretanto, deixa claro que a possibilidade de produção alcançada a partir dessa metodologia não corresponde à produção de sons na fala normal, mas parece não visualizar outra possibilidade de trabalho.

"In real language, we do not speak by combining sounds into words." (1948:329)

Considera que no início do trabalho, a ênfase não deve ser dada à correção fonética/articulatória, e sim encorajar o indivíduo a participar de situações comunicativas e fazer-se entender. Nada será mais motivador para o paciente do que esse

fato, para então se submeter aos exercícios dirigidos.

"...We should not torture him in this period of training with phonetic exercises."(ibidem)

Tão logo quanto possível, o conteúdo das atividades dirigidas devem conter palavras e sentenças significativas para o paciente, selecionadas a partir de áreas de interesse do mesmo e de seu nível sócio-cultural. Entretanto, a expectativa não é de que o paciente aprenda a construir e usar frases. A tendência geral, segundo Goldstein, é a de produzir palavras com valor de frase, percorrendo novamente o caminho da aquisição da linguagem. E é por esse motivo que acredita ser desnecessário o trabalho com os conectivos (small words) e flexão do verbo.

"...to use words as sentences, as the child does when first beginning to speak. The patient often shows himself this tendency for the one-word sentence. It is for the reason that it is unnecessary for the patient to learn in the beginning all the small words. It is also not necessary that he decline verbs correctly. He may use the verbs in the infinitive, which is a simpler form."(1948:331)

Por outro lado, mais adiante nesse mesmo texto Goldstein considera que a fala espontânea do paciente pode estar alterada em função da ausência de alguns automatismos, dando como exemplo as formas gramaticais (sufixos, prefixos, artigos, conjugações verbais, etc.). E, afirma que esta recuperação deve

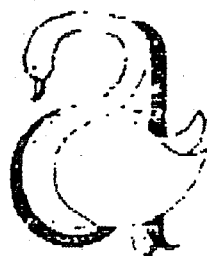
se dar através da memorização de tais formas por meio de intensiva repetição, processo esse semelhante ao da criança.

Com relação aos distúrbios da leitura, também denominados alexia, Goldstein sugere que o trabalho com palavras é mais aconselhável do que com letras ou sílabas isoladas. Apesar disso, aconselha que seja trabalhada a capacidade de soletração se o paciente não a preservou. Sugere a utilização da produção do alfabeto através da linguagem seriada para tal fim.

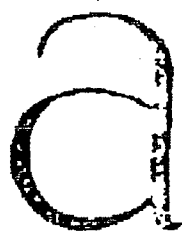
A leitura de palavras deve ser provocada a partir da associação da forma de alguma das letras, preferencialmente a primeira com o objeto em si, o som da primeira letra, ou seja, o formato do movimento dos lábios deve corresponder ao traçado da letra. A seguir, reproduzimos exemplos retirados de Goldstein (1948:334-335) (13).



Swan

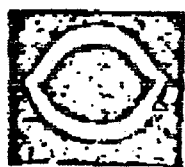


a

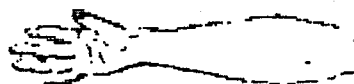


a

ANGEL



a



Arm



ARM



a

Goldstein reconhece ser árdua a tarefa de ler através desse procedimento, principalmente porque observa que os pacientes levam muito tempo até poderem se desligar dessas pistas auxiliares. Contudo parece não vislumbrar outra alternativa de reabilitação.

Quanto aos distúrbios da escrita, o procedimento sugerido se restringe a exercícios de coordenação motora no tocante à reprodução de traçados diversos. A seguir deve-se realizar cópia de vocábulos, ditado e escrita espontânea. Em todas as atividades deve-se manter as associações entre letra e representação do objeto e/ou formato da articulação, como explicado anteriormente.

Resta-nos falar sobre a anomia ou word finding difficulty. Segundo Goldstein a anomia pode ser decorrente de alterações de memória ou da atitude abstrata. No primeiro caso, aconselhá-se que o tratamento se desenvolva com atividades de emparelhamento da figura ao vocábulo correspondente, a seguir proceda-se a cópia e leitura da palavra várias vezes. No segundo caso, geralmente o paciente consegue evocar o nome em situações metalingüísticas de nomeação de figuras se associar tal figura a uma situação concreta de sua experiência de vida. Então, o treinamento deve consistir em trabalhar com a associação de vocábulos a um grupo (classe semântica) e então quando necessário o uso do vocábulo, o paciente deve recitar oralmente

ou mentalmente a série dos vocábulos de determinada classe até encontrar a palavra desejada.

A seguir, passaremos a apresentar a proposta luriana.

1.7. ALEXANDER ROMANOVICH LURIA (1902-1977)

1.7.1. A proposta luriana

"It's easy enough to reject both the holistic notion that every function is distributed equally throughout the brain and the idea that complex functions are localized in narrowly specified areas of the brain, but it is difficult to find an intermediate position." (Luria, 1979a:141)

A partir desta citação pode-se deduzir a que tarefa Luria se dedicou em seus estudos sobre afasiologia. Vamos agora, desenvolver as idéias contidas acima.

A posição de Luria, contrária à teoria holística, deve-se ao fato de que considera que a tal proposta está subjacente a concepção de cérebro como uma massa nervosa

indiferenciada, não admitindo que o cérebro seja a base material da mente.

"We reject the holistic theories because we felt it was absurd to maintain an obsolete separation between 'spiritual life' and the brain and to deny the possibility of discovering the mind's material basis. Uncritical 'mass potential' ideas revived what we considered to be equally unacceptable notions of the brain as primitive, undifferentiated nervous mass." (ibidem:123)

Para justificar sua oposição à teoria localizacionista, Luria propõe uma revisão dos conceitos de função e sintoma e dos princípios básicos que norteiam a localização de uma função e de um sintoma.

Segundo Luria, pode-se entender a noção de função em dois sentidos: um restrito e outro amplo. No primeiro, a função é uma atividade de ordem elementar que subentende uma estrutura como sua sede, ou seja, é a função de um tecido particular, por exemplo, secreção da bilis pelo fígado; secreção do suor pelas glândulas sudoríparas. Já, no sentido amplo, não teríamos essa relação direta, e sim, o trabalho de um conjunto de estruturas que atuam de forma simultânea e harmoniosamente com um objetivo determinado, por exemplo: a função digestiva onde temos a participação de várias estruturas em que cada uma contribui com a sua especificidade: transportar o alimento até o estômago; transformação do alimento pela ação do suco gástrico; secreção

do fígado, do pâncreas, etc. Outros exemplos citados por Lúria, como a função respiratória ou a locomoção podem caracterizar alguns aspectos importantes que serão apresentados a seguir. No ato de pegar um banco, toda a seqüência de movimentos a serem desenvolvidos se modificam simplesmente a partir da postura inicial em que a pessoa se encontra. Na função respiratória, sabe-se que ocorrem modificações no processo, dependendo se ela for realizada em estado de repouso, durante a fonação ou sob exercício físico intenso. A noção de função no sentido amplo deve ser entendida então como sendo um sistema funcional complexo que de acordo com Lúria caracteriza-se pela:

"- la presencia de una tarea constante (invariable) ejecutada por mecanismos variables (variantes), que llevan el proceso a un resultado constante (invariable); (...)

-la composición compleja del sistema funcional, que incluye siempre una serie de impulsos aferentes (de ajuste) y eferentes (efectores)."(1979b:28)

Esta noção de sistema funcional baseia-se nos trabalhos de Anokhin. Na obra de Tsvétkova, encontramos a definição de sistema funcional dada por Anokhin:

"considera al sistema funcional como unidad de integración que tiene por base material la formación centro-periférica selectiva. La composición del sistema funcional no se determina por la proximidad topográfica de las estructuras; a él pueden ser incorporadas tanto las estructuras proximales como las distales. El principal criterio de asociación de dichas estructuras es el efecto adaptativo terminal para el organismo. Cada parte de esta formación integrativa hace su aporte fisiológico específico a la

misma, y, en virtud de ello, todo el sistema obtiene atributos reguladores que le son inherentes como totalidad, pero que ya no posee ninguna de sus partes. Una vez que se han formado, estos sistemas de conexiones funcionan en adelante como un todo, sin que en nada se manifieste su naturaleza compuesta. Su heterogénea composición anatómica y fisiológica se hace perceptible al desintegrarse los mismos." (1977:19)

Para Anokhin, a distinção que deve ser feita em relação à noção de função difere em parte da apresentada por Luria. Para ele esta noção deve ser diferenciada em dois planos distintos: no plano biológico e no plano psicológico. No primeiro, função é a atividade de algum órgão - o que corresponde a função no sentido restrito de Luria. No plano psicológico constatamos que é

"una compleja forma de comportamiento adaptativo para el que es característica la posibilidad de resolver un mismo problema por diferentes métodos." (ibidem)

É a noção de função no plano psicológico que Anokhin denomina sistema funcional. E segundo as características do sistema funcional apresentadas por Luria, pode-se dizer que a noção de função no sentido amplo corresponde se não totalmente, pelo menos em parte a noção de sistema funcional de Anokhin.

Existem outros pontos de contato entre estes dois autores. Luria adota a noção de desenvolvimento histórico e

social das funções mentais superiores (atenção, percepção, memória, linguagem e pensamento) postulado por Vygotsky, e, concebe que a sua contraparte anátomo-fisiológica só pode se dar a partir da organização cerebral segundo um sistema funcional complexo.

"Aunque esta estructura 'sistémica' es característica de actos conductuales relativamente simples, es mucho más característica de formas más complejas de actividad mental. Naturalmente, todos los procesos mentales tales como percepción (...) lenguaje (...) no pueden ser considerados como 'facultades' aisladas ni tampoco indivisibles, que se pueden suponer 'función' directa de limitados grupos de células o estar 'localizadas' en áreas particulares del cerebro. El hecho de que todos se formaran a través de un largo desarrollo histórico, que son sociales en su origen y complejos y jerárquicos en su estructura (Vygotsky, 1956) (...) implica que las formas fundamentales de actividad consciente deben ser consideradas como sistemas funcionales complejos." (Luria, 1979b:29)

Ao assumir a concepção da ontogenia das atividades mentais superiores como histórica e social, uma vez que se constrói ao longo do desenvolvimento da criança e mediadas pelo meio social, Luria entende que os sistemas funcionais responsáveis por tais atividades também se estruturam ao longo do desenvolvimento da criança até a vida adulta, principalmente, mas não se tornam estáticos depois desta fase. Desta forma, a questão da localização de uma função em alguma região cerebral se torna mais complexa ainda, pois, além de ter que dar conta de analisar e identificar as estruturas componentes do sistema

funcional, deve levar em consideração que esta localização é dinâmica, isto é, ao longo do desenvolvimento a estrutura funcional do sistema funcional se modifica.

Nessa controvérsia, entre localizar uma função em uma região circunscrita do cérebro e atribuí-la como sendo de responsabilidade de todo o cérebro, a posição de Luria é a seguinte:

"Our solution has been to think of the functional system as a working constellation of activities with a corresponding working constellation of zones of the brain that support the activities."(1979a:141)

Como consequência dessa posição, tem-se que o estudo da localização cerebral de uma função mental superior consiste na análise cuidadosa das regiões cerebrais envolvidas no sistema funcional e na identificação da contribuição específica de cada região ao trabalho conjunto. Veremos, mais adiante, como Luria propõe a organização funcional do cérebro em três unidades funcionais e sua análise dos casos de lesão cerebral.

Com relação a revisão conceitual de termos, resta-nos falar sobre a noção de sintoma. Na teoria localizacionista, a localização de uma função mental no córtex se dava a partir da análise de casos clínicos, descrição de seus sintomas e delimitação da área lesada. Feito isto, uma correlação simples e

direta se realizava: tal área lesada é responsável por tal função. Neste caso, o sintoma é entendido como perda da função. Assumindo-se a concepção de sistema funcional, percebe-se que esta correlação direta e simplista não será mais possível de ser realizada, pois várias estruturas cerebrais, topograficamente próximas ou não, contribuem para a realização de cada uma das funções mentais superiores, e, portanto, uma lesão em qualquer dessas estruturas levará ao desequilíbrio de todo o sistema funcional. O caminho agora, deve ser portanto o de analisar os sintomas, qualificando-os e visando elucidar sua estrutura, identificando as alterações primárias e secundárias. A alteração primária é a resultante direta da área lesada e as alterações secundárias são os efeitos sistêmicos provocados pela alteração primária, em outras palavras, todo(s) o(s) sistema(s) funcional(is) de que participe aquela estrutura estará(ão) alterado(s).

Vejamos agora, a proposta luriana de organização funcional do cérebro em três unidades funcionais.

A primeira unidade funcional básica (ia. U.F.B.) é responsável pela regulação do estado de tônus cortical, ou seja, pela regulação do estado de vigília e de sono. Para se estar em estado de vigília e poder se dedicar a atividades intelectuais, faz-se necessário que o tônus cortical seja mantido permanentemente em estado ótimo; caso tenhamos a diminuição do

tônus cortical, o indivíduo entra em estado de sonolência e sono.

As estruturas do sistema nervoso central que desempenham papel importante para a regulação do tônus cortical e que, portanto, constituem o substrato orgânico da primeira unidade funcional são: a formação reticular com suas vias ascendentes e descendentes, principalmente, e as formações do hipotálamo, tálamo óptico, hipocampo.

Luria considera que existem três fontes de manutenção do estado de vigília. A primeira delas se refere ao afluxo permanente de informações do mundo exterior. Uma pessoa mantida em uma sala escura e sem som por longo período, entra em estado de sonolência permanente. A segunda fonte é constituída pelos impulsos internos dos processos metabólicos do organismo, por exemplo: nível de açúcar, nível de oxigênio, etc. A privação desta fonte também altera a manutenção do tônus cortical. E, finalmente, a terceira fonte relaciona-se com a capacidade humana de programar atividades conscientes, capacidade esta estritamente ligada à linguagem.

A segunda unidade funcional (2a. U.F.F.) está relacionada diretamente com o recebimento, o processamento e o armazenamento da informação recebida do meio externo pelo homem. Em outras palavras, sua principal atividade é a análise e

síntese dos sinais trazidos do mundo exterior através dos órgãos do sentido. As extremidades centrais (corticais) dos sistemas perceptivos constituem o substrato orgânico dos analisadores. Assim, temos o analisador visual situado na região occipital; o analisador auditivo na região temporal e o analisador tátil-cinestésico na região parietal. Esta unidade é então composta pela parte posterior do córtex cerebral, ou seja, lobos parietal, temporal e occipital. Possui uma organização hierárquica, subdividindo-se em áreas primárias, secundárias e terciárias. Existem diferenças histológicas importantes entre cada uma dessas áreas, embora não sejam relevantes detalhá-las, em virtude do propósito do nosso trabalho. Importa-nos saber que as áreas primárias são áreas de projeção do córtex, ou seja, ao receberem as informações do mundo exterior através das vias aferentes, analisam as mesmas e a seguir realizam a projeção destas para as áreas secundárias. Nestas, ocorre a atividade de síntese das informações onde se executa projeção e/ou associação das informações. A projeção para a área terciária, existente apenas no lobo parietal, ocorre quando a informação a ser decifrada necessita da síntese inter-analisadores. Lúria exemplifica a necessidade de atuação da área terciária em atividades intelectuais complexas, em situações em que se utilize de coordenadas espaciais, dentre outras. Portanto, temos em cada lobo área primária e secundária, ou seja, visual, auditiva e tátil e apenas no lobo parietal área terciária comum a todas as modalidades sensoriais.

"... as zonas primárias do córtex da sensibilidade têm as funções de distinguir esses e aqueles indícios específico-modais (visuais, auditivos, táteis), noutros termos, exercem a função de fracionar (analisar) em partes componentes a informação recebida, ao passo que as zonas secundárias dessas mesmas áreas corticais implicam a função de unificar (sintetizar) ou proceder a uma elaboração complexa da informação que chega ao sujeito." (Luria, 1979c:103)

Segundo Luria, as áreas terciárias são formações especificamente humanas, estando levemente esboçadas apenas nos macacos. Sua maturação se dá mais tardiamente na ontogênese, por volta dos 6 e 7 anos.

A terceira unidade funcional (3a.U.F.B.) é responsável pela programação, regulação e controle do comportamento ativo do homem. O seu substrato orgânico corresponde às áreas anteriores do encéfalo, em particular os lobos frontais.

"A atividade consciente do homem apenas começa com a obtenção da informação e sua elaboração, terminando com a formação das intenções, do respectivo programa de ação e com a realização desse programa em atos exteriores (motores) ou interiores (mentais)." (Luria, 1979c:107)

A estrutura histológica da região frontal também guarda importantes diferenças entre suas áreas: primária, secundária e terciária, determinando assim funções diferentes entre elas (não consideramos relevante entrar em maiores detalhes a respeito, em função do propósito deste trabalho).

As áreas frontais, igualmente aos outros lobos, organizam-se hierarquicamente em área primária e secundária motora, que veremos mais em detalhe quando falarmos sobre a organização do movimento voluntário (p.91). As áreas terciárias dos lobos frontais também apresentam uma maturação mais tardia e são formações específicas da espécie humana.

A formação reticular (1a.U.F.B.) através de suas vias ascendentes e descendentes mantém estreita ligação com os lobos frontais, o que propicia a manutenção de tónus cortical ótimo durante a realização das atividades programadas pela 3a.U.F.B.. Esta compreensão das funções dos lobos frontais não estarem apenas ligados ao aspecto motor, pode ser considerada um grande avanço, pois

"... a afecção dos lobos frontais do encéfalo não levava a nenhuma perturbação dos movimentos elementares, não provocava paralisia, distúrbios da sensibilidade nem perturbação da fala. Isto dava a alguns autores fundamentos para considerar as regiões frontais do córtex cerebral como 'zona muda' sem quaisquer funções especiais. A questão mudou substancialmente quando os pesquisadores passaram a enfocar o cérebro como um sistema auto-regulador sumamente complexo, que cria complexos programas de comportamento, regula a ocorrência de atos motores e exerce controle sobre estes."(Luria,1979c:111)

E importante que nunca percamos de vista o princípio básico de inter-relação e funcionamento dessas três unidades funcionais segundo a noção de sistema funcional.

Uma noção importante introduzida por Anokhin e bastante utilizada na neuropsicologia soviética é a de que todo sistema funcional é poli-receptivo.

"Todo sistema funcional es polirreceptor, o sea, dispone de cierta escala de señales aferentes, que llegan de las distintas áreas del cerebro, y su labor se halla en estrecha dependencia tanto de la calidad como de la cantidad de los impulsos aferentes." (Tsvétkova, 1977:19)

As diversas aferências constituem o que se chama de 'campo aferente' o qual assegura o trabalho normal de todo o sistema funcional. Esse campo aferente se forma na ontogênese e seu desenvolvimento segue o princípio de redução das aferências. Em outras palavras, durante a aprendizagem um número maior de vias aferentes se faz necessário a fim de que tal atividade se realize a contento. No decorrer do processo, algumas aferências se tornam desnecessárias e passam ao estado latente (aferências reservas), até que uma aferência resulte ser a mais eficaz, a qual Luria denomina aferência guia. Diante de qualquer alteração da aferência guia seja por questões funcionais (fadiga, distração), por questões orgânicas (lesão) ou desvio do resultado final, as aferências reservas voltam a atuar na tentativa de garantir o resultado final. Este dado será de extrema importância na prática terapêutica, pois um dos seus princípios é a utilização das aferências reservas intencionalmente.

Uma função particular dentro do sistema de aferências é a da aferência retorno (ou feedback) "cuya misión consiste en informar al organismo de los resultados de la acción ejecutada."(ibidem:20)

Falaremos agora sobre a organização cortical do movimento voluntário, exemplificando através dessa atividade mental superior a proposta luriana. Entretanto, Luria não estudou apenas esta função mental, mas também percepção, atenção voluntária, memória e pensamento, além da linguagem obviamente. Para os limites deste trabalho, no qual não se tem a pretensão de esgotar o tema, não se faz necessário percorrer todos esses tópicos.

A organização do movimento se dá através das zonas sensório-motoras - 2a. e 3a. U.F.B. . Deste modo, todo movimento é composto por duas vertentes: a vertente aferente ou cinestésica e a vertente eferente ou cinética. Na região sensório-motora ter-se-ia então a localização do analisador motor:

"... su función está relacionada con el análisis y la síntesis de los impulsos propioceptivos y cinestésicos en lugar de los impulsos que se originan en los exteroceptores. Estos impulsos se originan en las estructuras musculares." (Luria, 1947[1978]:167-168)

Em relação a contraparte orgânica do analisador motor que durante muito tempo foi localizado no giro pré-central,

Luria nos diz o seguinte:

"... estarmos en deuda con Pavlov (...) según sus descubrimientos, la parte cortical do analizador motor não se halla circunscrita en absoluto a la circunvolución precentral. Es cierto que puede considerarse esta área cortical como la 'vía de salida' especial de los impulsos que se originan en la corteza cerebral, pero de acuerdo con esta concepción, el mismo analizador motor está constituido por un gran número de estructuras asociadas pero ampliamente distribuidas y que ocupan una posición tanto superior como posterior a la circunvolución precentral." (1947[1978]:168)

A zona sensório-motora, (em verdade, a sua área primária) é a área cortical onde se dá a projeção da sensação dos segmentos corporais. Quanto mais importante é uma determinada região de receptores periféricos, maior a necessidade de controle sobre seus segmentos motores e maior será a área ocupada para sua projeção. Sabe-se que na espécie humana, a área de representação da língua e dos órgãos fonarticuladores, em geral, é bem maior do que das outras partes do corpo, seguida pela representação da mão. Enfim, é através da vertente aferente do movimento que se é possível ter a sensação do movimento, ou seja, no caso de realizar o movimento de forma harmônica, de necessitar ser mais rápido, ou impor mais força, etc. Uma lesão nessas regiões acarreta a ausência da sensação do movimento, sendo o seu sintoma aparente, tentativas de ensaio e erro, pois falta precisão no movimento pela ausência de feedback cinestésico.

A vertente eferente do movimento é responsável pela realização harmônica de movimentos complexos, ou seja, a combinação de movimentos isolados em cadeias melódicas, ocorrendo a inibição de uma pauta motora e a excitação da pauta motora imediatamente seguinte. A aprendizagem do movimento complexo se dá através do treino dos movimentos isolados e a automatização do movimento é a capacidade de integrar esses blocos isolados e realizá-los de modo harmônico. Lesões atingindo a vertente eferente do movimento acarretam alterações na coordenação dos movimentos voluntários, sendo o seu sintoma mais característico a perseveração de uma pauta motora uma vez iniciado o movimento, visto que não ocorre a inibição de uma para haver a excitação da próxima pauta motora e desta forma, uma parte do movimento se repete incessantemente.

Na classificação das afasias proposta por Luria, temos dois tipos relacionados com a ocorrência de alteração primária no analisador motor aferente ou no analisador motor eferente. Em outros termos, na afasia motora aferente, a alteração primária reside na falta de sensação dos movimentos fono-articulatórios, apresentando como consequência movimentos imprecisos, bem como a articulação dos sons da língua. O transtorno reside nos esquemas seletivos da articulação tanto a nível de sons isolados, como palavras ou frases, entretanto, uma vez encontrada a postura articulatória correta, a emissão do elemento sonoro se dá sem nenhuma distorção.

Contudo, seria um erro acreditar que as alterações na afasia motora aferente se restringem apenas às dificuldades na seleção da postura articulatória (alteração primária).

"... la aparición de trastornos secundarios es inevitable. Aunque todos los sistemas de la actividad verbal pueden verse alterados en cierta medida, las perturbaciones principales comprenden el análisis auditivo, la síntesis auditiva y la escritura. El hecho de que el paciente sea incapaz de encontrar rápidamente las posiciones articulatorias para los diferentes sonidos priva a su habla de un elemento básico esencial, y perturba a todos luces aquellos procesos verbales acústicos conscientes que se producen tan fácilmente en un individuo normal. Cuando los sonidos verbales dejan de estar generalizados en 'articulemas' discretos, ya no pueden ser diferenciados a partir del flujo del lenguaje continuo. Dejan de diferenciarse de los demás sonidos y no se retienen." (Luria, 1947[1978]:181-82)

Apresentamos o diagrama a seguir, (Luria, 1947 [1978]:190), no qual Luria esquematiza as áreas de lesões de dez casos-exemplos de afasia motora aferente. Percebe-se que as lesões não se circunscrevem apenas no giro pós-central, porém é a região onde há maior sobreposição das lesões.

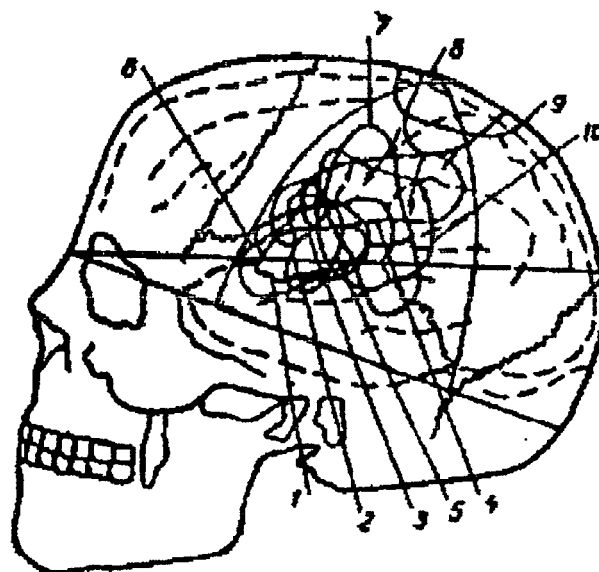


Diagrama representativo de lesões na afasia motora aferente

Passemos agora para a afasia motora eferente que tem como alteração primária a "imposibilidad de vencer la inercia de las pautas articulatorias una vez creadas." (Luria, 1947[1978]:210). A perseveração é, então, o seu sintoma mais característico, ou seja, sua dificuldade central concentra-se na produção de sons em combinação serial; o som isolado não lhe traz dificuldades, porém a emissão de palavras, frases, às vezes, se torna impossível nos casos graves. Em última instância, temos neste tipo de afasia uma diminuição geral da plasticidade da fala. Para Luria a palavra é a unidade básica da

linguagem e pode ser entendida do ponto de vista neurofisiológico, como :

"El producto básico del sistema dinámico que surge a través de la actividad integrada de las áreas corticales motoras y sensoriales es la palabra. Las palabras derivan de la organización dinámica del analizador acústico-articulatorio que hace posible constituir las articulaciones secuenciales de las que se componen las palabras en pautas cinéticas unitarias. Precisamente es esta unidad la que se pierde con las lesiones de las partes inferiores especializadas del Área premotora." (1947[1978]:218)

A perda desses esquemas internos da palavra afeta não só a linguagem oral como também a escrita.

"A causa de la pérdida dos esquemas internos de las secuencias sonoras y de la imposibilidad de pasar fácilmente de una letra a outra, el paciente es incapaz de escribir una sílaba simple. Sus intentos se caracterizan por la perseveración de la primeira letra escrita, de manera que en vez de una palabra entera escribe una serie estereotipada de letras." (ibidem:220)

Luria considera que, na sua classificação, a afasia motora eferente corresponde a afasia de Broca (afemia) e ao "speechless" de Jackson. Quanto à afasia de Broca, além de seu entendimento sobre o funcionamento do cérebro ser distinto ao de Broca, acrescenta com respeito a área de lesão o seguinte:

"...el 'Área de Broca', que recibe inputs tanto de las estructuras postcentrales como temporales, parece ser la vía común final de la generación de los impulsos verbales. Así, pues, desempeña una función muy compleja que aún no comprendemos plenamente y su

afectación, al alterar todo el sistema funcional, puede impedir el normal funcionamiento de las estructuras que le transmiten información. Por otra parte, el Área de Broca es tan pequeña que una lesión raras veces la afecta sólo a ella; el Área sensoriomotora adyacente también se ve normalmente afectada."(ibidem:230)

Nesta colocação de Luria, verifica-se que ele não desconsidera a Área identificada por Broca.

Em consonância com Jackson, Luria acredita que neste tipo de afasia, além das alterações mais evidentes que já foram descritas, encontramos dificuldades outras obscurecidas. Tais dificuldades estão associadas a perturbação da linguagem interna e com a impossibilidade de realizar proposições.

"La deficiencia más evidente reside en el trastorno de los procesos articulatorios, pero no es ésta la única perturbación dinámica característica de la afasia motora eferente(...). Tales deficiencias están asociadas con el trastorno del lenguaje interno y con la desintegración de la unidad dinámica de las proposiciones.(...) H.Jackson fue el primero en declararse partidario de que la proposición es la unidad básica del lenguaje viviente y que la función primaria del lenguaje es la formulación de los pensamientos en proposiciones. Una proposición siempre reviste un aspecto predicativo."(ibidem:221)

A impossibilidade de realizar proposições se manifesta quando o paciente mesmo sendo capaz de emitir vocábulos, é incapaz de ordená-los para formar orações gramaticalmente estruturadas. Em última instância, suas emissões se caracterizam por um aglutinado de palavras isoladas, resultando numa fala de

estilo telegráfico. Além disso, os verbos, quando presentes nas frases, geralmente, estão no infinitivo e há ausência praticamente total de elementos conectivos.

Abaixo apresentamos o esquema das lesões em casos de afasia motora eferente que se encontram aglutinadas na região pré-central, (cf. Luria, 1947[1978]:231).

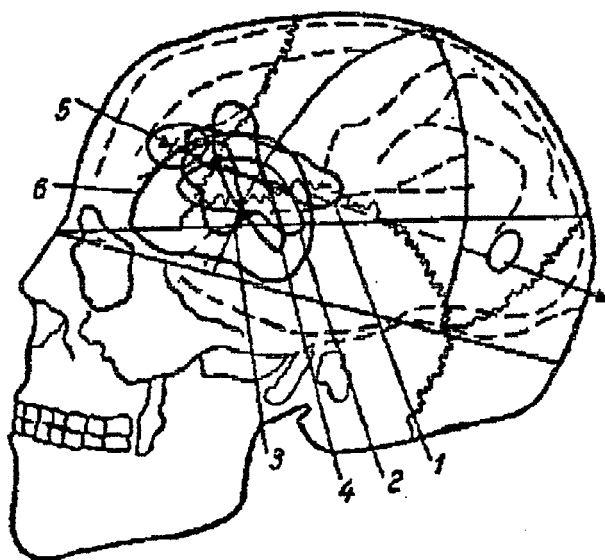


Diagrama representativo de lesões na afasia motora eferente

A afasia dinâmica é um quadro de difícil explicação em termos neurofisiológicos (cf. Luria, 1947[1978]). Apesar disso, Luria acredita que esse tipo de afasia surge como resultado de lesões das partes inferiores do lobo frontal esquerdo imediatamente anterior a área de Broca, conforme esquema a seguir (Luria, 1947 [1978]:248):

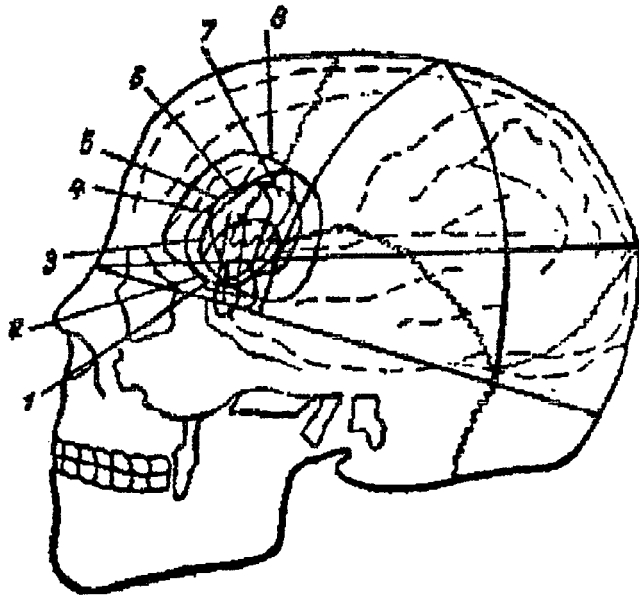


Diagrama representativo de lesões na afasia dinâmica

A caracterização deste tipo de afasia compreende basicamente a dificuldade da linguagem espontânea, mesmo estando preservada a possibilidade de emissão de palavras isoladas ou orações sob repetição. O paciente é capaz de participar de diálogos sob temas cotidianos e que não lhe exijam respostas sofisticadas gramaticalmente, se restringindo a esquemas prontos (frames) ou respostas simples de caráter afirmativo ou negativo. Em termos mais gerais, Luria nos diz que

"El síntoma esencial de la afasia dinámica frontal es que el paciente es incapaz de utilizar el lenguaje para la generalización o para la expresión de deseos y pensamientos." (1947[1978]:233)

Esta dificuldade na produção do enunciado ativo completo é atribuída a falhas na função predicativa da linguagem interna.

A afasia sensorial decorre de lesão na região pósterosuperior da área temporal esquerda (área de Wernicke) e sua alteração primária é a perda da audição fonêmica, que segundo Luria é

"...la audición selectiva organizada de acuerdo con la estructura fonémica de una lengua determinada y que se realiza a través de las funciones coordinadas de las estructuras corticales asociadas con la audición y la articulación." (1947[1978]:136)

Esta região temporal, que é a área secundária auditiva, possui muitas vias de conexão com a região sensório-motora, integrando dessa forma a análise e síntese auditiva em um sistema funcional único com o processo articulatório.

O sintoma principal na afasia sensorial não é uma alteração da audição. O paciente ouve perfeitamente, porém a sua discriminação para os sons da língua encontra-se alterada, resultando, desta forma, em dificuldades na compreensão do que ouve. Nos casos graves funciona como se o paciente ouvisse uma língua estrangeira em que nunca tivesse tido acesso anteriormente. Ocorre uma dissociação entre o som e o significado da palavra. Nos casos mais leves, essa dissociação entre o som e o significado da palavra se revela por uma

instabilidade na compreensão das palavras e frases, apresentando uma grande dependência do contexto verbal e extra-verbal para que a performance do paciente seja satisfatória.

A aferência auditiva estando comprometida, além de interferir na recepção dos estímulos verbais produzidos pelo interlocutor, interfere também no controle da própria produção verbal. Encontram-se também alterações em todas as funções que mantêm estreita relação com a audição fonêmica, como é o caso da leitura e da escrita.

O discurso do paciente com afasia sensorial caracteriza-se por circunlóquios muitas vezes desprovidos de significado aparente, distorção da estrutura da palavra (parafasias literais) e algumas vezes tem-se a presença de neologismos e jargões. A parafasia verbal também se encontra presente, principalmente na sua forma de descrição da função do objeto. Percebe-se nitidamente que ocorre o predomínio das partículas de conexão da frase como conjunções, preposições, dentre outras.

Este tipo de afasia, descrito pela primeira vez por Wernicke (1874), foi durante muito tempo entendido como fazendo parte do quadro das demências. Mesmo após sua descrição, a controvérsia sobre o tema perdurou inclusive na posição de Pierre Marie (1917) - um dos representantes da corrente

holística. Lúria acredita ser a afasia sensorial um problema básico de linguagem, podendo haver alteração em formas de pensamento lógico que dependam do aspecto verbal. Propõe como teste para verificar a capacidade intelectual do paciente, a prova de cálculos, a semelhança de Broca.

"La posición de P. Marie que mantiene que la afasia sensorial no es tanto una alteración del lenguaje como un trastorno del pensamiento (una forma particular de demencia) es inaceptable. (...) La evidencia de que los afásicos de este grupo son capaces de realizar cálculos por escrito, en la medida en que éstos no entrañen fases puramente verbales, abona esta posición." (Lúria 1947[1978]:150)

Vejamos, abaixo, o esquema representando as lesões responsáveis pelo quadro da afasia sensorial apresentado por Lúria (ibidem:161):

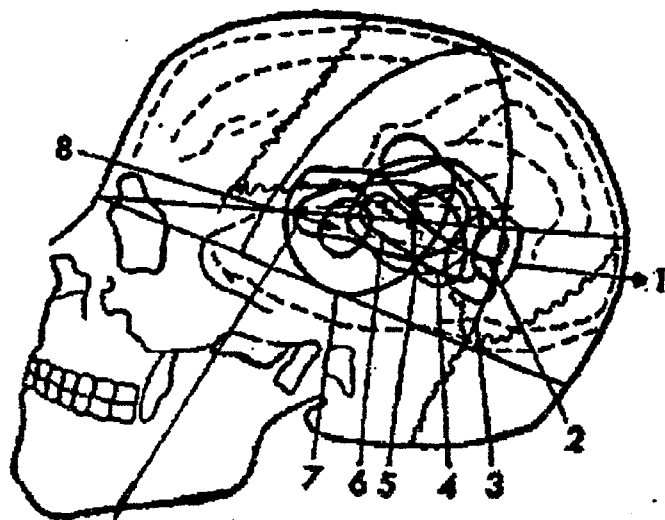


Diagrama representativo de lesões na afasia sensorial

A afasia acústico-amnésica parece estar relacionada com lesões na área temporal inferior esquerda. Lúria baseia-se nos estudos de Fenfield os quais sugerem que "los sistemas temporales (...) son importantes para la conservación y reexcitación de las huellas de la memoria."(1947[1978]:159). A alteração básica neste tipo de afasia é a instabilidade de retenção das séries articulatórias, apresentando defeitos na compreensão da linguagem e na denominação dos objetos. A performance do paciente decresce a medida que se aumenta o volume do material verbal. Seu discurso é repleto de anomias (falhas na evocação do nome), parafasias verbais e literais, sendo que frequentemente interrompe a sua fala por haver esquecido o que já dissera anteriormente. A fim de que melhore a sua performance a nível da compreensão do que lhe é dito, a repetição do que foi mencionado é uma estratégia benéfica. Abaixo, apresentamos o esquema retirado de Lúria(1947[1978]:164)

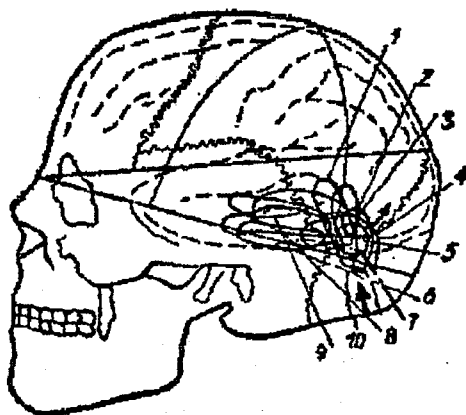


Diagrama representativo de lesões na afasia acústico-amnésica

A afasia semântica é decorrente de lesão na área parietal inferior a qual é constituída de células características das zonas terciárias (áreas 39, 40 e parte da 37 de Broadmann). Tem-se como sintomatologia a desorientação espacial, acalculia, apraxia de construção espacial, agnosia e a nível da linguagem observam-se alterações da percepção simultânea da oração composta. Nesse tipo de oração o significado de cada termo depende das relações entre eles e o sentido se dá pela compreensão simultânea e direta da estrutura lógico-gramatical. Esse fato também se reflete ao ser solicitado ao paciente para discorrer sobre uma cartela temática que englobe cenas inter-relacionadas. Sua performance se reduz a descrição de detalhes isolados mostrando uma dificuldade de visibilidade simultânea. Não observam-se dificuldades na compreensão de palavras isoladas e orações simples.

Na tentativa de identificar uma alteração primária que esteja subjacente a todos os sintomas, Luria nos diz que

"El único factor unificador en todos esos trastornos es la alteración de la capacidad de unificar las estimulaciones individuales en una pauta simultánea única o de combinar detalles separados en un todo único." (1947[1978]:263)

A seguir apresentamos o diagrama da área cortical em que se concentram as lesões deste quadro afásico (Luria, 1947[1978]:279)

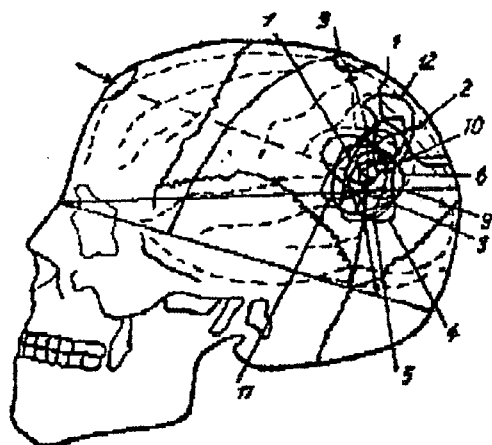


Diagrama representativo de lesões na afasia semântica

Em relação a exposição que fizemos até o momento sobre a proposta da análise dos transtornos afásicos de Luria, gostaríamos, ainda, de destacar alguns pontos que consideramos relevantes.

É importante saber que Luria desenvolveu seus estudos sobre um número muito grande de casos em que a natureza da lesão cerebral nesses pacientes era traumática. A faixa etária também é um fator a ser levado em consideração, pois a diferença de estudos anteriores não se concentrou na terceira idade. A grande maioria dos pacientes eram soldados que haviam se ferido em campos de batalha. O motivo que nos leva a ressaltar essas informações é que com essa amostra de população, Luria teve a possibilidade de desenvolver e aprofundar questões sobre o

problema de lesões locais no cérebro de forma diferente dos trabalhos em que a natureza da lesão se dava por acidente vascular cerebral (AVC) e em faixas etárias avançadas, período no qual a degeneração por senilidade já poderia estar ocorrendo através de uma atrofia cortical generalizada, por exemplo. Desse modo, a preocupação com a questão sobre o papel das regiões corticais, questão essa presente desde os tempos da teoria da localização cerebral, século XIX, não esteve ausente de suas pesquisas. Vejamos como Luria coloca esta questão:

"El trastornos (afásicos) resultan de una lesión en cualquier zona del hemisferio izquierdo, o si la localización de la lesión primaria juega un importante papel en la determinación de los trastornos funcionales." (1947[1978]:35)

A conclusão a que Luria chega é a de que desde o principio as diversas regiões corticais reagem ao trauma de forma diferente, isto é, "la frecuencia relativa de la aparición de los diversos trastornos del habla depende del punto de la lesión." (ibidem:36).

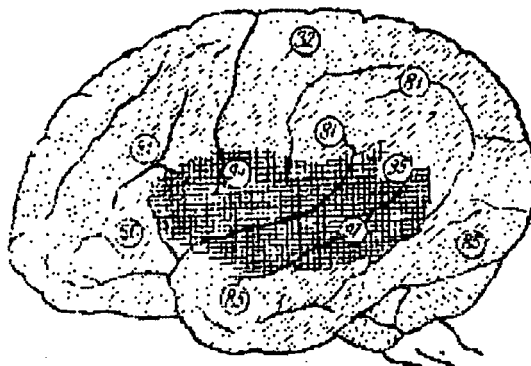
Três grandes regiões corticais foram então diferenciadas e denominadas por Luria de áreas polares, áreas marginais da fala e áreas primárias da fala.

As áreas polares são regiões corticais do hemisfério esquerdo presentes nos lobos frontal, parietal e occipital que

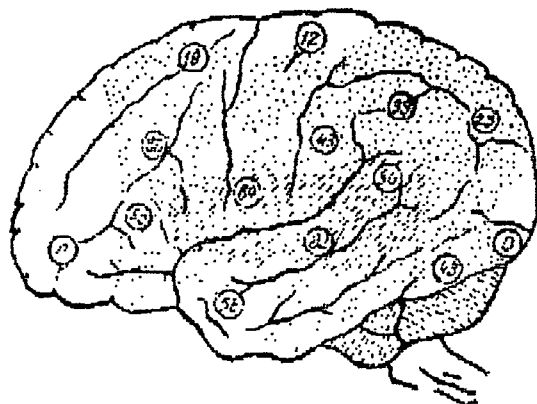
quando lesadas provocam escassos transtornos de linguagem no período inicial e raramente tais alterações perduram no período residual(14).

As áreas marginais ocupam uma posição intermediária quanto à frequência dos transtornos de linguagem quando lesionadas. Estas áreas circundam as áreas primárias da fala distribuindo-se nos quatro lobos (frontal, parietal, occipital e temporal). A função principal destas áreas é a de integrar as projeções corticais dos diferentes analisadores em sistema funcionais organizados.

As áreas primárias da fala estão situada em torno do sulco lateral (de Silvius) e correspondem as áreas clássicas da linguagem. Ocupam posição de destaque nos transtornos da linguagem quando lesionadas tanto no período inicial quanto no residual. A seguir, vemos dois esquemas indicando tais áreas:



Incidência dos transtornos da fala no período inicial (%)



Incidência dos transtornos da fala no período residual (%)
(cf. Luria, 1947[1978]:38)

De acordo com esses dados, Luria conclui que a partir da localização de uma lesão pode-se prever a severidade do quadro clínico.

"Por lo tanto, cuando observamos una lesión de una área del lenguaje primaria, podemos esperar ver importantes y complejos síntomas afásicos, mientras que en caso de lesión de las áreas marginales, sólo cabe esperar una alteración de los procesos verbales más sutil y limitada." (1947[1978]:121)

1.7.2. A avaliação das afasias

Com esta proposta de avaliação neuropsicológica, Lúria pretende ser capaz de:

- a) diferenciar os transtornos afásicos do paciente dos transtornos verbais do tipo não afásicos (apatia, disartria, dentre outros)
- b) descrever o tipo de afasia, identificando a alteração primária e os sintomas secundários.

Este último item é de grande importância, pois a classificação das afasias propostas por Lúria, está diretamente relacionada com a identificação da alteração primária, bem como a possibilidade de uma localização correta da lesão cerebral e posteriormente de se traçar um plano terapêutico adequado, pois este deve incidir sobre a compensação do déficit primário.

"... Este último criterio es importante no sólo para aumentar la precisión del diagnóstico y dar con la localización de la lesión cerebral, sino también para el desarrollo de un enfoque racional de la terapéutica del lenguaje." (Lúria, 1947[1978]:291)

A necessidade de se identificar no processo de avaliação do paciente a alteração primária e decorrente desta, as alterações secundárias ou sistêmicas foi postulada inicialmente por Goldstein (teoria holística). E, apesar de

Luria se dizer opositor de tal proposta teórica, ele mesmo reconhece este fato.

"...Como ha señalado Goldstein varias veces, el análisis clínico-psicológico se puede considerar terminado sólo cuando la anomalia primaria ha sido determinada y cuando el investigador se halla en condiciones de predecir qué cambios se producirán en la función perturbada en situaciones concretas."(ibidem)

Passemos agora a apresentação dos itens que constituem a avaliação proposta por Luria.

A - Investigação das funções não-verbais: gnosis e praxia

A.1. A investigação dos processos gnósticos

A.1.1. A investigação do reconhecimento visual (dos objetos).

O estudo dos transtornos primários e secundários da percepção dos objetos deve estabelecer se:

- o paciente conserva ou não os requisitos visuais da percepção dos objetos;
- é capaz ou não de realizar os processos integrativos característicos da percepção dos objetos;
- sua percepção é capaz ou não de refletir as relações significativas complexas do tipo implicado nos processos de pensamento baseados em imagens.

Os testes propostos compreendem o reconhecimento de figuras geométricas simples, de figuras de objetos e da significação de cartelas temáticas.

A.1.2. A investigação da integração espacial.

A avaliação da capacidade de reconhecer relações espaciais em relação a si próprio, aos objetos e no espaço em geral, requer além da integridade da percepção visual a integração das informações visuais às procedentes dos sistemas vestibulares e cinestésicos. Portanto, se faz necessária a atuação da área terciária da segunda unidade funcional.

As provas a serem realizados incluem a observação da orientação do paciente no espaço, reprodução de figuras geométricas; reprodução mental das figuras geométricas no espaço; representação gráfica das relações espaciais (desenho de um mapa de um lugar conhecido); diferenciação das relações espaciais simbolicamente representadas (por exemplo: XI e IX)

A.1.3 A investigação da integração seqüencial

Este teste consiste na percepção, atenção e reprodução de ritmos.

A.2. A investigação das ações motoras (praxias)

A.2.1. A investigação da organização aferente dos movimentos.

Este teste tem como objetivo avaliar a capacidade de imitação dos movimentos dentro de um sistema determinado de coordenadas espaciais, através da reprodução das posições das mãos.

Para avaliar a presença ou não de apraxia objetal simbólica solicita-se ao paciente que utilize objetos, sem imitações. Ex. abotoar uma camisa, acender um fósforo, colocar uma carta dentro do envelope, colar o envelope e o selo. E, ainda, solicita-se que execute uma ação com objetos imaginários, ou seja, sem estar com uma chave concreta na mão, imaginar e executar os movimentos de fechar e trancar uma porta, pentear o cabelo, escovar os dentes, acender um cigarro, chamar alguém por sinais.

A avaliação da praxia oral é feita através da solicitação ao paciente que imite vários movimentos realizados pelo investigador, p.ex. tocar o lábio superior com a ponta da língua; colocar a língua para fora e para dentro da boca, etc. A seguir deve executar os movimentos sob instruções verbais e não mais sob imitação. E, por último, deve realizar movimentos significativos com os órgãos fonarticulatórios, p.ex., beijar, assobiar, cuspir, dentre outros.

A.2.2. A investigação da organização dinâmica dos movimentos.

Têm-se como objetivo avaliar a facilidade com que se estabelecem as pautas motoras elementares e a combinação com movimentos individuais para a produção de uma seqüência harmoniosa de movimentos. A alteração desta capacidade denomina-se perseveração, ou seja, o paciente mantém um mesmo padrão de movimento repetidas vezes.

-teste motor da capacidade para reproduzir ritmos - já descritos na investigação da integração seqüencial.

-teste da capacidade de mudar de uma pauta motora para outra - pede-se ao paciente que reproduza os movimentos das mãos realizados pelo investigador. Por exemplo: coloca-se uma das mãos fechada sobre a mesa, a seguir deve-se apoiar a lateral da mão (aberta) sobre a mesa e por último coloca-se a palma da mão sobre a mesa.

- teste gráfico de alternância - a partir do modelo apresentado, o paciente deve reproduzi-lo preferencialmente sem tirar o lápis do papel. Os olhos podem estar abertos ou fechados.

-teste de coordenação recíproca - o paciente deve colocar as duas mãos sobre a mesa, uma delas fechada e a outra aberta, a seguir deve rapidamente alternar a posição das mãos; repetir várias vezes.

- teste da capacidade para variar as pautas dos movimentos dos dedos - pede-se ao paciente que posicione sua mão sobre a mesa e realize o movimento de tocar a mesa com o primeiro dedo (polegar), depois com o segundo, primeiro e quinto.

B - A Investigação dos processos verbais

B.1. A linguagem expressiva

B.1.1. Avaliação preliminar da linguagem espontânea.

Solicita-se ao paciente que relate alguma situação familiar, por exemplo: como foi que ficou doente, em que trabalhava, etc. O examinador deve anotar minuciosamente a resposta.

B.1.2. Investigação da linguagem seqüencial (ou automática)---

o paciente deve falar os números, os dias da semana, uma oração ou cantar uma música. Se tiver dificuldade a atividade pode ser realizada em uníssono com o terapeuta.

B.1.3. A investigação da linguagem imitativa (repetitiva)

Neste tópico têm-se como objeto de análise a organização auditiva da linguagem que compreende a capacidade de: concentrar sua atenção na estrutura acústica da palavra e não no seu significado, analisando os constituintes auditivos da palavra; reter as pautas motoras seqüenciais e reproduzir a

pauta original por meio dos processos articulatórios.

Os testes propostos são:

- repetição de sons e sílabas individuais;
- repetição de fonemas similares;
- repetição de série de sílabas,
- repetição de palavra e série de palavras;
- repetição de orações inteiras: pretende-se avaliar neste item a capacidade para reter as frases significativas e em que medida grupos de palavras unidas pelo significado são compreendidas mais facilmente do que grupos de palavras sem relação entre si. O grau de complexidade da estrutura gramatical pode interferir na possibilidade de repetição do paciente, desse modo deve-se apresentar frases curtas e simples gramaticalmente e, também frases curtas e complexas.

B.1.4. Investigação da função nominativa da linguagem

Segundo Luria, o ato de nomear um objeto é um processo de classificação e de generalização. Ao nomear o paciente deve, através do processo de análise e síntese, selecionar o termo adequado dentre outros. A seguir, precisa ser capaz de, a partir da imagem auditiva selecionada, suscitar a imagem fonêmica da palavra para que possa pronunciá-la.

São, os seguintes, os testes propostos por Luria:

- denominação de objetos e/ou figuras apresentados visualmente
- denominação de objetos descritos oralmente
- denominação de categorias

B.1.5. Investigação da linguagem predicativa (narrativa)

Luria considera que através da linguagem predicativa se dá a função mais importante da linguagem que é a formulação do pensamento.

"La formulación de un pensamiento puede ocurrir en uno de diversos niveles y en diferentes sistemas psicológicos:... diálogo,... lenguaje narrativo,... lenguaje narrativo espontáneo (productivo)." (1947 [1978]:346)

- Diálogo - é considerado o nível mais simples, no qual o marco da referência é instaurado pelo investigador. Luria considera que a resposta do paciente é de caráter reativo. Na descrição do teste, o investigador realiza perguntas diretas ao paciente, do tipo: O que você comeu hoje? Você sabe ler? Como ficou doente? (do modo como a prova está descrita, não se ventila a possibilidade de que o paciente possa espontaneamente iniciar um diálogo sobre um tema de interesse próprio.)

- Linguagem narrativo recitativo - é a produção pelo narrador de algum esquema percebido ou recordado. O marco de referência semântica é determinado por uma experiência perceptiva. O teste consiste em mostrar ao paciente uma figura ou série de figuras

que deve ser descrita por ele. Uma outra possibilidade, consta da reprodução de uma história lida pelo investigador.

- Linguagem narrativa espontânea (produtiva) - é considerada o nível mais complexo de linguagem pois deve-se discorrer sobre um tema desenvolvendo o seu próprio raciocínio.

Luria observa que as formas gramaticais não são necessariamente as mesmas nos três níveis expostos acima. Geralmente, no diálogo são mais simples e reduzidas, aumentando em complexidade no terceiro nível. Neste, é sempre esperado algum tipo de transtorno em todos os quadros de afasia.

B.2. A linguagem receptiva

Para que ocorra a compreensão da linguagem, Luria acredita que seja necessário que se cumpram os seguintes requisitos:

- a conservação da audição fonêmica, uma vez que a alteração desta capacidade torna a percepção verbal imprecisa, e conseqüentemente ocorre a perda do significado das palavras;
- a integridade da amplitude e estabilidade dos significados das palavras;
- a identificação do contexto em que se produz um enunciado;
- o reconhecimento das relações lógico-gramaticais.

Apesar de reconhecer que todos esses requisitos estão

presentes em todo ato de compreensão, na sua proposta de avaliação da compreensão de linguagem, Luria considera necessário o estudo isolado de cada aspecto.

B.2.1. A audição e a discriminação dos sons verbais

A preocupação de Luria neste teste é a percepção dos traços distintivos dos sons da língua e não apenas a acuidade auditiva, mesmo assim, considera o exame audiológico como pré-requisito para as provas abaixo.

- discriminação de fonemas
- produção de palavras que comecem com sons determinados e avaliação de articulação incorreta.

B.2.2. Compreensão dos significados verbais

Dois transtornos básicos podem interferir na capacidade de compreensão dos significados verbais. Um, decorrente da instabilidade do aspecto fonêmico da palavra, e outro, da instabilidade e da limitação do significado da palavra em si. Nas provas abaixo, tem-se como meta avaliar estes dois aspectos.

- Conservação da função nominativa das palavras - apresentam-se, vários objetos e/ou figuras ao paciente; o investigador nomeia um a um e o paciente deve ir apontando-os. A seguir, deve-se pesquisar se o paciente reconhece o nome dos objetos apenas com estes presentes ou mantém o seu significado na sua ausência.

Para tanto, durante a nomeação feita anteriormente o investigador inclui nome de objetos presentes na sala mas não incluídos nas figuras apresentadas e observa a reação do paciente; e, ainda, fala o nome de algo totalmente estranho a situação, sendo que o paciente deve então explicar o seu significado falando ou usando gestos. E, por último, caso o paciente apresente dificuldades nas etapas anteriores, deve-se inserir o nome dos objetos em orações dentro de um contexto significativo e verificar se ocorre melhora na sua performance.

- Estabilidade da função nominativa das palavras - durante a prova anterior, deve-se verificar se após a nomeação das primeiras três a quatro palavras o paciente começa a apresentar erros, ou seja, a partir de então, aponta aleatoriamente os objetos e/ou figuras. A seguir, ao invés da nomeação ser de um objeto de cada vez, o investigador deve falar o nome de dois em dois e depois de três em três. Observar se ocorre modificação na performance do paciente. Por último, deve-se pesquisar a amplitude do significado das palavras, pedindo-se ao paciente que defina palavras quando utilizadas num sentido mais amplo e/ou metafórico.

B.2.3. Compreensão da estrutura gramatical

Pretende-se avaliar neste item a capacidade de retenção de seqüência de palavras e a identificação dos significados das relações gramaticais em enunciados complexos.

Luria acredita que são esses dois fatores que interferem na compreensão da estrutura gramatical em geral. Propõe as seguintes provas:

- Compreensão de formas inflexivas simples - pede-se ao paciente que aponte pares de objetos a medida que o investigador for nomeando-os. Exemplo: chave-pente; pente-lápis. À seguir a emissão do investigador passa a ser: com o pente, aponte o lápis e outras similares. E, por último o investigador diz: aponte o lápis, com o pente.

- Compreensão de construções atributivas (ex. a filha de sua mãe e a mãe de sua filha; o irmão do pai e o pai do irmão).

- Compreensão de relações expressas por preposições (ex. desenhe um círculo sob um triângulo)

- Compreensão de construções comparativas

- Compreensão de construções inversas (ex. a terra é iluminada pelo sol e o sol ilumina a terra; almocei depois de cortar a grama).

- Compreensão de construções gramaticais complexas - nesta prova apresentam-se dois tipos de orações ao paciente, a primeira gramaticalmente simples e longa, a segunda gramaticalmente complexa e mais curta do que a primeira. Uma oração

gramaticalmente complexa é aquela em que o seu significado se dá ao ser considerada em sua totalidade, reconhecendo as inter-relações existentes entre suas partes. Exemplo do primeiro tipo: 'O pai e a mãe foram ao teatro, mas a babá e as crianças ficaram em casa.' Exemplo do segundo tipo: A escola em que estudava Paulo, chegou um bombeiro para dar uma aula.' Após a apresentação de cada oração realizam-se algumas perguntas ao paciente, por exemplo: - quem foi ao teatro? Aonde foi papai e mamãe? Quem ficou cuidando das crianças? E para a segunda oração: quem estudava na escola? O que o bombeiro foi fazer na escola?, dentre outras possíveis.

- Compreensão de fábulas

B.3. A leitura e a escrita

Para Luria não é possível dividir a leitura e escrita em dois processos independentes, pois constituem um nível especial de atividade verbal. Considera de grande importância e interferência tanto na leitura como na escrita a capacidade de análise e síntese auditiva; motivo pelo qual este é o primeiro item de investigação.

B.3.1. A investigação da análise e síntese auditiva

A idéia básica das provas abaixo é a de que o paciente seja capaz de extrair os fonemas do fluxo uniforme dos sons

verbais.

- análise do número de sons das palavras individuais.
- denominação dos sons representados nas palavras (soletração)
- síntese de sílabas e palavras a partir de sons pronunciados individualmente.

B.3.2. A investigação do processo de escrita

É importante se levar em consideração neste item a habilidade que a pessoa apresentava em relação à escrita antes do problema afásico. Uma pessoa semi-analfabeta encontra-se muito mais dependente das informações visuais da escrita do que uma pessoa altamente letrada. Os resultados das provas devem, sempre que possível, ser comparados com extratos da escrita da pessoa antes da doença.

Avalia-se:

- a cópia de letras e palavras;
- a escrita automática (o conteúdo desta prova refere-se aos dados pessoais);
- a escrita sob ditado;
- a denominação de objetos e expressão de pensamentos em forma escrita.

B.3.3. A investigação da leitura

O processo de avaliação da leitura visa verificar a capacidade do paciente para: reconhecer as letras (grafemas); recordar os sons correspondentes; pronunciar os sons

corretamente tendo em conta o conteúdo; integrar grupos de letras em palavras inteiras.

Deve-se avaliar:

- o reconhecimento de letras soltas;
- a leitura de sílabas, palavras e orações.

C - A investigação do cálculo

Luria justifica a avaliação do cálculo nos estudos afasiológicos pois considera que o cálculo é um sistema simbólico como a linguagem, apesar de ser mais restrito.

Os testes propostos são os seguintes:

- leitura e escrita de números;
- diferenciação de números simétricos (71 e 17);
- cálculos automáticos (tabuada);
- cálculos complexos (operações matemáticas sucessivas);
- reconhecimento das relações representadas por símbolos matemáticos - o paciente deve, a partir do material apresentado, deduzir a operação que foi realizada e escrever o seu símbolo graficamente. Exemplos: $10 \dots 2 = 8$; $5 \dots 4 = 9$.

1.7.3. O tratamento das afasias

A proposta de reabilitação de Luria está pautada no princípio da reorganização do(s) sistema(s) funcional(is) afetado(s) pela lesão cortical através da idéia básica de compensação do déficit. O caminho a ser percorrido para se atingir esta compensação difere dependendo do local da lesão. Se a lesão atingir as áreas de projeção primária do córtex cerebral, isto é, o núcleo dos diversos analisadores (visual, auditivo, motor, etc.) observa-se a perda de formas elementares de movimento ou a perda de sensações. Neste caso a compensação do déficit deverá se efetivar através da incorporação de uma 'nova' aferência ao sistema funcional, em outras palavras, através da ativação de uma das aferências reservas. Por outro lado, se a lesão incidir nas áreas secundárias da córtex cerebral ou nas zonas de intersecção entre os diferentes analisadores deparamo-nos com alterações mais profundas na organização do(s) sistema(s) funcional(is) sendo que sua reorganização se processará através da exteriorização da função que se realizava internamente, com a ajuda de esquemas externos utilizados como mediadores. A atividade outrora automática necessita se converter em um processo voluntário, intencional e consciente.

Estas duas formas de Luria conceber a reabilitação

estão intrinsecamente relacionadas com a concepção de plasticidade cerebral, de um lado, e a concepção de linguagem assumida, por outro. A plasticidade cerebral pode ser entendida como a capacidade de outras áreas corticais intra ou inter-hemisféricas assumirem a função da área danificada. Em relação à concepção de linguagem é do conhecimento de todos que Lúria refere-se constantemente a obra de Vygotsky. Desta forma, Lúria acredita na origem social da linguagem e que no processo de aquisição e desenvolvimento das funções mentais superiores, temos a atividade ocorrendo num primeiro momento entre parceiros, em seguida de forma individual porém externalizada, apresentando já algumas abreviações do material linguístico explicitado e por último a internalização da função. Assim sendo, parece-nos que na reabilitação Lúria procura de alguma forma reconstruir esse processo, externalizando a função, mediando-a através de esquemas e da atuação do terapeuta. Acredita ele que no decorrer do processo de reabilitação a dependência desses esquemas externos e da ajuda do terapeuta decresce e a função se re-internaliza sobre novas bases, resultando assim uma reorganização do sistema funcional.

Vejamos como se dá a aplicação desses princípios nos procedimentos que sugere para o trabalho com as alterações da linguagem articulatória, da capacidade de reconhecer e recordar palavras, da leitura e da escrita, da compreensão verbal, da linguagem gramatical e dos processos ativos do pensamento.

Luria, a semelhança de Goldstein, não propõe um tipo de tratamento para cada tipo de afasia. Agrupa as dificuldades conforme explicitado acima e no interior desses agrupamentos indica procedimentos diferentes dependendo do tipo de afasia, caso seja necessário.

As alterações a nível da linguagem articulatória devem ser consideradas em relação as duas possibilidades subjacentes a este transtorno: uma decorrente de falha de cinestesia (sensação) do analisador motor (afasia motora aferente) e a outra, resultante de falha cinética (movimento) do analisador motor (afasia motora eferente). No primeiro caso, como vimos anteriormente o paciente possui condições de executar os movimentos articulatórios, porém os realiza de forma imprecisa, lenta e principalmente apresenta comprometimento no controle desses movimentos por falha no feedback cinestésico. Luria propõe que o trabalho seja realizado com sons isolados (fonemas) partindo da associação destes com movimentos dos órgãos fono-articulatórios que o paciente consiga fazer de forma automática. Por exemplo: associar o som do fonema /p/ aos movimentos realizados para apagar um fósforo. A partir deste gesto, o paciente fazendo uso de um espelho (aferência visual), de pistas táteis e cinestésicas e do modelo dado pelo terapeuta, deve analisar e decompor o movimento em partes e tentar reproduzi-lo. Luria considera de extrema importância essa postura consciente e intencional dos movimentos que outrora eram

realizados de forma automática e diz que sem isso, ou seja, a simples repetição do fonema não é um procedimento suficiente para o restabelecimento dos esquemas articulatórios. Sugere, também, que sejam apresentados ao paciente diagramas articulatórios do som que se está trabalhando, ensinando-o a interpretá-los, para que os utilize como apoio na sua produção. Apresentamos, abaixo, exemplos de alguns dos diagramas articulatórios presentes em Luria(1947[1978]:453-457).

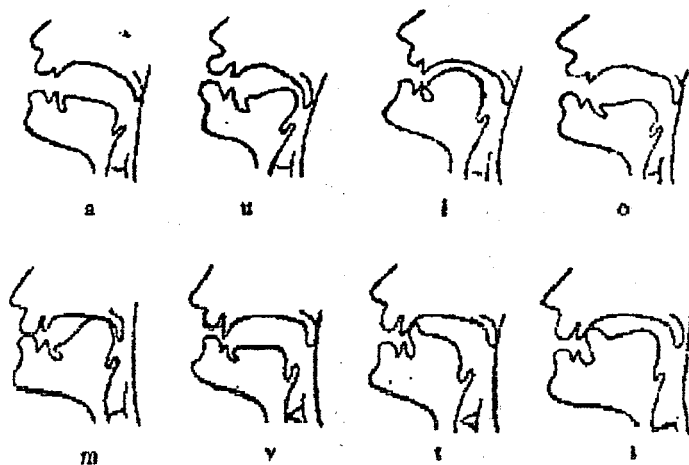


Diagrama 1

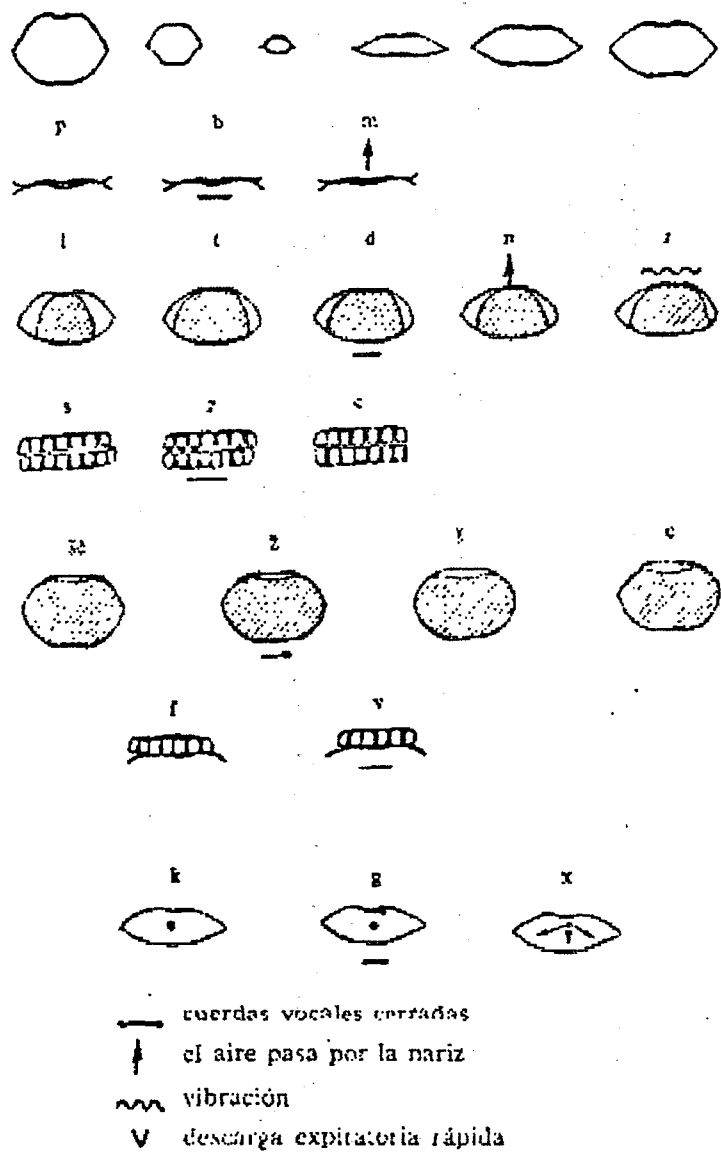
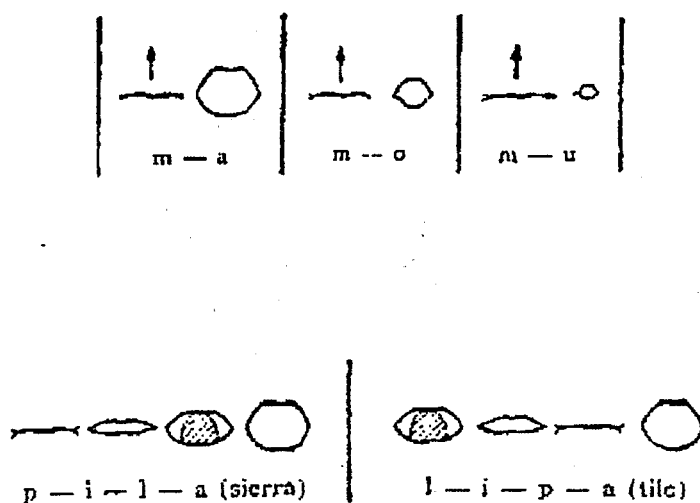


Diagrama articulatorio para la diferenciación de sonidos de pronunciación parecida.

Diagrama 2

A seqüência dos sons a serem trabalhados deve ser escolhida seguindo-se o critério de visibilidade perceptual. A introdução do significado do som é relevante neste

processo de identificação e reconhecimento do fonema e, para tanto, Luria sugere que o trabalho se desenvolva com pares mínimos de vocábulos, podendo a apresentação dos mesmos ser feita através da escrita, se esta servir de apoio para o paciente, e/ou por meio de figuras. A nível da produção, a seqüência a ser seguida após o trabalho com o som isolado é a sílaba com suas variações (aberta CV e fechada CVC) sendo que nesse momento deve-se explicitar ao paciente que mudanças na produção do som podem ocorrer em função de seu ambiente fonológico; por fim trabalha-se a emissão de vocábulos. Mostramos, abaixo, os diagramas esquemáticos da articulação de sílabas e palavras, conforme Luria (ibidem:458-463)



Para superar a inércia patológica decorrente de falha cinética do analisador motor, a introdução de pausa entre os vocábulos, no caso da perseveração incidir na passagem de uma

palavra a outra, pode facilitar a produção da expressão. Entretanto, pode se tornar inútil, nos casos em que a perseveração recair na atualização do ato motor de uma sílaba a outra. Nesse caso, Luria propõe a dissociação da palavra em duas sílabas independentes, ou seja, o paciente deve associar cada sílaba a um contexto determinado, ou então produzi-las em tons de voz diferentes. Numa segunda etapa a emissão das sílabas deve estar associada aos gestos orais em si, por exemplo: ba - aproximação dos lábios; bi - aproximação dos lábios e distensão dos mesmos. Deve-se explorar ao máximo o uso de diagramas articulatórios tanto para sílabas como para vocábulos.

Nos casos de afasia sensorial (falha do ouvido fonemático - analisador auditivo) pode-se também encontrar alterações articulatórias importantes. Deve-se conduzir o trabalho a partir da palavra e a tentativa de compensar a falha da discriminação auditiva se dá através da exploração máxima da aferência visual, por meio do uso dos diagramas articulatórios, controle visual pelo espelho, modelo do terapeuta e apoio da escrita.

Quanto à dificuldade de reconhecer palavras presente na afasia sensorial de forma acentuada e nas afasias motoras de forma mais leve, deve ser trabalhada levando-se em consideração a organização semântica e não através apenas de atividades de nomeação e memorização. O procedimento sugerido por Luria é o da

apresentação de figuras e sua respectiva representação gráfica, seguido de nomeação desses vocábulos e, por fim a inserção dos mesmos em frases diversas. Por exemplo: trabalhando-se com o vocábulo faca, o terapeuta poderia inseri-lo nas seguintes frases: Temos aqui uma faca. Usamos a faca para cortar o pão. A faca está suja. Não há nenhuma faca aqui.

Caso a dificuldade de reconhecimento ocorra em função da alteração da discriminação auditiva mais refinada, Luria sugere o trabalho com pares mínimos de vocábulos, explorando-se ao máximo o valor do significado da palavra e auxiliando-se a percepção auditiva com pistas táteis-cinestésicas e uso de diagramas articulatórios.

Recomenda-se também o uso de exercícios com vários vocábulos em que se mantém a raiz em detrimento da variação de sufixos e prefixos ocasionando a mudança de significado, mas ocorrendo uma relação semântica entre essas palavras. Vejamos o exemplo abaixo extraído de Luria (1947[1978]:468)

"	stol	(mesita)
	stol-u	(comedor)
	stol-y	(forma adjetival)
	stol-jar	(mesa)
	stol-ik	(caso dativo)
	stol-ovaja	(plural)
	za-stol-nyj	(carpinteiro)"

Em relação à dificuldade de evocar vocábulos (anomia), Luria considera que a metodologia que recomenda

exercícios de mera memorização não é muito útil. O paciente pode ser capaz de repetir centenas de vezes uma palavra e não conseguir utilizá-la, em seguida, em sua linguagem espontânea. Acredita ser primordial que o treinamento incida sobre o aspecto semântico da linguagem. O tipo de exercício descrito acima, com a manipulação de sufixos e prefixos é recomendável, bem como o de selecionar alguns vocábulos inserindo-os em diversas frases com contextos sintáticos e semânticos diferentes. O paciente poderá evocar uma palavra lembrando-se do seu uso em determinada frase. Em última instância, Luria sugere a memorização de lista de frases e lista de palavras de acordo com uma matriz semântica e afirma que tais listas não permanecem fixas na mente do paciente e que ocorre uma reelaboração das mesmas no decorrer do tratamento.

"Es interesante advertir que las listas memorizadas gradualmente pierden su pauta de rutina, cambian espontáneamente, se reelaboran continuamente y se generalizan." (ibidem:470)

As alterações de leitura (alexia) podem ser decorrentes de diferentes fatores. Se existe dificuldade no reconhecimento das letras que se manifesta quando o paciente não lê e não emparelha figuras e palavras e nem letras iguais, a alteração de base é um transtorno visual primário. Luria aconselha a utilização da aferência tátil visando compensar a

aferência visual. O procedimento terapêutico deve iniciar desde a identificação dos elementos (traços) individuais que compõem as letras, reconhecimento da letra como unidade nas suas diferentes formas de representação (maiúscula, minúscula, cursiva, imprensa), atividades de cópia de letras e escrita de letras através da identificação de diferentes diagramas articulatórios. Outro grupo de dificuldades decorre da falha na associação entre o fonema e o grafema, ou seja, o paciente reconhece visualmente as letras (seu traçado), porém não pode ler pois não evoca o som correspondente. A seqüência de exercícios proposta compreende a associação de determinada letra com um vocábulo, por exemplo, a de avião, b de bebê, etc.; depois trabalha-se com várias palavras que iniciem com a mesma letra, sempre utilizando-se dos diagramas articulatórios como apoio.

Encontram-se, também, pacientes que aparentemente realizam a identificação de letras, de sílabas e de vocábulos, porém percebe-se que no processo de leitura eles efetuam muito mais uma atividade de adivinhação do que de leitura propriamente dita. Isto se dá através de pistas oriundas do contexto (semântico), da identificação da letra inicial da palavra e da imagem total da palavra. Nestes casos, deve-se insistir que o paciente proceda a leitura numa base sonora, uma vez que se ele se detiver no processo de decodificação das sílabas será capaz de realizar a leitura adequadamente. Para tanto, pode-se

utilizar de cartelas com uma perfuração do tamanho de uma sílaba e a leitura se efetuar através da descoberta de cada sílaba individualmente.

As alterações da escrita decorrem, segundo Lúria, não de uma dificuldade motora ou visual, mas de uma alteração da análise e síntese auditiva ou articulatória, podendo incidir tanto na identificação do som a ser escrito como na sua manutenção para se processar a escrita de uma frase ou texto. Desta forma, atividades de cópia são de pouca ajuda. O procedimento terapêutico mais eficiente reside em ensinar o paciente a retirar outros sinais do fluxo sonoro além dos sinais auditivos que o auxiliem na identificação do som. Os exercícios com diagramas articulatórios e pistas táteis-cinestésicas devem ser empregados para tal fim. Só após esse trabalho inicial é que o paciente deve passar a realizar a escrita propriamente dita: seja cópia, ditado ou escrita espontânea. A exploração do significado das palavras dentro de um contexto maior como a frase deve sempre ser realizada.

As alterações da compreensão verbal refletem dificuldades em captar o significado subjacente a certas construções gramaticais. Segundo Lúria, nos casos de afasia motora, essa alteração é decorrente de transtornos da dinâmica do pensamento verbal e da perda da linguagem interna. O paciente precisa repetir várias vezes um enunciado complexo até que seja capaz de apreender seu significado.

"... la repetición externa compensa una función ordinariamente ejercida por el lenguaje interno." (Luria, 1947[1978]:509)

O procedimento terapêutico sugerido é exatamente o da externalização das etapas de análise dos enunciados. Para tanto, deve-se decompor os enunciados em seus constituintes e estes são considerados conjuntamente em suas diversas combinações; manipulam-se estes constituintes gerando-se estruturas gramaticais de maior acesso ao paciente. É o caso de transformar uma estrutura indireta em direta, e em seguida retornar ao enunciado original. O uso do recurso de figuras esquemas que, de alguma forma, concretizem as informações é sempre benéfico.

Já nos casos de afasia semântica encontramos como base das dificuldades de compreensão a incapacidade de captar a estrutura gramatical como um todo através da síntese simultânea das informações. Deve-se proceder à semelhança do descrito anteriormente, decompondo-se as orações complexas em seus componentes e realizando-se a análise de um por um. Vejamos um exemplo, dado por Luria, no qual o paciente não percebe a diferença entre os enunciados (1) e (2):

(1) mãe da filha

(2) filha da mãe

Caso lhe seja solicitado para apontar em uma figura o significado do enunciado (1) e depois do enunciado (2), o paciente aponta para a filha e para a mãe indistintamente. O terapeuta deve explicar que os dois termos não tem o mesmo valor

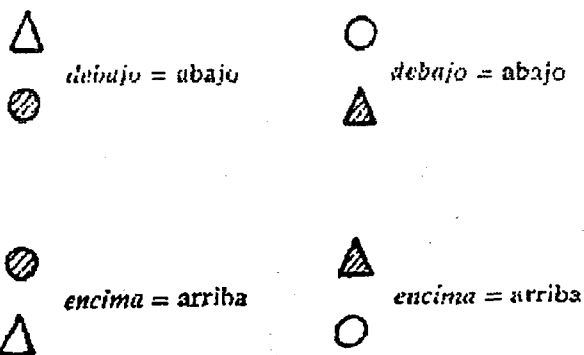
na oração. Um deles tem função atributiva do outro. Pode-se lançar mão de figuras ou de enunciados do tipo: roupas de homem/roupas de mulher para ilustrar a explicação. Com o objetivo de evidenciar a relação, pode-se introduzir um pronome demonstrativo nas orações (1) e (2):

(3) mãe desta filha

(4) filha desta mãe

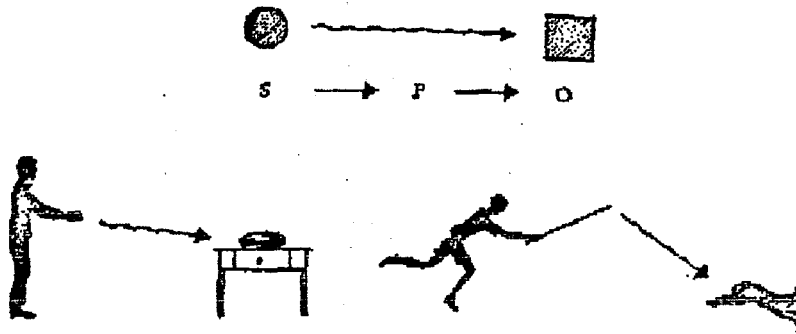
Como também, utilizar de perguntas do tipo: quem? e de quem? para identificar um ou outro termo.

Outra situação bastante ilustrativa é a falha da compreensão da estrutura gramatical quando estas expressam relações espaciais. Como exemplo, podemos citar as orações: coloque o caderno à direita do livro; desenhe um círculo debaixo do quadrado. Deve-se proceder da mesma maneira explicada anteriormente, e, em função da particularidade do exemplo, pode-se demonstrar com a situação concreta a noção de direita, acima, embaixo, etc. Vejamos o esquema proposto por Luria (1947[1978]:513):



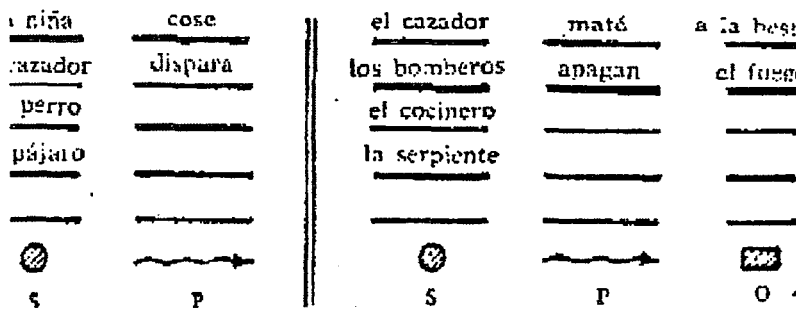
Encontramos, também, pacientes que compreendem as relações lógico-gramaticais, mas possuem alterada a função predicativa de sua linguagem expressiva, ou seja, a alteração principal incide sobre a linguagem gramatical expressiva. Sua fala limita-se à produção de vocábulos isolados, usados geralmente de forma nominativa. O esquema interno básico de uma oração (sujeito, verbo, predicado) se perdeu totalmente. O trabalho deve visar justamente à recuperação da estrutura da oração através da explicitação das regras gramaticais. Para tanto, Luria propõe que se trabalhe com apoio nesses esquemas de orações pois "... toda oración de una sola palabra es incompleta." (ibidem:517)

O procedimento terapêutico proposto, pode ser sintetizado da seguinte forma: ensina-se o paciente a analisar orações em sujeito e predicado; numa segunda etapa, utilizando de figuras-esquemas como apoio, o paciente deve elaborar orações com um determinado número de palavras indicado pelo terapeuta (no início duas a três palavras e depois aumenta-se gradativamente). Na figura a seguir (Luria, 1947[1978]:519), temos a exemplificação desta etapa do trabalho (a seta da figura representa a idéia de ação expressa pelo verbo):



A figura da esquerda, ilustra a seguinte frase: O homem pede o pão. Já a figura da direita corresponde a frase: O menino bate no cachorro.

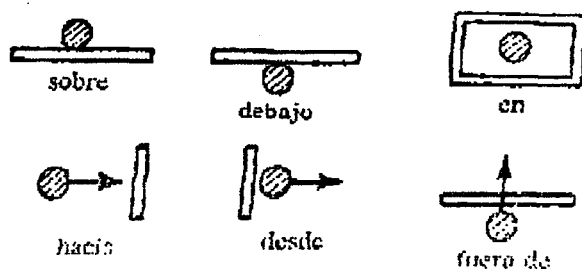
Este outro diagrama, apresentado abaixo, pode ser utilizado com o mesmo objetivo, porém não se tem o apoio de desenhos. (ibidem)



Diagramas generalizados para la construcción de oraciones.

Apesar da efetiva evolução decorrente deste tipo de abordagem, Luria observa que, na maior parte das vezes, temos

como consequência destes exercícios o surgimento de orações agramaticais em função da ausência dos elementos de ligação. Nesta etapa, então, a proposta é de se trabalhar o uso de preposições do mesmo modo descrito anteriormente, utilizando-se de diagramas esquemáticos como apoio no momento da elaboração do paciente, em que ele deve selecionar, dentre as opções presentes nos esquemas, a que melhor se adaptar aos seus objetivos. Temos abaixo um exemplo desses diagramas esquemáticos, retirado de Luria (1947[1978]:521):



A utilização de exercícios de preenchimento de lacunas em frases e de construção de frases a partir de um grupo desordenado de palavras também se revela benéfico.

Luria não chega a propor exercícios com elaboração de textos, entretanto, nos casos clínicos apresentados em seu livro, relata que a partir desses exercícios dirigidos, o paciente consegue generalizar as regras e passa a produzir textos, como por exemplo, cartas e/ou relatos.

Por fim, falta-nos apresentar o trabalho de recuperação dos processos ativos do pensamento. Nestes casos, denominados de afasia dinâmica, a estrutura gramatical está relativamente conservada. A dificuldade incide na incapacidade de iniciar uma narrativa espontânea. Em outras palavras, de formular uma intenção particular em torno da qual se deve desenvolver a fala (discurso). A idéia básica no trabalho terapêutico é de suprir essa ausência de plano interno, através da mediação do terapeuta. A narrativa se desdobraria, num primeiro momento, em diálogo; o terapeuta através de perguntas iria direcionando a elaboração do paciente.

Outra atividade que auxilia muito é o relato de histórias e/ou fábulas. Inicialmente o paciente deve escrever em tiras de papel isoladas as idéias essenciais (acontecimentos) que lhe vierem a mente. A seguir relê-las e organizá-las na seqüência dos fatos ocorridos, e então, a partir desse esquema prévio e apoiando-se nele sempre que necessário, o paciente deve proceder ao relato da história. Um outro auxílio de grande valia para o paciente é ter uma folha de papel a parte contendo elementos de ligação, como : entretanto, desse modo, logo, assim, porque, etc., os quais podem ajudá-lo a construir seu discurso de maneira mais fluida. Assim, sempre que necessário poderá consultar a lista e selecionar o termo que lhe servir.

Esse mesmo procedimento deve ser utilizado com outros

conteúdos. Exemplo: comentar uma notícia de jornal, narrar experiências vividas, dentre outras atividades. A forma de expressão do texto também deve ser flexível: ora oralmente, ora graficamente.

Com esta exposição encerramos a apresentação dos autores da área da neurologia selecionados para constarem neste trabalho. Passemos, agora, para as considerações sobre as abordagens neurológicas da afasia, onde tentaremos articular as idéias apresentadas em torno das concepções de organização cerebral e de linguagem.

1.8. Considerações sobre as abordagens neurológicas das afasias(15)

Pretendemos demonstrar através do exposto que, em se tratando de localização das faculdades mentais a nível cortical, a grande contribuição no sentido de mudança de paradigma científico foi de Gall (p.15). Com ele, como pudemos ver, o interesse dos cientistas se deslocou da linha média do encéfalo (ventrículos e outras estruturas que não foram citadas) para a massa cerebral propriamente dita. O próprio Broca reconhece que

nesse momento houve uma verdadeira revolução científica.(16) Após Gall, estivemos longe de ter um período de paz, ou seja, de domínio absoluto de paradigmas. O que podemos observar é que durante todo o século XIX ocorreram conflitos, controvérsias e discussões acaloradas sobre a tônica da localização das faculdades mentais a nível cerebral. O consenso a nível da comunidade científica não se dá com Gall, nem com seu sucessor Bouillaud e nem com Broca, como nos conta a história da afasiologia. Tivemos as contribuições de Jackson e Freud, como francas oposições a Broca e mesmo havendo a figura de Wernicke que geralmente é colocada ao lado de Broca como localizacionista, depreende-se que a concepção de funcionamento cortical é totalmente diferente em um e em outro.

Vejamos as idéias principais de cada um desses autores apresentados anteriormente e, retomando a idéia central de que o subjaz a todas as propostas é o interesse pela relação existente entre o cérebro e a linguagem, procuremos os seus pontos de semelhança e suas diferenças.

Começemos com Broca, que apresenta uma hipótese clara e determinada: seu interesse se relacionava com a questão de descobrir se o funcionamento cerebral se dava através de regiões circunscritas do cérebro dotadas de funções especiais ou não. A escolha da faculdade da linguagem oral articulada foi uma decisão metodológica (p.22). Ao afirmar, em 1865, que a terceira

circunvolução frontal esquerda era a área responsável pela linguagem oral articulada, Broca deixa claro que concebe o cérebro organizado em regiões circunscritas- órgãos mentais. Entretanto, se analisarmos a sua postura através da concepção de linguagem que apresenta, podemos chegar a uma conclusão bastante diversa. Para Broca, há uma faculdade da linguagem (geral) que é a faculdade de estabelecer relações entre uma idéia e um signo, e há inúmeras espécies de linguagens, das quais a linguagem oral articulada é uma. Se uma lesão afeta sempre uma linguagem particular (linguagem oral articulada, p.ex.) onde se localiza a faculdade da linguagem (geral) ? Ela seria holística, ou seja, estaria distribuída por todo o cérebro? Não temos resposta para esta questão, e talvez nem Broca tenha se dado conta dela.

Vejamos agora Wernicke. Concentra ele seus estudos num quadro clínico oposto ao estudado por Broca e introduz na afasiologia o problema referente às dificuldades na compreensão da linguagem que, como já foi dito anteriormente, eram vistas como alteração da inteligência. O cérebro é concebido como tendo uma organização complexa por vias de conexões e a localização se refere a funções psíquicas elementares, como a imagem acústica e motora das palavras e não mais de funções complexas, como a linguagem e o pensamento. A partir dessa visão dinâmica do cérebro, inaugura-se a tipologia das afasias: afasia motora, sensorial e de condução. A essência do pensamento teórico de

Wernicke baseia-se na alteração entre as conexões cerebrais, seja porque a lesão incide nas vias de conexão, seja porque incide nos locais de armazenamento das imagens, e então, mesmo tendo a via de conexão íntegra esta não tem mais como cumprir a sua função de ligar uma região a outra.

Se Broca não explicita sua posição quanto à natureza da linguagem, Wernicke assume a concepção de linguagem da psicologia associacionista, na qual a linguagem não é inata e sim adquirida através de mecanismos de imitação e repetição (p.37). Decorre daqui sua crença de localização apenas das funções psíquicas elementares, bem como a introdução do centro da escrita e da leitura (p.43). Desta forma, percebe-se que em última instância a concepção de linguagem adotada é o pano de fundo de sua concepção de funcionamento cerebral.

Quando, então, na história da afasiologia coloca-se Broca e Wernicke do mesmo lado, ou seja, dos localizacionistas, desconsideram-se tais diferenças e parece-nos que o que é tomado como relevante é o fato de que Wernicke aceita a área de Broca e denomina-a de centro da imagem motora, bem como o centro da imagem acústica é denominado área de Wernicke. Queremos ressaltar que, sem dúvida, Wernicke é localizacionista, porém seu localizacionismo é diferente do de Broca.

Com Jackson uma questão importante entra em cena: a de

que ao se realizar uma correlação entre área lesada e alterações de comportamento (sintomas), o que se pode deduzir é a localização do sintoma e não da função normal. Desse modo, Jackson acredita que a função do neuro-anatomista, neuro-fisiólogo ou do neurologista não é a de localizar funções mentais no cérebro e sim de explicitar a contraparte neurofisiológica dessas funções. A essência de seu pensamento está na concepção do cérebro como órgão do movimento. A linguagem é entendida como a capacidade de realizar proposições e seu substrato anátomo-fisiológico como sendo constituído de movimentos complexos e voluntários. Contudo, todo movimento complexo e voluntário pode ser decomposto em movimentos mais simples e automáticos e no caso da patologia o que vemos é a desintegração desse processo de composição. As alterações decorrentes de lesão cerebral atingiriam sempre os movimentos complexos e voluntários, podendo permanecer integros os movimentos automáticos, que no caso das afasias são os seus sintomas. Jackson observa que nesses casos, era freqüente o paciente fazer uso de um mesmo vocábulo a nível automático (uso efetivo em situação contextualizada, ao nosso ver, e para Jackson uso sob tensão emocional) e não ser capaz de produzi-lo numa situação de teste, por exemplo, nomeação (atividade metalingüística e para Jackson considerado nível voluntário). Entretanto, no decorrer de sua obra, Jackson acaba por concluir que o nível voluntário da linguagem estaria relacionado ao hemisférico esquerdo (e chega a citar a grande freqüência de

lesão no corpo estriado em casos patológicos) e o nível automático da linguagem (incluindo a capacidade de compreender a linguagem) seria de responsabilidade do hemisfério direito.

Do que foi exposto sobre Freud, acreditamos ser importante ressaltar a sua concepção sobre o aparelho da linguagem, ou seja, uma região cortical situada no hemisfério esquerdo, delimitada pelas terminações dos nervos acústico, visual e motor. Essa área seria constituída por um articulado tecido cortical, responsável pelo processo de associação e representação. Nos casos patológicos, o que se poderia esperar é que se a lesão incidisse próxima a uma terminação nervosa, ocorreria a ruptura deste aferente à região associativa da linguagem, tendo como consequência um quadro clínico bem definido. O mesmo não aconteceria se a lesão se situasse mais para o interior da área da linguagem, distanciando-se das terminações nervosas, pois os efeitos sintomáticos seriam mais incertos.

Acresce-se a esta visão, que Freud assume a hipótese de Charcot, da existência de interferência da experiência individual na organização cortical da linguagem, apontando dessa forma para uma relativa plasticidade a nível cerebral, conceito esse que veremos amplamente desenvolvido na obra de Luria.

Parece-nos nítido que, a tônica da controvérsia em

questão entre Broca, Wernicke e Freud se refere muito mais à concepção de funcionamento independente e autônomo de uma região circunscrita do que a questão da localização em si. Em Freud temos na verdade a localização de uma área mais ampla, entretanto há diferenciação entre suas partes de acordo com um princípio funcional. Cabe, inclusive salientar que as regiões que delimitam essa área do aparelho da linguagem coincidem com as regiões definidas como os centros da imagem motora e da imagem acústica por Broca e Wernicke.

Passemos agora para Goldstein. Em sua abordagem teórica, Goldstein acredita que o conceito de localização deve ser modificado, pois o que ocorre no cérebro durante a atividade de uma determinada função, não é a excitação isolada de uma única área e sim a excitação de todo o cérebro com a concentração maior da excitação em algumas regiões; regiões essas que se modificam de acordo com cada atividade. Utiliza-se aqui a noção básica da relação figura-fundo da psicologia gestáltica, assim a área de maior concentração é destacada como sendo a figura e o restante do cérebro, o fundo. Sob esse ponto de vista, achamos que Goldstein nega a visão de funcionamento autônomo e independente de áreas circunscritas do cérebro, o que o leva a classificar os sintomas como diretos (decorrentes da área lesada), indiretos (conseqüentes da separação entre a área lesada e o restante do cérebro), e secundários (efeitos que o processo patológico exerce nas demais

partes do sistema nervoso). Contudo, é durante a apresentação de casos clínicos que percebemos que sua posição não se distancia sobremaneira de uma visão localizacionista, pois a área lesada é considerada como um dado importante e além de tudo não há controvérsia sobre as regiões corticais já identificadas, sobretudo quanto às áreas de Broca e de Wernicke. Diante do exposto, podemos entender a sua posição teórica como um localizacionismo enfraquecido.

Parece-nos que algumas idéias contidas nestas propostas de forma embrionária, tomam corpo na abordagem luriana: 1) A noção de plasticidade cerebral, já mencionada quando vimos Charcot; 2) a área cortical do aparelho de linguagem de Freud, muito próxima da área primária da fala postulada por Luria (p.107); 3) a noção de alteração primária e secundária, que de alguma forma nos faz lembrar os sintomas diretos e indiretos de Goldstein (p.66-67); e 4) a idéia de Wernicke de que a imagem (auditiva, motora, visual) deve ser identificada, armazenada e associada a outras pelas vias de conexão, que, de forma bastante rudimentar, remete às áreas primárias e secundárias da segunda unidade funcional básica de Luria (p.85-86).

Bem, sem dúvida alguma, encontramos na abordagem luriana uma visão mais completa e coesa da organização e do funcionamento cerebral em sistemas funcionais. A questão da

localização cerebral é colocada neste momento como a localização de uma constelação de zonas do cérebro que trabalham harmonicamente como suporte para a realização de atividades mentais (p.84). E, a área lesada ocasionaria a desestruturação de todos os sistemas funcionais nos quais tivesse participação. Luria apresenta uma classificação das afasias em seis tipos (p.93-105) e através de estudos estatísticos chega ao respectivo diagrama com a sobreposição das áreas lesadas. A partir desses dados e do acompanhamento longitudinal de muitos pacientes, teoriza a existência de três regiões distintas quanto à incidência de transtornos linguísticos decorrentes de lesão: áreas polares, áreas marginais e áreas primárias da fala (p.106-108). Estas últimas, que quando lesionadas produzem quase que inevitavelmente alterações de linguagem, situam-se ao redor do sulco lateral (de Silvius) e correspondem às áreas clássicas da linguagem (ou seja, nelas estão incluídos os antigos centros).

Decorrente do que foi exposto, pensamos ser possível concluir que a posição luriana também pode ser considerada como localizacionista. E, se ampliarmos um pouco o nosso foco, poderíamos nos perguntar se é possível imaginar uma neurologia não localizacionista. A que tipo de conhecimento estaria voltada uma neurologia não-localizacionista?

Vemos que ocorreram modificações quanto à extensão e papel desempenhado pelas áreas corticais no tocante à linguagem

nesse percurso, desde Broca até Lúria. Entretanto, em nenhum momento, a área de Broca e a de Wernicke, primeiros centros localizados, foram excluídas das áreas concebidas como responsáveis pela atividade lingüística. Por outro lado, se tomarmos como relevantes as concepções do modo de funcionamento cerebral, ou seja, se as estruturais corticais funcionam de forma autônoma e independente ou de forma sistêmica, parece-nos claro que a divisão das águas se daria de maneira totalmente diferente (17). Broca ficaria excluído desse período (e dessa controvérsia) e alinhado junto a Gall e achamos que Wernicke seria tido como o grande revolucionário. Mesmo assim, não temos um único modelo de funcionamento desde Wernicke até Lúria, que isso fique bem claro.(18)

Ao término dessas considerações sobre as abordagens neurológicas da afasia, gostaríamos de analisar o estatuto dado à linguagem. Como foi exposto no corpo do trabalho, o método utilizado classificadamente na descoberta das áreas lesadas era o anátomo-clínico; em outras palavras, anotavam-se as dificuldades lingüísticas do paciente e no pós-mortem, após a autópsia, fazia-se a correlação entre sintoma e área lesada. O objetivo final dos 'testes de avaliação' se relacionava com o diagnóstico e classificação da patologia para os casos em que ocorreria a sobrevida. Ou seja, a partir do comportamento lingüístico poder-se-ia deduzir a área lesada. As atividades lingüísticas utilizadas desde então, século XIX, eram eminentemente

descontextualizadas e metalingüísticas, compreendendo: repetição de vocábulos, nomeação, execução de ordens, leitura, escrita, cálculos, além de se verificar a mobilidade dos órgãos fonarticulatórios.

O tempo foi passando, avanços tecnológicos importantes ocorreram na área médica no tocante aos exames objetivos para detecção da lesão cerebral, como, por exemplo, a tomografia computadorizada e as técnicas de neuro-imagem, dentre outras, entretanto, ainda hoje os testes neuropsicológicos guardam essa característica no tocante à linguagem.

Subjacente à bateria de testes vê-se que a concepção de linguagem assumida é a da linguagem enquanto código e a dicotomia compreensão versus expressão supervalorizada, objetivando, sem dúvida, o diagnóstico. O conteúdo das provas sofre a interferência acentuada do conhecimento escolar, sendo tomado como critério para o grau de complexidade de um mesmo item. Nesse sentido também observa-se que dentro de um mesmo item, por exemplo, repetição, a idéia básica é ter como critério a extensão das unidades lingüísticas, ou seja, inicia-se pela repetição de sílabas, depois palavras e frases, numa perspectiva que nos faz pensar que o nível posterior é resultante da somatória das unidades lingüísticas do nível anterior. (19)

Esse tipo de avaliação pode atender quando muito ao

objetivo do diagnóstico, não fornecendo informações e diretrizes para o processo terapêutico que acaba por se efetivar através de exercícios que incluem atividades de repetição para o treino da oralidade, de associação entre o código oral e o gráfico para o treino da leitura e de cópia para o treino da escrita. Em última instância a aprendizagem final é vista como a aquisição de automatismos, visão esta compatível com a corrente estruturalista de base behaviorista.

"A língua é hábito e novidade. É hábito a que nos acostumamos até o automatismo completo, obedecendo a sua aprendizagem aos processos de associação, comparação e recorrência. É novidade porque o falante pode criar novos elementos com os elementos velhos de que dispõe." (Mattos & Back, 1974:77)

Para que seja feita justiça, a proposta terapêutica de Luria merece comentários a parte. Em primeiro lugar, porque na sua obra a primazia dada à linguagem não se refere unicamente a uma decisão metodológica, é antes de mais nada uma questão ontológica. Relembremos que a aquisição da linguagem é concebida como tendo uma origem social, assim como as demais funções mentais superiores (memória, atenção, percepção e pensamento) e que nesse processo de inter e intra-subjetividade (interiorização da função mental superior) a estruturação da linguagem interfere na organização das demais funções mentais superiores. Em segundo lugar, parece-nos que através dos princípios terapêuticos apresentados pelo autor (p.124-125) podemos deduzir que existe a

procura pelo equilíbrio entre o 'olhar para o cérebro' e o 'olhar para a linguagem'. No primeiro, a busca pela compensação do déficit pela ativação de outras áreas corticais; no segundo pela assunção de uma concepção social da linguagem a nível filosófico. Entretanto, ao dirigir seu olhar para os estudos lingüísticos, a contraparte adotada é a estruturalista (não poderia ser outra, dado o momento histórico em que desenvolveu sua abordagem).

No desenrolar do processo terapêutico é dado outro lugar ao 'paciente', ou seja, o de não ser paciente e sim agente de seu processo de recuperação; posto que é visível que a base de todos os exercícios propostos se opera sobre a atividade epilíngüística. Para exemplificar, podemos tomar duas situações terapêuticas: a) a repetição que não se processa mais através da repetição mecânica da produção de sílabas, vocábulos e frases, mas sim por meio da produção pautada em critérios articulatórios que são explicitados ao 'paciente' a fim de que possa estar ciente do caminho a percorrer (p.126-130); b) as atividades voltadas para a compreensão verbal não se pautam apenas na associação entre o código e uma figura ou ação, deve-se sim operar sobre as unidades lingüísticas, reestruturando-as, utilizando-se de esquemas externos, realizando a inclusão de termos para facilitar a compreensão e por fim deve-se retomar o enunciado inicial (p.135-136).

Apesar de tudo, ainda se verifica que do aspecto social de sua concepção de linguagem, praticamente nada foi incorporado. As situações ainda são artificiais, ou seja, são tarefas a serem executadas. A interlocução se pauta entre um examinador que detém o saber e um paciente, alguém que perdeu esse saber. E o conteúdo das atividades tem uma forte base na escrita e nos critérios escolares.

Para finalizar, gostaria ainda de dizer que acredito que os estudos neurológicos sobre a afasia tenderão a incorporar cada vez mais informações sobre a linguagem. Parece-me que os mistérios do funcionamento cortical estão de alguma forma mais ou menos definidos, entretanto os mistérios do funcionamento da linguagem ainda perduram e, tendo-se em mente que estamos lidando com dois níveis distintos de objetos de estudo e a correlação direta entre ambos ser inadequada, é através dos estudos sobre a linguagem que poder-se-á avançar no tocante ao tratamento da afasia. A sobrevivência do paciente, exceção feita para os casos de idade avançada, já não é um problema crucial, mas não é possível imaginar que através de técnicas cirúrgicas ou medicamentosas se poderá recuperar as alterações linguísticas da afasia.

Notas:

1. "Fela metodologia anátomo-clínica se estabeleceu comparações e correlações entre os sintomas observados durante a vida do paciente (no caso da afasia, a observação dos dados lingüísticos) com fatores neuro-anatômicos inferidos de procedimentos clínicos ou obtidos post-mortem." (Coudry, 1988:36)
2. Usaremos a notação (p. x) referindo-nos a conteúdos expressos nas páginas deste trabalho.
3. Em função da importância neste trabalho de se manter claro o ano em que a citação foi escrita, usaremos como notação (x[y]) nos casos em que aparecem dois anos. O primeiro ano (x) corresponde a data em que o material foi publicado pela primeira vez. O segundo ano [y] a data do material no qual o texto original foi republicado e ao qual tivemos acesso.
4. O resultado da autópsia é mais longo e detalhado, mostrando uma lesão generalizada do lobo anterior esquerdo, a qual foi atribuída responsabilidade da diminuição de inteligência e que, em virtude dos objetivos deste trabalho, não encontramos necessidade de uma exposição minuciosa. Recomendamos ao leitor interessado, em maiores informações, a leitura da obra original.
5. Meynert é neuro-anatomista e desenvolveu seu trabalho na

cidade de Viena. Sua preocupação básica centrava-se na relação entre a anatomia e a função cerebral. Wernicke acompanhou os trabalhos de Meynert durante sua estada, de alguns meses, na cidade de Viena.

6. Clinicamente, Wernicke observou que alterações na área de Broca causam afasia, porém lesões fora da área de Broca também causam afasia.

7. Wernicke utiliza a nomenclatura de Leuret na qual a primeira circunvolução frontal equivale à terceira circunvolução frontal de Broca.

8. No artigo de Geschwind encontra-se a passagem abaixo:

"In the first place Wernicke had placed the pathway between the posterior and anterior speech regions in the insula. But Wernicke (1908) was later to be convinced by von Monakow's researches that the major pathway between the two speech areas lay in the arcuate (or superior longitudinal) fasciculus in the lower parietal region." (1967:21)

Donde pode-se concluir que a hipótese de que existe comunicação entre as duas regiões da linguagem se mantém e o que se altera é a localização desta via de associação.

9. Referente à localização anatômica desta conexão alb, ver nota anterior.

10. Percebe-se o quanto essa distinção entre linguagem abstrata e concreta é vaga; Goldstein parece considerar que a referência, toda a sintaxe, o discurso coloquial, etc. como não-proposicionais, não-volitivos e não-rationais, uma vez que pertencem à linguagem concreta, o que é totalmente estranho. Veremos mais adiante, quando apresentarmos a proposta terapêutica das afasias, que Goldstein considera este nível de linguagem como automatismos adquiridos através da repetição incessante. É interessante notar que a reabilitação do paciente afásico só é empreendida nesse nível do automatismo.

11. São apresentados quatro cubos iguais ao paciente. Cada face do cubo de uma cor (azul, amarelo, vermelho e branco) e duas faces com duas cores (metade branco/metade amarelo, metade azul/metade vermelho). O teste consiste em copiar modelo(s) apresentado(s) em um cartão com os blocos. Tais modelos consistem, por exemplo, de um quadrado vermelho, um quadrado metade vermelho e metade azul, dentre outros.

12. É importante ressaltar que esse último item mede uma certa habilidade metalingüística que pode estar ausente em pessoas normais, mas sem escolaridade. Goldstein não faz nenhuma ressalva quanto a isso.

13. Gostaríamos de salientar a semelhança desta estratégia com a sugerida pelo Dr. Xavier Seron, da Bélgica, em sua palestra

denominada "Estratégias de reeducação em Neuropsicologia: abordagem cognitivista e pragmática", proferida no II Congresso Latino Americano de Neuropsicologia, realizado em São Paulo, no período de 2 a 6 de novembro de 1991.

14. Período inicial é considerando até a quarta semana após a lesão; o residual é o período imediatamente seguinte.

15. Não quero que através da escolha deste termo 'abordagens neurológicas' o leitor pense que ignoro que a partir da proposta luriana tivemos o surgimento da neuropsicologia, entendida como estudo dos comportamentos humanos e sua correlação com o sistema nervoso central. Entretanto, achei por bem, uniformizar a terminologia e pior do que considerar a proposta de Luria como neurológica no sentido amplo, seria considerar desde Gall até Goldstein como neuropsicólogos. Além do que teoricamente, ter-se-ia aqui uma longa discussão a ser feita em relação a área interdisciplinar, o que não será objeto deste trabalho, pelo menos em relação à neuropsicologia.

16. A noção de revolução científica e de paradigma científico a que fazemos referência devem ser entendidos no sentido desenvolvido por Kuhn. Para um aprofundamento maior, remetemos o leitor para Kuhn (1963) e (1977[1989]).

17. Nesse sentido vale a pena ainda frisar que todo e qualquer

trabalho historiográfico é arbitrário e subjetivo. Tudo depende do que o cientista historiador vai privilegiar como relevante. Disto resulta que não há uma história verdadeira e certa. Gostaria de remeter o leitor ao texto de Borges Neto (1989).

18. Acreditamos que a noção de Programa de Investigação Científica desenvolvido por Lakatos poderia ser aplicado aqui. Assim, o núcleo do programa seria "modo de funcionamento do cérebro" e os modelos de cada um dos autores apresentados poderiam ser entendidos como teorias (t1, t2, t3) dentro do mesmo programa. O leitor que tiver interesse em se aprofundar nestas questões, sugerimos a leitura de Lakatos (1978), Hacking, (1979) e Worrall(1982).

19. Quero citar a exposição do teste Barcelona de Afasia realizada pelo Dr. Jordi Peña-Casanova (Espanha) na sua conferência intitulada 'Avaliação Neuropsicológica das Afasias', durante o II Congresso Latino Americano de Neuropsicologia, acontecido em novembro de 1991, na cidade de São Paulo. Observa-se uma tentativa de incorporação de conhecimentos lingüísticos como critério de subdivisão dos testes, a certa altura vemos a definição de discurso como sendo a combinação de frases, bem como a de frase como sendo a combinação de sintagmas.

2. ABORDAGENS LINGÜÍSTICAS DA AFASIA

2.1. Análise das afasias segundo Jakobson

Jakobson acredita que os lingüistas têm muito a contribuir no diagnóstico e tipologia das afasias, uma vez que a afasia é um quadro clínico com alterações eminentemente lingüísticas.

Com o intuito de abrir uma via de comunicação com os neurologistas em geral, toma como ponto de referência a classificação das afasias proposta por Luria. A partir daí, procura analisar a sintomatologia afásica tendo como critério as seguintes questões:

"How does he (o paciente) operate with code and context? How does he treat linguistic units of different ranks?" (Jakobson, 1953 [1971]: 234).

Encontra então, uma certa correlação entre a tipologia

luriana e as seguintes dicotomias: codificação (contigüidade) versus decodificação (similaridade); limitação versus desintegração; seqüência (sucessividade) versus concorrência (simultaneidade).

Para Jakobson a afasia motora eferente é uma desordem de codificação, desintegração e seqüência. Ao passo que a afasia dinâmica é uma alteração da codificação, limitação e seqüência. Em oposição a estes dois tipos ter-se-ia a afasia sensorial como uma desordem da decodificação, desintegração e concorrência. Enquanto que a afasia semântica surge apresentando transtornos da decodificação, limitação e concorrência. Considera a afasia motora aferente e a afasia acústico-amnésica como quadros complexos e intermediários, sendo a primeira uma alteração da codificação e da concorrência e a segunda uma desordem da decodificação e seqüência. Para estes dois tipos não se empregaria a dicotomia limitação e desintegração.

Vejamos mais detalhadamente cada uma das correlações apresentadas. Começemos pela primeira dicotomia. Fala-nos Jakobson, que ao processo de codificação subjaz a relação de contigüidade e ao processo de decodificação a relação de similaridade.

A relação de contigüidade opera através da combinação das unidades lingüísticas entre si, uma vez que o uso de uma

unidade está determinado pela precedente e por sua vez determina a posterior. Esse processo se dá em todos os níveis lingüísticos, desde a fonologia até a sintaxe. Desse modo, percebe-se que este processo também determina o contexto verbal. Jakobson nos diz que

"Hence any actual grouping of linguistic units binds them into superior units: combination and contexture are two faces of the same operation" (1954 [1971]: 243)

Esta é dificuldade básica da afasia motora eferente, ou seja, uma desordem de combinação e de contexto que se manifesta no nível fonológico através da dificuldade no uso de grupo de fonemas, na construção da sílaba e na transição de um fonema a outro e de uma sílaba a outra (Este sintoma é denominado perseveração do ato motor, por Luria). A nível da frase o que se nota é a ausência quase total dos conectivos que constituem o contexto gramatical e a permanência das palavras independentes (prioritariamente substantivos) o que caracteriza a linguagem telegráfica. Resulta aqui a dificuldade em realizar proposições:

"In efferent aphasia the abolishment of predicates, which evidently presents a definite loss of power to propositionize" (ibidem: 294)

Observa-se, também, uma grande dificuldade na identificação de sufixos, permanecendo a diferenciação entre os radicais dos

vocábulos; a palavra é percebida como uma unidade. A alteração da linguagem interna também é explicada pela desordem da contigüidade, uma vez que provoca a perda ou alteração do contexto verbal.

"The affection of internal speech (...) finds its explanation in the essential characteristic of this type of aphasia: the break-down of contextual speech. Our internal speech is the context of our utterances; since all verbal contiguities are destroyed in the efferent type, the impairment of internal speech is inevitable" (ibidem:295)

O outro elemento da primeira dicotomia é a decodificação, à qual subjaz a relação de similaridade, como já foi dito. Esta relação opera através da seleção entre alternativas possíveis de substituição de elementos lingüísticos. Temos aqui, também, duas faces de uma mesma operação: seleção e substituição.

Na afasia sensorial encontramos alterado, basicamente, esse processo de seleção e substituição, manifestando-se através da ausência da unidade lexical a qual é geralmente compensada por meio do processo de contigüidade. Um exemplo interessante citado por Jakobson (retirado dos dados de Goldstein) é de um paciente que ao ser solicitado que dissesse nomes de alguns animais, emitia-os a partir de sua experiência em uma visita ao zoológico, mantendo exatamente a mesma seqüência que tinha visto. (Goldstein diria que esta é uma alteração da atitude

abstrata, conceito esse muito vago na opinião de Jakobson). Outra estratégia realizada pelos pacientes para suprir a anomia é a utilização de metonímias (uso de "faca" por "garfo" - parafasias verbais). A anomia pode ocorrer também por alteração de substituição, caso em que o paciente terá dificuldade de denominar objetos apontados pelo examinador, nomear um desenho e inclusive de repetir vocábulos, pois

"..se um dos signos sinonímicos estiver presente (ex. apontar o lápis com o dedo) então o outro signo (a palavra lápis) se tornará redundante, e conseqüentemente supérflua. Para os afásicos, ambos os signos se encontram em distribuição complementar." (Jakobson, 1969:45).

Geralmente nestas situações, o paciente utilizando-se de processos metonímicos, responde ao gesto de apontar do examinador com: 'prá escrever' .

Como conseqüência desse quadro de anomia, observa-se uma diminuição de substantivos, o que acarreta o uso de termos mais genéricos em seu lugar e também dificuldade na manipulação de termos sinônimos e antônimos.

Ao contrário da afasia motora eferente (desordem da contigüidade), na afasia sensorial encontra-se preservado o contexto verbal, ou seja, o uso de conectivos não está alterado e a nível morfológico há mais facilidade para a diferenciação

dos sufixos do que dos radicais. Neste tipo de afasia, observa-se também uma importante alteração da metalinguagem que é atribuída ao transtorno básico da similaridade.

A explicação dada por Jakobson a esse paralelismo, das alterações, nesta dicotomia, reside no fato de que no processo de decodificação, o contato inicial é com o contexto lingüístico e a seguir a identificação dos constituintes (seleção). O inverso se daria na codificação, em que a primeira etapa é a seleção dos termos seguida da combinação dos mesmos. O princípio básico que opera na patologia é que se altera a etapa subsequente e não a inicial.

Em relação à segunda dicotomia (limitação / desintegração), interpretamos como estando relacionada ao grau de severidade do distúrbio de contigüidade ou similaridade, uma vez que Jakobson nos diz:

"Ante todo se encuentran entre ellos dos formas atenuadas entre los trastornos de la codificación, la afasia llamada 'dinámica'; entre los trastornos de la decodificación, la denominada 'semántica.'" (1963a [1969]: 192).

Sendo assim, temos que a afasia motora eferente é a forma mais grave do distúrbio de codificação (contigüidade) e portanto nesta dicotomia é considerada como desintegração. Já a afasia dinâmica, entendida como uma forma enfraquecida das

desordens de contigüidade, é tida como uma limitação. Da mesma forma, a afasia sensorial é um distúrbio da similaridade mais acentuado do que a afasia semântica, sendo então a primeira considerada como desintegração e a segunda limitação.

Na afasia dinâmica acredita-se que a desordem de contigüidade se manifesta ao se ultrapassar o limite da frase.

"El trastorno dinámico sólo afecta a las unidades del discurso que superan los límites de la frase, a los enunciados largos, y en especial a los monólogos." (ibidem).

Na afasia semântica, por sua vez, observa-se alterada a decodificação de expressões nas quais o significado último se refere a relação existente entre os termos, e não é apreendido pelo entendimento do significado de cada termo isolado. O exemplo clássico apresentado é a dificuldade de compreensão de expressões relacionais como: 'o irmão do pai/o pai do irmão'; 'um círculo sob um triângulo/ um triângulo sob um círculo'.

Na terceira dicotomia - seqüência versus concorrência - o que temos em questão é a codificação ou decodificação das unidades lingüísticas de forma sucessiva ou de forma simultânea. Como já foi dito anteriormente, os distúrbios da codificação apresentam dificuldades no tocante à sucessividade (seqüência) das unidades lingüísticas;

caracteristicamente temos na afasia motora eferente a alteração na transição de um fonema a outro. Entretanto, o que se observa na afasia motora aferente, a qual é considerada uma desordem de codificação, é uma dificuldade na combinação simultânea dos traços distintivos do fonema, especialmente.

"...for afferent aphasics the difficulty consists in the combination of distinctive features into a phoneme." (Jakobson:1963b [1971]:316)

Por outro lado, os distúrbios de decodificação apresentam alteração em relação à simultaneidade dos elementos lingüísticos, exceto a afasia acústico-amnésica que

"It is a selection disorder,(...), amnesic aphasia that affects only an iterative selection, a selective operation expanded into a sequence."(ibidem:317)

O sintoma típico deste tipo de afasia é a alteração da decodificação de frases coordenadas ou até mesmo de frases com mais de um elemento no predicado. Por exemplos se for solicitado ao paciente que aponte a caneta e em seguida o livro, sua performance será adequada. Entretanto se a ordem for: aponte a caneta e o livro, poderá apresentar dificuldades.

Em linhas gerais, Jakobson considera a afasia como um distúrbio qualitativo da linguagem e critica a visão

quantitativa que concebe a afasia como um quadro único, pautando sua classificação apenas em grau de severidade e comprometimentos associados.

"Unfortunately many psychologists came to believe that aphasia presents a single unitary type only, and that no qualitative, but merely quantitative differences may be found among the diverse varieties of verbal disturbances. (...) quantitative linguistics is one of the important aspects of our science, but to be able to count it is necessary to know what one is counting; it would be useless to count without defining qualitative characteristics, without a classification of the units and categories to be counted." (1963b [1971]: 308).

Considera, também, que a patologia é uma regressão a estados anteriores de desenvolvimento da linguagem, sendo portanto um espelho da aquisição da linguagem pela criança, principalmente no que se refere a fonologia. Desta forma é possível a apreensão de regularidades no distúrbio, bem como na recuperação do quadro patológico, pois deve se repetir os caminhos da aquisição normal.

"I am referring to the analysis of the disintegration of the sound pattern. This dissolution exhibits a time order of great regularity. Aphasia regression has proved to be a mirror of child's acquisition of speech sounds; it shows the child's development in reverse." (1953[1971]: 231).

2.2. A alteração afásica do ponto de vista da análise do discurso

Justificamos a rápida exposição que faremos deste item em função da abordagem discursiva ser nova e pouco influente na caracterização e no tratamento das afasias(1). Contudo, acreditamos ser uma proposta bastante interessante e que promete bons resultados. Ao assumir um ponto de vista discursivo deve-se abrir mão de concepções de língua enquanto código, bem como o entendimento do processo de comunicação dicotomizado em dois pólos, emissivo e receptivo com a codificação do enunciado lingüístico no pólo emissivo e a decodificação no pólo receptivo. Esse modo de conceber as línguas naturais foi bastante criticado por vários autores que se dedicam à semântica argumentativa e à pragmática, pois supõe que:

"... as línguas naturais são códigos destinados à transmissão de informação de um indivíduo para outro, é admitir ao mesmo tempo que todos os conteúdos expressos por elas são expressos de maneira explícita. O que é dito ou é inteiramente dito ou não é dito."
(Ducrot, 1971:5)

Nesse sentido, toda informação necessária estaria contida no código lingüístico e os interlocutores teriam sucesso na sua comunicação desde que soubessem decifrar esse código.

Opondo-se à essa visão de língua, Coudry (1988) - cuja proposta teórica servirá de referencial para essa descrição do ponto de vista discursivo nos estudos afasiológicos - compartilha da visão sociolinguística moderna que postula que as línguas naturais (português, inglês, etc.) se constituem como tais por critérios históricos, culturais e políticos, através do trabalho coletivo de seus falantes.

"Não se trata de construtos teóricos, mas da representação que os falantes fazem de seus meios de expressão, a respeito dos quais têm atitudes diversificadas, dependendo da relação que os diversos recursos expressivos, relativamente estáveis, mantêm com outros valores sociais. Língua é, nesse sentido, o conjunto quase estruturado de repertórios linguísticos (...) dos falantes de uma comunidade linguística..."(Coudry 1988:54)

Desse modo, no processo intersubjetivo de interlocução, a construção do enunciado linguístico estaria pautada em muitos outros fatores além do conhecimento do código, tais como o conhecimento partilhado entre os interlocutores, a intenção do falante, o jogo de imagens dos interlocutores e do referente, dentre outros. A linguagem é então concebida como uma ação do homem sobre si próprio, sobre o outro, sobre a própria linguagem e sobre a realidade.

"É necessário, portanto, superar dicotomias(...) para integrar em uma concepção abrangente de linguagem o seu funcionamento, na dimensão contextual e social em que os homens, por ela, atuam sobre os outros, na dimensão subjetiva em que, por ela, os homens se constituem como sujeito, na dimensão cognitiva em que,

por ela, os homens atuam sobre o mundo estruturando a realidade."(Coudry, 1988:47)

A partir desse ponto de vista, mudanças radicais se impõem no modo de lidar e conceber essa entidade nosológica, chamada afasia. Primeiro, em nenhum lugar do livro ou dos artigos de Coudry encontramos o termo "paciente afásico" e sim "sujeito afásico". Com isto, o que se marca é o papel ativo de interlocutor que é dado à pessoa portadora de afasia. Segundo, não apresenta uma definição de afasia e sim uma caracterização geral do sujeito afásico:

"...apresenta ao nível de linguagem uma certa destituição de condições de significação (...), quer do ponto de vista do sujeito (execução e funcionamento da prolação articulatória), quer do ponto de vista da relação do sujeito com o outro, ou seja, do processo de interlocução (execução e funcionamento do processo discursivo), quer, ainda nessa mesma perspectiva, da manipulação de certos recursos expressivos e das relações de compatibilidade entre os termos."(ibidem:70)

Quanto à avaliação, Coudry critica as baterias de testes tradicionais que, além das provas descontextualizadas, possuem caráter eminentemente metalingüístico e deixam de fora aspectos importantes da linguagem como as relações de sentido, pressupostos interpretativos, violação de leis discursivas e manipulação de operadores argumentativos.

Utiliza-se de expedientes lingüísticos diversificados tanto na avaliação como no acompanhamento longitudinal dos sujeitos afásicos. (Na verdade, parece-nos que sua avaliação é muito mais processual do que feita em um momento estanque). Dentre esses expedientes lingüísticos, podemos citar: diálogos, narrativas, comentários de experiências de vida, piadas, provérbios, recontagem (de piadas, provérbios, textos, etc.), 'mostragem' - uso de fotos de viagem, de familiares, etc.

Durante todo o desenvolvimento desses expedientes lingüísticos deve-se estar atento quanto à negociação em torno da significação das expressões. Abre-se, assim, espaço para a atividade epilingüística, ou seja, para a atividade do sujeito que opera sobre a linguagem.

"Epilinguagem (...) se vincula ao sujeito e todas as suas relações com a própria linguagem, com o outro e com a situação em que opera. Está dentro da linguagem e ligada diretamente ao uso efetivo da linguagem, nessa relação de interioridade-exterioridade que constitui a linguagem." (Coudry, 1988:16)

E, é sob essa ótica que então os "erros" vistos como sintomas a serem descritos na afasiologia, em geral, ganham um outro lugar. "Muito do que é dito ser erros são episódios transitórios de um processo mais longo." (Coudry & Scarpa, 1985[1991]:90) Processo esse que pode ser o da construção de linguagem pela criança ou da reconstrução da linguagem pelo

sujeito afásico. Assim, o objetivo do trabalho em si não se encerra na descrição do sintoma (diagnóstico), mas inicia-se no entendimento desse processo e na utilização do mesmo como estratégia no trabalho de reconstrução.

Apresentaremos um exemplo com comentários das autoras, e apesar de longa a citação, acreditamos ser bastante explicativa sobre o que estamos falando. Trata-se de um diálogo entre investigadora(I) e sujeito (A), em que o fenômeno ocorrido é considerado como contaminação nos estudos afasiológicos:

I: O senhor tem andado de bicicleta todo dia?

A: E, o senhor tem

I: Quem, eu? eu não (apontando para si mesmo)

A: Não, não, eu ando sim. (apontando para si mesmo)

A primeira resposta de A. não pode ser considerada como isolada do momento seguinte ao episódio dialógico, ou seja, o que A. precisa fazer é incorporado pelo seu interlocutor para, justamente, reelaborar uma resposta que 'não passou' na relação intersubjetiva: especificidade (lingüística e gestual), deslocamento e reversão. A sua 'não-eficácia' requer uma descentração e uma reflexão sobre o que disse, o que por sua vez vai redirecionar sua atividade comunicativa-cognitiva via interlocução, indicando o modo como tal atividade é construída". (Coudry & Scarpa, 1985[1991]:92)

Na tentativa de evidenciar ainda mais a importância dos pressupostos teóricos subjacentes a uma atividade desenvolvida, no nosso caso, no trabalho junto ao sujeito afásico, falaremos agora sobre o tratamento dado aos provérbios. Nos testes tradicionais, a utilização de provérbios é feita

visando identificar a compreensão do paciente para um expediente lingüístico de maior complexidade, isto é, o provérbio é explorado a nível metalingüístico (explicação do seu significado). Entretanto, não é explicitada a natureza de tal complexidade. A partir do ponto de vista discursivo, entende-se que

"O caminho percorrido pelo sujeito para aceder à enunciação proverbial é sempre discursivo e envolve um entendimento de que a relação que o significante mantém com o significado é polissêmica, e não unívoca. Ao falarmos de sentido literal e implicado (ou metafórico, figurado, etc.) - e estamos falando de língua natural e não de código - lembramos que ambos resultam da sedimentação histórica e que há fatores discursivos que condicionam o sentido." (Coudry & Morato, 1990:131)

Sendo assim, o tratamento dado a esse expediente lingüístico deve abranger além do nível metalingüístico (a explicação do que significa), os níveis meta-enunciativo (explicação de quando se usa), lingüístico (relação de uso produtivo com uma situação) e epilingüístico (uso de enlaces que podem ajudar a refazer o sentido implicado).

Mais dois aspectos merecem ser salientados: a) Um, quanto ao lado prático do acompanhamento longitudinal realizado pela autora, o qual se dá através de atendimento individualizado e pela participação do sujeito afásico em um centro de convivência de afásicos, onde além da possibilidade de contato social com outras pessoas, são realizadas sessões em grupo; b)

Outro de ordem teórica, é que para se compatibilizar com essa concepção de linguagem, a contraparte orgânica a nível de organização cerebral deve ser dinâmica, passível de reorganização. Nesse sentido, Coudry faz referência à proposta luriana de organização cerebral a nível de sistema funcional.

"...é importante apontar a articulação que procuramos estabelecer entre uma concepção dinâmica do funcionamento do cérebro, proposta pelo modelo luriano, a partir das teses de Vygotsky, e uma concepção enunciativa - discursiva da linguagem e que privilegie o dialogismo como fenómeno linguístico por excelência." (Coudry & Morato, 1990:132)

A concepção de organização cerebral através de sistemas funcionais possibilita esse dinamismo do funcionamento do cérebro como contraparte orgânica de actividades linguístico-cognitivas que se constituem histórica e socialmente, e, a noção de funcionamento em relação ao aspecto linguístico significa "tomar a linguagem como lugar sócio-histórico de produção de significação" (ibidem), em oposição à concepção de linguagem como código, na qual a significação se dá através de uma relação unívoca significante e significado.

2.3.Considerações sobre as abordagens lingüísticas da afasia

Parece-nos que a grande vantagem da análise lingüística (qualquer que seja a sua perspectiva teórica) da afasia sobre a análise neurológica da afasia se refere a um ganho a nível epistemológico. De fato, ao se realizar uma análise neurológica da afasia, o que inevitavelmente acaba por acontecer, é o lidar com dados, informações de dois domínios distintos, isto é, o orgânico (cérebro) e a linguagem, e o grande risco que se corre é a redução da linguagem ao nível do orgânico.(2)

À partir da perspectiva neurológica da afasia, parece-nos que a análise dos distúrbios lingüísticos se dá a nível da constatação e da sua descrição. Uma questão que pode ser levantada é por que nas afasias da vertente expressiva nos deparamos, por exemplo, com a linguagem tipo telegráfica, ou seja, presença de substantivos, verbos no infinito e ausência de conectivos e o inverso ocorrendo nas afasias da vertente compreensiva (ausência do nome). As alterações primárias de cada tipo afásico não dão conta desse fato. Na proposta de Jakobson encontramos uma resposta para tal fenómeno, na relação existente entre o processo de contigüidade e o contexto verbal versus o processo de similaridade e seleção lexical. Este tipo de relação é de carácter estrutural do sistema lingüístico.

Acreditamos que a consequência do entendimento a um nível ou a outro nível se reflete diretamente em propostas terapêuticas pautadas mais sob um ângulo ou sobre o outro. Quando apoiadas em uma perspectiva neurológica, o trabalho acaba por incidir prioritariamente sobre os aspectos mecânicos da produção linguística (órgãos fono-articulatórios, funções neuro-vegetativas, etc.). Por outro lado, quando a compreensão da problemática se dá a nível da linguagem, o trabalho só pode incidir sobre a própria linguagem. Infelizmente, Jakobson não explicita caminhos nesse sentido e, diga-se de passagem, nem era esse o seu propósito.

Podemos considerar, a partir disso, que o ganho da análise linguística das afasias de Jakobson sobre a de Luria é a possibilidade explicativa dos distúrbios linguísticos a partir do entendimento e funcionamento da própria linguagem.

Entretanto, um fato nos chamou a atenção, das três dicotomias propostas por Jakobson a que nos pareceu mais fraca no tocante ao poder explicativo é a dicotomia desintegração versus limitação. Esta foi apresentada para dar conta das afasias dinâmica e semântica que apesar de serem alterações de contigüidade e similaridade diferem das afasias motora eferente e sensorial, respectivamente. Nossa reflexão a esse respeito, nos leva a considerar que nesses dois tipos de afasia encontramos em comum que suas dificuldades incidem ao se

ultrapassar o nível da frase, ao se atingir estruturas lingüísticas mais complexas, como por exemplo, as que expressam relações atributivas, bem como expedientes lingüísticos que veiculam sentidos sedimentados na cultura, como é o caso dos provérbios. Somos levados a pensar que este fato se deva a própria limitação imposta por uma lingüística do tipo estruturalista, que possui no seu bojo a concepção de linguagem enquanto sistema (código), bem como a primazia dos processos de decodificação e codificação das expressões lingüísticas e dos níveis fonológico e sintático.

Nesse sentido, podemos ver como um avanço significativo nos estudos afasiológicos a incorporação de estudos lingüísticos do ponto de vista discursivo. Não pretendemos com isto dizer que se deva realizar uma somatória, ou seja, uma análise estrutural para os tipos x e y de afasia e uma análise discursiva para os tipos w e z. O grande ganho de uma visão discursiva está na própria mudança dos pressupostos teóricos, isto é, a concepção de língua e de linguagem não permanece a mesma, passa a existir um papel fundamental para a atividade lingüística em si, exercida através da interação entre interlocutores ativos e portadores de uma história pessoal que deve ser, a todo instante, levada em consideração.

Somente através de uma posição teórica que visualize a aquisição da linguagem como um processo de construção, pode-se

então conceber que na patologia haveria de ocorrer a reconstrução da linguagem (no caso das afasias em função da perda), não necessariamente seguindo as mesmas etapas e caminhos, mas entendendo o percurso do tratamento como um processo dinâmico entre interlocutores. (3)

Na verdade, a proposta de Coudry nos aponta caminhos, certamente mais frutíferos para uma análise dos transtornos afásicos que não deixa de fora o próprio sujeito e não toma o quadro afásico como um fenômeno estanque.

Gostaríamos ainda de evidenciar o fato desses dois lingüistas, Jakobson e Coudry, pertencentes a correntes teóricas distintas, estruturalismo e análise do discurso, e a épocas distintas tomarem como contraparte de suas abordagens o modelo neurofisiológico de Luria. Jakobson não apresenta justificativas para sua escolha, ao contrário de Coudry, conforme apresentamos anteriormente (p.176). Parece-nos que este fato demonstra, de alguma forma, a excelência da proposta luriana enquanto teoria neurofisiológica do cérebro, uma vez que dois estudiosos da linguagem, interessados nas alterações lingüísticas da afasia encontraram razões para articular seus estudos com os de Luria.

Notas

1. No Brasil podemos citar o trabalho desenvolvido por Maria Irma Hadler Coudry (IEL - Unicamp) e de Edwiges Maria Morato (FCM -Unicamp) nesta perspectiva teórica.

2. Por mais achados que se consigam obter através da estimulação cortical, parece-nos impossível imaginar que ao se estimular a parte x, y ou z, o indivíduo em questão possa produzir enunciados, proposições. O que se observa é a movimentação dos órgãos fono-articulatórios, mas isso não é linguagem e acima de tudo nessa 'produção' não há sujeito.

3. Referimo-nos à teoria sócio-interacionista, de de Lemos, aceita por Coudry e que em termos de pressupostos teóricos, é compatível com a visão da análise do discurso.

3. ABORDAGENS FONOAUDIOLÓGICAS DA AFÁSIA

3.1. Sobre a Reabilitação do Paciente Afásico

A questão de se realizar um trabalho de reabilitação do paciente afásico esteve presente nos estudos afasiológicos desde os tempos de Broca e Wernicke. O primeiro mencionou que, em decorrência de um tratamento que visasse a recuperação da linguagem do paciente afásico, muitos fatos importantes poder-se-iam descobrir com referência à teoria do funcionamento cerebral e lamentava que naquela época nada fosse feito nesse sentido. Já, Wernicke, assinalou algumas idéias básicas para a recuperação da linguagem do paciente com afasia sensorial, enfatizando o papel da repetição nesse processo. Acreditava ele que através da apresentação repetitiva do material lingüístico o sujeito pudesse suprir sua falha de percepção e discriminação auditiva para o conteúdo verbal e, à semelhança de quem está aprendendo uma nova língua, pudesse ir realizando o pareamento

do que ouve com seu conteúdo interno.

Cabe lembrar, entretanto, que nessa época, segunda metade do século XIX, a sobrevivência de pessoas portadoras de afasia era curta, salvo exceções como o caso de Leborgne, o que impedia totalmente o desenvolvimento de tais idéias.

Foi apenas no final da primeira metade do século XX, em decorrência dos avanços da medicina e em função das guerras mundiais que provocaram um aumento do número de pessoas portadoras de afasia por traumatismo, que propostas terapêuticas visando a recuperação da linguagem passaram a ser estudadas e difundidas. Desde o seu início, porém, a validade desse tipo de tratamento foi questionada. Essa controvérsia continua presente até os nossos dias (1). O ponto nevrálgico se dá em função do conhecimento de todos sobre a ocorrência de melhora espontânea durante os primeiros seis meses, aproximadamente, após o início do quadro. A pergunta geralmente formulada é se os progressos do paciente se devem à melhora espontânea ou ao tratamento propriamente dito. Estudos quantitativos tentam responder a esta questão. Entretanto, a presença de muitas variáveis como etiologia, idade, nível sócio-cultural, estado emocional, dentre outras, trazem importantes problemas metodológicos aos estudos comparativos, ficando então a conclusão em aberto.

Contudo, este tema não será objeto de nosso estudo,

pois partimos da crença na validade do trabalho de reabilitação. O que questionamos, e acreditamos que interfira diretamente na possibilidade de uma recuperação mais efetiva, se refere à concepção de linguagem subjacente aos métodos de reabilitação e ao lugar dado ao sujeito nesse processo.

Passaremos agora a apresentar algumas abordagens terapêuticas.

3.2. Martha Taylor

Faremos a apresentação do manual de reabilitação e material de terapia de autoria de Martha Taylor e col. (2) e apesar de não ser uma proposta terapêutica, no sentido amplo do termo, o mesmo inspira o trabalho de muitos foncaudiólogos. Os autores deixam claro na apresentação do manual, que o material é dedicado a terapeutas (foncaudiólogos) inexperientes e a pessoas sem qualificação específica que pretendem ajudar algum familiar ou amigo que seja portador de afasia. Portanto, sua apresentação e conteúdo são de caráter extremamente prático.

Nossa motivação para a incorporação dessa bibliografia neste trabalho de dissertação se deve ao fato de que esse 'kit de afasia' (como é comumente conhecido) é utilizado com muita frequência nos cursos de graduação em fonoaudiologia, em estágios acadêmicos e vendido em lojas de materiais e livros especializados na área. Acharmos que, em relação à população destinada esse material encontrou maior acolhida entre os fonoaudiólogos.

O manual de reabilitação é subdividido em cinco grandes itens:

1. informações básicas para a família e os amigos;
2. instruções importantes para terapeutas não-especializados;
3. orientações para os dez passos da terapia de afasia;
4. listagem do que se deve e do que não se deve fazer;
5. listagem de informações básicas e 100(cem) palavras básicas.

O material de terapia é composto por 100 (cem) gravuras em preto e branco e 100 (cem) cartelas menores com palavras impressas em preto e branco e em letra de forma correspondendo ao nome das figuras. A seleção desta lista de palavras foi feita com base em bibliografia amplamente conhecida em língua inglesa, segundo os autores(3), e a partir da própria experiência clínica.

Não pretendemos comentar cada um desses sub-itens, e

sim o que consideramos relevante para os propósitos desta dissertação.

Iniciamos com a classificação apresentada como sendo os tipos mais comuns de afasia:

Âfasia expressiva - envolve alterações de fala e de escrita, o paciente encontra dificuldades ao transmitir seus próprios pensamentos ou vontades, tanto a nível oral como gráfico. Como sintomatologia aparece a anomia, falhas no uso de regras gramaticais, não utilização de orações, dificuldades para soletrar.

Âfasia receptiva - envolve alterações na leitura e na compreensão do que lhe é dito. Apresenta também dificuldades no reconhecimento das pessoas e na localização espacial.

Âfasia expressiva-receptiva - envolve alterações de fala, compreensão, leitura e escrita.

Em relação ao desenrolar do 'tratamento' propriamente dito, os autores sugerem que as palavras (todas são substantivos) devem ser agrupadas de acordo com uma unidade (classe semântica) e trabalhadas em pequenos grupos de quatro a dez vocábulos. A apresentação da figura deve sempre ser acompanhada pela cartela da palavra correspondente e pela

nomeação da 'terapeuta'. Se necessário, apresentar o objeto no concreto. Deve-se ainda, incluir na lista das palavras, os nomes dos familiares e vocábulos de alguma área de interesse do paciente, por exemplo: nome de times de futebol e de jogadores.

Basicamente os dez passos da 'terapia' podem ser sintetizados em atividades que compreendem emparelhamento, cópia, ditado, repetição, leitura e nomeação. Vejamos como se desenvolvem esses passos: no primeiro momento ocorre a demonstração do 'terapeuta' da figura e da palavra escrita e sua nomeação, acompanhada atentamente pelo paciente. Em seguida, misturam-se duas cartelas de palavras e duas de figuras e o paciente deve emparelhar cada figura com sua respectiva palavra. Aumenta-se gradativamente o número de figuras. No passo seguinte, o 'terapeuta' diz o nome e o paciente seleciona a figura. O nome pode ser dito isoladamente ou inserido em frase (onde está o chapéu?). Na seqüência deve-se solicitar ao paciente que realize cópia dos vocábulos. Exercícios grafomotores devem ser introduzidos na medida da necessidade. Na próxima etapa, realiza-se ditado, pode ser necessário que o 'terapeuta' repita várias vezes a mesma palavra até o paciente ser capaz de escrevê-la. A etapa seguinte consiste na repetição. O 'terapeuta' mostra a figura e a palavra, realiza a nomeação e o paciente repete o nome. A seguir, apenas mostrando os cartões com as palavras, o paciente deve ser capaz de lê-las oralmente; ao passo que ao serem mostradas as figuras, o paciente deverá

nomeá-las. Caso haja muita dificuldade em algum passo, deve-se voltar ao passo imediatamente anterior. O critério para se passar de uma etapa para outra é a realização adequada da atividade para 75 (setenta e cinco) das 100 (cem) palavras. Como meta final espera-se que

"...o paciente esteja apto a usar quaisquer dessas 100 palavras básicas na sua vida de todo dia, sem a ajuda de uma figura, um cartão de palavra ou de um terapeuta. Para se atingir essa meta, provavelmente será necessário praticar esses passos muitas vezes."(Taylor, M. & col., p.16)

3.3.HILDRED SCHUELL

3.3.1. A proposta teórica(4)

Nesta primeira parte da exposição apresentaremos a fundamentação teórica da abordagem terapêutica proposta por Schuell. Tal proposta tem suas origens na prática clínica como a própria autora nos diz:

"Hemos propuesto un modelo conceptual para la afasia que se basa en los hallazgos clínicos y de investigación y es compatible con la moderna teoría neurofisiológica y lingüística." (Schuell apud Jenkins, 1964[1976]:13) (5)

A referência de Schuell à lingüística moderna relaciona-se à obra de Chomsky. Desse modo, a discussão sobre se a natureza da afasia é um problema de competência ou de desempenho lingüístico se impõe. Schuell nos diz que se quiséssemos atribuir à afasia a um problema de competência lingüística, esta estaria relacionada ao componente específico para a gramática particular de uma língua dada e não ao seu componente universal.

"La competencia lingüística, entonces, tiene dos componentes distintos y principales: 1. un componente universal (la capacidad cognoscitiva) que es compartido por todos los seres humanos por sus dotes fisiológicos, y 2. un componente más específico del conocimiento adquirido de la cultura especial del lenguaje en que se cria una persona. La afasia podría ser un deterioro de estos procesos cognoscitivos que tienen que ver con el conocimiento del propio idioma o una severa reducción del propio conocimiento asimilado culturalmente." (ibidem:69)

Entretanto sua argumentação caminha em direção a atribuir a afasia a um problema de desempenho lingüístico. Isto porque acredita que a dificuldade afásica não é de natureza qualitativa e sim quantitativa. Considerar a afasia uma alteração qualitativa da linguagem implicaria em assumir que suas dificuldades se assemelhariam a de uma criança em fase de aquisição da linguagem(6) ou a um adulto aprendendo uma língua estrangeira. Nesses casos, ocorrem dificuldades específicas nos diferentes níveis de organização hierárquica da estrutura lingüística. Por exemplo, dificuldades com a voz passiva, com a

estrutura interrogativa, etc. Por outro lado, a visão de que a afasia é um problema quantitativo implica em assumir que sua manifestação lingüística apresenta uma redução geral em todas as modalidades da linguagem. Fazendo uma analogia com um computador, Schuell considera que na visão qualitativa, a afasia seria o uso do computador com um programa já ultrapassado, ou seja, existem programas mais desenvolvidos e do conhecimento público, porém o funcionamento do computador se dá com o programa ultrapassado. No caso da visão quantitativa, ter-se-ia problemas nos componentes internos do computador, nos seus circuitos ou conexões, ocasionando dessa forma um caos assincrônico geral nos processos de ação conjunta e coordenada.

" ...Si la afasia es cuantitativa más que cualitativa, ello implica que la afasia es un déficit del rendimiento lingüístico, más que de la competencia. Esperamos que este déficit se manifieste como una reducción general en la facilidad para el lenguaje. En este caso, los errores de los pacientes no serán estructuralmente específicos sino distribuidos de manera más o menos uniforme en todo tipo de oraciones, partes de oraciones, y componentes de formas de sonidos. En otras palabras, los errores reflejarán un falta de seguridad general tanto en la producción como en la comprensión del lenguaje. Estos errores (...) parecerán más semejantes a los que comete el adulto normal (cuando está cansado, apurado, o distraído) pero diferentes de manera espectacular, en cuanto a su frecuencia."(ibidem:71)

Um outro aspecto da teoria chomskyana que Schuell aplica diretamente na afasiologia, relaciona-se com a questão da intuição do falante em relação ao seu conhecimento lingüístico. Chomsky utiliza-se da intuição como argumento a favor da

competência linguística ser inata e também como um aspecto integrante de sua metodologia.

"Sostenemos que la evaluación intuitiva del paciente afásico sobre su alteración, es nada más ni nada menos que el juicio del locutor nativo con respecto a la naturaleza y grado de dificultad que experimenta cuando intenta comunicarse." (ibidem:78)

A partir dessa concepção de afasia, Schuell acredita dar uma explicação mais adequada do que a visão localizacionista, no tocante à questão de que na afasia ter-se-ia uma destruição das imagens verbais. Se aceitamos que este fato ocorre, temos um grande problema com situações em que em um momento x o paciente 'esquece' a palavra telefone e diz café, no momento y 'esquece' cachorro e diz telefone e assim sucessivamente. Como entender que no momento x estávamos perante um problema de destruição da imagem verbal do vocábulo "telefone" se no momento y a palavra foi dita e usada adequadamente. Tem-se inúmeros exemplos desse tipo na literatura e na clínica. Ao se conceber a afasia como um problema de redução do desempenho linguístico vemos que a explicação será procurada nas modalidades da linguagem. Percebe-se, então, que mesmo sendo variáveis as palavras que são 'esquecidas' entre um dia e outro (entre um momento e outro), a porcentagem de acerto em atividade de nomeação, e de todas as outras, se mantém extremamente constante.

Schuell acredita que o que ocorre na afasia é uma

redução do vocabulário em função da frequência do uso das palavras. Ou seja, se em um teste de nomeação, complementação de frases, os vocábulos solicitados forem de baixa frequência de uso, ter-se-á um índice maior de erros. Este fato, pode ser utilizado no processo terapêutico como uma variável do grau de complexidade da atividade.

"It has been established repeatedly that the reduction of available vocabulary in aphasia is related to the frequency of occurrence of words in the language."
(Duffy, 1981:121)

Por outro lado, Schuell nos coloca que não se pode ignorar que na afasia temos um problema de comunicação. Entendendo-se comunicação como

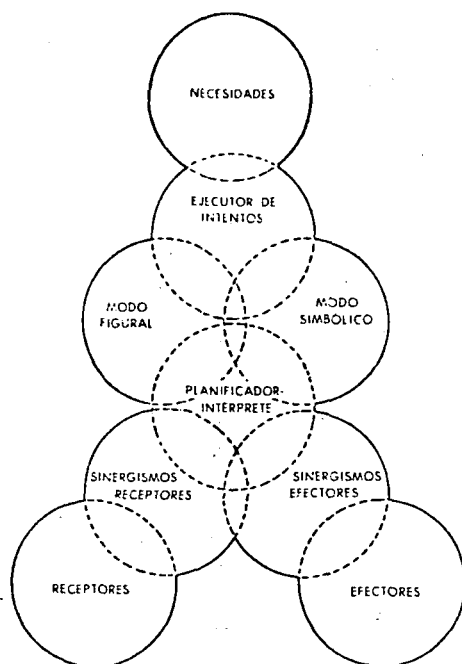
"...un proceso por el cual tiene lugar el intercambio de ideas o de palabras entre las personas." (Jenkins, 1964[1976]:85)

No processo normal de comunicação temos a participação de outros elementos além das palavras, tais como: gestos, expressão corporal, como também dos processos perceptuais em geral através dos quais informações são captadas de diversas fontes do meio ambiente. Schuell apresenta-nos uma distinção entre 'comunicados' (7) expressos por signos e 'comunicados' expressos por símbolos.

A distinção entre signo e símbolo é da seguinte ordem: um signo guarda alguma relação natural com o que significa. Um símbolo, por sua vez, não mantém nenhuma relação com o que representa, estando inserido em sistemas arbitrários e convencionais. Neste sentido, para Schuell, um signo é sempre extralingüístico e um símbolo é por definição uma unidade em um sistema lingüístico ou outro sistema convencional qualquer. Na afasia, em particular, estamos perante alterações da ordem do símbolo, ou seja, da expressão e compreensão de comunicados simbólicos.

"Muchos afásicos que no pueden comunicarse convenientemente por medios lingüísticos muestran una competencia casi normal para hacerlo por gestos, acciones y expresiones faciales." (ibidem:86)

A partir dessas considerações, Schuell propõe um esquema funcional para o processo de comunicação (ver figura, p.195) e será através desse esquema que realizará a classificação das afasias, como veremos mais adiante.



Esquema Funcional de Comunicação (Jenkins, 1964[1976]:102)

Esse esquema pode ser dividido em duas partes: uma responsável pela formulação da proposição e outra pela instanciação da proposição. A primeira compreende os seguintes componentes: necessidade, executor de intentos, modo figural e modo simbólico. A segunda parte inclui o planejador-intérprete, sinergismos receptores e efetores, receptor e efector. Passaremos a detalhar cada um desses componentes.

É no componente denominado necessidade que se tem a origem dos objetivos ou metas que devam satisfazer continuamente uma pessoa para manter o seu bem estar. Temos estados de necessidade biológicos (fome, sono, etc.) e estados de necessidade adquiridos (amor, comunicação, etc.). Alterações deste componente englobariam as doenças mentais em geral,

psicose, esquizofrenia, dentre outras. A nível lingüístico pode-se ter ausência de linguagem ou uma linguagem desconexa.

O executor de intentos é responsável pelas decisões que serão seguidas com o objetivo de satisfação das necessidades. Neste nível seleciona-se por qual dos modos (figural ou simbólico) se pretende formular a proposição. Alterações neste componente interferem na faculdade básica de formular proposições adequadas. Os sintomas mais perceptíveis são a desorganização do pensamento, amnésia geral, incapacidade de manter atenção dentre outros. Tem-se geralmente como correlato orgânico uma lesão cerebral generalizada.

O modo figural é considerado o modo de conhecimento mais primitivo. Os comunicados por signos são formulados neste componente e nele também se dá o armazenamento de conhecimentos que derivam da experiência direta com os objetos e acontecimentos em geral. As proposições formuladas neste modo podem ser expressas através de gestos, expressões faciais ou ações. A alteração do modo figural produz caracteristicamente o quadro clínico conhecido como agnosia. Agnosia é definida como 'falha no reconhecimento por uma ou mais via receptiva (agnosia visual, táctil, auditiva, etc)'. Schuell considera que a contraparte orgânica deste componente é o hemisfério direito.

No modo simbólico dá-se o processamento e o armazenamento dos comunicados por símbolos. Entende-se que este tipo de conhecimento se adquire não mais através de uma relação direta, mas sim por meio de descrição, ou seja, todo conhecimento adquirido por meio de linguagem de qualquer tipo: verbal, musical, matemática, etc. A alteração característica desse componente é a afasia, entendida como alteração do processamento dos comunicados simbólicos no seu aspecto receptivo e/ou produtivo.

"Deberíamos hacer notar especialmente que creemos que la facultad de procesar los comunicados simbólicos se verá deteriorada con respecto a los aspectos receptores, y productores de la comunicación. El defecto está en el propio procesamiento simbólico, y este proceso es básico para los comunicados simbólicos, ya sea que ellos ingresen o se produzcan." (Jenkins, 1964[1976]: 113)

Os sintomas primários da afasia são: redução do vocabulário disponível, alteração no grau de retenção verbal, alteração da recepção e produção dos comunicados simbólicos. A contraparte orgânica deste componente é o hemisfério esquerdo.

O planificador tem como função primária a síntese de um programa pelo qual se dará o comando da ação do efetor. Seu trabalho deve seguir rigorosamente as diretrizes oriundas do executor de intentos. O intérprete é uma abstração, ainda maior, e se conclui a sua existência em função de se assumir a dicotomia expressão/recepção. Em suma, teria o mesmo papel do planificador, porém a nível de recepção dos comunicados e não de

sua expressão. Exerce também a função de "feedback" para o emissor do comunicado. Alterações neste componente manifestam sintomas como erro de articulação em função da complexidade do movimento e tamanho da emissão e diminuição da discriminação auditiva.

Sinergismo é uma seqüência programada antecipadamente de atividades coordenadas que, uma vez iniciada, continuam automaticamente até que se completem. A partir disso, postula-se a existência dos sinergismos efetores em função da alta complexidade de atos motores que estão presentes nas atividades lingüísticas, de dança, esporte, etc. A alteração neste componente, no tocante à linguagem, é denominada disartria, na qual o sintoma básico é uma deficiência do comando e controle neuro-muscular.

O sinergismo receptor tem uma evidência ainda mais indireta do que o efector e sua existência é postulada com argumentos análogos aos anteriores no tocante à recepção dos comunicados. A alteração desse componente pode acarretar, por exemplo, um impercepção auditiva intermitente.

Órgãos efetores são os sistemas de ação do organismo e os órgãos receptores correspondem aos sistemas sensoriais responsáveis pela captação dos estímulos do meio.

3.3.2. Avaliação das afasias

A avaliação formal proposta por Schuell - O teste Minnesota para o Diagnóstico Diferencial da Afasia - teve a sua primeira versão elaborada em 1948. A própria Schuell e membros de sua equipe procediam a aplicação desse material em pacientes internados no Hospital de Minneapolis. Ao final de cada ano, após a tabulação dos dados, o teste era revisado. Em 1955, já na sexta versão do teste, ocorreu uma utilização experimental de maior parte com a sua aplicação em outros serviços hospitalares e universitários. Em 1965, nova revisão do teste foi realizada, e é essa versão que apresentaremos neste trabalho.

Dentre os objetivos do teste Schuell procurou inserir a possibilidade de predição sobre o prognóstico do paciente. Este fato diferencia-o dos outros testes utilizados na área.

O teste Minnesota é um teste quantitativo e apresenta duas escalas: a escala diagnóstica e a escala de gravidade. A primeira inclui as categorias funcionais abaixo, sendo que após a testagem recebem uma pontuação de acordo com os valores especificados a seguir:

Categoria funcionais	classificação
1. Discriminação auditiva	()
2. Reconhecimento auditivo	()
3. Grau de retenção auditiva	()
4. Discriminação visual	()
5. Reconhecimento visual	()
6. Memória visual	()
7. Orientação espacial	()
8. Compromisso da musculatura para a linguagem	()
9. Compromisso sensório-motor	()
10. Evocação de palavras	()
11. Fala funcional	()
12. Escrita funcional	()

Pontuação

0. Não há deficiência: rendimento dentro dos limites da normalidade de acordo com a idade e nível de educação.
1. Deficiência Leve: dificuldades ocasionais que não alteram o rendimento.
2. Deficiência moderada: dificuldades constantes; rendimento possível mas limitado ou deficiente.
3. Deficiência severa: alteração quase completa do rendimento.

O objetivo desta escala diagnóstica é o de "...señalar la natureza del deterioro que se observa." (Jenkins, 1964 [1976]:163)

A escala de gravidade por sua vez "designa el nivel de deterioro de las conductas comunes del lenguaje, pero no especifica la naturaleza del deterioro." (ibidem:164) Desse modo, Schuell sugere que a utilização de ambas as escalas se dêem de forma complementar.

São cinco as categorias de condutas comunicativas desta escala e a pontuação que recebem as quatro primeiras varia entre 0 e 6 e a quinta categoria recebe apenas 5 variações.

Categorias de condutas de comunicação	Classificação
1. Compreensão auditiva	()
2. Leitura	()
3. Linguagem falada	()
4. Linguagem escrita	()
5. Disartria	()

Pontuação

Compreensão auditiva

0. Não há deficiência observável.
1. Escuta um programa de rádio ou uma discussão geral com dificuldades mínimas.
2. Segue uma conversação comum com pouca dificuldade.
3. Segue a maioria das conversações, mas às vezes não capta o fundamental.
4. Segue as conversações simples mas necessita repetição.

5. Segue manifestações simples mas necessita bastante repetição.
6. Responde, em geral, de forma inconveniente porque não entendeu o que foi dito.

Leitura

0. Não há deficiência observável.
1. Lê material próprio de adulto com dificuldades mínimas.
2. Lê jornais e artigos breves em revistas.
3. Lê orações e parágrafos simples.
4. Seu vocabulário para leitura é de 100 ou mais palavras; lê algumas frases.
5. Emparelha vocábulos com figuras e é capaz de apontar dentre várias palavras a que foi dita pelo examinador.
6. Não existe leitura funcional.

Linguagem falada

0. Não há deficiência observável.
1. Conversa facilmente com pequenas dificuldades ocasionais
2. É capaz de manter um diálogo apresentando leve deficiência de elaboração e fluidez.
3. Mantém algum tipo de conversa espontânea porém com notável dificuldade para expressar idéias extensas e complexas.
4. Comunica-se através de frases prontas e palavras isoladas.
5. Expressa suas necessidades e desejos de maneira muito limitada ou deficiente.

6. Não existe linguagem funcional.

Linguagem escrita

0. Não há deficiência observável.

1. É capaz de escrever uma carta com pequenos erros.

2. Sua escrita espontânea apresenta leve deficiência quanto à ortografia e elaboração.

3. Escreve orações curtas e fáceis sob ditado e espontaneamente.

4. Seu vocabulário para soletração de 100 palavras ou mais; é capaz de escrever algumas frases e orações.

5. É capaz de escrever o próprio nome e algumas palavras sob ditado.

6. Não existe escrita funcional.

Disartria

0. Articulação e fluência normais.

1. Deficiência mínima e ocasional na fala.

2. Deficiência leve na articulação das palavras não interferindo na inteligibilidade.

3. Deficiência moderada, sua fala é geralmente inteligível, desde que o interlocutor se esforce para entender.

4. Deficiência severa, sua fala é ininteligível.

Espera-se que durante a evolução de paciente ocorram modificações quanto à escala de gravidade, mantendo-se o perfil

encontrado na escala diagnóstica.

Schuell tem claro que, através dessa quantificação final dos resultados, se perdem algumas informações importantes sobre o processo lingüístico em si e sobre mecanismos de compensação que o paciente possa estar utilizando. Entretanto, podem-se obter informações as quais, Schuell acredita, caracterizam as vantagens do teste quantitativo: a comparação do rendimento de um determinado paciente em diferentes períodos de sua recuperação; a comparação entre sujeito afásico e não afásicos; o estudo da distribuição dos erros de grande população de sujeitos afásicos.

O teste está agrupado em cinco títulos principais: testes de compreensão auditiva; testes visuais e de leitura; testes de linguagem; testes visuo-motores e de escrita; testes de relações numéricas e aritméticas. Existe a preocupação de que deva haver em cada um desses títulos o controle do grau de complexidade, partindo-se do mais simples para o mais complexo.

Os testes de compreensão auditiva envolvem provas de reconhecimento de palavras isoladas e em série - vale-se de figuras de objetos; discriminação auditiva entre pares mínimos dos vocábulos através do uso de figuras; reconhecimento de letras - apontar a letra nomeada pelo investigador; compreensão de narrativa curta; repetição de orações e números; compreensão

de ordens. Procura-se, sempre que o teste permitir, avaliar também a retenção auditiva, como, no teste de repetição de números inicia-se com dois números e vai-se aumentando gradativamente, por exemplo: 5 e 9; 10, 2 e 5; 1, 8, 20 e 11.

Os testes visuais e de leitura englobam provas de: reconhecimento de formas geométricas, de letras semelhantes, de vocábulos impressos; compreensão de leitura de orações e pequeno texto; leitura oral de palavras e orações; velocidade de leitura.

No teste de linguagem verifica-se a possibilidade de realização de tarefas como: imitação de movimentos de órgãos fono-articulatórios (OFA); repetição de vocábulos monossilábicos, de frases e de parágrafo; uso de linguagem automática (contar até 20; dizer os dias da semana); completar oralmente oração dadas; responder a perguntas simples; nomeação; definição de palavras; descrição de um quadro; elaboração de orações a partir de uma palavra determinada; expressão de idéias e informações (a respeito do que fez durante o dia ou dados pessoais, por exemplo).

Nos testes visuo-motores e de escrita realizam-se provas, tais como: cópia de letras gregas e de números; reprodução de figuras geométricas e de letras (apresenta-se o material durante alguns segundos e após a retirada deste é que o

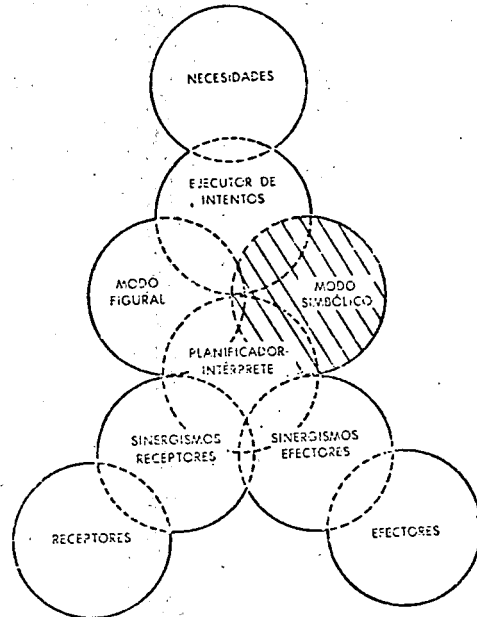
paciente deve reproduzi-lo); escrita, sob ditado, de letras, palavras e orações; elaboração de orações a partir de uma palavra determinada; elaboração de um parágrafo (descrição de uma figura de ação, por exemplo).

Os testes de relação numérica e processos aritméticos verificam a capacidade de: manipular dinheiro; marcar as horas num relógio; realizar operações matemáticas de adição, subtração, multiplicação e divisão; realizar problemas matemáticos por escrito.

Após a aplicação experimental deste teste, Schuell agrupou as alterações afásicas encontradas em sete categorias principais, as quais passaremos a descrever sucintamente. E, esta é a classificação adotada por ela.

Âfasia simples: caracteriza-se por performance reduzida em todas as modalidades da linguagem (fala, leitura e escrita), principalmente em função de uma redução do vocabulário disponível e do grau de retenção verbal. Não apresenta comprometimento a nível perceptual ou sensório-motor específico e nem componentes disártricos. A nível de esquema funcional, Schuell acredita que se encontra alterado o modo simbólico (ver esquema p.207) afetando principalmente a assimilação e expressão do conhecimento por meio de descrição. O prognóstico de recuperação deste tipo de afasia é excelente, sendo que a

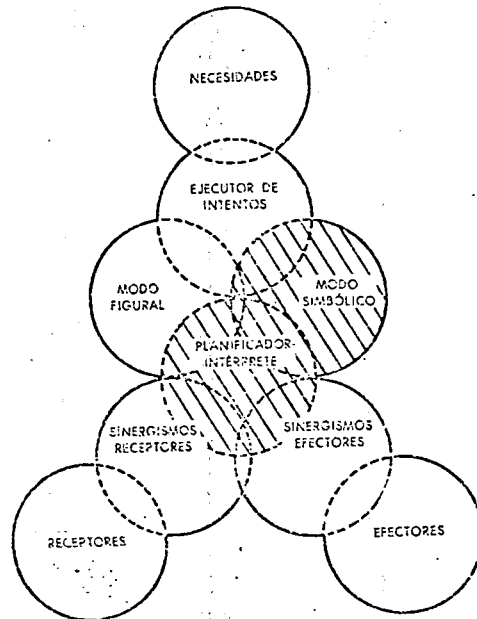
maioria dos pacientes consegue retornar a sua atividade profissional.



Esquema funcional referente à afasia simples
(Jenkins, 1964[1976]:206)

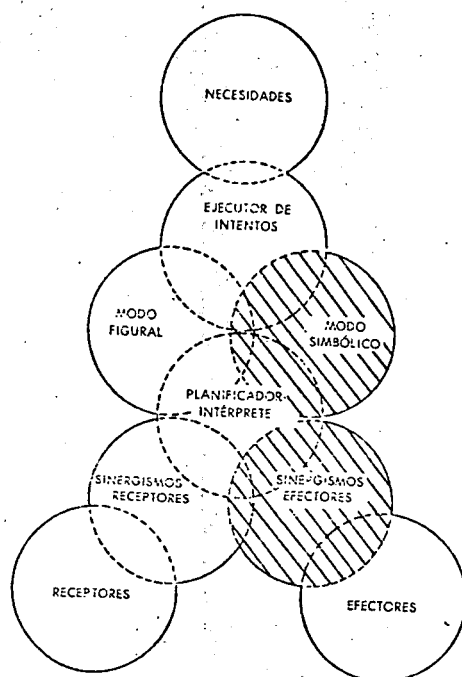
Na afasia com comprometimento visual encontra-se, a nível do desempenho na linguagem oral, bastante semelhança com a afasia simples. Seu comprometimento maior se dá no processamento do material lingüístico apresentado visualmente. Desta forma, a performance do paciente se vê bastante reduzida em atividades de leitura e escrita. Segundo Schuell não há evidência de lesões bilaterais que impliquem na alteração do componente figural, portanto acredita-se que a localização funcional desse comprometimento visual ocorra a nível do componente planificador-intérprete. O prognóstico para a linguagem oral é

excelente e para a leitura e escrita é bom com ritmo lento e com tendência a persistirem erros ocasionais.



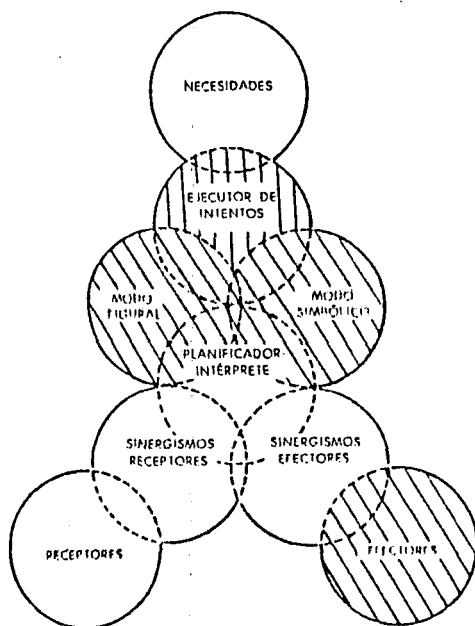
Esquema funcional referente à afasia com comprometimento visual
(Jenkins, 1964[1976]:222)

À afasia com disfluência persistente também apresenta, a nível da linguagem oral, a mesma performance da afasia simples. A presença da disfluência está relacionada com falhas no retorno proprioceptivo do sistema de articulação oral, a que Schuell atribui falhas no sinergismo efector. Ao exame neurológico não se constata problemas a nível da musculatura da fala, quer seja paralisia ou paresia. Quanto ao prognóstico, a expectativa é excelente para a afasia e em relação à disfluência deve-se procurar obter um controle consciente da articulação enquanto se processa a fala.



Esquema funcional referente à afasia com disfluência persistente
(Jenkins, 1964[1976]:230)

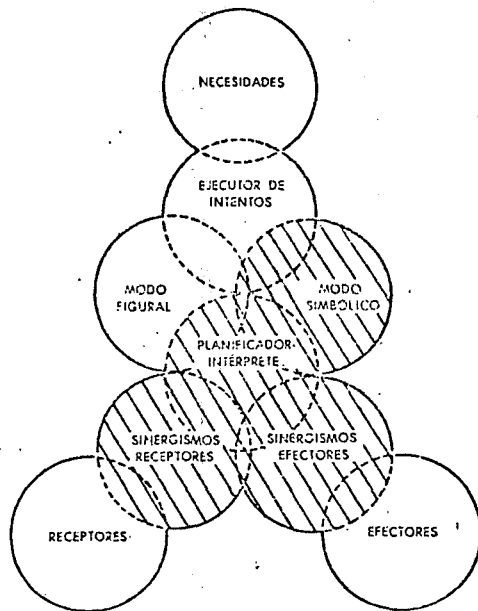
A afasia com achados dispersos é compatível com alterações orgânicas generalizadas nos dois hemisférios cerebrais. A alteração afásica em si é moderada, porém o quadro geral se vê agravado por alterações da orientação espacial, disartria, percepção visual e grande labilidade emocional com tendência à depressão. Vemos no esquema funcional (p.210) o comprometimento de vários componentes funcionais. O prognóstico é reservado não tanto em relação ao quadro afásico, mas no tocante à situação fisiológica e psicológica em geral.



Esquema funcional referente à afasia com achados dispersos

(Jenkins, 1964[1976]:249)

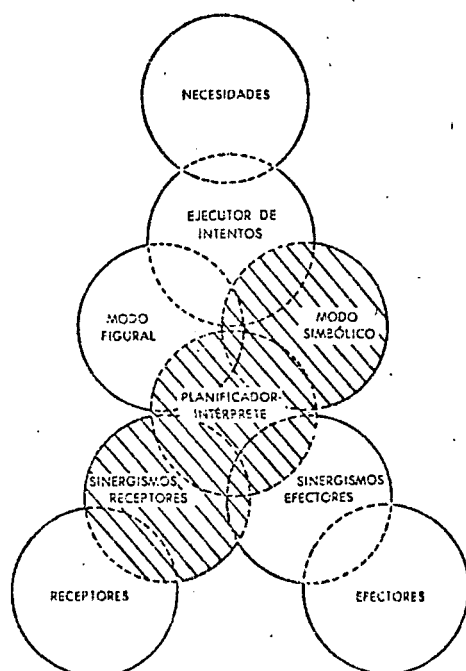
Na afasia com comprometimento sensório-motor encontramos uma severa redução de vocabulário e do grau de retenção verbal em todas as modalidades da linguagem, quadro esse agravado por alteração na percepção e produção de esquemas fonêmicos. Desse modo, observam-se alterações na recepção e produção da fala, devido à falha no "feedback" auditivo e proprioceptivo. Tais alterações acentuam-se à medida em que se aumenta a complexidade do material lingüístico (complexidade, aqui refere-se à extensão das palavras e frases, bem como ao seu modo de articulação). O prognóstico é reservado, sendo que o paciente pode conseguir uma fala inteligível para um nível de comunicação rotineiro.



Esquema funcional referente à afasia com comprometimento sensório-motor (Jenkins, 1964[1976]:270)

À afasia com impercepção auditiva intermitente está caracterizada por um comprometimento severo dos processos auditivos que se manifesta de duas formas: a) o paciente não discrimina auditivamente unidades lingüísticas do fluxo sonoro, não sendo capaz de repetir nenhuma palavra; b) apresenta discriminação normal, pois repete perfeitamente unidades lingüísticas, mas não consegue apreender o seu significado. Schuell acredita que no primeiro caso temos um comprometimento maior do componente sinergismo receptor e no segundo está mais afetado o intérprete. Entretanto esses dois componentes se

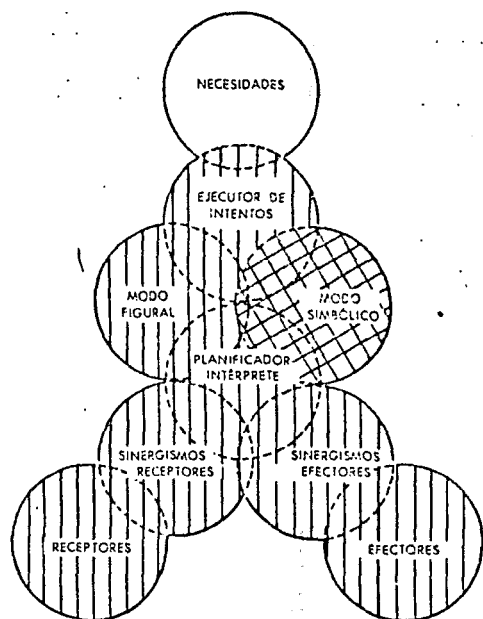
apresentam alterados neste tipo de afasia, além do modo simbólico. Apesar disso tudo, ocasionalmente o paciente pode ser capaz de produzir expressões adequadas. A leitura e escrita refletem as dificuldades da linguagem oral. O prognóstico é reservado, há evolução do quadro satisfatoriamente, porém não se espera que alcance uma linguagem funcional normal.



Esquema funcional referente à afasia com impercepção auditiva intermitente (Jenkins, 1964[1976]:283)

Síndrome de afasia irreversível é o tipo mais grave de afasia, sua recuperação é extremamente limitada, restringindo-se a um tipo de linguagem reativo e alguma possibilidade de repetição e nomeação. Apresenta alterações orgânicas

generalizadas e quadro depressivo. A nível de esquema funcional hipotetiza-se a alteração de quase todos os componentes.



Esquema funcional referente à síndrome de afasia irreversível
(Jenkins, 1964[1976]:295)

Schuell faz ainda uma advertência de que a classificação dos pacientes e a predição de seu prognóstico só fazem sentido quando se está em contato com quadros neurológicos estáveis.

3.3.3. Terapia das afasias

Antes de passarmos a falar sobre a abordagem terapêutica proposta por Schuell, bastante conhecida sob o nome de 'Abordagem de Estimulação Auditiva' (8), gostaríamos de trazer algumas informações gerais sobre peculiaridades do Hospital de Minneapolis, local onde se desenvolveu o trabalho da autora. Na realidade o nome completo do estabelecimento é Hospital de Administração de Veteranos de Minneapolis sendo mantido pelo governo. Pela descrição e apresentação dos casos clínicos nos foi possível perceber que o hospital realizava além dos serviços médicos necessários, toda a parte de reabilitação do paciente afásico, contando com serviços de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. O paciente fica internado durante boa parte de seu trabalho de reabilitação, passando por todos esses profissionais, quando necessário. O hospital conta, ainda com uma biblioteca e sala de música e TV para horas de lazer e para o estudo programado individualizado do paciente. Atividades de recreação e esportivas também eram realizadas. A reintegração social do paciente através da reinserção do mesmo em atividades profissionais, remuneradas ou não, é uma tônica bastante presente em todos os relatos.

Dentro desse ambiente, a necessidade de comunicação entre os profissionais é muito grande e assim, mais uma vez se

justifica a elaboração da escala de gravidade e de diagnóstico como instrumento através do qual pode-se dar e obter informações sobre as possibilidades residuais do paciente em situações naturais de comunicação, bem como de suas limitações.

Schuell defende a atuação terapêutica individualizada, pois acredita ser esta a necessidade do paciente, uma vez que contatos em grupos ocorrem em outros setores e mesmo em situações de lazer. Mesmo assim, no caso de se realizarem sessões em grupo, estas nunca devem substituir as individuais.

Apresenta como objetivo primário do tratamento fonoaudiológico da afasia o desenvolvimento da comunicação e define o papel do terapeuta como 'estimulador':

"...el papel del terapeuta no es el de un maestro. No tiene nada que hacer para enseñar al adulto afásico a hablar, leer o escribir. No enseña al paciente sonidos, o palabras, o reglas para combinar palabras. Trata, en cambio, de comunicarse con el paciente y estimular la función máxima de los procesos interrumpidos." (Jenkins, 1964[1976]:317)

Parte do princípio de que em todos os tipos de afasia sempre temos déficit nos processos auditivos, resultando na recepção dos estímulos verbais de forma reduzida. É por acreditar nisso que Schuell preconiza a estimulação auditiva intensiva, ou seja, muita repetição do mesmo estímulo, para que possa ser captado pelo paciente e decodificado a nível cerebral.

A combinação do estímulo visual ao auditivo pode ser extremamente útil no processo terapêutico, sendo bastante explorada em todos os níveis e etapas.

Outras tentativas de potencializar o estímulo auditivo se referem ao uso de unidades lingüísticas significativas e de alta frequência de uso, bem como de pequena extensão (frases curtas), com o objetivo de facilitar o reconhecimento auditivo. O controle da duração do estímulo, procurando-se falar de forma mais lenta, porém mantendo-se a inflexão normal da frase, é também utilizado.

Um aspecto bastante enfatizado por Schuell é o de que cada estímulo dado pelo terapeuta deve suscitar uma resposta. Isto porque é através da resposta do paciente que a terapeuta controla a adequação do estímulo dado e, em segundo lugar, pela importância da própria atividade e do "feedback" para o paciente. Considera que o exercício completo, estímulo dado e resposta obtida, constitui um ciclo que compreende discriminação, seleção, integração do estímulo e facilitação de respostas posteriores. No início do trabalho pode-se aceitar respostas bem simples, como o apontar e aos poucos a exigência será gradativamente aumentada.

Uma outra questão diretamente ligada a esta é a idéia de que a terapeuta tem o papel de estimular, de provocar a

resposta e não de corrigi-la, pois a medida que se aumenta a linguagem disponível do paciente, os erros diminuem.

"... El tiempo en la clínica debe dedicarse al estímulo y a producir lenguaje, no a forzar al paciente a la lucha en busca de respuestas o en corregir las equivocadas. El objetivo es poner en marcha los procesos del lenguaje, no enseñar al paciente que todo cuanto dice está equivocado." (Jenkins, 1964[1976]:320)

Schuell acredita que deva-se empregar "facilitações" e não correções. Entende como facilitação o emprego de uma modalidade de linguagem para facilitar outra, por exemplo: soletrar palavras em voz alta ajuda a atividade de escrevê-las; o ditado de orações ajuda a escutar e reter seqüência mais longas; a leitura em voz alta em unísono com o terapeuta reativa os esquemas de linguagem e facilita a fala e a leitura.

Com esta postura, a nível do processo terapêutico, Schuell critica outras abordagens que utilizam exercícios articulatórios para o trabalho a nível de fonema e palavras, como a produção imitativa de posturas articulatórias, produção de vocábulos que comecem com tal fonema.

Apresentaremos a seguir as técnicas para a estimulação da linguagem, consideradas a coluna vertebral da terapêutica da afasia.

Organiza-se um material de 200 a 300 cartelas de

figuras de objeto e/ou ação que irão constituir o vocabulário básico.(9) Paralelamente, confeccionam-se cartelas com os respectivos vocábulos escritos. A atividade a ser desenvolvida é a seguinte: orienta-se o paciente a escutar a palavra dita pela terapeuta e a olhar a figura e a palavra escrita e pensar sobre ela. Conseguindo, deve 'deixar' sair a palavra sem forçar. O terapeuta aponta para as cartelas e pronuncia 20 vezes o vocábulo correspondente, com boa articulação e intensidade de voz adequada.

"...El paciente deberá ser detenido si se produce la conducta de lucha, y decirle que escuche hasta que el oído lo haga por él y la palabra surja fácilmente." (ibidem:330)

Se após ser feito o mesmo procedimento com quatro vocábulos, o paciente ainda não for capaz de realizar nenhuma repetição a terapeuta deve dispor as cartelas na frente do paciente, nomeá-las uma a uma e pedir para que ele aponte a cartela correspondente. No caso do paciente apresentar dificuldade pode se fazer uso de frases como: "com o que se corta?" isto se o vocábulo que está sendo trabalhado for faca. Se mesmo assim o paciente não conseguir, prossegue-se a nomeação e deve-se conduzir a mão do paciente até a figura. O retorno à atividade de repetição só deve ocorrer quando o paciente estiver apontando para as cartelas com segurança.

Quando o paciente começar a repetir, pode produzir apenas uma aproximação da palavra requerida, mesmo assim não se deve corrigi-lo e sim solicitar que escute mais vezes a palavra. Tão logo o paciente esteja em condição de repetir o vocábulo adequadamente, deve-se apresentar-lhe novos modelos frasais como: na casa; vá para casa; uma xicara de café, mantendo-se o mesmo procedimento. Após ser capaz dessa repetição, a terapeuta irá fazer perguntas do tipo: o que é isto? apontando para a figura. Se o paciente não conseguir responder, retoma-se todo o processo.

O mesmo jogo de cartelas é usado diariamente durante cinco dias. No final da semana, têm-se a expectativa de 80% a 100% de acerto das atividades de nomeação. Schuell orienta que um bom critério de evolução é a medida do tempo de latência entre a pergunta da terapeuta e a resposta do paciente. Às vezes, o número de vocábulos não aumenta, porém observa-se uma diminuição desse tempo de latência e isso é sinal de melhora. Geralmente, dá-se 60 segundos de tempo entre a pergunta e a ajuda a ser oferecida pela terapeuta, caso não haja resposta. Todos os dias o paciente deve levar cinco palavras da lista da semana para praticar cópia, até que possa escrevê-las de forma independente. Em sessão, exercita-se a soletração das palavras em voz alta e em uníssono por várias vezes, bem como realiza-se ditado das palavras exercitadas fora da sessão.

Quando a nomeação das cartelas ocorre com facilidade, deve-se proceder da seguinte forma: solicita-se novamente a nomeação ora mantendo-se encoberta a palavra escrita e ora cobrindo-se a figura (nesse momento o paciente realiza a 'leitura').

Após a atividade em si de repetição se tornar fácil para o paciente, organiza-se uma tarefa programada (com fita cassete) a qual contará com mais vinte palavras novas semanalmente para a prática independente.

Schuell observa que esse vocabulário praticado através da repetição se torna funcional desde o início, ou seja, é utilizado pelo paciente em situações reais de vida, como também começam a surgir palavras na sua fala que não foram treinadas.

Logo que a atividade de nomear for realizada com facilidade, inicia-se o trabalho a nível da frase. O mesmo procedimento deve ser seguido: repetição da frase, mais ou menos 4 a 5 vezes, cópia, leitura em voz alta, ditado e tarefa programada individual. Paralelamente o terapeuta introduz algumas atividades menos dirigidas, por exemplo: com algumas figuras dispostas sobre a mesa, o terapeuta aponta para uma delas e diz: fale-me algo sobre isto. Schuell relata-nos que no início o paciente se utiliza de uma única palavra que inclusive pode ser o próprio nome, ou seja, acaba nomeando a figura. O

terapeuta deve, então, elaborar uma frase a partir desse vocábulo dito. Aos poucos a produção do paciente passa para série de palavras e depois frases curtas. Nesse momento, deve-se iniciar com a tarefa de escrever diariamente duas a três frases originais, as quais serão lidas oralmente na sessão do dia seguinte.

Outra atividade sugerida é a de associação, ou seja, o terapeuta diz um vocábulo e o paciente deve dizer outro, de preferência o primeiro que lhe vier a mente. Nesta etapa do trabalho já é possível desenvolver atividades de descrição de figuras temáticas; leitura de parágrafos em uníssono até o paciente conseguir sozinho, o que geralmente se dá após cinco vezes mais ou menos; o terapeuta deve ir diminuindo a sua participação a cada leitura, lendo cada vez mais baixo, interrompendo no meio da frase e retomando logo em seguida. A seguir, o paciente deve comentar a sua opinião sobre o conteúdo do parágrafo, para tanto, deve-se permitir que realize uma leitura silenciosamente para captar melhor o sentido do texto.

A fase seguinte consiste em atividades de definição de palavras, leitura de artigos curtos (várias vezes), resumo de idéias principais, tudo feito oralmente. Como atividade independente, o paciente deve realizar leitura e cópia de frases; elaborar frases originais; leitura de pequenos artigos em jornais e a leitura de um livro (atividade que tomará mais ou

menos quinze a sessenta minutos diários, período em que se deve anotar o número de páginas lidas e o tempo gasto). Em sessão, serão discutidas as notícias do jornal e a seqüência do livro, realizado ditado de frases e produção de pequenos parágrafos. Nesse momento, paciente já tem condições de seguir noticiários em T.V. e rádio, tecer comentários com os companheiros e com a terapeuta, assistir a filmes em vídeo e usufruir dos livros da biblioteca.

Essa seqüência de trabalho é sempre mantida em todos os tipos de afasia, iniciando a partir do ponto em que comecem as dificuldades. Mas, existem quadros nos quais o paciente não é capaz de repetir nada, pois encontra-se em supressão total de linguagem. Nesses casos, e somente nesses, Schuell sugere o seguinte procedimento: exercícios de abertura e fechamento da boca associados a movimentação da língua; associar abertura da boca com pressão laringea e produção da terapeuta do fonema /a/, várias vezes, solicitando ao paciente que repita o feito; aproveitar situações de riso ou choro e demonstrar ao paciente que ele não perdeu a voz e portanto é capaz de produzir o /a/; fazer uso da linguagem automática: o terapeuta canta uma música e o paciente acompanha com murmúrio, depois com /lá-lá-lá/ e a seguir deve aos poucos deixar sair algumas palavras da letra da música. Após ser capaz de acompanhar cantando uma música, iniciar o trabalho descrito anteriormente com repetição de vocábulos.

Gostaria de encerrar com uma citação de Duffy a respeito da proposta de Schuell:

"...it is almost a certainty that the stimulation approach, or aspects of it, will be among the most frequently and intensively studied." (1981:136)

3.4. ANA BASSO

A autora destaca como uma grande dificuldade nas pesquisas em afasiologia, a falta de consenso quanto a conceitos-chaves como linguagem, inteligência e afasia. Preocupou-se em deixar clara a sua concepção de linguagem e de afasia, conceitos estes implicados diretamente e sem os quais não há possibilidade de desenvolver um trabalho clínico.

"Nell'ambito di questo manuale il linguaggio viene considerato, in modo molto pragmatico, come quella facoltà che hanno gli uomini di intendersi per mezzo di segni vocali, di tradurre cioè i propri contenuti di coscienza in parole e queste in significati." (Basso, 1977[1982]:12)

A partir desta definição de linguagem, Basso entende afasia como a perda dessa faculdade e acredita que a alteração possa incidir predominantemente sobre o aspecto compreensivo ou

expressivo da linguagem.

O objetivo básico da reeducação é a reconstrução do que foi perdido, ou seja, da linguagem. A idéia essencial é a recuperação do uso intencional da linguagem com fim de comunicação com o seu semelhante.

Apoiando-se em Jackson, Basso reafirma a idéia de que o paciente afásico mantém preservado o uso automático da linguagem, sendo que o seu problema reside no uso voluntário e intencional da linguagem. O uso automático da linguagem pode ser exemplificado pela produção de vocábulos ou expressões lingüísticas num contexto de alto valor emocional. Isso acontece, por exemplo quando uma criança está para cair da escada e o paciente grita: 'cuidado!'; quando o contexto lingüístico através do significado ou entonação auxiliam a evocação do vocábulo (atividades de completar frases oralmente); ao cantar ou rezar, etc.

Basso acredita que o afásico não possui problemas quanto ao vocabulário, sua dificuldade não está determinada pelo fato de não dispor de certa palavra. Como seria o caso da criança em fase de aquisição da linguagem, que não dispõe de palavras que ainda não ouviu. Na afasia, a dificuldade é sobretudo um problema de evocação sob o comando voluntário.

"...il paziente dispone sí delle parole ma non è piú

in grado di farle emergere, di utilizzarle quando vorrebbe." (ibidem: 24)

Desta forma, posiciona-se contrária a abordagens terapêuticas que visam ensinar ou re-ensinar o paciente afásico a falar, por meio da aprendizagem de um vocabulário determinado (geralmente palavras mais comuns e portanto mais funcionais). Classifica sua proposta terapêutica dentro das 'abordagens baseadas em estimulação' na qual o papel do terapeuta não é o de ensinar o paciente a falar e sim de

"...stimolare il paziente acciocché produca le integrazioni corticali necessarie al linguaggio, quello cioè di far funzionare un meccanismo inceppato." (ibidem:18)

A concepção de funcionamento cerebral subjacente a esta posição é a de que ao ser produzida uma palavra ou expressão linguística por via automática, é deixado um vestígio no circuito cerebral, o qual deve ser reutilizado através da produção intencional. Este vestígio facilita a produção voluntária .

Basso apresenta uma analogia do cérebro do paciente afásico com uma máquina enferrujada. Para o funcionamento da máquina é necessário que se utilizem alguns procedimentos (uso de graxa, por exemplo) que facilitam o seu movimento de girar (uso de facilidades dadas pelo terapeuta) e as suas primeiras

voltas de dariam ainda de forma precária (uso automático da linguagem- vestígio no circuito cerebral), entretanto essas primeiras voltas facilitaríam as posteriores que seriam mais velozes e precisas (uso voluntário da linguagem).

Depreende-se claramente, perante o exposto, que a base do trabalho terapêutico será determinar o que utilizar como facilitação e como proceder. Nesse sentido, Basso nos diz que o papel do terapeuta consiste em recriar uma situação que determine um modo mais ou menos automático à resposta que o paciente deve dar, ajudando-o com a possibilidade de reduzir a mensagem solicitada e propiciando-lhe alternativas dentre as quais possa operar sua escolha. A partir dessa resposta obtida por via automática, o paciente deve reestruturar, redizer a resposta de forma voluntária e intencional.

"... Fossiamo così arrivare ad una risposta corretta che è stata ottenuta con l'intervento del terapeuta. Questa stessa risposta deve poi essere ottenuta nuovamente, senza aiuti, in via intenzionale perché lasci una traccia duratura nei circuiti nervosi." (ibidem:30)

Gostaríamos de expor, a título de ilustração das técnicas da facilitação, um exemplo retirado da apresentação de um dos casos clínicos da própria autora. A atividade solicitada ao paciente é de recontar um pequeno texto. Neste caso a leitura foi realizada pelo próprio paciente por três vezes, contando com o auxílio da terapeuta.(10)

"Un asino si coprí con la pelle di un leone. E tutti dicevano: 'Che leone!' Uomini e bestie fuggivano. Ma il vento soffiò, la pelle si sollevò e tutti videro l'asino. La gente accorse infuriata e l'accopò a furia di bastonate.

T. Di cosa parla questo racconto?

P. Eh...Di una...eh. Non mi ricordo piú...E una bestia..

T. Sì! Che bestia è ?

P. Un, un...Non mi viene in mente...

T. E un...

P. E un...Non, mi vien! Lo so ma...

T. E un elefante?

P. No!...[Ride] quello con le orecchie lunghe.I-ò!i-ò [Ride] fa così ma...

T. [Interrompendolo] E un...[Imposta, senza emettere suono, il fonema /a/]

P. Á...cos'è ? a.. un a.. lo so ma...

T. Stia attento. [Breve pausa per attirare l'attenzione del paziente] Á scuola sei proprio un...[spalancando la bocca]

P. Ásino sí, un asino !

T. Allora, di chi parla questo racconto?

P. Di un asino.

...(Basso, 1977[1982]:97)

Neste exemplo podemos ver que o paciente não consegue evocar a palavra 'asino' para responder a pergunta da terapeuta. Esta utiliza-se de uma facilitação: uso de um outro vocábulo dentro da mesma matriz semântica (elefante), a que o paciente reage demonstrando que sabe o que quer falar só não sabe o nome (Não,...aquele com orelha comprida). A seguir, a terapeuta interrompe as explicações dadas pelo paciente, provavelmente para evitar que ele empreenda uma luta à procura do vocábulo, e/ou desvie-se do assunto, e utiliza-se de outra facilitação: explicitação da postura articulatória do fonema inicial da palavra a ser evocada. Esta não surte o efeito esperado, o paciente continua na busca do vocábulo. A terapeuta o interrompe

novamente, para que volte a atenção para ela, faz uso então da emissão de uma frase incompleta e ainda de explicitação da articulação e, desse modo, o paciente chega a produção da palavra 'asino'. Esta emissão é considerada automática e deve ser imediatamente retomada para ser aproveitado o vestígio deixado no circuito cerebral na produção voluntária e intencional. A terapeuta retoma a pergunta inicial e o paciente consegue responder prontamente.

Concluindo, pode-se dizer que segundo Basso, facilitação é todo artifício usado pelo terapeuta com objetivo de obter uma resposta do paciente. A nível prático, ela nos mostra que as facilitações mais eficazes são: o uso de contexto verbal para suscitar a palavra automaticamente (completar frases) ênfase na entonação da frase; explicitação da postura articulatória do fonema inicial da palavra solicitada; uso de vocábulo oposto e uso de um outro vocábulo dentro da mesma esfera semântica.

Um alerta feito pela autora é o de não se realizar facilitações excessivas, por dois motivos: a) essa atitude pode mascarar uma dificuldade de compreensão do paciente; b) quando não se sabe exatamente o que o paciente pretende dizer, a ajuda da terapeuta pode na realidade atrapalhar, desviando-o de seu propósito. (11)

Um outro fator de suma importância no decorrer do processo terapêutico é a correção da produção inadequada, devendo sempre ser feita a fim de que o paciente tome consciência do erro e procure se corrigir. A melhor maneira de ser feita essa correção, segundo Basso, não é através da explicação do erro e da produção do modo correto, pois isto só confundiria mais o paciente. Sugere que se repita a produção do paciente (o erro) de forma interrogativa e paralelamente o terapeuta deve fazer gestos e expressão facial de negação ou espanto. Neste sentido, o paciente terá a oportunidade de se confrontar com o erro, e tentar a auto correção. Caso esta não ocorra, a terapeuta retoma o contexto da produção e fala a forma correta.

O processo terapêutico em si, deve ser planejado a partir de uma avaliação objetiva e padronizada, pois só dessa forma, a terapeuta terá condições de comparar a evolução do caso e saber exatamente seu grau de dificuldade. Entretanto, Basso não apresenta o teste que utiliza na sua prática clínica(12).

De posse dos dados da avaliação, a terapeuta deve iniciar a partir da linguagem residual do paciente; nos casos em que o déficit de compreensão e o de expressão são equivalentes, o trabalho sobre a compreensão precederia o da expressão.

Basso preconiza que o trabalho deve ser desenvolvido

através de atividades dirigidas, exercícios, entendendo-se por exercício um conjunto de fatores: o material empregado, a instrução dada, a atitude do terapeuta para obter a resposta (uso ou não de facilidades) e o comportamento do terapeuta ao ser obtida a resposta.

Esses exercícios devem incidir sobre a compreensão e expressão oral, leitura e articulação. Apresentaremos os sub-ítem de cada um desses tópicos e acreditamos que não há necessidade de um detalhamento maior em função da exposição anterior elucidar os princípios gerais do trabalho.

Quanto à compreensão oral, Basso propõe exercícios que englobam a indicação de objetos e figuras (isoladas ou em série); indicação de categorias; indicação de figuras a partir de sua definição; execução de ordem; compreensão de descrição e narrativa.

Em relação à expressão oral, as atividades sugeridas são: denominação de figura e objeto; descrição de figura e recontagem de uma estória.

Basso acredita que o objetivo maior na reabilitação do afásico é a recuperação da linguagem a nível oral, portanto a leitura e escrita são utilizadas muito mais a nível de suporte e apoio para a oralidade. Este também é o estatuto dado para

atividades de repetição. Nesse sentido, as atividades com leitura e escrita seguem em paralelo aos exercícios mencionados anteriormente. Por exemplo, o paciente nomeia um objeto, deve então ser propiciada a oportunidade de ler o vocábulo, copiá-lo e depois escrevê-lo através de ditado. O terapeuta pode ajudar realizando a leitura em uníssono, apontando para cada sílaba, para ser realizada a associação entre o som e sua representação gráfica. A nível da escrita, Basso sugere que se o paciente tiver dificuldade para evocar os grafemas que estes sejam associados a vocábulos que ele domina bem, por exemplo, v de vaso, c de cachorro, etc. Faz uma ressalva de forma bastante enfática, o paciente só deve escrever o que for capaz de falar intencionalmente.

A nível de exercícios articulatórios propõe o trabalho com movimentos ligados a uma situação real, por exemplo, apagar uma vela, depois soprar sem apagar; protusão de lábios associados ao ato de beijar, etc. E aos poucos ir relacionando esse movimentos às posturas articulatórias dos fonemas. A seqüência dos fonemas a serem trabalhados deve ter como critério a perceptibilidade. O uso de um espelho para auxiliar o controle do paciente de seus próprios movimentos também é sugerido. Trabalha-se num primeiro momento com o som isolado, a seguir com sílabas, palavras e por último com frases.

Para finalizar, salientamos que Basso enfatiza que,

sempre que possível, o trabalho deve ser realizado a nível da frase. A etapa com nomeação e outras atividades que envolvam vocábulos isolados deve ser superada o mais rápido possível. Acredita-se que desse modo pode-se minimizar os problemas referentes ao agramatismo, pois desde o início a terapeuta deve focalizar a atenção do paciente para os elementos de ligação, concordância, etc. Uma exceção é feita nos casos de afasia amnésica, em que os exercícios de nomeação devem ser prolongados, pois a sua dificuldade só se refere a evocação de vocábulos.

3.5. Considerações sobre as abordagens fonolinguísticas da afasia

Retomando a idéia central de que a afasia é um lugar privilegiado de explicitação da relação existente entre o cérebro e a linguagem, consideramos que no tocante à este tema, a fonolinguística tem o seu ponto de origem e de chegada na própria afasia, necessitando, entretanto, dirigir o seu olhar tanto para o cérebro como para a linguagem. Em função de seu próprio objeto de estudo, a 'linguagem na dimensão dita patológica' (13), não deve nos causar estranheza o fato de estar, a fonolinguística, centrada na questão da terapia, pois esse é o

seu espaço e lugar. Com isso, não queremos dizer que possui um caráter exclusivamente prático; acreditamos sim que deva construir sua teoria a partir da atuação clínica. O que deve ser evitado é que venha ser uma área de aplicação de outras áreas de estudo, pois dessa forma não se constituirá como uma disciplina autônoma. Este não é um problema específico da fonoaudiologia, sendo comum a todas as áreas interdisciplinares, pois a sua constituição não deve ser vista como o lugar da intersecção das outras disciplinas autônomas, visto que esse lugar é o da área de aplicação direta. Toda e qualquer área interdisciplinar sofre a influência de outras áreas de estudo, como também as influencia a partir de suas 'descobertas', de seus conhecimentos. Para que esse relacionamento entre as áreas se dê, uma questão importante que se coloca é a compatibilidade de seus pressupostos teóricos.

Analisemos, agora, o que ocorre nas abordagens terapêuticas que selecionamos para fazer parte deste trabalho.

Respeitando a ordem cronológica do surgimento das propostas, começemos pelo 'Kit de Afasia', de autoria de Martha Taylor e col.. Achamos que esse tipo de trabalho deve ser totalmente recusado por toda e qualquer pessoa que tenha o mínimo de bom senso em relação à linguagem e seus mecanismos de aquisição e, principalmente, à situação especial de uma pessoa adulta, com inteligência normal, que até bem pouco tempo estava

com sua capacidade lingüística plenamente desenvolvida para seu nível sócio-cultural e que, se vê privada dessa atividade tão fundamental para o exercício social. Quanto mais em se tratando de profissionais especializados!

A superficialidade com que o material foi apresentado, pelos autores ao público em geral não nos permite tecer comentários sobre as bases neurológicas subjacentes.

Quanto ao aspecto lingüístico, o que se pode dizer é que a linguagem acaba sendo reduzida a um inventário de cem vocábulos, todos de uma mesma categoria (substantivos), sendo o objetivo final do trabalho também parcial e restrito. Não conseguimos imaginar uma pessoa reduzida, na sua prática social, ao exercício da linguagem dispondo apenas de 100 (cem) palavras.

O processo de 'aprendizagem' desses 100 (cem) vocábulos se dá através do emparelhamento do código oral ao gráfico, o que nos leva a supor que a linguagem gráfica é entendida como tradução da oralidade, sendo em verdade trabalhada como rótulos de objetos. A dicotomia expressão versus compreensão com presença bastante acentuada desde a classificação das afasias apresentadas, (p.187) também se coloca durante os exercícios. As etapas pré-estabelecidas a nível de pré-requisitos, parece-nos que seguem um princípio básico: primeiro se dá a recepção do estímulo através de seu

reconhecimento - demonstração dada pelo 'terapeuta'; a seguir a etapa de discriminação do estímulo através de sua seleção dentre outros estímulos; e por fim a sua produção a nível oral e/ou gráfica.

Em última instância, o que pode resultar de um trabalho como este é a aquisição desses vocábulos a nível de condicionamento, pois a única alternativa colocada em caso de dificuldade é a repetição incessante de todas as etapas até que se atinja a porcentagem esperada de acerto.

Em síntese, temos aqui uma abordagem de reabilitação de linguagem do afásico que na verdade apaga a linguagem, porque a reduz a uma mera nomenclatura e apaga totalmente a pessoa, porque elimina a identidade do indivíduo enquanto sujeito de uma história e reduz a nada (faz 'tabula rasa').

A proposta de Schuell diferencia-se de outras abordagens na área da foncaudiologia, porque explicita algo mais do que uma abordagem terapêutica, um referencial teórico.

Tal abordagem nasceu da prática clínica, como a própria autora revela e sendo esta abordagem fruto de quinze anos de trabalho, deduzimos então que tal prática clínica teve início em 1949. O que pretendemos evidenciar a partir dessas informações é que durante esse período, tínhamos no panorama

lingüístico a proposta estruturalista, no panorama psicológico a abordagem comportamentalista e apenas no final do percurso de Schuell tivemos o advento da teoria gerativa-transformacional.

De alguma forma, vemos na sua abordagem influências de todas essas correntes teóricas e aqui se coloca de forma gritante a questão da incompatibilidade dos pressupostos teóricos a que nos referimos anteriormente.

Vemos que Schuell, pelo menos a nível teórico, prioriza a função comunicativa da linguagem e isso fica marcado no seu 'esquema funcional de comunicação'. Entretanto, não encontramos no seu procedimento terapêutico ênfase no que se refere às situações comunicativas de fato. O fazer fonoaudiológico fica reduzido a uma mesma forma de proceder, pois Schuell acredita que só há um tipo de afasia, concebida como uma redução quantitativa das modalidades da linguagem, além de estar totalmente apagada a história pessoal de cada sujeito. A técnica em si sofre influência da abordagem comportamentalista, no sentido da primazia da noção estímulo/resposta. Este fato é revelado no papel atribuído ao terapeuta que é o de estimular uma resposta e não forçá-la e nem corrigi-la. O 'paciente' por sua vez não deve empreender uma 'luta' em busca da resposta. Esta deve aparecer 'espontaneamente' em sua boca, ou seja, o 'paciente' fica colocado numa posição passiva em relação à sua produção, pois

através da escuta repetitiva do estímulo a produção se impõe. Não há espaço para um processo epilingüístico através do qual o falante opera sobre a linguagem. Por outro lado, parece que ao introduzir noções de gramática gerativa-transformacional, Schuell iguala o procedimento anterior à noção de input. Explicando melhor, uma vez que a afasia é entendida como uma alteração da performance e não da competência lingüística, permanece a idéia de que o conhecimento lingüístico está preservado e organizado internamente na mente do 'paciente' e o meio (dados lingüísticos apresentados de forma repetitiva), ou seja, o input, irá de alguma forma disparar o seu funcionamento adequado.

Se esta interpretação não estiver totalmente correta, deve, pelo menos, estar próxima da verdade pois Schuell nos diz que tão logo o paciente se torne capaz de repetir alguns vocábulos, outros, externos à lista pré-estabelecida, começam a surgir na sua fala, o mesmo ocorrendo a nível da frase

A proposta de Ana Basso parece-nos que se volta muito mais para o cérebro do que para a linguagem, retomando o nosso esquema inicial. A referência que faz à noção de uso automático e uso voluntário da linguagem está diretamente relacionado à concepção de funcionamento cerebral de Jackson (14). A impressão que temos é que Basso entende que no uso automático da linguagem, as expressões lingüísticas são produzidas sem um

controle preciso do sujeito. É como se 'elas' saíssem de sua boca (automaticamente), não havendo controle por parte do sujeito nem da elaboração, nem da produção propriamente dita. Em relação ao uso voluntário, intencional, a interpretação feita é que nesse momento o sujeito está em condições de domínio e controle da produção a nível neurofisiológico, portanto da questão motora. Queremos salientar que, com certeza, o uso do termo "intencional" para Basso não tem nada a ver com a intenção do falante no sentido da pragmática (15). Não devemos nos esquecer que Basso apresenta a analogia do funcionamento da linguagem do afásico à de uma máquina enferrujada (p.225) e que assinala o papel do terapeuta como aquele que estimula o paciente a produzir a integração cortical necessária para a linguagem (p.225).

Quando Basso volta-se para a linguagem, parece-nos que a concepção que utiliza, apoia-se na noção de comunicação, estando implícito, portanto, a noção de emissor, receptor, transmissão de uma mensagem de caráter informativo, através da codificação e decodificação do código comum aos interlocutores. Entretanto, como o seu compromisso com o cérebro é maior do que com a linguagem, sugere que o conteúdo das atividades a serem desenvolvidas durante o tratamento seja de conhecimento comum do 'paciente' e de terapeuta (portanto de valor comunicativo zero), porque se este último não souber o que aquele vai dizer não poderá fazer uso das técnicas de facilitação e então o objetivo

do exercício não será alcançado. Estando nossa interpretação correta, não há escapatória; em nenhum momento a relação entre terapeuta e 'paciente' se dá numa situação comunicativa (exceto, talvez na alta do 'paciente'), pois na atividade dirigida não há troca de informações já que ambos sabem o que será dito e de que forma será dito também. Se assim não ocorrer, não há comunicação, pois o 'paciente' não tem o uso voluntário da linguagem.

Sintetizando as idéias centrais das propostas apresentadas, temos o seguinte quadro: na melhor das hipóteses a concepção de linguagem adotada na prática fonoaudiológica é a da linguagem enquanto código, sendo de alguma forma privilegiada a noção da linguagem enquanto sistema de comunicação. Desse modo, tem-se a definição de lugares e tarefas a serem desempenhadas, sendo elas: receptor - decodificação da mensagem, emissor - codificação da mensagem. A partir dessas noções básicas da lingüística estruturalista, a prática clínica se vê contaminada por noções da psicologia behaviorista no entendimento do processo de aprendizagem, ou seja, a aprendizagem ocorre através do mecanismo estímulo/resposta, sendo necessário que se cumpram as etapas de associação, comparação, recorrência e analogia.

Notas:

1. A conferência da fonoaudióloga Ana Basso, da Itália, intitulada "Eficácia e especificidade da reeducação da linguagem no afásico" proferida durante o II Congresso Latino Americano de Neuropsicologia, ocorrido na cidade de São Paulo, em novembro de 1991, tratou exatamente dessa controvérsia.

2. O material a que se tem acesso em português foi traduzido por Antonio Carlos Souto, onde não há referência à editora e nem ao ano de sua publicação. Encontramos no livro de Sarno (1980) referência a esse kit a qual reproduzimos aqui: TAYLOR, M.L. & MARKS, M. (1959) - Aphasia Rehabilitation Manual and Therapy Kit. MacGraw-Hill, New York. Cabe salientar que a tradução chegou nas livrarias no início da década de 80.

3. Referência dada pelos autores:

BONGERS, r. (1947) - The History and Principles of Vocabulary Control. The K.L.M. List, Woerden, Holland - WOCOPI.

HORN, E. (1926) - A Basic Writing Vocabulary: 10,000 words most commonly used in writing. University of Iowa, monographs in education, first series, n.4, april 1. Iowa City.

Interim Report on a vocabulary for the Teaching of English as a

Foreign Language. London, P.S. King & Son, Ltda, 1936.

THORNDIKE.E.L. e col. (1944) - The teacher's word book of 30.000 words. N.Y. Bureau of Publications, Thecher's College, Columbia university.

TAYLOR, G. (1952) - The University word list os the basic 2000 words of english. N.Y..

4. Nossa apresentação será baseada no livro de Jenkins e cols. (1976). A primeira edição deste livro, publicada em 1964, em inglês, é de autoria da própria Schuell. Este retrata seu pensamento sobre o tema após quinze anos de trabalho com pacientes afásicos. A 2a. edição, em inglês, da qual não temos a data, foi terminada por Jenkins (psicólogo experimental) e colaboradores, todos membros da equipe de Schuell, em função do seu falecimento. E esta 2a. edição que foi traduzida para o castelhano e a qual tivemos acesso.

5. Citação retirada da obra em castelhano, e que consta no prefácio da primeira edição, sendo assinada por Schuell.

6. Schuell afirma que essa visão qualitativa é postulada na proposta de Jakobson na qual entende-se a dificuldade afásica como relacionada a uma regressão a estados anteriores do desenvolvimento, principalmente no tocante à fonologia.

7. "...queremos evitar términos como mensaje y pensamiento". (Jenkins, 1964 [1976]:85).

8. "The stimulation approach can be defined as that approach to treatment which employs strong, controlled and intensive auditory stimulation of the impaired symbol system as the primary tool to facilitate and maximize the patient's reorganization and recovery of language." (Duffy, 1981:108).

9. Schuell cita em nota o uso do kit de Afasia de Martha Taylor.

10. Em função de espaço e do nosso propósito neste trabalho, a apresentação do relato será apenas parcial.

11. Nesse sentido, Basso orienta que sempre se utilize de material de cujo conhecimento terapeuta e paciente compartilham. Acha desaconselhável, por exemplo, conversar sobre o final de semana, pois o terapeuta não sabendo nada a esse respeito não poderá ajudar o paciente se ocorrerem dificuldades.

12. Basso faz referência em seu livro na pág. 22 a um autor Vignolo, L.A., que estaria com um teste em fase de publicação. Não tivemos acesso a esse material.

13. Retiramos essa expressão, que acreditamos ser a mais

adequada para a definição do objeto do estudo de foncaudiologia, pelo menos até esse momento, do artigo de Arantes & Rubino (1985[1991]) - A dimensão patológica da linguagem: um apelo a investigação científica na foncaudiologia. In: Foncaudiologia & Lingüística, SP, Educ.

14. Entretanto a aplicação que Basso faz dessas noções não cremos ser parte do pensamento jacksoniano.

15. Como parece ser a interpretação de alguns foncaudiólogos e neuropsicólogos que utilizam-se desta proposta terapêutica e de outras abordagens semelhantes a esta neste aspecto, afirmam estar trabalhando numa perspectiva pragmática da linguagem.

Conclusão

Vimos no decorrer da apresentação dos trabalhos que fazem parte desta dissertação que toda e qualquer proposta terapêutica das afasias implica a assunção de concepções de funcionamento cerebral, de linguagem e de sujeito. Tradicionalmente, a noção de funcionamento cerebral origina-se na neurologia, ao passo que a busca da concepção de linguagem se dá na lingüística, enquanto que a de sujeito ocorre na psicologia. Cabendo à fonoaudiologia a tarefa de proceder a reabilitação do sujeito afásico, a reflexão sobre esses pontos se impõe de forma gritante, pois não há uma maneira de não se comprometer perante tais questões. Acreditamos que se o 'olhar fonoaudiológico' se dirigir demasiadamente para o cérebro, corre-se o risco de na relação clínica se esquecer o sujeito e se preocupar com a ativação de áreas corticais através de determinados exercícios, por exemplo. Ao olhar para a linguagem deve ser capaz de optar por uma concepção que dê espaço para a atividade do sujeito nesse processo de reconstituição.

Como já foi mencionado anteriormente, a influência da área médica na formação do fonoaudiólogo é bastante intensa e sentimos até hoje que alguns profissionais evitam o trabalho na afasiologia, por falta de subsídios neurológicos. Pensamos serem relevantes e necessários os conhecimentos oriundos dessa área, embora, necessitemos ter em mente o lugar e o limite dessas informações. Pelo que podemos ver, a atuação da neurologia se faz mais presente até o momento do diagnóstico, e mesmo assim, com a necessidade de incorporação de conhecimentos da psicologia e da lingüística (conforme pudemos observar a formação de áreas de estudo como a neuropsicologia e neurolingüística). Mesmo assim algumas correntes teóricas mantêm, eminentemente, a preocupação com o diagnóstico.

Esse fato não deve causar estranheza, pois a terapêutica médica inclui, prioritariamente, medicação e intervenção cirúrgica. Por nenhuma dessas vias se torna possível, nem no estágio atual dos conhecimentos médicos e nem se pensarmos num futuro longínquo, o restabelecimento da linguagem.

Parece-nos que é ponto pacífico que o tratamento deva ocorrer sobre e através da linguagem, mesmo que algumas abordagens mantenham como ponto de chegada a reorganização cortical.

Sendo assim, acreditamos que para o trabalho de reabilitação das afasias é imprescindível que 'o olhar' se dirija prioritariamente para a linguagem, e, conseqüentemente, para os estudos lingüísticos.

Nesse sentido, devemos ter em mente que toda corrente lingüística tem como seu objeto de estudo a linguagem em seu estado normal. Portanto, deparamo-nos com a impossibilidade de aplicação direta dos modelos desta área para a fonoaudiologia.

Vimos a influência da corrente estruturalista da lingüística nos trabalhos de Luria e em todas as abordagens fonoaudiológicas apresentadas. E, vimos também, que a concepção de sujeito que é tomada de parceria a esta visão estruturalista é a da psicologia behaviorista, (com exceção da proposta luriana). Notamos que a incorporação do paradigma estruturalista à fonoaudiologia traz em seu bojo restrições importantes à prática clínica em função de sua concepção de linguagem.

Parece-nos imprescindível que na prática fonoaudiológica o terapeuta assuma uma concepção de linguagem em que incorpore a questão do uso, da atividade lingüística em si; que visualize a aquisição da linguagem como um processo de construção e não como etapas sucessivas e estanques e que, desse modo, se possa ter uma perspectiva processual do desvio e deixe-se, então, de tratá-lo apenas como ausência de estágios, de

termos e/ou estruturas em relação a um padrão de normalidade. E, acima de tudo, que haja espaço para um sujeito consciente/inconsciente e ativo no seu processo de 'recuperação'.

Acreditamos poder encontrar na lingüística estudos compatíveis com esses critérios, pelo menos no que se refere à linguagem em seu estado normal. Referimo-nos à perspectiva sócio-interacionista da aquisição da linguagem e à análise do discurso. Resta-nos o problema da aplicação direta, ou seja, o empréstimo indevido de conhecimentos e procedimentos. Acreditamos que a relação a ser mantida, com estas áreas de estudo, deva ser a nível dos pressupostos teóricos.

E a partir desses pressupostos teóricos que o fonoaudiólogo deve repensar a clínica fonoaudiológica e fazer emergir daí seu corpo teórico e sua metodologia. Outras disciplinas também passaram por momentos como este, para se firmarem como disciplinas autônomas, como a psicolingüística na sua relação com a lingüística e com a psicologia. Podemos citar também a psicanálise que construiu sua teoria a partir da clínica.

Essa tarefa, com certeza, não é fácil pois temos apenas a direção indicada do caminho a ser percorrido. Entretanto, não se revela uma tarefa impossível e acima de tudo

é uma tarefa inadiável para uma área de estudo que pretende atingir sua autonomia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- BASSO, A. (1977[1982]) - Il paziente afasico. Guida pratica alla riabilitazione. Feltrinelli Editore, Milano, 2. edição.
- BORGES NETO, J. (1989) - Nietzsche e a História : considerações sobre "Da utilidade e dos inconvenientes de história para a vida". Rev. História: Questões e Debates, 10 (18/19), jul/dez.1989, (p.349-362).
- BROCA, P. (1861a) - Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole). (p.61-74) In: Hécaen & Dubois (1969) - La naissance de la neuropsychologie du langage 1825-1865. Flammarion, éditeur.
- _____ (1861b) - Aphémie datant de vingt et un ans, produite par le ramollissement chronique et progressif de la seconde et de la troisième circonvolution de l'âge supérieur du lobe frontal gauche (p.74-91). In: Hécaen & Dubois (1969)-La naissance de la neuropsychologie du langage 1825-1865. Paris, Flammanion Editeur .
- _____ (1869) - Sur le siège de la faculté du langage articulé. La Tribune Médicale. Vol. 74, (p.254-6) e vol.75, (p.265-9).
- COUDRY, M.I.H. (1988) - Diário de Narciso. Discurso e afasia. São Paulo, Martins Fontes.
- COUDRY, M.I.H. & SCARPA, E.M. (1985[1991]) - De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar ou sistematizar o déficit. In: Foncaudiologia & lingüística Org.: Rojo, R.H. e col. Educ., 1991.
- COUDRY, M.I.H. & MORATO, E.M.(1990) - Aspectos discursivos da afasia. Cadernos de Estudos Lingüísticos, 19 (127-145).
- DUCROT, O.(1971) - Dire et ne pas Dire: Principes de Sémantique Linguistique. Paris:Herman.
- DUFFY, J.R. (1981) - Schuell's stimulation approach to rehabilitation.Cap.5, p.105-140. In: Chapey, R. (1981) - Language intervention strategies in adult aphasia. Williams & Wilkins, Baltimore.

- FREUD, S. (1891,[1953]) - On Aphasia. A critical study.
International University Press, New York.
- (1871[1977]) - Â interpretação das afasias. Lisboa,
Edições 70.
- GESCHWIND, N. (1964) - The paradoxal position of Kurt Goldstein
in the History of Aphasia. In: Geschwind, N. (1974) -
Selected Papers on Language and the Brain. Dordrecht: D.
Reidel (Boston Studies in the Philosophy of Science,
vol.XVI).
- (1967) - The work and influence of Wernicke. In
Cohen, R.S. e col. (eds.) (1969) - Boston Studies in the
Philosophy of Science. Vol. 4 (p. 1-33).
- GOLDSTEIN, K. (1948) - Language and language disturbances. New
York, Grune & Stratton.
- HACKING, I. (1979) - Lakatos Philosophy of Science. In:
Scientific Revolutions. Edited by Ian Hacking, Oxford
Readings in Philosophy.
- HECAEN & DUBOIS (1969) - La naissance de la neuropsychologie du
langage 1825-1865. Flammarion éditeur, Paris.
- HECAEN, H. & LANTERI-LAURA, G. (1977) - Evolution des
connaissances et des doctrines sur les localisation
cérébrales. Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue
Française, Desclée de Brouwer.
- JACKSON, J.H. (1866) - Notes on the physiology and pathology of
language p.121-128 In: Jackson, J.H. (1958) - Selected Writing
of John Hughling Jackson. Ed. by James Taylor, London: Staple
Press, 2 vol.
- (1874) - On the nature of the duality of the
brain (p.129-145). In: Jackson, J.H. (1958) - Selected Writing
of John Hughling Jackson. Ed. by James Taylor, London:
Staple Press, 2 vol.
- (1878) - Affections of speech from disease of the
brain. (p.155-170) In: Jackson, J.H. (1958) - Selected Writing
of John Hughling Jackson. Ed. by James Taylor, London:
Staple Press, 2 vol.
- (1958) - Selected Writing of John Hughlings Jackson.
Ed. by James Taylor, London: Staple Press, 2 vol.
- JAKOBSON, R. (1953) - Aphasia as a linguistic topic. In:
Jakobson, R. (1971) - Selected Writing II. Word and Language.
Mouton, the Hague Paris.

- (1954) - Two aspects of language and two types of aphasic disturbances. In: Jakobson, R. Selected Writing II. Word and Language. Mouton, the Hague-Paris.
- (1963a) - Hacia una tipología lingüística de los trastornos afásicos. In: Jakobson, R. (1969) - Lenguaje infantil y afasia. Ed. ayuso.
- (1963b) - Linguistic types of aphasia. In: Jakobson, R. (1971) - Selecte Writing II. Word and Language. Mouton, the Hague-Paris.
- (1969) - Lingüística e Comunicação. São Paulo, Cultrix.
- JENKINS, J.J. e col. (1964[1976]) - Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Buenos Aires, E. Médica Panamericana, 2. edição.
- KUHN, T.S. (1963) - Los paradigmas científicos. In: BARNES, KUHN, T.S. e col. (1980) - Estudios sobre Sociología de la Ciencia. Madrid, Alianza editorial.
- (1977[1989]) - A Tensão Essencial. Lisboa, Edições 70.
- LAKATOS, I. (1978) - The Methodology of Scientific Research Programmes. Philosophical Papers. Vol. I. Edited. by Worrall & Currie, G. Cambridge University Press.
- LICHETHEIM, L. (1885) - On Aphasia. Brain 7, 433-484.
- LURIA, A.R. (1947 [1978]) - Cerebro y Lenguaje. La afasia traumática: síndrome, exploración y tratamiento. Barcelona, E. Fontanella. Conducta Humana n.19.
- (1979a) - The Making of Mind. A personal account of soviet psychology. Havard University Press.
- (1979b) - El cerebro en acción. Barcelona, Ed. Fontanella. Condata Humana, n.21, 2a. edição.
- (1979c) - Curso de Psicologia Geral. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, ed. Vol I.
- MATTOS, G. & BACK, E. (1974) - Frática de Ensino da Língua Portuguesa. São Paulo, Ed. F.T.D.
- MEYNERT (1884) - Psychiatrie, I, (p.140).
- RIESE, W. (1958) - Freudian concepts of brain function and brain disease. Their sources, scope and evaluation. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.127, n.4 (p.287-307).

- (1977) - Hughlings Jackson's doctrine of aphasia
In: Riese, W. (1977) - Selected Papers on the History of Aphasia. Ed. by Richard Hoops. Swets & Zeitlinger B.V. Amsterdam and Lisse.
- (1977) - Selected Papers on the History of Aphasia.
Ed. by Richard Hoops e col. Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam.
- SARNO, M.T. & HÖök, O. (1980) - Aphasia. Assessment and Treatment. New York. Masson Publishing USA, INC.
- TSVETKOVA, L.S. (1977) - Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura. Barcelona, Ed. Fontanella. Conducta Humana, n.33.
- VYGOTSKY, L.S. (1956) - Investigaciones psicológicas seleccionadas. Izd. Akad. Pedagog. Nauk RSFSR, Moscú (russo)
- WERNICKE, C. (1874) - The symptom complex of aphasia. A psychological study on an anatomical basis. In: Cohen, R. e col. (eds.) (1969) - Boston Studies in the Philosophy of Science. Vol.4, (p 34-97).
- WORRAL, J. (1982) - Las formas en las que la metodología de los programas de investigación científica mejora la metodología de Popper. In: Radnitzky, G. e col. (1982) - Progreso y Racionalidad en la Ciencia. Madrid, Alianza Editorial.
- YOUNG, R.M. (1970) - Mind, Brain and Adaptation in the Nineteenth Century. Cerebral localization and its biological contest from Gall to Ferrier. Oxford, Clarendon Press.

OBSERVAÇÕES SOBRE TIPOGRAFIA

Os caracteres especificados abaixo, com uso em
maiúsculo, são impressos da seguinte forma:

Â com agudo.....Â
Ã com crase.....Ã
Ä com til.....Ä
Å com circunflexo.....Å
Ê com agudo.....Ê
Ë com crase.....Ë
Ë com circunflexo.....Ë
Ï com agudo.....Ï
Î com crase.....Î
Ó com agudo.....Ó
Ô com crase.....Ô
Ô com til.....Ô
Ö com circunflexo.....Ö
Ö com trema.....Ö
Û com agudo.....Û
Ü com crase.....Ü
Ü com trema.....Ü